

มหกรรมงานคุณภาพ



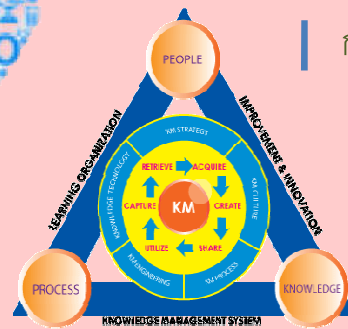
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
VACHIRAPHUKET HOSPITAL

การจัดการความรู้ R2R วิจัย และนวัตกรรม

ครั้งที่ 7 / 2563



Knowledge
management
| การจัดการความรู้



26 - 28 สิงหาคม 2563

ณ โรงแรมบัวตาราภูเก็ต รีสอร์ท จังหวัดภูเก็ต

สารบัญ

ผลงานการจัดการความรู้ โดย : รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย

	หน้า
❖ การฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตติดเชื้อโควิด-19	1
❖ การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน : หวานเป๊ะ ทันใจไม่ใช่เปอร์	3
❖ การพัฒนาคุณภาพการดูแลบาดแผลเปิด ด้วยVACUUM DRESSING ในจังหวัดชุมพร	6
❖ การพัฒนาเครื่องมือการตรวจราชการ และนิเทศงานของเขตสุขภาพที่ 11 ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ โควโรนาไวรัส2019 (COVID-19)	11
❖ การบูรณาการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และจิตใจ 14 วันแห่งความหวัง สำหรับผู้ถูกกักตัว Hotel Quarantine ตำบลเชิงทะเล	13
❖ พัฒนาระบบการจัดการโรคระบาดเชิงพื้นที่เพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) : กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง	16
❖ การจัดการสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID – 19 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	18
❖ นาที่วิกฤติ ชีวิตผูกฉืน : ประสบการณ์ความเจ็บป่วย	21
❖ การจัดการความรู้ในงานคุณภาพด้านความเสี่ยงและการให้คุณค่า	27
❖ คืบข้อมูล คืบความสุข	30
❖ การพัฒนาการใช้ยาเคมีบำบัดในคลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	31
❖ บทเรียนจากการช่วยเหลือโควิด – 19จากทีม MCATT จังหวัดภูเก็ต	34
❖ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านยุคใหม่ในสถานการณ์โควิด 19 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	36
❖ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมืออาชีพ	38
❖ สุขสบาย สไตล์เกาะยาว	40
❖ Palliative Care @ Vachira Phuket Hospital	45
❖ ทำไมต้องมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	48
❖ รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเหยี่ยวจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชนเทศบาลนครภูเก็ต	51
❖ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกัน การพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย	53
❖ “การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังแบบ 360 องศา ฝ่าวิกฤติโควิด-19”	55
❖ การจัดการความรู้เรื่องการจัดโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส ด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ปี 2563	57
❖ ALERT@First Sightใส่ใจดูแล แคร่ความปลอดภัย	60
❖ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงใน อ.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา	64
❖ การพัฒนาการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน ด้วย Therapeutic hypothermia	66

1. ชื่อองค์กรความรู้ : การฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตติดเชื้อโควิด-19
2. ชื่อหน่วยงาน : พว.พิณรัตน์ อินทรธนู หน่วยงานไตเทียม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยไตเทียมและตึกวิกฤติ
4. วัตถุประสงค์
 1. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลันได้อย่างปลอดภัย และสัมฤทธิ์ผลตามมาตรฐานวิชาชีพ
 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ
5. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ

การฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตติดเชื้อโควิด-19 มีผลให้เกิดความเครียดในการทำงานสูง เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคที่ยังใหม่ในเชิงการรักษาและดูแล แต่ด้วยปณิธานอันมุ่งมั่นต่อของวิชาชีพ และเล็งเห็นคุณค่าของการมีชีวิตจึงได้นำหลักการของการบริหารจัดการองค์ความรู้ (KM) ร่วมกับการสร้างกรอบทางความคิดหรือทัศนคติเชิงบวก มีความยืดหยุ่น เชื่อมมั่นในศักยภาพของบุคลากร(Growth Mindset) ให้เกิดขึ้นในองค์กรในอัตราส่วนที่มากกว่าทัศนคติหรือความเชื่อแบบเดิมตามวัฒนธรรมขององค์กร ขาดความคิดสร้างสรรค์(Fixed Mindset) และวางแผน PDCA ดำเนินงานโดยให้ความสำคัญแบบระบบทีมสุขภาพ (Team Work) นำเสนอผลงานพร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการพัฒนากรอบทางความคิดและต่อยอดองค์ความรู้

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยวิกฤตติดเชื้อโควิด-19 เชื้อไวรัสชนิดนี้คือ ไวรัส2019-nCoV ในตระกูลCORONAVIRUSES สามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คน โดยผ่านทางลมหายใจในอากาศ ที่มีเชื้อปะปนอยู่ ทำให้เกิดการอักเสบอย่างรุนแรงต่อเนื้อเยื่อปอดจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) จนนำไปสู่ภาวะช็อก ทำให้ไตขาดเลือดไปเลี้ยงและสูญเสียหน้าที่อย่างรวดเร็วก่อให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนที่สูดอันตราย ที่ต้องรีบเฝ้าระวัง หากรักษาไม่ทันการณ์อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่ถ้ามีการรักษาที่ดี และถูกต้อง ไม่มีการทำลายเซลล์ท่อไต ไตอาจจะกลับมาทำหน้าที่ได้อย่างภาวะปกติ ปัจจุบันการล้างไต(Dialysis) ถือว่าเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่ช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในผู้ป่วยรายนี้เป็นเคสแรกของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ชายไทย จ.สุราษฎร์ธานี อายุประมาณ 50 ปี มีอาชีพรับเหมาก่อสร้าง เป็นนักธุรกิจระดับCEO ให้ประวัติว่ามีไข้สูง 2-3วัน ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัวมากขณะเดินทางไปทำงานติดต่อทางธุรกิจที่จังหวัดปัตตานี โดยขับรถยนต์ส่วนตัวไปและกลับ และมีโรคประจำตัวเดิมเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เริ่มต้นเข้ารับการรักษาและตรวจที่รพ.เอกชนแห่งหนึ่งแต่อาการไข้ไม่ดีขึ้น ร่วมมีภาวะหายใจลำบาก บวมที่ขา และพูดคุยสับสน กระสับกระส่าย ไอบามากมีไข้สูงลอย ปัสสาวะเริ่มออกน้อย ผลเอ็กซเรย์ทรวงอกพบฝ้าขาวมาก อยู่ขอบปอดทั้งสองข้าง แพทย์สรุปอาการว่าเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค(PUI) ทางโรงพยาบาลเอกชนจึงรีบแจ้งสสจ. และประสานงานทางรพ.สุราษฎร์ธานี ให้รับการส่งต่อผู้ป่วยทันทีตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น ทางคณะทีมผู้บริหารโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้ประชุมชี้แจงประสานงานร่วมกับคณะทำงานแพทย์พยาบาลเฉพาะกิจให้การดูแลผู้ป่วยในห้องแยกโรคแรงดันลบ ดูแลการให้สารน้ำและยาลดการอักเสบติดเชื้อที่สำคัญ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยพยุงการทำงานของระบบหายใจ และกักตัวตามสถานการณ์ ภาวะฉุกเฉินพร้อมเก็บเสมหะในลำคอตามมาตรฐาน เตรียมการฟอกเลือดฉุกเฉินทันที หัตถการทุกขั้นตอน

ควบคุมดูแลโดยคณะทีมปฏิบัติการ IC ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แม้ในสถานการณ์จะเกิดความตึงเครียด ทุกคนปรับเปลี่ยนและทำหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพของตัวเอง และในวันที่ต้องพอกเลือดเริ่มจากการเตรียมร่างกาย และจิตใจให้สะอาดพร้อมด้วยสติ สมาธิ ปัญญา อาหาร และการพักผ่อนนอนหลับอย่างมีคุณภาพ เตรียมอุปกรณ์สายสวนเลือดดำชนิดชั่วคราว เตรียมระบบน้ำบริสุทธิ์เคลื่อนที่ เครื่องไตเทียมที่ผ่านการตรวจสอบพร้อมใช้งานได้ เตรียมชุดอุปกรณ์ป้องกันแบบมนุษย์อวกาศ(PPE,PAPR) เตรียมตัวกรองเลือดใหม่ ชุดทำแผล เข้าต่อระบบน้ำและเครื่องไตเทียม ตั้งค่าต่างๆให้พร้อมใช้ ช่วยแพทย์ทางสายสวนเลือดดำ และต่อเข้าวงจร เริ่มการทำงานการพอกเลือดในผู้ป่วยโควิด จัดตำแหน่งสายสวนเลือดป้องกันการเลื่อนหลุด ตรวจสอบระบบ การร้องเตือนของเครื่องไตเทียม และจัดทำผู้ป่วยให้สุขสบายตลอดการพอกเลือด 3-4 ชม. เมื่อครบกำหนด จึงเข้าไปทำปลดระบบอีกครั้งในห้องแยกแรงดันลบโดยใส่ชุดป้องกันตนเอง ทำการอบฆ่าเชื้อเครื่องตามมาตรฐาน ก่อนกลับไปทำงานที่ห้องไตเทียมจะต้องอาบน้ำ สระผม แปรงฟันให้สะอาด เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยไตเทียม และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุกครั้งเสมออย่างน้อยเช้าและเย็น ดื่มน้ำสะอาดมากๆ ผ่อนคลายความเครียดให้ได้มากที่สุด และถ่ายทอดเล่าประสบการณ์ตรงจากการทำงาน ในแต่ละวันให้ผู้บังคับบัญชา เพื่อนผู้ร่วมงานทุกระดับรับทราบ เพื่อเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจ สร้างทัศนคติที่ดี เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการทางความคิด(Growth mindset) จากประสบการณ์ส่วนตัวบ่อยครั้ง มักมีการละเลย การพัฒนาบุคลากรทำงานทั่วไป ต้องรอให้ผู้บริหารเข้ามาแก้ไขปัญหา ทั้ๆที่คนที่อยู่หน้างาน จะเป็นคนรู้รายละเอียดได้เป็นอย่างดี มีการนำ เครื่องมือต่างๆ ใหม่ๆ ไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการ เช่น Lean, 5ส อย่างต่อเนื่อง แต่เครื่องมือเหล่านั้นจะไม่มีประสิทธิภาพหากบุคคลากรที่ทำงานอยู่ ขาดทักษะในการคิดอย่างเป็นระบบ และการคิดสร้างสรรค์ ในการนำเครื่องมือต่างๆเหล่านั้น เข้าไปใช้แก้ปัญหาให้ตรงจุดโดยสรุปแล้วได้เข้าพอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมด 7 ครั้ง อัตราการดิงน้ำ 2-3 ลิตรต่อครั้ง ประมาณครั้งที่สามของการพอกเลือด ผู้ป่วยสามารถหายเครื่องช่วยหายใจได้ และตอบสนองทางการรักษาเพิ่มมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ดีตามลำดับ จนในที่สุดได้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้กลับบ้านสำเร็จและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสู่อ้อมกอดของครอบครัว ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการทำงานของทีมสุขภาพ และงานไตเทียมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

“ ไม่ประมาท การด้อย่างตก รู้หลัก รู้จรรยา รู้เกณฑ์ กำหนดเป้า ฝ่าติดตาม ปรับเปลี่ยน ”

6. การนำไปใช้ : จัดทำแนวทางหรือคู่มือการดูแลผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยPUI

7. แหล่งอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.แนวทางการพอกเลือดในผู้ป่วยPUI; 20 มี.ค. 2563
2. นโยบายและคำประกาศของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลและสาธารณสุข(PHEOC: Public Health Emergency Operation Center);2563.
3. นพ.ทวิช เกียรติเลิศพงศา.บทความทางการแพทย์:ภาวะไตวายเฉียบพลัน;รพ.พญาไท2.

1. **ชื่อองค์ความรู้ :** การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน : หวานเป๊ะ หัวใจ ไม่ไฮเปอร์

2. **ชื่อหน่วยงาน :** โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : นางศิริมา มณีโรจน์ และคณะ

3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้**

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กลุ่มผู้ใช้ : แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช

4. **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครอบคลุม

5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ**

กระบวนการจัดการความรู้ในครั้งนี้ใช้แนวทางการจัดการความรู้ของสำนักงาน ก.พ.ร.ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้คือ

5.1 การบ่งชี้ความรู้: ทีมร่วมกันทบทวนการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบว่า ยังไม่เป็นตามเป้าหมาย เราจึงสงสัยว่าขณะนี้ผู้ปฏิบัติมีความรู้เป็นอย่างไร จากนั้นทีมจึงร่วมกันจัดการความรู้ในหน่วยงาน และความรู้ที่จำเป็นต้องมีประกอบด้วย 1) เกณฑ์การวินิจฉัย hypoglycemia ในเบาหวาน 2) ผลกระทบจาก hypoglycemia 3) การจัดการภาวะ hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

5.2 การสร้างและแสวงหาความรู้ : โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลตามหลัก P-I-C-O Framework (JBI, 2014) ได้งานวิจัย 7 เรื่อง และ guideline ต่างๆ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย สรุปได้ว่าแนวคิดหลักในการจัดการคือ การแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และไม่เกิดภาวะ hyperglycemia

5.3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ : จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย จึงนำมาพัฒนาแนวทางในการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินอาการ/อาการแสดง และระดับน้ำตาลในเลือด 2) แนวทางการจัดการแก้ไขแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 2.1 กลุ่มระดับน้ำตาลต่ำเล็กน้อย (54-69 mg%) ให้กลูโคส 15 กรัม 2.2 กลุ่มระดับน้ำตาลปานกลาง <54 mg% ให้กลูโคส 20 กรัม 2.3 กลุ่มระดับต่ำรุนแรงคือ ไม่รู้สึกตัวหรือ NPO ให้ 50% กลูโคส 50 ml ทางหลอดเลือดดำ 3) การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำหลังแก้ไข 15-20 นาที และ 4) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ : โดยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และปัญหาในการนำไปใช้ และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จากนั้นนำไปใช้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติดังกล่าว ในขั้นตอนนี้ทีมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ปฏิบัติและทีมอายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ ในประเด็น “ชงน้ำหวานเท่าไรจึงจะได้กลูโคส 15 กรัม” เนื่องจากในทางปฏิบัติส่วนใหญ่จะใช้น้ำหวานเฮลซ์บลูบอย และมีการใช้ปริมาณมากเกินไป ซึ่งตามสลากเมื่อเจือจาง ประกอบด้วย น้ำตาล 13% w/v กลิ่นสละ 0.1% w/v สัดส่วนการผสมคือน้ำหวาน 1 ส่วน ต่อ น้ำ 4 ส่วน รวมกันเท่ากับ 5 ส่วน (หรือเรียกว่า 20% total volume) แปลว่าถ้าในน้ำหวานเจือจาง 100 ซีซี จะมีน้ำ 80 ซีซี และ น้ำเฮลซ์บลูบอย 20 ซีซี จะให้ glucose 13 grams ดังนั้นถ้าต้องการ glucose 15 grams ต้องใช้น้ำหวาน $(20 \times 15) / 13 = 23$ ซีซี (หรือประมาณ 5 ช้อนชา) จนเกิดนวัตกรรมบรรจุน้ำหวาน ขนาด 25 มิลลิลิตร

ภายใต้ชื่อ “หวานเป๊ะ ทันใจ ไม่ไฮเปอร์” (ดังภาพที่ 1) ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงหรือจัดการได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติมีดังนี้คือ



1. Eat/Drink 15 g Carbs
2. Wait 15 Minutes
3. Check Blood
4. Less than 70 mg/dl? Repeat Steps 1-4

ภาพที่ 1 : นวัตกรรม “หวานเป๊ะ ทันใจ ไม่ไฮเปอร์”

ภาพที่ 2 : rule of 15:15

- ระดับ mild to moderate hypoglycemia คนใช้รู้สึกตัวดี ให้ดื่มน้ำตาล 15 grams แล้วเจาะ CBG อีกครั้งที่ 15 นาที หากยังต่ำกว่า 70 mg/dl ก็ให้ดื่มน้ำตาล อีก 15 gram หรือเรียก rule of 15 : 15 (ภาพที่2) เมื่อดีขึ้นก็ให้รับประทานอาหารถ้าถึงมืออาหารพอดี หากยังไม่ถึงมืออาหาร (มากกว่า 1 ชม.) ก็ให้รับประทาน อาหารว่าง (15 กรัม) เช่น ขนมปังโฮวีท 1 แผ่น แครกเกอร์จืดชนิดเหลี่ยม 2 แผ่น นมจืด 1 กล่อง กล้วย หรือ ส้ม 1 ผล เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

- ระดับ severe hypoglycemia ให้ push 50%glucose 50 ml แล้วตามด้วย IV glucose drip โดยให้ rate ไม่น้อยกว่า hepatic glucose production (HGP) หรืออัตราการสร้างน้ำตาล glucose จากตับ (โดยทั่วไป HGP จะอยู่ที่ 2.2 mg/kg/min (+/- 0.2) เช่น ถ้าน้ำหนัก 60 กิโลกรัม ก็ใช้ glucose $2.2 \times 60 \times 60 = 7,920$ mg/hr หรือประมาณ 8 gm/hr เพราะฉะนั้นก็ให้ 10% D/NaCl rate 80 ml/hr เป็นต้น และต้องมีการ retest CBG 15-20 min ถ้าไม่ recovery ก็ retreatment , monitor CBG และปรับ IV keep CBG > 100mg/dl

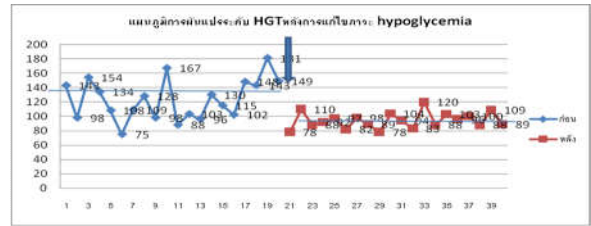
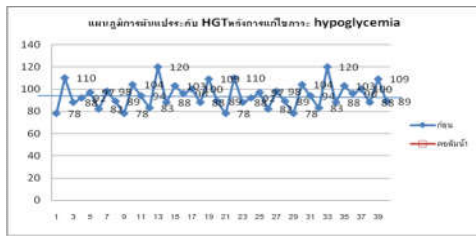
5.5 การเข้าถึงความรู้ : จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ (กฎ 15 : 15 ในการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ) เพื่อสร้างกระแสความตื่นตัว และจัดทำสื่อเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เรื่อง การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไว้ในระบบบริการฝากไฟล์ KM-NSO และเก็บไว้ประจำทุกหอผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการนำไปใช้ และทบทวนองค์ความรู้

5.6 การแบ่งปันความรู้ : ทีมได้นำความรู้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาล (ทีม KM) ชุมชนนักปฏิบัติ (COPs) ถ่ายทอดสู่พยาบาลรุ่นน้องผ่านระบบพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งนำเสนอในเวทีวิชาการ ประจำปีของโรงพยาบาล และตีพิมพ์ในวารสาร “มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร”

5.7 การเรียนรู้ : การมีส่วนร่วมของทีมในทุกขั้นตอนและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับปรุงงาน ให้ได้มาตรฐาน ทำให้ทีมรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดข้อผูกพันในการปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งบุคลากรเห็น ความสำคัญของ KM ทำให้มีประเด็นใหม่ๆมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง โดยประเด็นต่อมาคือ “การ ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วให้น่าเชื่อถือและผู้ป่วยมีความปวดน้อย”

6. การนำไปใช้

จากการนำไปใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 78 ราย พบว่ามีกลุ่มระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเล็กน้อย (54-69 mg%) จำนวน 57 ราย (73.1%) กลุ่มระดับน้ำตาลในเลือดต่ำปานกลาง (< 54 mg%) จำนวน 11 ราย (14.1%) และ กลุ่มที่ไม่รู้สึกตัวหรือ NPO จำนวน 10 ราย (12.8%) ผลการจัดการทั้ง 3 กลุ่ม พบว่ามีค่าระดับ CBG หลังการแก้ไขเท่ากับ 107.74 (SD=35.16) (ดังภาพที่3) และมีค่าความผันแปรของระดับ CBG น้อยกว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (ดังภาพที่4) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทำให้ระดับ CBG เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม ลด อุบัติการณ์ภาวะ hyperglycemia เกิดขึ้นหลังการแก้ไข



ภาพที่3 : การผันแปรระดับCBGหลังการแก้ไข

ภาพที่4: เปรียบเทียบความผันแปรระดับCBG) ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

ความพึงพอใจของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก 8.54/10(SD=0.63) เนื่องจากทำให้ปฏิบัติงานได้ง่าย มีน้ำหวานเพียงพอและพร้อมใช้ในทุกหอผู้ป่วย ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นคือผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเร็วขึ้น และปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

7. แหล่งอ้างอิง

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ. (2557) *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, รัตนาภรณ์ จีระวัฒน์, ณัฐพินิจ ภิรมย์เมือง และ น้ำเพชร สายบัวทอง (2555)

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ *วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร ปีที่ 18 ฉบับที่ 2* (หน้า 166-177)

Baker H., Hammersley M., Stephenson S., Summer J., (2007) Managing hypoglycemia in hospital. *Journal of Diabetes Nursing* 11(3) : 108-111

Chinnasamy E., Mandal A., Khan S., Iqbal F., Patel N. (2011) Nurses knowledge of inpatient hypoglycemia management. *Journal of Diabetes Nursing* 15(8):313-317

Chinnasamy E, MandalA,khan S., Iqbal F &Patal.N. (2011).Nurses' knowledge of inpatient hypoglycaemiamanagement.*Journal of diabetes Nursing.*15(8):313-317.

Cryer.P.E.,Axelrod.L.,Grossman.A,B.,Heller.S.R.,Montori.V.M.,Seaquist.E.R.&Service.F.J

(2009) Evaluation and management of Adult Hypoglycemic Disorders : An Endocrine Society clinical Practice Guideline, *J ClinEndocrinol Metab.*94(3):709-728.

TurchinA.,Matheny M.E.,Shubina M.,ScalonJ.V.,GreenwoodB.&Pendergrass M.L.(2009)

Hypoglycemia and clinical outcomes in patients with diabetes hospitalized in the general ward. *Diabetes Care* 32(7): 1153-1157.

การติดต่อกับทีม

ผู้นำเสนอ นางศิริมา มณีโรจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

หน่วยงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรม6 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ถ. ราชดำเนิน

อ. เมือง จ. นครศรีธรรมราช 8000

โทรศัพท์ 081-0073777 e-mail msirima2@gmail.com

1. **ชื่อองค์กรความรู้ :** การพัฒนาคุณภาพการดูแลบาดแผลเปิด ด้วยVACUUM DRESSING ในจังหวัดชุมพร
2. **ชื่อเจ้าของผลงานและหน่วยงาน :** คุณอมรพันธ์ อรุณโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการศัลยกรรมกระดูกชาย
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
3. **กลุ่มเป้าหมายและผู้ใช้งาน :** กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่มีบาดแผลเปิดระดับ3Aและ3B/ผู้ใช้งานพยาบาลวิชาชีพ
4. **วัตถุประสงค์ :**
 1. ลดค่าใช้จ่ายพยาบาลของการทำแผล ร้อยละ 30 ร้อยละ100
 2. ลดวันนอนโรงพยาบาล น้อยกว่า 28 วัน ร้อยละ80
 3. ลดความเจ็บปวดจากการรักษาบาดแผลน้อยกว่า 3 คะแนน ร้อยละ80
 4. เพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดชุมพรด้วยวิธีVACUUM DRESSINGร้อยละ80
 5. เพิ่มแนวทางปฏิบัติทางการทำแผลแบบ vacuum dressing ทิศทางเดียวกัน ร้อยละ100
5. **โครงสร้างและสาระสำคัญ :**

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลและทีม ต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคของร่างกาย ขบวนการหายของแผล รวมทั้งเทคโนโลยีวิทยาการใหม่ในการดูแลแผล ผลการรักษาทางสุขภาพอันพึงประสงค์ของการรักษาแผลก็คือ แผลที่หายสมบูรณ์ในช่วงเวลาอันสั้น ค่าใช้จ่ายโดยรวม เวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การรักษาแผล การเลือกวิธีการใช้วิธีที่ดีที่สุดจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้แน่ใจว่าการตัดสินใจเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ทั้งด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย(อ.ศิริลักษณ์ อุทัยสม.(2556);ชมรมสมานแผลแห่งประเทศไทย

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์มีผู้ป่วยที่มีบาดแผลชนิดต่าง ๆ มารับการรักษาจำนวนมาก ทั้งบาดแผลเฉียบพลัน และบาดแผลเรื้อรัง เป้าหมายของการรักษาคือ ทำให้แผลหายด้วยวิธีต่าง ๆ ตามขั้นตอนแล้วแต่ชนิดของแผล จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลแผลนาน ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยและญาติมีภาวะเครียดและวิตกกังวล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายจึงพัฒนาวิธีการทำให้แผลหายเร็วขึ้น (Wound Closure) มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing เพื่อให้ได้รับประโยชน์แก่ผู้ป่วย ที่มีสภาพบาดแผลที่มีขนาดใหญ่ เป็นหลุม มีร่องแผล แผลเห็น tendon แผลเห็น bone พบว่าจากการประเมินผลแล้ว การใช้ vacuum dressing เป็นวิธีหนึ่งที่เป็นเราต้องการว่าแผลหายดีและประหยัดค่าใช้จ่าย ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น และช่วยลดการทำหัตถการอื่นๆ เช่น การทำ cross leg flap และ debridement ในการรักษา ซึ่งต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเจ็บปวดทรมาน เพิ่มบาดแผล และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้วย

ผู้จัดทำจึงเล็งเห็นความสำคัญและผลที่น่าพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติ พยาบาล แพทย์ ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จึงได้พัฒนางานคุณภาพการรักษาแผลเปิดด้วยวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing นี้ขึ้น จึงนำวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing มาปฏิบัติ ในปี2556 - ปัจจุบัน ส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดชุมพรและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.กระบวนการและการจัดการความรู้:

การจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน	Tacit Knowledge	Explicit Knowledge
1. การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge Identification)	1. ศึกษาวิเคราะห์ของการดูแลวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing	1. มีการดูแลวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing 2. ประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อชี้แจงโครงการและวัตถุประสงค์ 3. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 4. นำเสนอโครงการต่อหัวหน้างานและบุคลากร 5. ให้ความรู้ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายจังหวัดชุมพรทุกแห่ง
2. การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition)	1. ค้นคว้าหาข้อมูลโดยศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing	<p>ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้</p> <p>1. Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) หรือ Vacuum Assisted Closure (VAC system) จัดเป็นนวัตกรรมใหม่ในศัลยกรรมตกแต่งที่ได้ผลเป็นที่ยอมรับของทั่วโลก คิดค้นโดย Argental นำเสนออุปกรณ์ทำแผลภายใต้ระบบสุญญากาศชนิดนี้ ได้รับอนุญาตจาก FDA ในปีค.ศ. 1995 เป็นระบบที่นำมาใช้ร่วมกับการดูแลแผลที่ไม่สามารถเย็บปิดแบบ primary closure ได้มีทั้งชนิดที่เป็นเครื่องติดกับเตียงและเครื่องที่สามารถพกพาได้ (กมลวรรณ เจนวิถีสุข .2556; ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;Srinagarind Med J)</p> <p>2.Vacuum-Assisted Closure (V.A.C.) หรือ VAC dressing หรือ Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) หรือ Negative Pressure Dressing (NPD) เป็นเทคนิคการรักษาบาดแผลวิธีใหม่เรียกสั้นๆว่า “vacuum dressing” หรือ“VAC dressing” หรือ “VAC therapy” หลักการคือวาง open cell foam dressing บนแผล แล้วใช้แรงดูดประมาณ 125 มิลลิเมตรปรอท (นายแพทย์อาทิ เครือวิทย์. 2553 ; WOUND MANAGEMENT; สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี)</p> <p>3. Cost effectiveness Equationค่าใช้จ่ายต่อการเปลี่ยน Dressing*จำนวนการเปลี่ยน Dressing= ค่าใช้จ่ายโดยรวม(อ.ศิริลักษณ์ อุปยโสสม.2556;ชมรมสมานแผลแห่งประเทศไทย)</p>

การจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน	Tacit Knowledge	Explicit Knowledge
3. การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization)	1. เก็บรวบรวมข้อมูล และความรู้การทำแผล แบบ vacuum dressing	<p>ข้อบ่งใช้ 1. diabetic ulcer 2. pressure sore 3. acute and traumatic wound 4. ใช้ร่วมกับ การทำ meshed skin graft 5. Subacute wound เช่น dehisced incision 6. ใช้ร่วมกับการทำ flap 7. abdominal compartment syndrome</p> <p>ข้อห้าม 1. แผลที่ยังมีเนื้อตาย 2. แผลที่มี active bleeding 3. แผลที่ exposed arteries หรือ vein 4. แผลที่เกิดจากมะเร็ง</p> <p>กลไกของ VACUUM DRESSING</p> <p>1. ลดการบวมของแผลและเนื้อเยื่อใกล้เคียง ทันทีที่เปิดเครื่องดูด</p> <p>2. เพิ่มปริมาณเลือดมาสู่แผล ผลจากแรงดูด ระหว่างเนื้อเยื่อแผลกับแผ่นฟองน้ำทำให้เลือดไหล มาสู่แผล</p> <p>3. กระตุ้นการงอกใหม่ของเซลล์ แรงจากการยืด (mechanical stretching)</p> <p>4. ลดแบคทีเรียในแผล</p>
4. การประมวลและกลั่นกรอง ความรู้ (Knowledge Codification and Refinement)	1. ค้นคว้าหาความรู้และ จัดทำแนวทางการ ปฏิบัติของการดูแล วิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing 2. รวบรวมและสรุปผล การวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing	1. มีแนวทางการปฏิบัติ (WI) ของการดูแลวิธีการทำ แผลแบบ vacuum dressing 2. มีวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing ดังนี้ การทำแผลให้เป็นระบบปิดโดยการทำแผล แล้ววาง open cell foam dressing บนแผล ใส่ สาย NG เบอร์ 18 ระหว่าง NG ที่ซ้อนกัน 2 แผ่น ปิดด้วยแผ่น opsite ห่างจาก foam ไป 5 cm เพื่อให้เป็น closed system แล้วใช้แรงดูด ประมาณ 125 มิลลิเมตรปรอท เปลี่ยนทุก 3 วัน 1. มีแนวทางการปฏิบัติของการดูแลวิธีการทำแผล แบบ vacuum dressing เป็นรูปภาพ

การจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน	Tacit Knowledge	Explicit Knowledge
5.การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access)	1. การจัดอุปกรณ์ สำหรับ ทำ vacuum dressing 2. การค้นคว้าการทำรูปภาพ และVDO รูปแบบของ QR codeและ VDO ลง You tube 3.ทดลองใช้สื่อ	1.มีอุปกรณ์สำหรับทำ vacuum dressing 2.มีแบบใช้รูปภาพวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing 3.VDOรูปแบบของQR QR code 4. VDOรูปแบบลง You tube https://youtu.be/mcbBHHNeU9E
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)	1.แจ้งแนวทางปฏิบัติ ของการวิธีการทำแผล แบบ vacuum dressing ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและ เครือข่ายจังหวัดชุมพร 2.ประชุมวิชาการการ ดูแลผู้ป่วยวิธีการทำแผล แบบvacuum dressing ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและ เครือข่ายจังหวัดชุมพร	นำสื่อไปเผยแพร่ในรูปแบบดังนี้ 1.การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำ vacuum dressing 2.การจัดใช้รูปภาพวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing 3.VDOรูปแบบของQR QR code 4. VDOรูปแบบลง You tube https://youtu.be/mcbBHHNeU9E ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและ เครือข่ายจังหวัดชุมพร และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 5.จัดมีการประสานงานเชื่อมโยงกับศูนย์ส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง
7.การเรียนรู้ (Knowledge Learning)	การนำแนวทางการดูแล วิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing ลง ไป สู่ ก ร ป ฎิ บั ตี จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	1.ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังได้รับการรักษาแผลวิธีการ ทำแผลแบบ vacuum dressingช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ลดการคั่งค้างของสิ่งคัดหลั่งจากแผล ลดความเจ็บปวด จากการรักษาบาดแผล ลดระยะเวลาในการรักษาตัว ในโรงพยาบาล 2.การพัฒนารูปแบบรักษาแผลเปิดด้วยวิธีการทำแผล แบบ vacuum dressing ไปใช้ในบุคลากรพยาบาล ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถปฏิบัติ ได้ อย่างถูกต้องและปฏิบัติไปแนวเดียวกัน รวมถึง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดชุมพร

การประเมินผลการดูแลแบบ vacuum dressing

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	วิธีการทำแผล		
		2561	2562	2563
1)ค่ารักษาพยาบาลของการทำแผลร้อยละ 30	ร้อยละ 100	100(n=20)	100(n=32)	100(n=30)
2)ความเจ็บปวดน้อยกว่า 3 คะแนน	ร้อยละ80	80(n=20)	80(n=32)	100(n=30)
3)วันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า 21วัน	ร้อยละ80	60(n=20)	87.5(n=32)	93.33(n=30)
4)สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดชุมพร ด้วยวิธีVACUUM DRESSING	ร้อยละ80	75(n=20)	85(n=20)	100(n=20)
5)เพิ่มแนวทางปฏิบัติการการทำแผลแบบ vacuum dressing ที่ศทางเดียวกัน	ร้อยละ100	45(n=11)	81(n=11)	100(n=11)

สรุปผลการดำเนินงานการดูแลแบบ vacuum dressing

1. ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังได้รับการรักษาแผลวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นลด ลดความเจ็บปวดจากการรักษาบาดแผล ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ด้านบุคลากร ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาารูปแบบรักษาแผลเปิดด้วยวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing แก่บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ได้อย่างถูกต้องและปฏิบัติไปแนวเดียวกัน
3. พัฒนารูปแบบรักษาแผลเปิดด้วยวิธีการทำแผลแบบ vacuum dressing ไปใช้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดชุมพรทุกแห่ง

7. แหล่งอ้างอิง:

กมลวรรณ เจนวิถีสุข .2556; ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;Srinagarind Med J

นายแพทย์อาทิ เครือวิทย์. 2553; WOUNDMANAGEMENT; สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่ง

ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

อ.ศิริลักษณ์ อู๋ปโยสม.2556;ชมรมสมานแผลแห่งประเทศไทย.

www.https://www.eg.mahidol.ac.th/km61/index.php/kmwhat สืบค้น 29 ก.ค. 63

1. **ชื่อองค์ความรู้ :** การพัฒนาเครื่องมือการตรวจราชการและนิเทศงานของเขตสุขภาพที่ 11 ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส2019 (COVID-19)
2. **ชื่อหน่วยงาน :** เขตสุขภาพที่ 11นำเสนอโดย ดร.สุรวิทย์ รักเมือง, Ph.D. (Educational Development)
- 3.**กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ :** 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11ได้แก่ จังหวัดชุมพร จังหวัดระนอง จังหวัดพังงา จังหวัดกระบี่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช
4. **วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในการตรวจราชการและนิเทศงานของเขตสุขภาพที่ 11 ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)
5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ**

การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค ในการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2560-2562 กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดรูปแบบการตรวจราชการ โดยใช้แนวคิดตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence 2) Service Excellence 3) People Excellence และ 4) Governance Excellence โดยแบ่งออกเป็นคณะตาม 4 ยุทธศาสตร์ และมีการสร้าง Template ขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนในปี 2563 กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดรูปแบบการตรวจราชการแบบใหม่ โดยมีการตรวจตามประเด็นมุ่งเน้น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Agenda based 2) Function based และ 3) Area based มี 7 ประเด็นใหญ่ 18 ประเด็นย่อย โดยการตรวจราชการให้ใช้แนวคิด OKRs (Objective and Key Results) ปัญหาที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น คือ ทีมตรวจราชการและนิเทศงานไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตรวจราชการและนิเทศงาน ไม่มีเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรอบที่ 1 ปี 2563 ปัญหาที่ตามมาคือ แนวทางในการสื่อสารกับพื้นที่ตรวจราชการ และนิเทศงานไม่ชัดเจน เกิดความสับสน การตรวจราชการและนิเทศงานขาดประสิทธิภาพ

จากปัญหาที่เกิดขึ้น ทีมตรวจราชการและนิเทศงานภายใต้การนำของผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 11 รวมทั้งทีมตรวจราชการและนิเทศงาน ได้ร่วมกันระดมความคิด โดยมีการกำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจราชการและนิเทศงาน โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management: KM) โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. **การบ่งชี้ความรู้ :** โดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 และสาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 11 ได้ให้นโยบายว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละประเด็นการตรวจฯ ควรใช้แนวคิดเชิงระบบ คือ input process และ output รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานตั้งแต่ระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ที่สัมพันธ์กับตัวชี้วัดความสำเร็จในแต่ละระดับ และผสมผสานกับการมองลึกลงไปถึงกิจกรรมหรือมาตรการของประเด็นต่าง ๆ อย่างรอบด้าน ทั้งด้านการบริการ การบริหารจัดการ บุคลากร โครงสร้างการดำเนินงาน และมาตรฐานที่กำกับและควรมีเครื่องมือที่มีลักษณะเดียวกันที่ใช้ในการสื่อสารและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. **การสร้างและแสวงหาความรู้ :**โดยทีมตรวจราชการและนิเทศงาน ได้รับนโยบายจากผู้บริหาร มาออกแบบเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะเป็น Template แต่ยังไม่มีความชัดเจน และมีหลากหลายรูปแบบ

3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ : มีการออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูลตามประเด็น มีลักษณะเป็น Matrix แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ Primary, Secondary และ Tertiary และมีการพัฒนา ทั้งในส่วนของการบริการ บุคลากร และโครงสร้าง

4. การประมวลผลและกลั่นกรองความรู้ : ในช่วงของการสรุปผลการตรวจราชการฯ ของทุกจังหวัด ทีมตรวจราชการและนิเทศงานและจังหวัดที่รับตรวจได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงเครื่องมือเพิ่มเติม แนวคิดจากผู้บริหารในตัวเครื่องมือ ทั้งแนวคิดเชิงระบบแนวคิด ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ มีการกำหนดตัวชี้วัด ในระดับต่าง ๆ ตามประเด็น โดยท่านผู้ตรวจฯ ตั้งชื่อเครื่องมือนี้ว่า “Matrix scoring inspection”

5. พื้นที่รับตรวจทั้ง 7 จังหวัดได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน ตามประเด็นการตรวจราชการ ซึ่งในช่วงระยะเวลาการตรวจราชการและนิเทศงานอยู่ในช่วงการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทีมตรวจราชการและนิเทศงานฯ จึงได้ระดมความคิดเห็นกันก่อนตรวจราชการ เพื่อสังเคราะห์และออกแบบเครื่องมือให้มีพื้นที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสื่อสารกับทีมตรวจฯ โดยการหลีกเลี่ยง การเดินทางลงพื้นที่ของทีมตรวจราชการและนิเทศงาน

6. การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ : ทีมตรวจราชการและนิเทศงานได้มีการจัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือ “Matrix scoring inspection” เพื่อสื่อสารและแบ่งปันความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือให้กับทีมตรวจฯ และพื้นที่รับตรวจ จนมีความเข้าใจและใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และในช่วงช่วงสรุปการตรวจราชการ ของเขตสุขภาพที่ 11 และการตรวจราชการในรอบที่ 2 ปี 2563 ทีมตรวจฯ ก็ได้ใช้เครื่องมือ “Matrix scoring inspection” ส่งให้พื้นที่รับตรวจประเมินตัวเอง และพื้นที่ได้ส่งกลับให้ทีมตรวจฯ เพื่อยืนยันข้อมูล โดยการใช้แหล่งข้อมูลร่วมกัน เช่น ฐานข้อมูล HDC และระบบรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และในการสื่อสารระหว่างทีมตรวจฯ กับพื้นที่รับตรวจ มีการใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ ไลน์ และ Video conference ในการสื่อสารระหว่างทีมตรวจฯ กับ พื้นที่รับตรวจ นอกจากนั้นในการตรวจราชการในรอบที่ 2 ได้มีการปรับเนื้อหาตามประเด็นให้สอดคล้องกับการระบาดของโรค COVID-19 เช่น การควบคุมป้องกัน การเว้นระยะห่างทางกายภาพ (Physical Distancing)

7. การเรียนรู้ : การแก้ปัญหาการสื่อสารที่เป็นทางการทั้งแนวตั้ง และแนวนอน ควรมีเครื่องมือที่ใช้ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ใช้งานทุกระดับมีความเข้าใจที่ตรงกัน และใช้งานได้ดีภายใต้ ข้อจำกัดการระบาดของโรคและ การสะท้อนข้อมูลตามประเด็นปัญหาที่ชัดเจน ควรต้องมีกำหนดกรอบแนวคิด โดยการผนวกแนวคิดเชิงระบบ (input process output) การมองปัญหาอย่างรอบด้าน (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) รวมทั้งวิธีการวัดด้วยตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาในแต่ละระดับ

6. การนำไปใช้ : ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในการตรวจราชการและนิเทศงานของเขตสุขภาพที่ 11 ทั้งในส่วนของทีมตรวจราชการและนิเทศงานและจังหวัดที่พื้นที่รับตรวจ จำนวน 7 จังหวัด

7. แหล่งอ้างอิง เขตสุขภาพที่ 11

1. **ชื่อองค์กรความรู้ :** การบูรณาการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ 14 วันแห่งความหวัง สำหรับผู้ถูกกักตัว
Hotel Quarantine ตำบลเชิงทะเล
2. **ชื่อหน่วยงาน :** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทา
ผู้นำเสนอผลงานนายอนุ ยกทอง ตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. เชียงทะเล
ตำบลเชิงทะเล อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต มือถือ 089-7299113
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ :** เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่กักตัวและผู้ถูกกักตัว Hotel Quarantine ตำบลเชิงทะเล
อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
4. **วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ 14 วันแห่งความสุข สำหรับผู้ถูกกักตัว
Hotel Quarantine เพื่อลดความเครียดสำหรับผู้ที่ถูกกักตัวใน Hotel Quarantine
5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ :**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทา ดำเนินการจัดทำแผนการจัดการความรู้ Hotel Quarantine โดยพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการ เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับพื้นฐาน หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมข้อมูลประกอบการจัดการ KM Hotel Quarantine

1. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินการตามภารกิจของหน่วยงาน จากการสรุปทบทวนทบทวนผลการดำเนินงาน Hotel Quarantine โดยทีมสหวิชาชีพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลถลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทา และเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงทะเล
 2. เปรียบผลลัพธ์การดำเนินการที่ทำได้จริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ร่วมกันพร้อมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน
 3. วิเคราะห์ข้อมูลการสรุปทบทวน จำแนกประเด็นสำคัญเป็นหมวดต่าง ๆ เพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง จัดทำเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติ ออกเป็น 2 เล่ม คือ คู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ ในการปฏิบัติงานและแนวปฏิบัติสำหรับผู้ที่ถูกกักตัว
 4. ระบุองค์ความรู้ที่หน่วยงานจำเป็นต้องมีเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจที่รับผิดชอบ
6. **การนำไปใช้ (ถ้ามี) แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงาน Hotel Quarantine**

แรกรับ

1. ลงทะเบียน

- ถ่ายบัตรประชาชน (ชื่อ – สกุล เลขประจำตัวประชาชน)
- ชักประวัติ (การสัมผัสผู้ป่วย, ประวัติการเจ็บป่วย ,โรคประจำตัว, ประวัติการตรวจโควิด - 19, ที่อยู่ , เบอร์โทรศัพท์)
- ชี้แจงข้อปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการอยู่โรงแรม (ให้เบอร์โทรเจ้าหน้าที่ ชี้แจงเรื่องอาหารการกิน, อุปกรณ์ เครื่องนอน อุปกรณ์ทำความสะอาด)
- ประเมินสุขภาพจิตแรกเข้า

2. กิจวัตรประจำวัน

- แจกข้าว น้ำดื่ม 3 เวลา (06.00น. , 12.00น. , 17.00 น.)
- รับสิ่งอำนวยความสะดวกจากญาติ 2 เวลา (06.00 น. 16.00 น.)
- วัดไข้ วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล (ในกรณีคนที่มีโรคประจำตัว) , สอบถามอาการประจำวัน 2 เวลา (06.30 น., 17.30 น.) หากพบอาการผิดปกติจำเฝ้าสังเกตอาการหรือจ่ายยาสมุนไพรเบื้องต้น เช่น ฟ้าทะลายโจร แก้วใซ้ ยาเถาวัลย์เปรียง แก้วปดกล้ำมเนื้อ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น จะประสานกับ รพ.กลาง เพื่อ ส่งตัว
- ควบคุมกักตัว 5 วัน หลังสัมผัสผู้ป่วยวันสุดท้าย จะส่งตัวไป Swab ต่อไป ที่ รพ.กลาง กรณีเคยตรวจแล้ว , ทีมสยิด หรือสถานที่ Active case finding กรณีรายใหม่
- ถ้ามีอาการต้องสงสัย สามารถส่งตัวไปตรวจได้ทุกวัน
- ควบคุมกักตัว 7 วัน ประเมินสุขภาพจิตซ้ำครั้งที่ 2 (วิธีพูดคุย ซักถามปัญหาทั่วไป 2Q) พบปัญหาปรึกษา เจ้าหน้าที่จาก รพ.กลาง ให้เข้ามาดูแล
- ควบคุมกักตัว 12 วัน Swabซ้ำที่โรงแรม รอผลการตรวจ 2 วัน ถ้าไม่พบเชื้อ สามารถกลับบ้านได้ แต่ถ้าพบเชื้อ จะทำการส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป
- ควบคุมกักตัว 14 วัน
 1. โทรแจ้งผู้กักตัวให้เตรียมตัวพร้อมสัมภาระเพื่อกลับบ้าน
 2. จนท.ประสานรถ รับ – ส่ง เพื่อส่งผู้กักตัวกลับบ้าน
 3. ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กำลังใจชี้แจงข้อปฏิบัติเมื่อกลับสู่ชุมชน มอบใบรับรองการกักตัว , ถูยั้งชีพ , อุปกรณ์ป้องกันโควิด -19

กิจวัตรประจำวันของเจ้าหน้าที่

1. บันทึก ส่ง รายงานอาการของผู้กักตัวประจำวัน
2. พูดคุย ให้คำปรึกษา วัดไข้ สอบถามอาการประจำวัน
3. ส่งข้าว - น้ำ สิ่งอำนวยความสะดวก
4. ดูแล ทำความสะอาดสถานที่กักตัวด้านหน้า และบริเวณส่วนรวม
5. ดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม คัดแยกขยะติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ มาไว้ยังจุดพักขยะ
6. เต็มคลอรีนในบ่อบำบัดน้ำเสีย เพื่อให้ น้ำที่ใช้มีความสะอาด

ข้อดีของการกักตัวที่โรงแรมทางกาย

1. ลดโอกาสการติดเชื้อเพิ่มขึ้นของชุมชน
2. ได้รับประทานอาหารที่สด สะอาด ครบ 3 มื้อ ตามหลักโภชนาการ
3. มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันครบถ้วน
4. สถานที่สะอาด เงียบสงบ เป็นสัดส่วน
5. สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา (เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้)
6. บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมดี
7. ได้รับการตรวจสุขภาพระหว่างกักตัว
8. ได้รับการดูแลเมื่อพบปัญหาการเจ็บป่วยอย่างทันท่วงที

ข้อดีของการกักตัวที่โรงแรมทางใจ

1. มีความสงบ มีสมาธิ
2. สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา ได้รับการเฝ้าระวังด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด (ด้านความเครียด วิตกกังวล)
3. สามารถติดต่อกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ (เครื่องมือสื่อสาร)
4. ทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพถึงที่พัก

สถานที่โรงแรมที่กักตัว 3 แห่ง

1. สุรินทร์บีช รีสอร์ท
2. เดอะคริส รีสอร์ท
3. 3.บางเทา(ไนซ์)ลากูน บีช

7. แหล่งอ้างอิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทา

รายชื่อคณะกรรมการ KM

1. ชื่อผู้นำเสนอผลงานนายอนุ ยกทอง ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงทะเล ตำบลเชิงทะเล อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต มือถือ 089-7299113
2. นายจิรวัดน์ ชื่นสุวรรณ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทาสถานที่ติดต่อกลับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทาตำบลเชิงทะเล ตำบลเชิงทะเล อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต มือถือ 081-0917830
3. นางอรนงค์ เชาววิโวพจน์ ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงานผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต มือถือ 081-8967764
4. นายดาร์ส จันทนาค ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเทา ตำบลเชิงทะเล ตำบลเชิงทะเล อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

8.เรื่องเล่า ไร่พลังที่ผู้ถูกกักตัว

เรื่องที่ 1 คุณยายผู้สูงอายุวัย 91 เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะได้รับเชื้อ แรกรับตอนเย็นห้องไม่กว้างต้องพยายายเดินทางลาดกว้าง 80 เซนติเมตรของแต่ละชั้นเดินขึ้นชั้น 4 พร้อมสัมผัสภาระปะรุงพะรังใช้เวลาประมาณครึ่งถึงห้องพักเดินไปหยุดไปคืบนั้นผมนอนคิดว่าถ้ายายเกิดไม่สบายจะต้องส่งรพ.คงจะลำบากและไม่ปลอดภัยและยายพักคนเดียวด้วยเลยปรึกษาน้องๆพยายายลงมาชั้น 1 ซึ่งเป็นห้องพักเจ้าหน้าที่และให้หลานมาพักด้วยยายมีความสุขมากและกลับบ้านอย่างปลอดภัย

เรื่องที่ 2 เรื่องเล่าของ นางสาวนก

โรงแรมสถานที่กักตัวแห่งที่ 1 ของ ตำบลเชิงทะเล ซึ่งเริ่มเปิดให้พักในวันที่ 9 เมษายน 2563 แต่นางสาวนก สร้อยสน ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโควิด - 19 ทำให้มีความเสี่ยงสูง ต้องถูกกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน เพื่อสังเกตอาการของโรค ได้เข้าพักร่วมห้องกับนายสมมาตร สร้อยสน ซึ่งเป็นลุง ที่ห้อง 006 B เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 เช้าๆ ของวันที่ 11 เมษายน 2563 ผลตรวจโควิด - 19 พบว่า นายสมมาตร สร้อยสน ติดเชื้อโควิด - 19 ต้องถูกส่งตัวไปรักษาที่ รพ.กลาง แต่นางสาวนก ผลตรวจเป็นลบ คือไม่ติดเชื้อ ทำให้นางสาวนก ต้องถูกย้ายห้องพักไปยัง ห้อง 102A และทำการกักตัวคนเดียวตลอดในทุกๆวัน

ด้วยความที่เจ้าหน้าที่ได้ส่งข้าว น้ำ วัคซีน สอบถามอาการของนางสาวนกทุกวัน เราได้เห็นพฤติกรรมว่าเป็นคนเงียบๆ ไม่ค่อยพูด ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส สีหน้าดูเหมือนคนง่วงนอนตลอดเวลา เวลาซักถามอะไรไป ก็จะไม่ตอบคำถาม อาจเพราะด้วยความที่เป็นวัยรุ่นที่มีโลกส่วนตัว บวกกับความไม่คุ้นชินกับเจ้าหน้าที่ ทำให้แสดงออกมาแบบนี้ แต่ตลอดระยะเวลาที่กักตัวก็ให้ความร่วมมือดี เปิดประตูมารับข้าว ให้อาบน้ำ ปกติครบ 7 วัน ได้ทำการประเมินสุขภาพจิตก็พบว่าปกติ จนกระทั่ง วันที่ 22 เมษายน 2563 พี่เชยที่พักร่วมห้องกับ พี่สาว และลูกสาวของ นางสาวนก ที่เข้าพักร่วมกัน อยู่ที่ห้อง 004 B ได้มีอาการเข้าข่ายโควิด -19 จึงส่งตัวไปตรวจ พบว่าติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษาทันที ทำให้ พี่สาว และ ลูกสาวของนางสาวนกต้องถูกส่งตัวไปตรวจ และ รอฟังผลในวันถัดไป เช้าของวันที่ 23 เมษายน 2563 ผลตรวจพบว่า พี่สาวของนางสาวนก กณกรณ ติดเชื้อโควิด- 19 อีกคนต้องส่งตัวไปรับการรักษาที่ รพ. ทำให้ ด.ญ.กนกณชณ์ ลูกสาววัย 3 ขวบ ของนางสาวนก ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต้องถูกกักตัวต่อเนื่องไปอีก 14 วัน เพื่อสังเกตอาการ แต่ด้วยเด็กวัย 3 ขวบ ไม่สามารถกักตัวเพียงคนเดียวได้ จึงต้องพามากักตัวกับนางสาวนก ที่ห้อง 102A

ถ้านับตั้งแต่วันแรกเข้าพัก คือ 10 เมษายน 2563 - 23 เมษายน 2563 ก็ครบกักตัว 14 วันพอดี ซึ่งจริงๆแล้ว นางสาวนกต้องได้กลับบ้าน แต่มีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ทำให้นางสาวนกต้องกักตัวกับ ด.ญ.กนกณชณ์ต่อไปอีก 14 วัน เท่ากับว่า กักตัว 2 รอบ วันที่ 20 เมษายน 2563 นางศลิษา สร้อยสน แม่ของนางสาวนก เสียชีวิตด้วยอาการติดเชื้อจากโรคโควิด -19 ตอนเช้าของวันที่ 23 เมษายน 2563 หลังจากที่เจ้าหน้าที่ได้เคาะประตูเพื่อแจ้งว่าต้องกักตัวต่อเนื่อง สีหน้าและแววตาของ นางสาวนกดูเศร้าหมองและมีความวิตกกังวลพอสมควร จึงได้พูดคุยและประเมินสุขภาพจิต พบว่าปกติ ;จนกระทั่งวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 เข้าสู่การกักตัว 26 วัน ได้ส่งตัวนางสาวนก และ ด.ญ.กนกณชณ์ไปตรวจซ้ำก่อนออก ที่ รพ.กลาง โดยมีรถมารับไปช่วง 10 .00 น. และจะได้ตรวจช่วง 12.00 น. และจะมีรถมารับกลับโรงแรมในช่วง 13.00 น. แต่เวลาประมาณ 14.00 น. เจ้าหน้าที่ได้โทรมาแจ้งว่าไม่พบนางสาวนกที่ รพ.กลาง ไม่มีใครทราบว่าเป็นไหน เพราะยังไม่ได้กลับมาที่ โรงแรม โทรไปก็ไม่รับสาย ต้องตามหาตัวกันวนวายไปหมด จนกระทั่ง 16.00 น. นางสาวนกได้ติดต่อกลับมาและบอกว่า อติตสามีมารับที่ รพ.กลางเพื่อพาออกไปกินข้าวและไปเที่ยว และได้พามาส่งที่

รพ.กลางแล้วแต่ด้วยยังไม่ได้ตรวจทำให้ต้องรอตรวจในรอบ18.00 น. เวลาประมาณ 17.00 น.พ่อของนางสาวนภทรบอกว่าลูกสาวหายตัวไปก็มาต่อว่าเจ้าหน้าที่ถึงโรงแรม อาจเพราะเครียดเรื่องลูกสาวและเสียใจเรื่องภรรยาเสียชีวิตด้วยทำให้เกิดอารมณ์เครียดและโมโห แต่เจ้าหน้าที่ก็ได้ชี้แจงถึงเหตุการณ์นี้ไป ทำให้พ่อของนางสาวนภทรลดอารมณ์โกรธลงและกลับไปบ้านเพื่อรอฟังข่าวของลูกสาว เวลาประมาณ 19.30 น.นางสาวนภทรและ ด.ญ.กนกภษาณีได้เดินทางกลับถึงโรงแรมด้วยรถรับ – ส่งที่จัดไว้ให้ ด้วยสีหน้าที่สดใส ยิ้มแย้มขึ้นหลังเหตุการณ์นี้ ทางเจ้าหน้าที่ได้ประชุมกันและประสานไปยังทีมสุขภาพจิตของสสจ.ภูเก็ตให้ลงพื้นที่เพื่อประเมินสุขภาพจิตของนางสาวนภทรอีกครั้ง ก่อนจะครบกำหนดกักตัวในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 ผลตรวจออกมาว่า ทั้ง 2 คนไม่พบเชื้อโควิด – 19 จึงได้เข้าสู่กระบวนการปล่อยตัวกลับบ้านต่อไป

เรื่องที่ 3คุณน้าเป็นห่วงหลานอายุ 59ปี มีหลาน1คน ด.ญ.สุนิษา สร้างเมือง อายุ 13ปี มากักตัวอยู่ห้องติดกัน กลางดึกคืนวันที่3 ของการกักตัวคุณน้าโทรมาบอกว่าหลานไม่สบายตัวร้อนสงสัยเป็นไข้ทับอุตุผมและน้องๆรีบขึ้นไปดูอาการวัดไข้สีหน้าคุณน้าหน้าแดงกล้าเหงื่อออกพูดไม่หยุดว่าเป็นเพราะหอมเอาหลานมาซึ่งไม่มีแอร์ร้อนทำให้หลานไม่สบายสีหน้าไม่พอใจเจ้าหน้าที่แต่ในใจผมคิดว่าเป็นโควิด19 จึงบอกแก้วว่าขอวัดไข้ก่อนและโทรปรึกษาจนท.รพ.กลางว่าต้องให้ไปคืนนี้เลยหรือไม่จากการประเมินสภาพเบื้องต้นพบไข้สูง39.5cมีอาการเหนื่อยและมีประจำเดือนผมจึงจ่ายยาลดไข้ให้แต่ก็อาการสงบดีส่วนคุณน้ายังกังวลอยู่ผมบอกอีก2ชั่วโมงมาวัดไข้ใหม่ระหว่างนั้นน้าบอกว่าหลานไม่ดีขึ้นอยากให้ไปโรงพยาบาลผมเปิดเสียงที่ปรึกษาจนท.โรงพยาบาลให้ป่าได้ยินว่าและห้องเต็ม ค่อยมาพุงน้านอนที่กักตัวสบายกว่าป่าสีหน้าวิตกกังวลลดลงและแนะนำให้น้าอยู่ห่างๆหลานนิดนึง02.00น.จนท.ติดต่อไปวัดไข้โทรไม่รับเคาะประตูไม่เปิดเลยตัดสินใจใช้กุญแจสำรองเข้าไปพร้อมกับคุณน้าตัวร้อนเหมือนแนะนำเช็ดตัวลดไข้วันรุ่งขึ้นหลานไปโรงพยาบาลและวันที่6ป่าก็เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเช่นกันปัจจุบันหลานไปเรียนหนังสือตามปกติส่วนป่าโทรมาปรึกษาว่าผมร่วงมากผมแนะนำให้ไปปรึกษาแพทย์ๆบอกว่าอาการข้างเคียงของยาป่ายังเสียงดังเหมือนเดิม

1. **ชื่อองค์ความรู้ :** พัฒนาระบบการจัดการโรคระบาดเชิงพื้นที่เพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

: กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

2. **ชื่อหน่วยงาน สมาชิกทีม :** น.ส.ยุภา สมบูรณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

: น.ส.อรษา ไททอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์:087-8860451 email: four1000smiles@gmail.com

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสุขสำราญ

3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้พื้นที่ :** ที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

4. **วัตถุประสงค์**

4.1 เพื่อพัฒนาระบบการจัดการโรคระบาดเชิงพื้นที่เพื่อป้องกันไวรัส COVID-19 : กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

4.2 เพื่อศึกษาแผนปฏิบัติงานและกระบวนการเรียนรู้ในการป้องกันไวรัสCOVID-19

5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญของบทเรียนของวิธีจัดการและแก้ไขปัญหาโรคระบาด**

ประสบการณ์และปฏิบัติการเชิงพื้นที่เพื่อป้องกันไวรัส มาตรการสกัดโรคร้าย: กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนองใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนที่ในเขตพื้นที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายนปีงบประมาณ 2563 โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ การร่วมกันสกัดโรคCOVID-19 เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ มีความตระหนักต่อศักยภาพของตนเองในการป้องกันเชื้อโรค COVID-19 ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าชุมชนสามารถค้นหาข้อมูลกำหนดความต้องการในการแก้ไขปัญหาได้ โดยผ่านการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามผลและการประเมินผล

ผลการจากปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าแผนปฏิบัติงานและกระบวนการสามารถสร้างการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี รวมถึงสามารถนำไปพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนร่วมกันสามารถกำหนดการแก้ปัญหาได้ เกิดจากการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินงาน ติดตามผล และประเมินผล ทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้เรียนรู้ในการแก้ปัญหาและการพัฒนาซึ่งเป็นการศึกษาที่สำคัญอย่างยิ่ง สามารถนำมาใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะนำไปสู่การพัฒนาถึงวิธีจัดการและแก้ไขปัญหาโรคระบาดได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างการเรียนรู้ การสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสามารถนำไปเป็นแนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนก่อนการดำเนินการปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 1 การพัฒนารอบความคิดการแบบมีส่วนร่วม โดยพัฒนามาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ของ ดร.กมลสุด ประเสริฐ(2540)

ขั้นที่ 2 การคัดเลือกชุมชนเลือกด้านตรวจตำบลกำพวน อำเภอสุขสำราญ เนื่องจากเป็นจุดเข้า-ออกของบุคคลจากสถานที่ต่าง ๆ

ขั้นที่ 3 การเข้าถึงชุมชน ลงพื้นที่ศึกษาสภาพความเป็นจริงของชุมชนพบปะพูดคุยกับกลุ่มผู้นำภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนมีการประเมินความตั้งใจจริงที่จะดำเนินการร่วมกัน

ขั้นที่ 4 การคัดเลือกแกนนำชุมชน โดยเลือกจากผู้นำตามธรรมชาติและผู้นำอย่างเป็นทางการเพื่อร่วมกระบวนการวิจัย และการดำเนินกิจกรรมโดยมีภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการดำเนินการปฏิบัติงาน

ขั้นที่1 กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน โดยร่วมกันระดมสมองจัดทำแผนชุมชนเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรม สร้างความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการ สร้างการยอมรับความไว้วางใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี

ขั้นที่2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สามารถค้นพบข้อมูลเพื่ออธิบายปัญหาให้เห็นภาพรวมและกำหนดความต้องการ รวมถึงแผนปฏิบัติงานการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาได้

ขั้นที่3 ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาโดยสร้างการเรียนรู้ และสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้กับชุมชน

การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามผลและการประเมินผล กิจกรรมได้แก่การค้นหาแกนนำ เพื่อให้ความรู้และชี้แจงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระดมความเห็นร่วมกัน และการดำเนินกิจกรรมในชุมชนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 5 ศึกษาประสิทธิผลการทำแผนชุมชนไปใช้วางแผนงานผลลัพธ์ที่ได้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ในการแก้ไขปัญหาและสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้ตระหนักรู้นำไปสู่การพัฒนา รวมถึงการจัดการแก้ไขปัญหาต่อไป

ขั้นที่6 การติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหาของชุมชนร่วมกัน โดยใช้กระบวนการสังเกต บันทึก และรวบรวมข้อมูลจากวิธีการแก้ปัญหากำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน

ขั้นที่7 เผยแพร่ โดยใช้รถขยายเสียงประชาสัมพันธ์ทุกเช้า-เย็นทั้งอำเภอสุพรรณบุรี ตามแนวทางปฏิบัติตามมาตรการป้องกันให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึง จัดทำระบบรับแจ้งทางไลน์ผ่านหน่วยงานต่างๆ และติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามแหล่งชุมชนต่างในพื้นที่

6. การนำไปใช้ (ถ้ามี)

- นำมาตรการป้องกันที่ได้มาใช้ในพื้นที่ และพัฒนาวิธีการติดตามบริการ รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังรายบุคคล เพื่อให้กลุ่มประชากรชุมชนเป้าหมายเกิดความปลอดภัยไม่พบการระบาดของโรค
- สามารถต่อยอดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมป้องกันแก้ไขสถานการณ์ปัญหาให้เกิดผลสำเร็จยิ่งขึ้น
- สามารถนำไปต่อยอดสู่การพัฒนาวัฒนธรรมกระบวนการสายสีชุมชน อสม.คูคิตป้องกัน COVID-19

7. แหล่งอ้างอิง (สามารถ Download ข้อมูลเพิ่มเติม)

กรมควบคุมโรค. (2563).กระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก. 11 มีนาคม 2563.

ดร.กมลสุดประเสริฐ. (2540).การวิจัยเรื่องรายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชน.

การพัฒนากรอบความคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา:สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- 1 ชื่อเรื่อง : การจัดการสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : ทีมการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
4. วัตถุประสงค์ :
 - 1) เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19
 - 2) เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
 - 3) เพื่อควบคุมและสนับสนุนการทำงาน ของทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต COVID-19
5. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ : กรอบแนวคิด คือ การจัดการความรู้ ตามแผนผังอิชิคาวะ

(Ishikawa diagram) ประกอบด้วย Knowledge Vision, Knowledge Sharing, Knowledge Assets

Knowledge Vision เนื่องจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ COVID-19 ได้ระบาดทั่วโลก เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา มีรายงานการติดเชื้อสะสมจำนวน 18.9 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 7 แสนคน ข้อมูลในประเทศไทยมีการติดเชื้อสะสมจำนวน 3,328 คน มีผู้เสียชีวิต 58 คนและจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการติดเชื้อสะสมจำนวน 18 คน โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 7 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 จำนวน 1 คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2563) ปัจจุบันยังมีการระบาดและพบผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอยู่ในช่วงพัฒนาวัคซีน (WHO, 2020) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักได้รับนโยบายเร่งด่วนเรื่องการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 แต่ขาดการเตรียมการที่ดี ดังนั้นทีมการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จึงนำวิธีการจัดการความรู้ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของทีมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19

Knowledge Sharing จากคำถามนำในการทำสนทนากลุ่ม (focus group) วันที่ 3-4 สิงหาคม 2563 มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 27 คน ได้แก่ ทีมบริหารในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 9 คน ทีมปฏิบัติการ 14 คน ทีมสนับสนุน 3 คน และ ICN 1 คน ทีมการพยาบาลผู้ป่วยหนักได้ข้อสรุป 4 ประเด็นหลัก

Knowledge Assets ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ บุคลากร (man) ทรัพยากร (money) วัสดุอุปกรณ์ (material) และ การบริหารจัดการ (management)

บุคลากร (man): บุคลากรที่เกี่ยวข้องในบริหารจัดการสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายปฏิบัติการและฝ่ายสนับสนุน บุคลากรฝ่ายบริหาร มีการจัดทีมเฉพาะกิจ มีผู้อำนวยการ ทีมบริหารแพทย์ ทีมบริหารทั่วไป ทีมบริหารการพยาบาล มีหน้าที่อำนวยความสะดวกให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 บรรลุเป้าหมายการรักษาดูแล และมีความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน ฝ่ายปฏิบัติการ มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว อาทิเช่น พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 เตรียมความรู้เรื่องโรค การรักษา การพยากรณ์โรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากเชื้อโคโรนาไวรัสมีการติดต่อทางอากาศ (airborne) ร่วมกับความรู้อันเนื่องมาจากการดูแลและประเมินผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อ ภาวะ shock การติดตามสัญญาณชีพ ค่า SPO₂ หรือ EtCO₂ และเหตุการณ์ที่มีความยุ่งยากมากขึ้นเมื่อต้องใช้อุปกรณ์ PPE เช่น การช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ การทำ C-line A-line หรือการดูแลผู้ป่วยขณะทำ hemodialysis อีกทั้งต้องมีทักษะการใช้ close suction การ disconnect circuit การพ่นยาด้วย MDI การใช้ hepa filter และ การถอดท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อ

และ การใช้ High Flow Nasal Cannula แม้กระทั่งเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เรื่องการยอมรับจากสังคม เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจเนื่องจากต้องรักษานาน และต้องถูกกักตัว 14 วันเมื่อกลับบ้าน สำหรับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว ผู้ปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพ โดยมีทีมสนับสนุน คือ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานประจำตึก เจ้าหน้าที่ X-ray และ ช่างเครื่องมือแพทย์ ซึ่งเป็นบุคคลที่เข้ามาทำงานในห้องแยกโรคโดยตรง แต่ทีมการดูแล คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นด่านหน้าในการสัมผัสเชื้อโรค ทำงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการเตรียมร่างกาย นอนพักผ่อนให้เพียงพอ แม้มีการเตรียมความพร้อม เรื่องหลัก Universal precaution จากทีม ICN และ ICWN แต่กลับพบว่าทีมพยาบาลเข้าเวรเป็นกะ เกิดความตื่นเต้น เครียด วิตกกังวลเรื่องการติดโรค COVID-19 สู่นตนเองและครอบครัว

ทรัพยากร (money): แม้ทีมการดูแลได้รับงบประมาณสนับสนุนทั้งจากโรงพยาบาล จากงบประมาณเฉพาะกิจสำหรับผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) แต่ในช่วงแรกมีการขาดแคลนอุปกรณ์ PPE เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์สื่อสารที่ไม่สะดวก รอคารส่งยาต้านไวรัสจากกรุงเทพ และสวัสดิการเรื่อง อาหารและที่พักแรม ความช่วยเหลือเริ่มทยอยมาอย่างต่อเนื่อง มีเงินบริจาคจากเอกชนและประชาชนทั่วไป การบริจาควัสดุอุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์ AI ช่วยในการสื่อสารและบริการผู้ป่วย (น้องปันโต กับ น้องกระจก) พระราชทาน เครื่องช่วยหายใจพระราชทาน ห้องตรวจปลอดเชื้อพระราชทาน และ รวมทั้งการสนับสนุนอาหารและเครื่องดื่มเลี้ยง ทีมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 เป็นสวัสดิการของโรงพยาบาล และจากเอกชนและประชาชนทั่วไป และทีมบริหารจัดการให้ทีมการพยาบาลได้พักผ่อน

วัสดุอุปกรณ์ (material): กลุ่มงานผู้ป่วยหนักมีอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยเพียงพอในหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ละหน่วย แต่ในห้องแยกโรคที่รับผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 การจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยหายใจ infusion pump เครื่อง monitor ต่างๆ ไม่มีความพร้อมในช่วงแรก ต้องมีการยืมจากหอผู้ป่วยวิกฤตต่างๆ ทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยไม่คุ้นเคยขาดทักษะในการใช้งาน และต้องอาศัยทีมช่างในการใช้เทคโนโลยี เข้าช่วยปรับอุปกรณ์ให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าสัมผัสผู้ป่วยในห้องแยกโรคน้อยที่สุด แต่เป็นการปฏิบัติงานไปแก้ไขไป จึงเกิดความไม่สะดวก อีกทั้งห้องแยกโรค เดิมมีแผนปรับปรุง แต่ถูกตัดแปลงเร่งด่วนในช่วงระบาดของ COVID-19 จึงมีห้องแคบไม่สะดวกในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤต และไม่สามารถติดตาม pressure gauge ได้ที่หน้าห้องผู้ป่วย negative pressure อาจหยุดทำงานฉุกเฉินถ้าไฟฟ้าดับชั่วคราว มีผลให้ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความเสี่ยงในการติด COVID-19 แต่ ICN จะคอยกำกับการใช้/ถอดอุปกรณ์ PPE อย่างเคร่งครัด

การบริหารจัดการ (management): ทีมบริหารการพยาบาลได้มีการประชุมหาข้อสรุปเรื่องการจัดอัตรากำลัง เลือกรักษาพยาบาลที่ไม่มีข้อจำกัดและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป มีการจัดคลาสสอน การใช้อุปกรณ์ PPE และ ทีมบริหารโรงพยาบาลร่วมกับทีมบริหารการพยาบาลเข้ามาเยี่ยมรับฟังปัญหาและ สนับสนุนการทำงานเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้ทีมปฏิบัติอย่างมั่นใจ มีการติดตามสถานการณ์และส่งต่อ ข้อมูลเป็นระยะให้ทีมผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน มีการตระหนักถึง สวัสดิการของผู้ปฏิบัติงานตามสถานการณ์ที่สามารถเอื้ออำนวยได้

6 การนำไปใช้ : จากการสะท้อนประสบการณ์ของทีมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 ตั้งแต่กุมภาพันธ์ ถึงปัจจุบัน ทีมมีข้อเสนอแนะสรุปได้ ดังนี้ 1) แผนการดูแลต้องการประสานงานการส่งต่อข้อมูลต้องชัดเจน 2) ระบบการดูแลคำนึงถึงความพร้อมด้านสถานที่อุปกรณ์ อัตรากำลัง โดยเฉพาะห้อง negative pressure อุปกรณ์ PPE เครื่องมือ/อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต และเครื่องมือสื่อสาร มีการเตรียมทีมต้องมีการซ้อมแผน และจำลองสถานการณ์การรับผู้ป่วยเป็นระยะ และ 3) การควบคุมและสนับสนุน คือ ทีมบริหารต้องตระหนัก เรื่องการสร้างขวัญและกำลังใจตลอดช่วงเวลาที่ทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID-19 มีการจ่ายค่าตอบแทน ในการปฏิบัติงานเสี่ยงภัยตรงเวลา และเพิ่มสวัสดิการอำนวยความสะดวกเรื่องที่พักและอาหารต้องสามารถ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความผ่อนคลาย

7 แหล่งอ้างอิง: WHO, 2020. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieve from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAlaQobChMIwOihamG6wVwworCh2EjAqfEAAYASAAEgJ_evD_BwE

1. ชื่อองค์กรความรู้ : นาทีวิกฤติ ชีวิตฉุกเฉิน : ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
2. ชื่อเจ้าของผลงาน : นายสามารถ สุวรรณภักดี ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.
3. ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสงวน
4. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือดและกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ
5. วัตถุประสงค์ : เพื่อนำประสบการณ์ความเจ็บป่วยมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เกิดความเหมาะสมลงตัวกับกาลเทศะ
6. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ

การจัดการความรู้เรื่อง นาทีวิกฤติ ชีวิตฉุกเฉิน : ประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื่องนี้เป็นกรณีวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ” (Interpretative phenomenological analysis; IPA) โดยใช้รูปแบบการเขียนเป็นเรื่องราวประสบการณ์ความเจ็บป่วย (illness experience narratives) ของผู้เขียนเอง และวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านแนวคิดทฤษฎี โดยผู้เขียนหวังเพียงเพื่อให้เกิดการสะท้อนย้อนคิดถึงการใช้ชีวิตของกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยและกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถลดความเสี่ยงต่อการป่วยและเกิดการปรับกระบวนการที่ศึนการทำงานให้เกิดความเหมาะสมลงตัวกับกาลเทศะที่ไม่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานบริการ

จากเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับชีวิตผมในวันที่ 25 ตุลาคม 2562 ในช่วงเวลาเย็นจากคนที่ออกกำลังกายประจำร่างกายบึกบึน แข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยอะไรมากมาย ผมต้องกลายเป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้าอนรักษาดัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ทำให้วิถีชีวิตต้องเปลี่ยนไปแบบตั้งตัวไม่ทัน หลังจากผมได้ออกจากโรงพยาบาลผมมีความคิดว่าจะเขียนเอกสาร หรือบทความอะไรสักอย่างเกี่ยวกับการป่วยของผม ผมจึงได้ทบทวนเหตุการณ์การการรักษาอาการเจ็บป่วยจากโรงพยาบาล และหาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอ่านเริ่มวางเค้าโครงของบทความ การเขียนรายละเอียดและการเพิ่มเติมเนื้อหาหลังจากที่ได้อ่านทบทวน บทความนี้เขียนขึ้นจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามเอกสารทางวิชาการที่ค้นพบ ไม่ได้เป็นกรณีวิเคราะห์โดยผู้เขียนรู้สึกไปเองหรือคิดไปเอง และขอเน้นย้ำจุดยืนของการเขียนบทความนี้ว่า ผู้เขียนไม่ได้ต้องการให้เกิดการปะทะกันระหว่างแนวคิดทางด้านวิทยาศาสตร์กับแนวคิดทางด้านมานุษยวิทยา แต่ต้องการเปิดมุมมองอธิบายเหตุผล อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ป่วยกับทีมแพทย์ที่ให้การรักษาในมุมมองทางด้านมานุษยวิทยา เพื่อให้เห็นว่าเหตุผลทางด้านวิทยาศาสตร์และทางสังคมศาสตร์สามารถผสมผสานให้เกิดความกลมกล่อมและรวมกันเป็นเนื้อเดียวกันได้ และเมื่อรวมกันแล้วก็ไม่จำเป็นต้องแยกว่าสิ่งไหนคือวิทยาศาสตร์สิ่งไหนคือสังคมศาสตร์ ขอเพียงแค่มองแบบเข้าใจระบบ เข้าใจวัฒนธรรมของคนกลุ่มย่อย ก็สามารถที่จะทำให้เราใช้ชีวิตในสังคมร่วมกันได้อย่างไรช่องว่าง



นาทีวิกฤติ

ขับรถกลับจากทำงาน มาถึงบ้านนอนดูข่าวในทีวี เริ่มมีอาการปวดแน่นท้อง ทำให้นึกถึงโรคกระเพาะอาหารที่เกิดจากการกินอาหารไม่ค่อยเป็นเวลาในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา เวลาผ่านไปประมาณ 3 นาที อาการเจ็บเริ่มมากขึ้น เจ็บร้าวไปที่สะบัก ต้นคอ และแขนข้างซ้าย ทำให้นึกถึงอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงตัดสินใจเดินไปเอากุญแจรถ เพื่อที่จะขับรถไปโรงพยาบาลเอง อาการเจ็บมาก เหงื่อออกท่วมตัว จนเดินไปไม่ถึงที่จอดรถ

และคิดว่าคงขับรถเองไม่ไหวแน่ จึงตัดสินใจโทรหาภรรยา และบอกว่า รีบมารับไปโรงพยาบาลหน้าอก หายใจไม่ออก ระหว่างรอ อาการเจ็บจนบอกไม่ถูก นั่งก็ไม่ได้ นอนก็ไม่ได้ ต้องเดินไปเดินมา ทำให้นึกถึงความตาย ที่อาจมาถึงได้กับตัวเองในทุกเวลา เวลาผ่านไปไม่ถึง 5 นาที ที่ภรรยามาถึง ผมตัดสินใจวิ่งขึ้นรถคันที่อยู่บนรถมีอาการคลื่นไส้ และรู้สึกเจ็บหน้าอกมากแต่ก็ไม่ได้บ่นอะไรมากมาย เนื่องจากไม่คิดว่าภรรยาผม จะขับรถเร็วได้ขนาดนี้มาก่อน และคิดว่ามันคงจะไม่เจ็บหน้าอกไปมากกว่านี้อีกแล้ว ไม่ถึง 10 นาที ผมได้เข้าไปนอนอยู่บนเตียงในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพร้อมด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ติดอยู่ตามตัว และแผ่นกระดานรองอยู่ที่หลังทำให้รับรู้ได้ว่า การช่วยชีวิตด้วยการปั๊มหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ในทุกเวลา ผมรู้สึกได้ถึงความรัก ความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตของทีมแพทย์และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ในช่วงระยะเวลาสั้นๆที่นอนอยู่บนเตียงห้องฉุกเฉินก่อนที่จะได้รับการช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาล ผมรู้สึกเหมือนกับว่าความรู้สึกได้ดับวูบ ไม่เห็น ไม่ได้ยิน ไม่รู้สึก และสิ่งแรกที่กลับมาได้ยินอีกครั้ง หมอพูดว่า “นาทีวิกฤติ ให้ทนอีกนิด แล้วมันก็จะผ่านไป” ในช่วงนั้นเองร่างกายรู้สึกวูบวาบ เมื่อทีมแพทย์และพยาบาล เริ่มปล่อยยาละลายลิ่มเลือดเข้าทางสายน้ำเกลือ อาการเจ็บเริ่มลดลง หายใจคล่องขึ้น และเหมือนกับเป็นปกติ เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 30 นาที คืนนั้นผมต้องนอนพักสังเกตอาการในห้องผู้ป่วยวิกฤติ(ICU) ภายในห้องผู้ป่วยวิกฤติผมได้สัมผัสกับความเงียบสงบ ได้ยินเพียงเสียงเดินของพยาบาลที่คอยดูแลผู้ป่วย และเสียงของเครื่องมือแพทย์ที่ถูกติดตั้งไว้ประจำผู้ป่วยแต่ละรายแทบทุกเตียง ผมรู้สึกได้ถึงภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ที่อยู่ในห้องนี้ได้คือ ทุกคนในห้อง ICU รวมทั้งตัวผมเองอาจจะตายได้ในทุกเวลานั่นเอง รุ่งเช้าของวันต่อมา ผมได้ย้ายไปนอนรักษาที่หอผู้ป่วยรวม ที่นี่รู้สึกได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและระหว่างคนเฝ้าไข้ ที่เป็นไปในลักษณะรุ่นพี่ รุ่นน้อง คือคนที่นอนพักรักษาอยู่ที่นี่นานกว่าจะให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือคนที่เข้ามาใหม่ ทั้งการแนะนำเรื่องสถานที่ ห้องน้ำ ที่นอนคนเฝ้าไข้ ที่วางของใช้ รวมทั้งคอยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยที่เข้าใหม่ กับพยาบาลเวรประจำตึก ถึงแม้ที่นี่จะดูวุ่นวาย แต่ที่นี่เต็มไปด้วยมิตรภาพและความเอื้ออาทร ผมนอนพักอยู่ห้องผู้ป่วยรวม 1 คืน จึงได้ย้ายเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษ รวมเวลาที่นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นเวลา 4 วัน ก่อนที่หมอจะส่งตัวไปตรวจหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลทหารในตัวจังหวัด



ปฏิบัติการสวนหัวใจ

ผมได้ไปพบหมออายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลทหาร มอนต์ฉีตส์และสวนหัวใจ หมอบอกว่าจะฉีดสีเข้าที่ข้อมือโดยไม่ต้องวางยาสลบ และถ้าพบความผิดปกติของหลอดเลือดก็จะได้ทำการรักษาตามสภาพอาการที่พบ หลังจากนั้น 3 วัน ผมได้เข้านอนในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมการฉีดสีสวนหัวใจ ในวันรุ่งขึ้น ที่นี่ มีทีมแพทย์ที่ชำนาญการและใส่ใจความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และญาติ เวลา สามทุ่ม ของคืนนั้นผมถูกพาเข้าไปในห้องสวนหัวใจ บรรยากาศในห้องนี้ เต็มไปด้วยเครื่องมือแพทย์ที่ถูกเชื่อมต่อเข้ากับจอคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่ทุกคนในห้องนี้พูดคุยกับผมด้วยความเป็นกันเอง ชวนพูด ชวนคุยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และสิ่งที่ผมรู้สึกดีไปมากกว่านั้นคือ ผมได้ยินเสียงเพลงเพื่อชีวิตเบาๆอยู่ตลอดเวลาที่อยู่ในห้องสวนหัวใจที่นี่ หรือว่ามีใครบางคนรู้ว่าผมชอบฟังเพลงแบบนี้ หรืออาจมีใครบางคนในห้องนี้ที่ชอบฟังเพลงแบบนี้เหมือนกับผม

หลังจากทีมพยาบาลได้เตรียมความพร้อม หมอจึงได้เริ่มทำโดยอธิบายและบอกให้ทราบทุกอย่างก่อนที่จะทำเวลาผ่านไปประมาณ 30 นาที หมอพูดว่า เสร็จแล้วครับ เดี่ยวหมอจะให้ดูในจอคอมพิวเตอร์ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผมรู้สึกตื่นเต้นที่ได้เห็นการเต้นของหัวใจและการไหลของเลือดตัวเองในจอคอมพิวเตอร์ หมอบอกว่า นี่คือเส้นที่หนึ่ง โลงไหลได้คล่องดี นี่คือเส้นที่สองที่โลงและไหลได้คล่องดีเหมือนกัน ต่อไปเส้นที่สาม ตอนนี้อีกโลงไหลได้คล่องดีเหมือนกัน แต่เห็นร่องรอยของการตีบและตัน ที่ต้นมันคงละลายไปแล้ว ตอนที่หมอของโรงพยาบาลก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด และหมอบอกต่อว่าเส้นเลือดเส้นนี้ยังคงตีบอยู่และจะทำบอลลูนก็คงทำไม่ได้ เพราะขนาดหลอดเลือดหัวใจของผมขนาดใหญ่่มากไม่มีบอลลูนขนาดนี้ ถ้าจะทำก็ต้องผ่าตัดทำบายพาส แต่ตอนนี้ยังไม่จำเป็นเพราะเลือดยังไหลได้ดี และหมอจะนัดมาวิ่งสายพานเพื่อดูประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอีกครั้ง

ทำไมผมต้องเชื่อและยอมทำตามที่หมอบอกทุกอย่าง

ในช่วงที่ผมอยู่ในห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต ทุกอย่างที่ทีมแพทย์และพยาบาลทำต้องแข่งกับเวลา อาจกล่าวได้ว่าการตัดสินใจ เร็ว ช้า เพียงเสี้ยววินาทีนั้นคือโอกาสการมีชีวิตอยู่รอด เฟอร์นิเจอร์ทางการแพทย์จึงถูกนำมาติดตามตัวผม จนตัวผมเหมือนกับเสาไฟฟ้าข้างถนนที่มีสายต่างๆโยงระยางค์เต็มไปหมดภายในระยะเวลาเพียงชั่วพริบตา ความเจ็บปวดร้าวในช่องอกในช่วงเวลานั้นแม้จะไม่สามารถตีค่าออกมาเป็นตัวเลขได้ เมื่อถูกพยาบาลถามว่า ถ้าคะแนนเต็มสิบตอนนี้ให้ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่าไรถึงแม้ว่าผมจะเจ็บมากอย่างที่ไม่เคยเป็นแบบนี้มาก่อน ด้วยความหวังว่ามันยังไม่ถึงจุดสูงสุดหรือจุดหมายปลายทางผมจึงตอบพยาบาลไปว่า 8 ครับ และผมก็จะตอบระดับคะแนนความเจ็บปวดทุกครั้งเมื่อพยาบาลถามเป็นระยะๆ ในช่วงเวลาถัดมา ความรู้สึกของผมในตอนนั้น คือ ผมต้องการอยู่รอด ต้องผ่านนาทีกุณินนั้นไปให้ได้ และคนที่จะทำให้ผมอยู่รอดได้ในตอนนั้นก็คือ ทีมแพทย์และพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ผมมีความเชื่อมั่นว่าพวกเขาสามารถช่วยผมได้ผมจึงเชื่อและทำตามที่เขาบอกทุกอย่างโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ เมื่อตัวเลขระดับความเจ็บปวดที่ผมตอบกลับไปเมื่อถูกถามว่าเหลือ 3 และ 1 ตามระดับความเจ็บที่ผมรู้สึกกับตัวผมเอง โดยการเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา นอกจากความเจ็บปวดที่ลดลงที่ผมรู้สึกได้ด้วยตัวเองแล้ว สิ่งหนึ่งที่ผมสัมผัสได้คือ น้ำเสียงที่อ่อนคลายและรอยยิ้มของทีมที่คอยช่วยเหลือผม สิ่งเหล่านี้มันสื่อให้เห็นถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในห้องฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและทีมช่วยเหลือ ด้วยอาการปวดร้าวในช่องอกที่หายไปอย่างที่ผมไม่ได้ตั้งตัว หมอประจำห้องฉุกเฉินที่ยืนอยู่ข้างเตียงตลอดเวลาพูดกับผมว่า ตอนนี้หายแล้ว ไม่เจ็บแล้ว เลิกทำหน้ายุ่งได้แล้ว ด้วยคำพูดนี้ทำให้ผมยิ้มได้เป็นครั้งแรกตั้งแต่เข้ามาอยู่ในห้องฉุกเฉิน

จากเหตุการณ์นี้ ทำให้ผมได้นึกทบทวนถึงเอกสารทางวิชาการที่เคยอ่าน เรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ตอนนั้นอ่านแล้วเห็นด้วยบ้าง รู้สึกอึดอัดบ้าง แต่เมื่อตัวเองกลายเป็นคนในที่ประสบกับตัวเอง ทำให้ต้องกลับไปอ่านบทความนั้นอีกครั้ง และสรุปเอกสารนั้น ตามความเข้าใจของผมได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะหมดสติ บาดเจ็บสาหัส ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แพทย์จะต้องดำเนินการช่วยเหลือโดยทันที โดยไม่อาจรอให้ผู้ป่วยให้ความยินยอมหรือให้ความคิดเห็นได้ ความสัมพันธ์รูปแบบนี้คือความสัมพันธ์แบบ Active-Passive คือแพทย์เป็นฝ่ายกระทำ และผู้ป่วยเป็นฝ่ายถูกกระทำ แต่หากผู้ป่วยที่มาด้วยความเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป เช่น ไข้หวัด ปวดท้อง ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย แต่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ ผู้ป่วยจะมองหาความช่วยเหลือจากแพทย์

และยินยอมทำตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ แพทย์มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและทำการรักษา โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยเชื่อฟังและปฏิบัติตาม ความสัมพันธ์เช่นนี้ คือความสัมพันธ์แบบ Guidance-Cooperation คือแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยมีหน้าที่เชื่อฟัง และปฏิบัติตาม และหากผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมกับแพทย์ในกระบวนการรักษา เพราะในการรักษาโรคเบาหวานนั้น นอกจากจะต้องอาศัยการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์แล้ว ผู้ป่วยยังต้องมีวินัยในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ทั้งในเรื่องของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ความสม่ำเสมอในการทานยา เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย ซึ่งความสัมพันธ์รูปแบบนี้ คือความสัมพันธ์แบบ Mutual Participation ซึ่งเป็นรูปแบบที่แพทย์กับผู้ป่วยมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกัน ในกระบวนการรักษา ในรูปแบบพันธมิตรกัน

ใบบินยอมในการรักษาพยาบาล

ด้วยความเจ็บปวดที่มันมีมากจนต้องนึกถึงความตาย และความเชื่อมั่นว่าพวกเขาสามารถช่วยผมได้ ผมจึงเชื่อและทำตามทุกอย่างโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ผมจึงบอกกับพยาบาลไปว่าไม่ต้องเซ็นก็ได้ทำไปเถอะไหนๆ ผมก็ไม่ว่าหรือว่าเขาเขียนอะไรไว้บ้างเมื่อพยาบาลบอกให้ผมเซ็นชื่อในใบบินยอมให้การรักษา แต่พยาบาลยังคงเอาปากกามาใส่ในมือและชี้ให้เซ็นชื่อในช่องว่าง ความรู้สึกผมตอนนั้นน่าจะจะให้จับปากกาเขียนชื่อเลย แม้แต่จะให้ยกมือก็แทบจะยกไม่ขึ้นเลย พยาบาลจึงเอาแท่นหมึกมาทับนิ้วหัวแม่มือข้างขวาแล้วเขาก็นำหัวแม่มือผมไปทับในช่องว่างที่เขาต้องการให้ผมเซ็นชื่อ ผมรู้สึกใจหายวาบไม่ใช่เพราะว่าไม่ต้องการเซ็นชื่อยินยอมการรักษา แต่รู้สึกเหมือนกับว่าผมถูกกระทำเหมือนกับการพิสูจน์หลักฐานความเป็นบุคคลของคน ที่ตายไปแล้ว ผมจึงพูดกับพยาบาลและตามด้วยการผินหัวเราะเบาๆ ว่า ทำกันเหมือนพยาบาลนิติเวชเลยนะ

ทำไมผมและภรรยาจึงต้องเซ็นชื่อในใบบินยอมให้การรักษาพยาบาล จากการทบทวนเอกสารพบว่า ระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่วางอยู่บนฐานความคิดทางด้านวิทยาศาสตร์ที่เรื่องอำนาจ ทำให้แพทย์มีอิทธิพลครอบงำผู้ป่วย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นไปในรูปแบบการบัญชาการ หรือการใช้อำนาจ ผู้ป่วยต้องยอมรับอำนาจนั้นและปฏิบัติตามคำสั่ง (ทวิทอง, 2528 อ้างใน โกมาตร, 2551) ความสัมพันธ์ในลักษณะเช่นนี้ เปรียบเหมือนความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก คือการที่แพทย์มีสิทธิ์ผูกขาดการตัดสินใจจากผู้ป่วย ผู้ป่วยมีหน้าที่เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยได้สูญเสียอธิปไตยในการตัดสินใจไปให้กับแพทย์ และอยู่ในรูปแบบของการมอบอำนาจให้แพทย์ตัดสินใจ (ภาคภูมิ, 2555)

ทำไมญาติผู้ป่วยคนนั้น ไม่ยอมให้หมอใส่ท่อหายใจกับผู้ป่วย

ในขณะที่ผมมีอาการดีขึ้นและนอนพักสังเกตอาการในห้องฉุกเฉิน มีผู้ป่วยสูงอายุคนหนึ่งถูกเข็นเข้ามาในห้องฉุกเฉินในตำแหน่งที่ไม่ไกลไปจากผมมากนัก ผู้ป่วยมีอาการหอบอย่างรุนแรง แพทย์ได้บอกกับญาติผู้ป่วยว่า จำเป็นต้องใส่ท่อหายใจ ถ้าไม่ใส่ผู้ป่วยอาจจะไม่ไหวถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่คำตอบที่ได้รับจากญาติ คือการปฏิเสธการใส่ท่อหายใจ ด้วยเหตุผลที่ว่าครั้งก่อนเป็นมากกว่านี้ก็ไม่ต้องใส่ท่อ หมอพยายามอธิบายถึงอาการของผู้ป่วย ในตอนนี้ให้ญาติคนอื่น ๆ ที่อยู่ด้วยรับทราบและให้เห็นความจำเป็นของการใส่ท่อ แต่สุดท้ายความเห็นของญาติๆ คือการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงแม้ว่าหมอไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจในตอนนั้น แต่ทีมแพทย์พยาบาลในห้องฉุกเฉินก็ยังช่วยประคับประคองผู้ป่วยสูงอายุคนนั้น และหมอต้อกลับมาพูดกับญาติอีกครั้งว่า

ตอนนี้ผู้ป่วยเริ่มไม่ไหวแล้ว ทางเดียวที่จะช่วยได้คือการใส่ท่อ ต้องตัดสินใจแล้วนะ รอไม่ได้แล้ว และหลังจากนั้น จะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยคนนั้นผมไม่อาจจะล่วงรู้ได้ เพราะผมถูกนำออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อไปนอนสังเกตอาการ ต่อในห้องผู้ป่วยวิกฤติ(ICU) ไม่ว่าเขาจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ ผมเพียงแค่หวังว่าให้เขามีชีวิตรอด ออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านท่ามกลางลูกหลานได้ตามปกติ และผมคิดว่าทีมแพทย์ และพยาบาลห้องฉุกเฉินก็หวังเช่นนี้เหมือนกัน

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นและจากการค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่า แพทย์จะเป็นวิชาชีพที่มีอำนาจในควบคุมกระบวนการรักษาและเป็นอาชีพที่คนในสังคมให้การยกย่องนับถือ แต่เมื่อโครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคสังคมอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตของคนเริ่มเปลี่ยนไป คนเริ่มเจ็บป่วย ด้วยโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะและโรคเรื้อรังที่เกิดจากการใช้ชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และเกิดการอุบัติของโรคใหม่ ๆ ขึ้นมา จึงให้ระบบการแพทย์ ต้องมีการพัฒนาทั้งยารักษาโรค เครื่องมือ รวมไปถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงทำให้ระบบการแพทย์ถูกแปรเปลี่ยนเป็นธุรกิจ ภาพลักษณ์ของแพทย์ที่ใครหลาย ๆ คนมองเป็นพ่อพระผู้เสียสละ เริ่มแปรเปลี่ยนเป็นผู้ให้บริการ แพทย์บางคนที่ขาดจริยธรรมมีโอกาสหากำไรจากการรักษาและด้วยผลดี ของเทคโนโลยีปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถหาข้อมูลที่มีความสลับซับซ้อนได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลายมากขึ้น และสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้าถึงประชาชนทุกคน จึงทำให้ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนไป “ประชาชนที่เคยมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึก ที่นับถือไว้วางใจได้กลับกลายเป็นความรู้สึกที่ว่ามาโรงพยาบาลเพื่อมาใช้บริการ ความสัมพันธ์จึงเป็นไปในเชิงสัญญา มิใช่ความนับถือส่วนบุคคล เมื่อเขาไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง หรือตามที่โรงพยาบาลโฆษณาไว้ การฟ้องร้องจึงเกิดขึ้น” (แสวง, 2551) เมื่อเกิดมีคดีฟ้องร้องแพทย์ขึ้นบ่อยครั้ง ย่อมกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเริ่มหมดศรัทธาต่อแพทย์ ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นเริ่มเสื่อมถอยลง ในขณะที่แพทย์เองต้องทำการรักษาผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วยขึ้น การที่ผู้ป่วยมีอำนาจทางข้อมูลมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอำนาจต่อรองกับแพทย์และดึงอำนาจ ตัดสินใจจากแพทย์มาสู่ตนเอง ผู้ป่วยจากเดิมที่มีลักษณะตั้งรับ (passive) กลายมาเป็นผู้ป่วยที่มีความอิสระ (autonomy) ไม่ต้องเชื่อฟังคำสั่งทุกอย่างจากแพทย์โดยไม่รู้ว่าจะทำสิ่งที่ดีหรือแย่กับตน แต่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ เรียนรู้ได้ ว่าการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตน ตัดสินใจได้ด้วยตัวเองและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถึงแม้ตนเองจะป่วยอยู่ก็ตาม ซึ่งแนวโน้มของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยทั่วโลกค่อนข้างจะเปลี่ยนจากระบบพ่อปกครองลูก เปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการ (ภาคภูมิ, 2555)

พลัง อำนาจ ที่แฝงอยู่ในความรู้ทางการแพทย์

วิถีความคิดที่เป็นผลผลิตจากยุครู้แจ้ง โดยเฉพาะการมองทุกอย่างให้มีความสอดคล้องเป็นเหตุเป็นผล ไล่เรียงกันไปหมด (Enlightenment Rationality) นั้นมีกระบวนการวิธีคิดที่สอดคล้องกับวิธีปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์ หรือ Scientific methodology ทำให้คำอธิบายต่างๆ ในเชิงหลักการระเห เหตุผล และสอดคล้องกับคุณค่า ในทางวิทยาศาสตร์ได้รับการตีค่าสูงกว่าคำอธิบาย หรือชุดคิดความเชื่อแบบอื่นๆ ถูกว่านี่คือองค์ความรู้ที่ได้รับการ ชัดเจนแล้ว พิสูจน์ในเชิงประจักษ์จนสิ้นสงสัยแล้ว ฉะนั้นจึงสามารถเชื่อถือได้อย่างแน่นอน

ไม่ใช่ข้อคิดเห็นแบบวิถีคิดสกุลอื่นๆ เมื่อการให้ค่าความสำคัญของ ‘เสียง’ จากโลกวิทยาศาสตร์ได้รับการเชิดชูให้สูงค่ากว่าเสียงใดๆ และ ‘ชีวิต’ กลายเป็นคุณค่าสำคัญเหนือกว่าตัวตนอื่นใดทั้งสิ้น วิทยาศาสตร์ที่ว่าด้วยการปกป้องรักษาชีวิต อย่าง ‘การแพทย์’ จึงกลายมาเป็นศาสตร์ที่ทรงอำนาจอย่างมากในเวทีโลกสมัยใหม่แบบเสรี กล่าวคือ สถานะทางคำพูดของแพทย์ในยุคสมัยใหม่แบบเสรีนั้นมีสถานะกึ่งๆ เป็นวจนะของพระเจ้า เพราะมันสัมพันธ์โดยตรงกับความเป็นความตาย การจะอยู่จะไป การยืดหรือลดทอนชีวิตของผู้รับสาร

วิชาชีพทางการแพทย์ ต้องอาศัยความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ต้องได้รับการฝึก มีชื่อเรียกศัพท์เทคนิค รวมไปถึงเทคนิคต่างๆ เพื่อประกอบงานในสายอาชีพของตนอย่างมากมาย มีความเป็น Specialist ในตัวอาชีพสูงมาก และนั่นก็ทำให้ตัวพรมแดนโดยเฉพาะในด้านความเข้าใจได้ ความต่อต้านได้ ความสามารถในการจะโต้แย้งได้ ของฝั่งผู้รับสารนั้นน้อย ลักษณะแบบนี้ที่ตัวเองที่ยังเพิ่มสถานะของความเป็น ‘วาจาสิทธิ์’ ของแพทย์ให้มากขึ้น คือ ‘มีไว้ให้ฟังและทำตาม’ ไม่ได้มีไว้ให้เถียง หรือตอบโต้ (อย่างมากที่สุดก็เป็นพวกคือ พวกขบถที่ไม่ฟังไม่ทำตามไปเลย) หากจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนอะไร ก็มักเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างหมอด้วยกันเองเสียมากกว่า สถานะที่ไม่อนุญาต ไม่เปิดรับการท้าทายจากภายนอก มันจึงทำให้คำพูดของหมอและบุคลากรทางการแพทย์มันมีอำนาจมากกว่า คำพูดของคนในสายวิชาชีพอื่นๆ

7. การนำไปใช้

การนำไปใช้ประโยชน์จึงเป็นลักษณะของการทำให้เกิดการสะท้อนย้อนคิดเพื่อการปรับเปลี่ยน กระบวนทัศน์ ทั้งในวิถีชีวิตของกลุ่มเสียงและรูปแบบการให้บริการให้เกิดความเหมาะสมลงตัวกับกาลเทศะที่ไม่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานบริการ

8. แหล่งอ้างอิง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุขไทย. นนทบุรี:

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2551). วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและ มานุษยวิทยา การแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ภาคภูมิ แสงกนกกุล. (2555). การรักษาเป็นสินค้าและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภค.

สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2012/11/1660>

มัลลิกา มดีโก. (2542). สังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย. โครงการสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศากุน แสงพานิช. (2524). สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในทัศนะของผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะกรณี

โรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)

1. **ชื่อองค์กรความรู้ :** การจัดการความรู้ในงานคุณภาพ(ด้านความเสี่ยง)และการให้คุณค่า
2. **ชื่อหน่วยงาน :** ผศ.(พิเศษ)นพ.บุญเลิศ มิตรเมือง นายเจริญ โดยเจริญ นางสาวจิตภรณ์ ทับเวช
นางสาวอรจิรา สงวนชาติ ทีมคณะกรรมการศูนย์คุณภาพคณะกรรมการความเสี่ยง
คณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
ติดต่อE-mail : Doichareon@hotmail.com โทร 08 4848 7697, 09 3232 1234
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ :** บุคลากร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
4. **วัตถุประสงค์ :** เพื่อมุ่งหวังการบรรลุเป้าหมายพัฒนาคุณภาพการเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถ
ของบุคลากรและการให้คุณค่า ส่งเสริมการวัฒนธรรมการเรียนรู้และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ**

ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้มีมาตรฐาน ผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัย ตามนโยบาย 2P Safety ซึ่งการพัฒนากระบวนการ สร้างความปลอดภัยที่ดีนั้นย่อมเกิดจากการตระหนักรู้ของผู้ให้บริการเป็นหลัก บนพื้นฐานการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง โดยศูนย์คุณภาพได้นำเอาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ ที่ใช้สำหรับการขับเคลื่อนQuality improvement ได้แก่ 1.Need and experience of patients ผู้รับบริการมีความต้องการและความคาดหวังอะไร หรือมีประสบการณ์อย่างไรบ้าง 2.Evidence & professional standards มีข้อมูลวิชาการหรือมาตรฐานวิชาชีพอะไรบ้าง ที่ควรนำไปใช้ 3.Waste ความสูญเปล่าหรือการเสียโอกาส การเสียเวลา ความด้อยประสิทธิภาพ อะไรที่เกิดขึ้นบ้าง และ 4. Safety ความเสี่ยงอะไรบ้างที่เป็นไปได้และยังคงมีอยู่ในระบบโดยสามารถอธิบายความเชื่อมโยงทั้ง 4 มิติ ได้ดังนี้

Lean (Waste)	Patient Focus (Need and experience of patients)
Patients Safety (Safety and 2P Safety)	Research Evidence (Evidence & professional standards)

ทั้งนี้ศูนย์คุณภาพจึงได้ออกแบบนำร่องการพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพ ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง ในรูปแบบการจัดการความรู้ในงานคุณภาพ(ด้านความเสี่ยง)และการให้คุณค่าประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ตาม 4 มิติ ข้างต้น ดังนี้

การนำเข้า(หน้าต่างที่1)	การเรียนรู้(หน้าต่างที่2)	การให้คุณค่า(หน้าต่างที่3)
การรายงาน(Report)	วิชาการ(Education)	การทบทวน(Review)
1.ช่องทางการรายงานความเสี่ยง	1.ทฤษฎีความเสี่ยง ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยง	1.นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยง
2.ช่องทางการประเมินจากกรณีวิเคราะห์ รายงานอุบัติการณ์	2.การระบุความเสี่ยง	2.ผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัด การบริหารจัดการความเสี่ยง Process Indicators และ Outcome Indicator
3.ชุมชน 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น และชุมชน 9 ระบบงานสำคัญ	3.การวิเคราะห์ความเสี่ยง Risk Matrix	3.เรียนรู้จากการประชุม RMC
4.กิจกรรม 9 CLT/PCT	4.แนวทางการจัดทำ Risk Profile	4.Risk Activity
5.Hospital Risk ตามบริบท	5.แนวทางการจัดทำ Risk Register	5.การรายงานกิจกรรมทบทวนทางคลินิก
	6.แนวทางการจัดทำ RCA Tutorial	

การนำเข้า(หน้าต่างที่1)	การเรียนรู้(หน้าต่างที่2)	การให้คุณค่า(หน้าต่างที่3)
การรายงาน(Report)	วิชาการ(Education)	การทบทวน(Review)
6.ทำความรู้จักหน่วยงาน Clinic และ Non-clinicในโรงพยาบาล 7.ทำความรู้จักศูนย์คุณภาพและกลไกการขับเคลื่อนศูนย์คุณภาพ	7.การออกแบบ Safety Design 8. การมี HA Classroom	6.การยกย่องและเผยแพร่ผลงานวิชาการ

สุชาติ อรัญยะपाल. (2546, หน้า 24) กล่าวว่า บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จะรับรู้ค่าตนเองตามความเป็นจริงตระหนักถึงศักยภาพที่แท้จริงของตน มีความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ มีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ศูนย์คุณภาพจึงมุ่งการจัดการความรู้ในงานคุณภาพ(ด้านความเสี่ยง)และการให้คุณค่าเพิ่มคุณค่าของบุคลากรเพื่อตอบโจทย์ในวัตถุประสงค์ข้อที่สอง โดยเริ่มนำร่องจากการพัฒนาความเสี่ยงกล่าวคือกำลังบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอายุงานมากหรืออาวุโส อาจถูกเมินและให้ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบหรือภารกิจลดน้อยลงไปในขณะเดียวกันปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังหรือการจัดสรรกำลังคนที่ไม่สมดุลยังเป็นภาพสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนในการให้บริการ ศูนย์คุณภาพจึงมองว่า การจัดการความรู้ในงานคุณภาพ(ด้านความเสี่ยง)และการให้คุณค่าถือว่าเป็นกิจกรรมชุมชนทางสมรรถนะสูงที่มาพบกันระหว่าง Tacit Knowledge ผู้มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะศาสตร์ หรือความรู้ที่ได้จากสิ่งสมประสบการณ์จนเกิดเป็นทักษะเฉพาะมาพบกับสมรรถนะด้านกำลังกายจากคนรุ่นใหม่ก่อให้เกิดการเชื่อมต่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องผ่านการจัดการความรู้ 3 กิจกรรมหลักทั้ง 4 มิติเกิดคุณค่ากับผู้ปฏิบัติงานคุณภาพในทุกระดับ ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร(ที่মনา)หรือการหมุนเวียนบุคลากรก็ตาม

6. การนำไปใช้

ศูนย์คุณภาพและคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนดให้บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันการจัดการความรู้ในงานคุณภาพ(ด้านความเสี่ยง)และการให้คุณค่า ในชื่อแอปพลิเคชันใน Risk Chumphon รองรับทั้งระบบ IOS และ Android โดยมีระบบป้องกันความปลอดภัยและการเข้าถึงของข้อมูลจากบุคคลภายนอก โดยได้เสนอเป็นมติในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กำหนดให้ เจ้าหน้าที่ใหม่ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้องดาวน์โหลดแอปพลิเคชันดังกล่าว และศึกษาเรียนรู้ตามคู่มือที่อยู่ในแอปพลิเคชันให้เข้าใจ หากเกิดข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ศูนย์คุณภาพตลอดช่วงเวลาราชการและออนไลน์ตลอด 24 ชม. ทั้งนี้มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ทำการดาวน์โหลดตามแอปพลิเคชันไปแล้วมากกว่า 1,000 User

การประเมินผลเบื้องต้นเป็นการประเมินความพึงพอใจในการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ มีประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ด้านความสวยงาม น่าสนใจ ของแอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.4 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.3 ระดับมากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 20.2 ข้อที่ 2 เมนูในแอปพลิเคชันมีความง่ายต่อการใช้งานอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 57.3 ระดับมากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 25.8 ข้อที่ 3 แอปพลิเคชันมีความสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 56.2 ระดับมากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 28.1

ข้อที่ 4 เป็นศูนย์รวมการเรียนรู้และการบริหารจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.9 ระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.8 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 11.2 และข้อที่ 5 โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันนี้ระดับใดอยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.8 ระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 22.5 จากผลการวิเคราะห์เบื้องต้น ประเด็นที่คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมศูนย์คุณภาพนำไปเป็นโอกาสการพัฒนา ได้แก่ ความสวยงามน่าสนใจในการใช้งาน โดยมีแผนจะปรับปรุงการเพิ่มขนาด Icon ที่สามารถเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การจัดเรียงเนื้อหาที่มีความจำเป็น เป็นลำดับต้นๆ การเทียบสีเพื่อให้เกิดความน่าสนใจ เป็นต้น

การจัดการความรู้ในงานคุณภาพ(ด้านความเสี่ยง)และการให้คุณค่า นับเป็นก้าวแรกและก้าวหลักสำคัญของการพัฒนางานคุณภาพให้เกิดความยั่งยืน และการสร้างการให้คุณค่าแก่ผู้ปฏิบัติงานถึงแม้ว่าปัจจัยกาลเวลาหรือผู้บริหารจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุณภาพ เชื่อว่าแอปพลิเคชันนี้จะสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพในอนาคต

7. แหล่งอ้างอิง

สุชาติ อรัณยะपाल. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคลิกภาพความเครียดในการทำงาน และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

1. ชื่อองค์กรความรู้ : คีนข้อมูล คีนความสุข

2. ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลบางไทร อ.ตะกั่วป่า จ.พังงา 82110 โทรศัพท์ 08 9871 6697

ผู้นำเสนอผลงาน 1.นางอุมาภรณ์ กำลังดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

2.นางพัฒนา สารีธงชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจ ในสภาวะสุขภาพของตนเองที่เป็นอยู่
2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น
3. เพื่อให้ผลการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคดีขึ้น

5. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ :

คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางไทร พบปัญหา มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ที่ทราบค่าน้ำตาล ค่าความดันโลหิตของตนเอง อยู่ในเกณฑ์การควบคุมโรคระดับใด เนื่องจากค่าที่วัดได้ในแต่ละครั้ง เป็นตัวเลขที่มีความหลากหลาย ยากแก่การจดจำ ส่งผลต่อความตระหนักของผู้ป่วยและการวางแผน การจัดการของคลินิก รวมถึงส่งผลต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วย โรงพยาบาลบางไทรจึงได้มีการค้นหารูปแบบ และวิธีการที่จะให้ผู้ป่วยสามารถร่วมประเมินภาวะสุขภาพหรือระดับความรุนแรงของโรค ภายใต้แนวคิด ของ Health Believe Self care และSelf Management และทบทวนหลักการเกี่ยวกับ Visaul Analysis โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการสามารถร่วมประเมินระดับการควบคุมโรคตามเกณฑ์ค่าความดันโลหิตหรือค่าน้ำตาลในเลือดได้ โดยไม่ต้องจำตัวเลขซึ่งจะนำไปสู่การจัดการร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

6. การนำไปใช้ :

มีการนำรูปแบบและวิธีการที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการให้บริการแต่ละ Visit และมีการติดตามความถูกต้อง ของการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับระดับการควบคุมโรคทุก 1 เดือน ในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีการร่วมประเมินเพิ่มขึ้น มีความถูกต้องของการประเมินเพิ่มขึ้น และระดับการควบคุมโรค ของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างต่อเนื่อง

7. แหล่งอ้างอิง :

- โครงการป้องกัน 7 สี ต้านภัยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ม.4 ต.น้ำน้อย)ปี2562
- ป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี -สำนักงานโรคไม่ติดต่อ

1. **ชื่อองค์ความรู้ :** พัฒนาการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. **ชื่อหน่วยงาน :** คลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ผู้นำเสนอ : น.ส.ชุติวรรณ เก็บทรัพย์

โทรศัพท์ : 0815977140

Email : chutivan2513@gmail.com

3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้:** ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กับทีมสหวิชาชีพ

4. **วัตถุประสงค์ :**

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดในคลินิกเคมีบำบัดและในหน่วยงาน

5. **โครงสร้างหรือกระบวนการและสาระสำคัญ :**

1. **การบ่งชี้ความรู้**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด ณ.คลินิกเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่เริ่มรับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ในรูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องตลอดเส้นทางการรักษา โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถดูแลตนเองและจัดการอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ จนกระทั่งรับยาเคมีบำบัด ได้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์

2. **การสร้างและแสวงหาความรู้**

1. จัดโครงการอบรมบุคลากรในการให้ยาเคมีบำบัด
2. จัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ CoPs Chemo มีการจัดการความรู้จากประสบการณ์ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์กันภายในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานนำความรู้ไปปรับให้เข้ากับบริบทของตนเอง

3. **การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ**

ด้านบุคลากร : พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

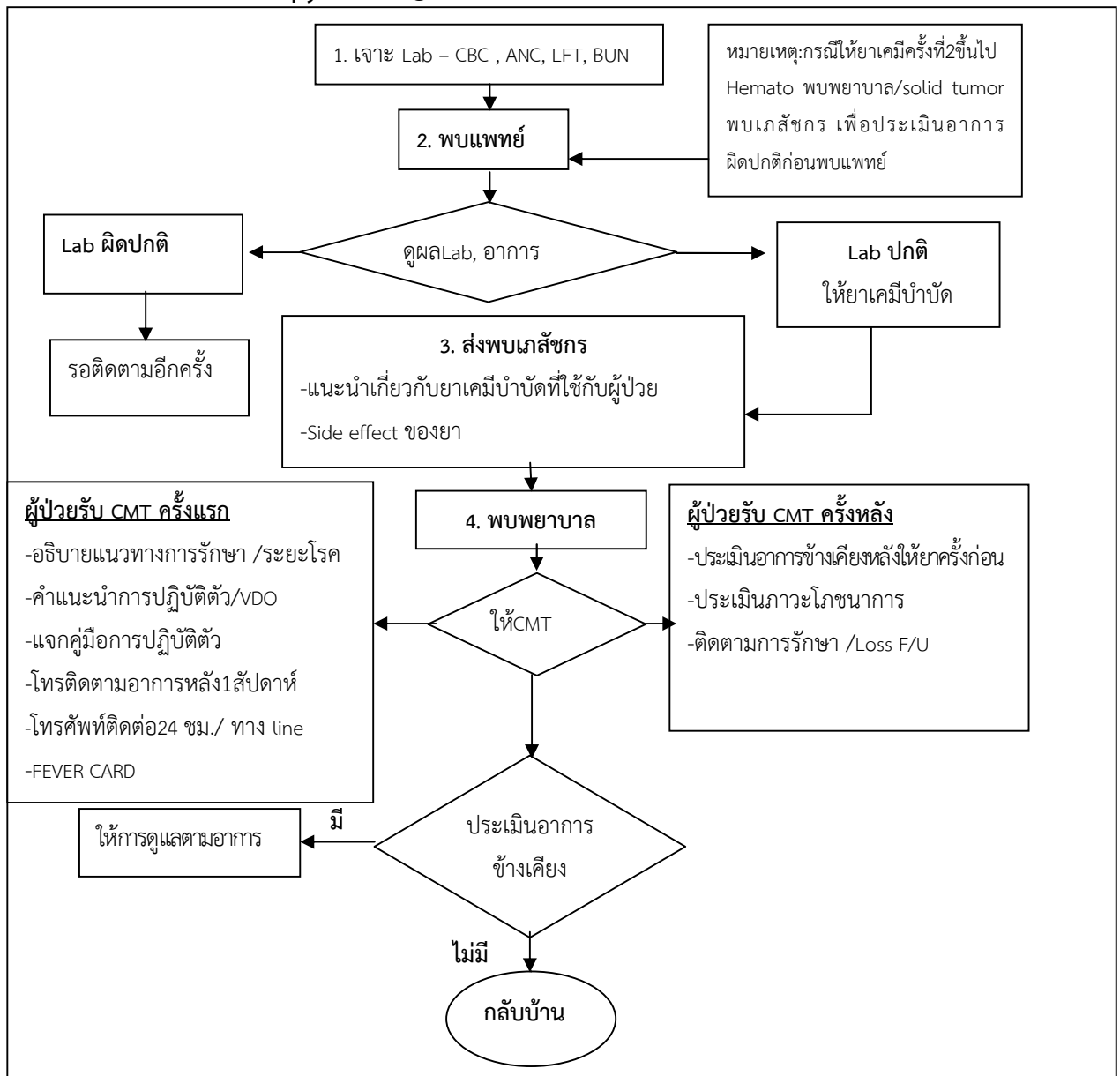
1. ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทีมทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติ Work Procedure (WP)
2. การส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและการพยาบาลผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด

➤ **ด้านผู้ป่วย:**

1. จัดทำแนวทางการรับผู้ป่วยรายโรคโดยการทำในเวทีการจัดการความรู้ ของกลุ่มการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้นลดระยะรอคอยการรักษา
2. จึงมีการประเมินผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด โดยมีแบบฟอร์มอ้างอิงจาก รพ.สุราษฎร์ธานีและกลุ่มงานเภสัชกร
3. พัฒนาช่องทางที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และช่องทางให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น 4. การประมวลและการกลั่นกรองความรู้
4. จัดทำเป็น Fever Card เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสาร ป้องกันการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia

4. การประมวลผลการกลั่นกรองความรู้ มี Flow การทำงานชัดเจน

Process Care Chemotherapy (CMT) @ คลินิกเคมีบำบัด



5. การเข้าถึงความรู้

ด้านบุคลากร 1. มีคู่มือแนวทางปฏิบัติในการให้ยาเคมีบำบัด

2. จัดเวที การจัดการความรู้ ของกลุ่มการพยาบาลในการสื่อสารความรู้

ด้านผู้ป่วยและญาติ 1. คู่มือการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัด

2. จัดบริการให้คำปรึกษาได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ มีเปิดช่องทางการติดต่อเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

6. การแบ่งปันความรู้

1. มีการพัฒนาการให้คำแนะนำเป็น power point และวิดีโอ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจได้ง่ายขึ้น และเจ้าหน้าที่พยาบาลก็สามารถสอนได้ทุกคน

2. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาล มีการสื่อสารกันใน line group

3. จัดประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่ไปยังรพ.เครือข่ายปีละ1ครั้งตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา

7. การเรียนรู้ เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด (Performance Indicator)	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563 (ต.ค.62-มิ.ย.63)
1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด					
1.1 Hypersensitivity	0	1.86%	3.57%	3.1%	5.44%
1.2 Extravasations	0	4.67%	0	1.55%	2.72%
1.3 Neutropenia	0	N/A	3.5%	3.8%	3.2%
2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับCMTภายในระยะเวลา 6 wk.	70%	80%	77%	72.59%	77%
3. ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัด	100%	100% (107คน)	100% (112คน)	100% (129คน)	100% (147คน)
4. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วย Febrile Neutropenia/sepsis (เฉพาะ OPD)	0%	N/A	N/A	0.94% (19ราย)	0.67% (12ราย)
6.จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก FN	0%	N/A	N/A	N/A	2.72%
7.อัตราการ Loss F/U	0%	N/A	N/A	0.7%	2%
8. ความพึงพอใจของผู้ป่วย	> 80 %	90.2%	N/A	92.83%	รอ
9.จำนวนข้อร้องเรียน	0	0	0	0	0

6. การนำไปใช้ : ได้เผยแพร่และนำไปใช้ทุกหน่วยงานที่ให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

1. เป็นวิทยากร แนะนำเทคนิคการให้ยาเคมีบำบัด / การเลือกเส้นให้ยาเคมีบำบัด
2. แนวทางปฏิบัติต่างๆ (WP) การบริหารยาเคมีบำบัด
 - แนวทางการจัดการ Extravasations
 - แนวทางการป้องกันภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 - แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่เกิดHypersensitivity จากยาเคมีบำบัด
 - แนวทางการจัดการยาเคมีบำบัด (Spill kit)
3. การเลือกรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด

7.แหล่งอ้างอิง:

พว. ฐานันท์ รัตยง. Oncology nurse navigator [ระบบออนไลน์].แหล่งที่มา

<file:///C:/Users/ssb/Downloads/Oncology%20Nurse%20Navigator.pdf>

สุธารมณี ถาวรบุรณทรัพย์.2560.การศึกษาพฤติกรรมการความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งตำบลสนามจันทร์ อำเภอ

บ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา.[ระบบออนไลน์].แหล่งที่มา

https://www.hosthai.com/file_notify/เล่มใหญ่

02249_59acb99f7229f%20(1)_02249_5a80fbae78e75

1. ชื่อองค์ความรู้ : บทเรียนจากการช่วยเหลือโควิด -19 จากทีม MCATT จังหวัดภูเก็ต
2. ชื่อหน่วยงาน : ทีม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : ทีม MCATT
4. วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นองค์ความรู้สำหรับการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตโควิด
5. โครงสร้าง หรือกระบวนการ และสาระสำคัญ

ประเทศไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ซึ่งได้เกิดระบาดไปทั่วโลกตั้งแต่ปลายปี 2562 และสามารถที่จะควบคุมการระบาดของโรคนี้ได้จนเป็นที่ยอมรับในระดับโลก ซึ่งจังหวัดภูเก็ต เป็นจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อเป็นอันดับต้นของประเทศในช่วงแรก แต่ด้วยความร่วมมือจากทั้งภาคประชาชน หน่วยงานราชการ และภาคเอกชน มีส่วนทำให้การระบาดนั้นบรรเทาเบาบางลงจนถึงไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในที่สุด ซึ่งหนึ่งในทีมงานที่ช่วยดูแลความทุกข์ของเหตุการณ์นี้คือกลุ่ม MCATT ของบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจนถึงระดับตำบลคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีหลักคิด วิธีการจัดการทั้งการให้ความรู้ การดูแลระหว่างรักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล หรือในสถานที่กักกันโรค ลดการตีตรา และการติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการดูแลจิตใจ จึงได้มีการถอดบทเรียนขึ้น

วัตถุประสงค์

1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินงานของทีม MCATT ในแต่ละหน่วยงาน ถึงวิธีคิด การ ปฏิบัติ ปัจจัยความสำเร็จ และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
2. จัดทำเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อเผยแพร่

วิธีการ

นำกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าไปดำเนินการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ตั้งประเด็นจากการหาความรู้ชัดแจ้งจากทฤษฎี และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ในการดำเนินการ
2. ทำหนังสือเชิญบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานทีม MCATT ของจังหวัดภูเก็ตในทุกระดับตั้งแต่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลของทุกอำเภอ
3. ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามประเด็นที่กำหนด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การเข้าช่วยเหลือในแต่ละระยะ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข
4. นำเรื่องเล่าที่ได้มาร้อยเรียงจัดหมวดหมู่ส่งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และทำรูปเล่ม
5. เผยแพร่ความรู้

ผลการดำเนินงาน

มีผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 14 คน เกิดองค์ความรู้ สรุปลงโดยย่อ ดังนี้

องค์ความรู้ การดูแลช่วยเหลือจากทีม MCATT ในเหตุการณ์ระบาดโควิด-19 จังหวัดภูเก็ต

เมื่อเริ่มมีข่าวเหตุการณ์ระบาดของไวรัสโควิด-19 บุคลากรทีม MCATT ได้ปฏิบัติในการเตรียมความพร้อม มีหลักคิดที่ว่าทุกคนมีโอกาสติดได้ ดังนั้นมุ่งเน้นที่การป้องกัน ดังนี้

1. แสวงหาความรู้ผ่านการชมข่าวจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ทั้งอ่านความรู้จากกลุ่ม Line ต่าง ๆ
2. ทำงานร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ ทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งเป็นศูนย์โควิดระดับตำบล
3. เริ่มให้ความรู้กับทีมในในพื้นที่ คือบุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้านก่อน
4. ทำอุปกรณ์ป้องกันเช่นหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ โดยใช้งบประมาณจากพื้นที่ โดยทีม MCATT เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพ

การปฏิบัติงานช่วงการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่

เมื่อการระบาดเข้ามาในพื้นที่ทีม MCATT จะทำหน้าที่ทั้งการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล การประสานพื้นที่เพื่อหาสถานที่กักกันสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน ติดตามและช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นพี่เลี้ยงให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และการลดการตีตราของผู้ป่วยในชุมชน และการแก้ปัญหาต่างๆด้วยซึ่งต้องอาศัยความอดทน ทักษะ และการประสานงานให้ข้อมูลกับฝ่ายต่าง ๆ ตลอดเวลา

การจัดการความเครียดให้กับประชาชนและตัวเอง

ทีม MCATT และประชาชนทุกคนในพื้นที่ระบาด มีทั้งความกลัว เครียด และกังวล ซึ่งทุกคนผ่านมาได้ นอกจากใช้เวลาที่ผ่านมาแล้ว ยังมาจากการทำกิจกรรมผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น พูดคุยกับคนที่เข้าใจ ใช้อารมณ์ขัน มองเห็นความเอื้ออาทรที่มีต่อกันผ่านการบริจาคต่าง ๆ ตลอดจนความเชื่อในหลักศาสนาของกลุ่มมุสลิมที่ว่า “ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเพราะพระเจ้ากำหนดมาแล้ว” ซึ่งทำให้ความเครียดหายไปเกือบครึ่ง นอกจากนี้การให้ข้อมูลกับประชาชนรายวันผ่านกลุ่ม line ต่างๆ อย่างตรงไปตรงมา เพื่อการป้องกันก็สำคัญเช่นกัน

การจัดการปัญหาเรื่องการตีตราจากการเป็นผู้ติดเชื้อนั้น ทีม MCATT ใช้วิธีการให้ความรู้กับประชาชนผ่านการเข้าไปพูดคุย หรือทำเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างให้เห็นเช่นการเข้าไปอยู่ใกล้ การนำสื่อมวลชน เข้าไปในพื้นที่การจัดสภาพแวดล้อมร่วมด้วย

ปัจจัยที่ทำให้การป้องกันสำเร็จ มาจาก

1. การใช้องค์กรท้องถิ่นเป็นฐานและให้ทีม MCATT ร่วมเป็นผู้สนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพ
2. ภาวะผู้นำของพื้นที่และการตั้งศูนย์โควิดตำบล
3. พื้นฐานของความรักความผูกพันในพื้นที่เดิม
4. การเสียสละของทุกทีมทั้งทีมปฏิบัติงาน และประชาชน ภาคเอกชน (โรงแรมที่ให้เป็นที่กักกัน)
5. มีแนวทางปฏิบัติที่ดี ซึ่งมาจากต้นทุนความรู้เดิม เช่นการผ่านวิกฤตสึนามิเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาหลังจากเหตุการณ์ระบาดได้คลี่คลาย ทีม MCATT หลายคนเมื่อมองย้อนกลับไปแล้วรู้สึกภูมิใจ ที่ได้เป็นผู้ให้ เป็นข้าราชการที่ดี ภูมิใจในความเป็นหมออนามัย และตั้งใจที่ไม่ติดเชื้อ

6. การนำไปใช้ : อยู่ระหว่างการเผยแพร่

7. แหล่งอ้างอิง : <https://sites.google.com/view/saranrom-learning-center/>

เจ้าของผลงาน นางสาวพรทิพย์ โพธิ์ศรีประเสริฐ นางวิภาวี จันทมัตตการ และนางพิมพ์ศรี จินา
ที่อยู่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

1. **ชื่อองค์ความรู้** : การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้านยุคใหม่ ในสถานการณ์โควิด 19

เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช

2. **ชื่อหน่วยงาน** : กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้** : ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

4. **วัตถุประสงค์**

- 1 เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้านเพิ่มขึ้น
- 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้าน เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ

5. **โครงสร้างหรือกระบวนการและสาระสำคัญ**

ปัญหาและสาเหตุ

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช มีภารกิจหน้าที่ความรับผิดชอบงาน การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยออกเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง และประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชจากข้อมูลปี 2562 ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอเมือง จำนวน 7,162 ราย พบร้อยละ 7.1 เป็นผู้สูงอายุติดเตียง (ADL ≤ 4) พบมีภาวะแทรกซ้อนข้อติดแข็ง ร้อยละ 10.50 แผลกดทับ ร้อยละ 9.41 สาเหตุเนื่องจากผู้ดูแลขาดทักษะและความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในเรื่องการทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนย้ายการดูแลภาวะโภชนาการ และการดูแลผิวหนัง ประกอบกับทีมสุขภาพไม่สามารถเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและประเมินผลตามแผนได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ประกอบกับสถานการณ์ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน จึงได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยใช้กรอบแนวคิด 4 M คือ ด้านระบบ มีการนำระบบ COC มาใช้ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุ การประสานงานกับรพ.สต.และสสอ. ด้านทีม/บุคลากร มีทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในการเยี่ยมบ้าน ด้านอุปกรณ์มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน การนำเทคโนโลยี Smart Phone มาใช้ในการทำงานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยซับซ้อนที่บ้านร่วมกับการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง

การดำเนินงาน (Process :Family Medicine & INHOMESSS conceptและโมเดลปลาทุ)

กลุ่มเป้าหมายการดูแลเป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล อาศัยในพื้นที่เครือข่าย โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช มีคะแนนกิจวัตรประจำวัน ADL ≤ 4 ไม่มีภาวะข้อติดและไม่มีแผลกดทับ ด้านผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 18 ปี ใช้ Smart phone และยินยอมสมัครใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่ง Video Clip แก่ทีมสหวิชาชีพดำเนินการในช่วง เดือน เมษายน – มิถุนายน 2563 โดยมีขั้นตอนการดูแลดังนี้

1. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพเตรียมความพร้อมด้านชุดการป้องกันการติดเชื้อ ข้อมูลผู้ป่วย conference case ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หลังจากนั้นลงประเมินผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ INHOMESSS, ประเมินทักษะความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแล และให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลเรื่องการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน , ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เรื่องการทำกายภาพบำบัด การดูแลผิวหนัง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมทั้งสอนการถ่ายคลิป และส่งไลน์

2. ผู้ดูแลถ่ายภาพผิวหนังผู้ป่วย และถ่ายคลิปวิดีโอการทำกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย ส่งไลน์กลุ่มสหวิชาชีพทุกวันเป็นเวลา 14 วัน กรณีผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้องทีมสหวิชาชีพจะให้คำแนะนำช่วยเหลือเพิ่มเติม กรณีปฏิบัติได้ถูกต้องจะให้กำลังใจและเสริมพลัง

3. พยาบาลวิชาชีพ เยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการ ประเมินผล 2 อาทิตย์ / ครั้ง

4. พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ครั้งต่อไป 1 เดือน/ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง มีกิจกรรมประเมินทักษะผู้ดูแลโดยการให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติ , ประเมินภาวะแทรกซ้อนข้อติดและแผลกดทับ, เสริมพลังใจให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ดูแลและครอบครัวในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งประสานเครือข่ายในการดูแลกรณีพบมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสังคม

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลติดตามผู้ป่วยแต่ละราย การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง จากการนำรูปแบบดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำนวน 32 ราย ผลการประเมินหลังการให้บริการ 3 เดือน พบว่า

1. ด้านผู้ดูแล - ด้านทักษะและความสามารถของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีทักษะและความสามารถในการดูแลผิวหนัง

การทำกายภาพบำบัด และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.7

- ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความพึงพอใจต่อการให้บริการร้อยละ 100

2. ด้านผู้ป่วยสูงอายุ - การเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดแข็ง(ที่เข้า)จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

- การเกิดแผลกดทับรายใหม่(ระดับ1)จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.15

3. ด้านระบบบริการ มีเครือข่ายในการทำงานกับชุมชน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพ

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ความรู้ที่ได้รับ/ข้อเสนอแนะ/ข้อควรระวัง

การเยี่ยมบ้าน ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีผ่านไลน์ Video Clip สามารถประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้อย่างรวดเร็ว ทำให้แก้ปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้องและเหมาะสม แต่จากการติดตามกลุ่มตัวอย่างพบภาวะแทรกซ้อนทั้งข้อติดแข็งและแผลกดทับ จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน(OA knee) การเยี่ยมบ้าน ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีผ่านไลน์ Video Clip ต้องระวังในเรื่องจริยธรรม การรักษาความลับของผู้ป่วยและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในสถานการณ์ปกติหรือในช่วงมีการระบาดของโรคติดต่อ

6. การนำไปใช้

1. กลุ่มงานพยาบาลชุมชนได้มีการพัฒนานำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทุกกลุ่มวัยทุกกลุ่มโรค

2. มีการนำไปเผยแพร่ในทีมเยี่ยมบ้านระดับจังหวัดและระดับเครือข่าย

7. แหล่งอ้างอิง

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ วิธีการดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว;

ณรรษา เรืองวิสัย, พิภูล นันทชัยพันธ์และ จินดารัตน์ ชัยอาจ; วารสารพยาบาลสาร [VOL. 40 NO. 3 \(2013\):](#)

[กรกฎาคม - กันยายน 2556](#). <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/18920>

วิชาภาวะผู้นำและบริหารการพยาบาล; ดร.ฐิติวันต์ หงษ์กิตติยานนท์

[HTTP://WWW.ELNURSE.SSRU.AC.TH/THITAVAN_HO/PLUGINFILE.PHP/11/MOD_FORUM/AT](http://www.elnurse.ssrु.ac.th/thitavan_ho/pluginfile.php/11/mod_forum/attachment/370/13%E0%B8%81%E0%B8%8461%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3.pdf)

[TACHMENT/370/13%E0%B8%81%E0%B8%8461%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3](http://www.elnurse.ssrุ.ac.th/thitavan_ho/pluginfile.php/11/mod_forum/attachment/370/13%E0%B8%81%E0%B8%8461%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3.pdf)

[%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3.PDF](http://www.elnurse.ssrุ.ac.th/thitavan_ho/pluginfile.php/11/mod_forum/attachment/370/13%E0%B8%81%E0%B8%8461%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3.pdf)

<http://203.131.210.88/km01/index.php/2014-07-05-11-21-31/km>

http://www.nursing.go.th/Book_nurse/Homeward/01.pdf

การติดต่อกับทีมงานนางเพ็ญพิมล เป็ยงแก้ว โทรศัพท์ 083-1031361 E-mail pen-2002@hotmail.com

1. **ชื่อองค์กรความรู้** : การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมืออาชีพ
2. **ชื่อหน่วยงาน** : นางสาวอุมาพร แซ่กอ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้** : ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
4. **วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเฉพาะราย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
5. **โครงสร้างและสาระสำคัญ** : โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มักพบความพิการหลังฟื้นหาย จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องและหลายๆครอบครัวมีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรก มีภาวะเครียดและไม่พร้อมที่จะดูแล การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างมาก พบว่ามีผู้ป่วย Readmit ในปี 2561 ร้อยละ 2.4 เมื่อวิเคราะห์ RCA ตามหลัก 7 S' s Model โดยในส่วน 1) **Structure** การมอบหมายหน้าที่ไม่ชัดเจนและไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2) **Strategy** ขาดการถ่ายทอดความรู้ที่สำคัญได้อย่างครอบคลุม 3) **Staff** ภาระงานและการนิเทศงานไม่เพียงพอ 4) **Skill** ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) **System** การวางแผนจำหน่ายไม่เฉพาะเจาะจง 6) **Style** แนวทางปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 7) **Shared Value** ไม่มีช่องทางถ่ายทอดองค์ความรู้ที่สามารถนำมาใช้ได้โดยง่าย

2. ดำเนินการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน

2.1 การบ่งชี้ความรู้ จากการประชุมโดยใช้หลัก Story telling ร่วมกับ Morning brief ได้มีการสรุปประเด็นสำคัญร่วมถอดบทเรียนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพผู้ป่วยแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหลักการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.2 การสร้างและแสวงหาความรู้

2.2.1 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและวิธีการวางแผนจากประสบการณ์ร่วมกันของบุคลากรในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้เชี่ยวชาญงานวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอิงแนวทางปฏิบัติ งานวิจัยที่ประสบผลสำเร็จในการวางแผนจำหน่าย และร่วมวิเคราะห์ประเด็นที่เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 นำงานมาสังเคราะห์และจัดหมวดหมู่งานที่เกี่ยวข้อง และสร้างแนวปฏิบัติ และออกแบบเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ได้ง่าย

2.2.3 การพัฒนาการวางแผนจำหน่าย จนได้องค์ความรู้ใหม่ มีสาระสำคัญดังนี้

2.2.3.1 เข้าใจเป้าหมายการจำหน่ายของผู้ป่วยเฉพาะราย ออกแบบการดูแลและระบุเป้าหมายจากพยาธิสภาพที่ผู้ป่วยเป็น ไม่ได้ใช้การวางแผนจำหน่ายแบบทั่วไป ซึ่งอาศัยจากประสบการณ์ การดูแลเชื่อมโยงกับพยาธิสภาพตามทฤษฎีวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.3.2 การสอนผู้ดูแลใช้ระบบครูพี่เลี้ยง ในการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยตามการวางแผนจำหน่ายที่วางไว้ และติดตามดูแลผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้อย่างมั่นใจ

2.2.3.3 มีการสะท้อนปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และพยายามค้นหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ระบบการติดตามผู้ป่วยและการเป็นที่ปรึกษาผู้ป่วยหลังจำหน่าย และหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชน

2.3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ : โดยเรียงเรียง ปัญหาผู้ป่วยตามพยาธิสภาพ และการดูแลที่แตกต่างกัน สร้างเป็นแนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างเป็น QR code ให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนซ้ำที่บ้านได้ และเตรียมการแก้ปัญหาเฉพาะรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน ร่วมประดิษฐ์นวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการช่วยเหลือฟื้นฟู ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเช่น แก้วน้ำล้นน้ำสลัก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก มหัตศกรรรมมือหมุนเปลี่ยนชีวิตเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีการใช้กลืนน้ำเล็กน้อย และการใช้นวัตกรรมย่นเวลาหาคือมาช่วยฝึกผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองส่วนความจำมีปัญหา และนำมาจัดระบบ กระบวนการดูแล

2.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ : มีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมจากประสบการณ์ โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการสังเคราะห์งานร่วมกัน

2.5 การเข้าถึงความรู้ : สรุปผลการดำเนินงาน และนำไปจัดเก็บในอัลบั้มline, facebookKM กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง และในแบบรายงานการดำเนินงานการจัดการความรู้หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เว็บไซต์ เข้าถึงความรู้ได้ง่ายและรวดเร็ว

2.6 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ : จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรและการแพร่ขยาย ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในโรงพยาบาล เครือข่ายจังหวัดชุมพรเวทีวิชาการเขตสุขภาพที่ 11 และการแลกเปลี่ยนในระดับภูมิภาคในเวที HA Southern

2.7 การเรียนรู้ถอดบทเรียนปัญหาที่เกิดขึ้นและพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง

6. การนำไปใช้ : ใช้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแลกเปลี่ยนระดับหอผู้ป่วย และรพ.ในเครือข่าย จังหวัดชุมพร

7. แหล่งอ้างอิง

นลวัชร ชุนลาและเกษราภรณ์ สุตตาทพงศ์.(2558). *การจัดการความรู้สู่การสร้างองค์กรที่ประสบความสำเร็จ. วารสารนักบริหาร, 35(1), 133-141.*

วิภาดา เวทย์ประสิทธิ์. (2016). เครื่องมือการจัดการความรู้, สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2562. จาก <http://www.thaiall.com/km/indexo.html>.

1. ชื่อองค์กรความรู้ : สุขสบาย สไตล์เกายาว

2. ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลเกายาวชัยพัฒนา

3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : บุคลากรโรงพยาบาลเกายาวชัยพัฒนา

4. วัตถุประสงค์ :

1. ถอดบทเรียนกระบวนการแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา
2. พัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน มีความผูกพันกับองค์กร โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งความสุข และเพิ่มประสิทธิภาพผลงาน

5. โครงสร้างและสาระสำคัญ :

โรงพยาบาลเกายาวชัยพัฒนา มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลมีการพัฒนาตามมาตรฐาน และมีผลลัพธ์ครอบคลุมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ 1 ใน 3 ประเด็นการพัฒนาการบริหารจัดการหลัก คือ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคลากร ในปี 2558-2560 ได้นำเครื่องมือ Emo – meter มาใช้ในการวินิจฉัยองค์การระดับตัวบุคคล วิเคราะห์ปัญหา มีการออกแบบการจัดการสอดคล้องกับปัจจัยที่สำคัญต่อความอยู่ดี มีสุข และความผูกพันของบุคลากร ส่งผลให้ระดับความรู้สึกอยู่ดี มีสุขในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล (Well Being) ความรู้สึกภูมิใจในการเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล (Belonging) และความรู้สึกทุ่มเทกายใจในการทำงาน (Doing the Best) อยู่ในระดับสูง รวมทั้งคะแนนร้อยละของบุคลากรมี High Engagement อยู่ในระดับสูง โดยยืนยันได้จากอายุการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของบุคลากรนอกพื้นที่ เริ่มจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล 18 ปี หัวหน้าพยาบาล 29 ปี หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 23 ปี และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมฯ 21 ปี ร้อยละ 67 ของบุคลากรเป็นคนในพื้นที่ และร้อยละ 90 ของบุคลากรในพื้นที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเกายาวชัยพัฒนา มากกว่า 5 ปีขึ้นไป และมีบุคลากร 2 ท่านขอย้ายกลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเกายาวชัยพัฒนาเหมือนเดิม

วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้

1. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข/ประชุมเพื่อปങ്ชี้ความรู้
2. ดำเนินการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การปങ്ชี้ความรู้

ในปีงบประมาณ 2560 ได้มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะภาครัฐ (Happy Public Organization Index: HPI) มาใช้ และได้ดำเนินการต่อเนื่องในปี 2562 โดยบุคลากรในโรงพยาบาลร่วมตอบแบบสำรวจดัชนีความสุขของคนทำงาน จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 100) และทีมผู้บริหารร่วมตอบแบบประเมินสุขภาวะองค์กร 14 ราย (ร้อยละ 100) จากผลการประเมิน Happinometer ในปี 2560 และ 2562 ทั้ง 2 ปี ไม่แตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในภาพรวม อยู่ในระดับ “มีความสุข” (คะแนนเฉลี่ย 64.07 และ 64.54) พิจารณารายมิติ พบว่า มิติจิตวิญญาณดี คะแนนเฉลี่ยความสุข อยู่ในระดับมีความสุขมาก (คะแนนเฉลี่ย 75.30 และ 77.57) รองลงมาคือ มิติน้ำใจดี (คะแนนเฉลี่ย 75.07 และ 75.99) มิติสุขภาพการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขบุคลากรต่ำสุด อยู่ในระดับไม่มีความสุข (คะแนนเฉลี่ย 44.84 และ 49.10) สำหรับผลการประเมินสุขภาวะองค์กร ในปี 2560 สะท้อนให้เห็นว่า สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 40.74) มีแนวโน้มพัฒนาขึ้น ในปี 2562 สะท้อนให้เห็นว่า องค์กรต้องเพิ่มความใส่ใจ (คะแนนเฉลี่ย 50.46)

โดยมี 2 องค์ประกอบที่สะท้อนให้เห็นว่า สุขภาวะขององค์กรต้องปรับปรุง คือ การลงทุน (คะแนนเฉลี่ย 44.24) รองลงมา คือ การบริหาร (คะแนนเฉลี่ย 46.43)

2.2 การสร้างและแสวงหาความรู้:

- 1) ประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ศึกษาสถานการณ์และปัญหาจากรายงานผลการดำเนินงานความสุขของคนทำงานและผลประเมินสุขภาวะองค์กร
- 2) พัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขในองค์กร
- 3) ทบทวนศึกษาเอกสาร
 1. องค์กรสุขภาวะภาครัฐ/การออกแบบการสร้างสุขโรงพยาบาล
 2. แนวคิดการสร้างงานบันดาลใจ / แนวคิดนักสร้างสุข CEO/การออกแบบกิจกรรมสร้างสุข
 3. กรอบในการดำเนินงาน Six Auditing Block
 4. ประสบการณ์หน่วยงานที่ประสบความสำเร็จการสร้างสุขในองค์กร/นักสร้างสรรค์ประสบการณ์นักสร้างสุข
 5. เกณฑ์การคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ
- 4) จัดทำแผนสร้างสุข/ออกแบบกิจกรรมเหมาะสมกับบริบท/วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา
- 5) ดำเนินการตามแผน ติดตามและประเมินผล รายงาน

2.3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ โดยการรายงานผล/การถอดบทเรียน ดังนี้

ก้าวแรกสู่องค์กร จากวันแรกถึงปีแรก (Enter)

First Impression มีการให้ข้อมูลเชิงรุกบุคลากรใหม่ก่อนที่จะมาทำงานที่โรงพยาบาลในการเดินทาง การเตรียมตัวตามบริบทเกาะยาว การต้อนรับบุคลากรใหม่และครอบครัวที่ทำเรื่องตั้งแต่ก้าวขึ้นเกาะ มีการจัดกิจกรรมปฐมนิเทศบุคลากรใหม่อย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการดูแลบุคลากรใหม่ด้วยระบบพี่เลี้ยง หรือการสอนงาน กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและความสามัคคีระหว่างบุคลากรใหม่กับบุคลากรเดิม กิจกรรมเรียนรู้บริบทพื้นที่ วิถีชีวิตชุมชนกับรุ่นพี่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรใหม่ สามารถปรับตัวเข้ากับสถานที่ทำงานสิ่งแวดล้อมใหม่

ผูกพันทุ่มเทต่อองค์กร (Engage)

1. การสื่อสารและการสร้างแรงบันดาลใจ ด้วยพระมหากษัตริย์คุณ “สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ทรงพระราชทาน โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลชัยพัฒนา มูลนิธิชัยพัฒนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการสื่อสารเสริมสร้างจิตสำนึก คุณค่าของความเป็นชัยพัฒนา แรงบันดาลใจ (Inspiration) “มีคุณค่าสมนามชัยพัฒนา” บุคลากรสำนึกในพระมหากษัตริย์คุณ มีความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าที่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา เป็นสิ่งที่บุคลากรโรงพยาบาลชัยพัฒนาทุกคนใช้เป็นหลักยึดเหนี่ยวในการทำงาน รวมถึงบุคลากรโรงพยาบาลได้เขียนความประทับใจของฉันทน์ “สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” นอกจากนี้มีการสื่อสารค่านิยมร่วม CHAIPAT คือ C: CLEAN & GREEN ร่มณีสถานเพื่อการเยียวยา H : Happiness การทำงานอย่างมีความสุข A : Attention การใส่ใจบริการ Inspiration แรงบันดาลใจ/

สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ P : Patient and Personnel Safety ความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
A : Achievement การสร้างสรรค์พัฒนาผลงาน และ T: Teamwork การทำงานเป็นทีม เพื่อให้บุคลากรนำสู่การปฏิบัติ
ผลการดำเนินงานในปี 2562 โรงพยาบาลได้รับรอง GREEN & CLEAN Hospital Plus เข้าร่วมโรงพยาบาล
2 P Safety กับ สรพ. มีการนำผลงานคุณภาพเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีระดับเขตและจังหวัด

นอกจากนี้ ผู้นำมีการสื่อสารเรื่องทั่วไปที่สำคัญในที่ประชุมบุคลากรโรงพยาบาล โดยเฉพาะสถานการณ์
การเงินของโรงพยาบาล ในระดับวิกฤติ และแนวทางการบริหารจัดการในภาวะดังกล่าว เพื่อให้บุคลากรรับรู้
เข้าใจสถานะของโรงพยาบาล สร้างการมีส่วนร่วมและความมั่นใจในการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้สถานการณ์การเงิน
Risk score ระดับ 7 (สีแดง) ในเดือนตุลาคม 2561 ปรับเป็น Risk score ระดับ 0 (สีเขียว) ในเดือนมิถุนายน 2563

จุดเด่นของโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ คือ การสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ

2. การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นเลิศ (Bright Spot) การวางแผนพัฒนากำลังคน
ด้วยข้อจำกัดของบุคลากร โรงพยาบาลได้กำหนด 1 ใน 4 สมรรถนะหลักขององค์กรไว้ว่า บุคลากรโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์
มีสมรรถนะสูง สามารถทำงานได้หลายหน้าที่ ด้วยหลักคิด คน คือ หัวใจแห่งความสำเร็จ การพัฒนาคน
เป็นการลงทุนที่จำเป็น ถึงแม้ว่าสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล ระดับ 7 แต่บุคลากรโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์
ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานตามตำแหน่งและด้านอื่นๆ
ให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะการพัฒนาบุคลากรสู่การพัฒนางานองค์กร

3. โรงพยาบาลมีการสร้างสัมพันธ์ภาพดีระหว่างบุคลากร การรับฟังความคิดเห็น และจากการที่โรงพยาบาล
เน้นการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีการรับฟังเสียงสะท้อนของบุคลากรในช่องทางที่หลากหลาย นอกจากการพูดคุย
เช่น ตู้อัดความคิดเห็นสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์โดยเฉพาะ ทุกเสียงสะท้อน และ
ข้อเสนอแนะของบุคลากรมีค่า เป็นข้อมูลนำไปใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล เสียงสะท้อนหรือข้อเสนอแนะ
ไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน หรือบุคลากรกังวลว่าจะถูกบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ ตามนโยบาย
การบริหารจัดการความเสี่ยง “No Harm NO Blame No Shame” หรือกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ
“คุณภาพคือการฟังฟังกันและกัน”

การสร้างความผูกพัน ความสามัคคี การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ กับวลี “โรงพยาบาลเก่าได้
แต่ต้องสะอาด” เป็นที่มาของการพัฒนาโรงพยาบาลด้วยกิจกรรม 5 ส. ในทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
จากความร่วมแรงร่วมใจ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล และจัดกิจกรรมปิกนิกปีนรัก
โดยเจ้าหน้าที่นำอาหารกลางวันมารับประทานร่วมกัน 1 ครั้ง/เดือน ควบคู่กับกิจกรรมสุขสันต์วันเกิดบุคลากร
ประจำเดือน นอกจากนี้มีกิจกรรมผ่อนคลาย(Happy Relax) ให้บุคลากรได้ทำร่วมกัน เหมาะสมกับพื้นที่เกาะ
เช่น กิจกรรมวาดรูปริมทะเล (Art on the Beach) และ ศิลปะในทุ่งนา

นอกจากนี้ มีการดูแลสุขภาพกายและใจบุคลากร โดยการตรวจสุขภาพประจำปีและประเมินความเครียดแล้ว
มีการสำรวจพฤติกรรมออกกำลังกาย และส่งเสริมการออกกำลังกายในบุคลากร โดยมีผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเป็น Role Model ที่สำคัญ โรงพยาบาลมีการใช้นโยบายการทำงานแบบยืดหยุ่น ใช้แนวคิด
“ความสุขเล็กๆที่มีอยู่รอบตัว” (work life Balance) และกิจกรรมตามฤดูกาล

4. การสำนึกต่อสังคมและเพื่อนมนุษย์ โรงพยาบาลมีการบูรณาการการสร้างสุขในที่ทำงาน ร่วมกับการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณภาพโรงพยาบาลคุณธรรม เป็นการสร้างคนดี มีน้ำใจในทุกภาคส่วนของโรงพยาบาล จัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม ได้แก่ อบรมบุคลากรเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ รพ./ รพ.สต.ชัยพัฒนา จ.พังงา “คนชัยพัฒนา คนของพระราชา” บุคลากรเข้าร่วมอบรม ร้อยละ 100 มีการจัดกิจกรรม ตลาดนัดความดี โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โครงการคุณธรรมทุกหน่วยงานมีการนำเสนอ ร้อยละ 100 การแสดงความชื่นชมในชีวิตประจำวัน รวมถึงการจัดกิจกรรมจิตอาสาบุคลากรโรงพยาบาล หรือร่วมกิจกรรมกับหน่วยงานภายนอก เช่น เก็บขยะ ปลูกต้นไม้ กิจกรรมวันสิ่งแวดล้อมโลก โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการจัดการพลังงานฯ เพื่อลดการใช้ไฟฟ้า มีการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital บุคลากรโรงพยาบาล ร่วมดูแลโรงพยาบาล ใส่ใจ ช่วยลดปริมาณพลาสติก ขวด หลอด ขยะรีไซเคิล กิจกรรมขยะแลกไข่ เริ่มดำเนินการ Zero Waste Hospital ร่วมกับภาคีเครือข่าย โรงเรียนมัธยม และสถานประกอบการโรงแรม รวมถึงรณรงค์ให้บุคลากรเดิน หรือปั่นจักรยานจากบ้านพักในโรงพยาบาลมาทำงาน ลดการใช้รถจักรยานยนต์ ทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมมอบทุนการศึกษาให้กับนักเรียนในพื้นที่เกาะยาว

5. การใช้เรื่องเล่าทางแพทย์ (Narrative Medical) จากโครงการ SHA ตั้งแต่ปี 2552 มาอย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นเครื่องมือให้บุคลากรในโรงพยาบาลเห็นคุณค่างาน คุณค่าคน เห็นคุณค่าของงานที่ทำและเพื่อนร่วมงาน การพัฒนาคุณภาพ มีการแบ่งปัน สร้างแรงบันดาลใจ การชื่นชม ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เวทีเรื่องเล่า ความสุขเล็ก ๆ ในใจฉัน เรื่องเล่าในสวน จุดไฟเติมฝันในกิจกรรมตลาดนัดความดี ร่วมกับการฝึกนำเทคนิค สุนทรียสนทนา (Dialogue) มาใช้

6. มีระบบการพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลมีการเรียนรู้ และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ โดยนำค่านิยมหลักของโรงพยาบาล CHAI PAT มาใช้ในการปฏิบัติงาน มีการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งมีการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมนำเสนอผลงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในเวทีระดับโรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/ประเทศ

7. การนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ จากผลการประเมิน Happinometer ทั้ง 2 ปี พบว่า Happy Money มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขบุคลากรต่ำสุด อยู่ในระดับไม่มีความสุข มี 2 ข้อ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีเงินเก็บออมในแต่ละเดือน รองลงมา คือค่าตอบแทนที่ได้รับทั้งหมดเมื่อเทียบกับรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละเดือน โดยโรงพยาบาลได้พยายามออกแบบกระบวนการต่างๆ ให้หลากหลายเพื่อช่วยด้านการเงิน ด้วยการสร้างวินัยทางการเงินของบุคลากร เช่น 5 คำถามสำหรับการประเมินตนเอง สำรวจความต้องการออมเงิน การให้ความรู้บัญชีครัวเรือน เพิ่มช่องทางสร้างรายได้ด้วยการเปิดตลาด online การนำสินค้ามาขายในชุมชน แลกเปลี่ยน แลกปลุกผักเมล็ดพันธุ์พระราชทาน เป็นต้น

ประตูสู่ช่วงใหม่ การเตรียมตัวสู่สถานะใหม่ (Exit)

โรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมสำหรับบุคลากรที่เกษียณอายุ ซึ่งตั้งแต่เปิดโรงพยาบาลมีบุคลากรเกษียณอายุ 2 คน รวมถึงบุคลากรที่ต้องย้ายสถานที่ปฏิบัติงานด้วยเหตุผลต่างๆ โดยเน้นเรื่องการสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้เกษียณ และสำหรับบุคลากรที่ต้องจากไปเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน โดยมีกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมอำลาให้จดจำ คิดถึงเกาะยาว กิจกรรมมุทิตาจิตสำหรับผู้เกษียณ การร้องเพลงให้กำลังใจ การมอบของที่ระลึก เป็นต้น

2.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ :

- CQI: ความอยู่ดี มีสุข และความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ ปี 2560
- Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขของจังหวัดพังงา ปี 2562

2.5 การเข้าถึงความรู้ :

- สรุปประเมินผลโครงการ
- รายงานผลการดำเนินงาน/การรับนิเทศงานสาธารณสุข
- นำระบบ IT / line group มาใช้
- <https://drive.google.com/drive/folders/1ZsekYkmoOVHPMhXkd5cRUA-VM5uVwbrB>
- http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/inbook-Ceeo.pdf

2.6 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ :

- ประชุมรายงานผลการสำรวจการดัชนีความสุขของคนทำงานและผลประเมินสุขภาวะองค์กร และแผนสร้างสุขต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล / คปสอ.เกาะยาว
- นำเสนอผลงาน CQI ความอยู่ดี มีสุข และความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ ปี 2560
- บทเรียนการพัฒนานักสร้างสุข: กรณีศึกษา 24 องค์กร: ถอดบทเรียนองค์กรสร้างสุขจากงานบันดาลัย 24 องค์กร การนำความรู้จากห้องประชุมสู่การปฏิบัติ เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นักสร้างสุข จังหวัดพังงา ปี 2562
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตลาดนัดความดี” โรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ ปี 2562
- Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ปี 2562 จังหวัดพังงา เขตสุขภาพที่ 11

2.7 การเรียนรู้ : โอกาสพัฒนาของโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ นำกรอบสุขภาวะภาครัฐ (5 องค์ประกอบ) มาเป็นแนวทางในการพัฒนา โดยเฉพาะองค์ประกอบที่สะท้อนว่า ต้องปรับปรุง ในด้านการบริหาร และการลงทุน และนำผลจากการประเมินมาพัฒนาต่อเนื่องสู่การเป็นองค์กรที่สะท้อนให้เห็นว่าสุขภาวะของคนในองค์กรนำปลื้มที่สุด และเพิ่มการสื่อสารทำความเข้าใจ HPI ในทีมบริหารโรงพยาบาล/ผู้ประเมินและบุคลากรในโรงพยาบาล

6. การนำไปใช้ : บูรณาการเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและโรงพยาบาลคุณธรรม ขยายความสุขสู่เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอเกาะยาว (คปสอ.เกาะยาว องค์กรแห่งความสุข)

7. แหล่งอ้างอิง : <https://drive.google.com/drive/folders/1ZsekYkmoOVHPMhXkd5cRUA-VM5uVwbrB>
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/inbook-Ceeo.pdf

1. **ชื่อองค์กรความรู้** : Palliative Care @ Vachira Phuket Hospital.
2. **ชื่อหน่วยงาน** : ศูนย์ใจรักษ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
: ผู้นำเสนอ : น.ส.สุยามาส ชุมพุดพิงษ์
: โทรศัพท์ 061-5583777 Email : palliative@gmail.com
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้** : ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. **วัตถุประสงค์**
 1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้สามารถเข้าถึงการดูแลได้รวดเร็วและครอบคลุม
 2. เพื่อพัฒนาทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดการอาการปวดหรืออาการทุกข์ทรมานอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่ายที่บ้าน

5. โครงสร้างและสาระสำคัญ

ปัจจุบันมีโรคจำนวนมากที่ไม่สามารถรักษาได้ ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าไปอย่างมากก็ตาม ในอดีตมักสนใจแต่การรักษาตัวโรค ละเลยการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การไม่เปิดเผยความจริง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ตรงจริง ส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนการดูแลระยะสุดท้ายตามความต้องการของผู้ป่วยได้ การเลือกแนวทางการดูแลมักเป็นการตัดสินใจของครอบครัว ซึ่งมักออกมาในรูปแบบการยื้อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและจากไปอย่างไม่สงบ Palliative Care จึงเป็นทางเลือกของการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน

กระบวนการจัดการความรู้
<p>1.การบ่งชี้ความรู้</p> <p>โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณและหัวใจความเป็นมนุษย์ และการดูแล แบบองค์รวม (Holistic Care) ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2563 เป็นจำนวน1,757 คน ครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่าย มีแพทย์ประจำ 1คน และ มีพยาบาล ผู้รับผิดชอบดูแล 2 คน ซึ่งไม่เพียงพอที่จะให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย 8 โรค 10 อาการ</p>
<p>2. การสร้างและแสวงหาความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการสร้างชุมชนนักปฏิบัติ CoPs Palliative Care จัดเวที Show Share and Lean ให้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 2. เชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาบรรยายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3. นำงานวิจัย/ Best Practice มานำไปใช้กับผู้ป่วย
<p>3. การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำมาตรฐานการดูแล (Standard of care) เป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2. พัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้แก่บุคลากร มีการสร้างทีม Palliative Care Team Nurse มาเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

กระบวนการจัดการความรู้			
3. ประสานทีมสหสาขาอื่นๆ เช่นแพทย์ประจำหน่วยงาน เกสเซอร์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ตลอดจนเครือข่าย รพสต. จิตอาสา และผู้นำส่วนท้องถิ่น			
4.การประมวลและกลั่นกรองความรู้			
1. มีตัวชี้วัดในการดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแล			
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	
- การเข้าถึงบริการ	- เข้าถึงง่าย รวดเร็ว	การรับบริการปรึกษาภายใน 24 ชม.	
- การดูแล	- การจัดการอาการรบกวนได้ทันเวลา	- ได้รับการจัดการอาการปวดให้น้อยกว่า 4/10 คะแนน ภายใน 72 ชม. - ได้รับการจัดการความปวดโดยการให้ Opioid	
- การวางแผนจำหน่าย	- ผู้ป่วย, ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแล	- Good death \geq 50% ภายในปี 63 - อัตราการทำ Advance Care Plan > 80%	
- การดูแลต่อเนื่อง	- มีระบบนัดตรวจติดตามอาการตามเกณฑ์ PPS	- อัตราการดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่ายที่บ้าน	
2. จัดทำ Flow ในการทำงานผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง /Good Death			
5. การเข้าถึงความรู้			
<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารความรู้ โดยผ่านแกนนำแต่ละหน่วยงาน - มีการจัดเก็บแฟ้มใบงานที่ใช้สำหรับการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในคอมพิวเตอร์ Drive Q ของทุกหน่วยงาน 			
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้			
<ul style="list-style-type: none"> - เผยแพร่ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้แก่ บุคลากรที่มาศึกษาดูงาน ในเรื่อง - แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง - การจัดการความปวด ไขยา และไม่ไขยา การใช้น้ำมันกัญชา - แบบฟอร์มต่างๆ ทำเป็น QR Code 			
ฟอร์มรับ PC ผู้ใหญ่	ฟอร์มรับ PC (เด็ก)	สมุดประจำตัวผู้ป่วย	ฟอร์มส่งต่อผู้ป่วย
			
แบบแจ้งความจำ	กลุ่ม 8 โรค	WP..ฟอร์มPC	แบบบันทึกहारือ
			

กระบวนการจัดการความรู้

7. การเรียนรู้

ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในวันนี้ เราจะไม่เจอสภาพคนไข้ทุกข์ทรมานอีก เราจะพบคนไข้ที่ค่อนข้างสงบ เนื่องจากเกิดกระแสความเปลี่ยนแปลง ตระหนักรู้ กับบุคลากรส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลและทุกฝ่ายช่วยกัน เพื่อที่จะดูแลวาระสุดท้ายของคนไข้ ให้ที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ **แม้ในช่วงระบาดของ COVID 2019 เราก็มิได้ทอดทิ้งผู้ป่วยให้เดียวดาย** ทีมได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามปกติ โดยการใส่ชุดป้องกันในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่เข้าใจและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ได้รับการจัดการอาการปวด หรืออาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ได้เตรียมตัวและทำในสิ่งที่อยากทำ ได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน และได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่ายที่บ้าน

ผลลัพธ์การดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์การดูแลการดูแล		
		2561	2562	2563
1. การรับการรักษาภายใน 24 ชม.		100%	100%	1 ต.ค. 62- 31 ก.ค. 63 100%
2. ร้อยละการจัด การอาการปวดให้น้อยกว่า 4/10 คะแนน ภายใน 72 ชั่วโมง	≥ 80	N/A	N/A	1 ม.ค. 63- 31 ก.ค. 63 87.07%
3. ร้อยละการได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ Opioid	≥ 80	87.24 %	94.30 %	1 ต.ค. 62- 31 ก.ค. 63 99.48%
4.ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน Advance Care Plan	≥ 80	N/A	93.24 %	1 ต.ค. 62- 31 ก.ค. 63 90.10%
5. ร้อยละผู้ป่วย Good death	≥ 50	N/A	N/A	1 พ.ค.-31 ก.ค. 92.57%
6..จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥ 60	91%	84.12 %	1 ต.ค. 62- 31 ก.ค. 63 92.42%
7. ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลประคับประคอง	≥ 80	97.57%	94%	1 ต.ค. 62- 31 ก.ค. 63 93%

6. การนำไปใช้ (ถ้ามี)

- ทุกหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ปรึกษารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง
- เครือข่าย palliative Care ในจังหวัดภูเก็ต

7. แหล่งอ้างอิง .

กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. สืบค้นได้ที่

https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/2_0150316154846_2129601774.pdf

จนณะจง เพ็งจาด.(2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง .

สำนักการพยาบาล. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง . สืบค้นได้ที่

http://www.nursing.go.th/Book_nurse/sustain/012.pdf

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2562). วิชาชีวิต: Palliative Care การดูแลแบบประคับประคอง. สืบค้นได้ที่

<https://www.cheevamitr.com/clip/9>

1. **ชื่อองค์ความรู้** : ทำไมต้องมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล
2. **ชื่อหน่วยงาน** : โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช
ผู้นำเสนอ นางอำไพ ทองเลี่ยมนาค
โทรศัพท์ 08 9594 6689
Email : ampai975@hotmail.com
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้** : บุคลากรโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จำนวน 230 คน
4. **วัตถุประสงค์** 1 เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการบริหารเชิงกลยุทธ์
2 สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์
5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ**

การบริการองค์กรภาครัฐจะต้องใช้ระเบียบหลักการและมาตรฐานหลายประเภท ผู้นำต้องมีความรู้ทักษะในการบริหารเชิงกลยุทธ์ และการคิดอย่างเป็นระบบโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์เปิดทำการมา 35 ปี มีผู้บริหารคนเดียวในปีที่ 36 ได้เปลี่ยนผู้บริหาร จึงต้องจัดทำแผนกลยุทธ์ ฉบับใหม่ให้มีประโยชน์สูงสุดครอบคลุมทุกมุมมอง สอดคล้องนโยบายระดับต่างๆจากผลการประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ทั่วประเทศ พบว่าส่วนมากจะมีปัญหาในหมวดการจัดทำแผนกลยุทธ์ และการนำแผนสู่การปฏิบัติ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของ รพ.ร่อนพิบูลย์ก็พบว่าจุดอ่อนด้านแผนกลยุทธ์เช่นกัน ส่งผลให้ออกแบบระบบบริการสุขภาพไม่ตอบสนองความท้าทายขององค์กร ผลการดำเนินงานยังไม่ดี ในกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ฉบับใหม่ จึงได้ออกแบบให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจัยนำเข้า ทั้ง tacit knowledge และ explicit knowledge รวมถึงสารสนเทศจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อความเข้าใจถึงที่มาของนโยบาย

กระบวนการจัดการความรู้7 ขั้นตอน

1 **การบ่งชี้ความรู้**จากการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรขาดความรู้ในการบริหารเชิงกลยุทธ์การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์มีน้อย และโรงพยาบาลต้องจัดทำแผนกลยุทธ์ ฉบับใหม่ ปี 2563

2 **การสร้างและแสวงหาความรู้** ได้จัดทำโครงการอบรม แก่บุคลากรทุกคนจำนวน ๓ รุ่นจัดประชุมกลุ่มย่อย ผ่านทีมดูแลผู้ป่วยรายโรค 10 อันดับโรค โดยให้ร่วมออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยหลัก SWOT analysis รวมถึง ความคาดหวังในการพัฒนาโรงพยาบาล ปัจจัยภายนอก วิเคราะห์ด้วยPEST analysis ปัจจัยภายใน ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and healthcare standards : HA)

3 **การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ** ได้ร่วมสังเคราะห์ สรุปปัจจัยภายใน-ภายนอกที่สำคัญ ตามประเด็นจุดอ่อน(weakness) จุดแข็ง(Strengths) อุปสรรค (Threats) และโอกาสพัฒนา (Opportunities) นำมาจัดทำTOWS Matrix เพื่อออกแบบกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร 4 กลยุทธ์ คือ

3.1 กลยุทธ์เชิงรุก (SO Strategy) เกิดจากการจับคู่ระหว่างสภาพแวดล้อมภายในทางบวก คือ จุดแข็ง (Strength) และสภาพแวดล้อมภายนอกทางบวกคือโอกาส (Opportunity) เป็นการใชจุดแข็งข้อได้เปรียบของเรา ผสมกับโอกาสที่ดีเพื่อนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์เชิงรุกสำหรับโรงพยาบาล

3.2 กลยุทธ์แนวทางแก้ไข (WO Strategy) เกิดจากการจับคู่ระหว่างสภาพแวดล้อมภายในทางลบ คือ จุดอ่อน (Weakness) และสภาพแวดล้อมภายนอกทางบวก (Opportunity) คือการใช้ประโยชน์จากโอกาสที่ดี เพื่อมาปิดจุดอ่อนจุดด้อยขององค์กรหรือทำให้จุดอ่อนนั้นลดลงหรือหมดไป

3.3 กลยุทธ์แนวทางการตั้งรับ (ST Strategy) เกิดจากการจับคู่ระหว่างสภาพแวดล้อมภายในทางบวก คือ จุดแข็ง (Strength) และสภาพแวดล้อมภายนอกทางลบ (Threat) เป็นการนำจุดแข็งข้อได้เปรียบขององค์กร มาป้องกันอุปสรรคหรือเป็นการใช้จุดแข็งเพื่อหลีกเลี่ยงอุปสรรค

3.4 กลยุทธ์ป้องกัน (WT Strategy) เกิดจากการจับคู่ระหว่างสภาพแวดล้อมภายในทางลบ คือ จุดอ่อน (Weakness) และสภาพแวดล้อมภายนอกทางลบคืออุปสรรค (Threat) เป็นกลยุทธ์เพื่อการลดจุดอ่อน และหลีกเลี่ยงภัยคุกคาม โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันหรือหลีกเลี่ยงให้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ไม่แย่ไปกว่าที่เป็นอยู่นำมาจัดทำเอกสารสรุปเป็นแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล สื่อสารในองค์กรทุกหน่วยงานสรุป

วิสัยทัศน์(VISION)องค์กรนำด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อคนร้อนพิบูลย์

พันธกิจ(MISSION) ทศวรรษแห่งการยกระดับศักยภาพระบบบริการสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์ (2563-2572 แบ่ง 3 ระยะ 3 : 3 : 4 ปี)มีกลยุทธ์หลัก 5 ข้อ คือ

1. พัฒนาระบบ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภค (ST)
2. พัฒนาระบบ บริการสุขภาพเป็นหนึ่งในดวงใจคนร้อนพิบูลย์ (SO)
3. พัฒนาระบบ บริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (WO1)
4. พัฒนาระบบ บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (WO2)
5. พัฒนาระบบ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและ เทคโนโลยี สู่การ เป็น Smart Hospital (WT)

ขั้นตอนที่ 4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ มีการสรุปผลงานและวิเคราะห์ทบทวนแผนกลยุทธ์ ทุก 6 เดือน เพื่อการออกแบบการนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติให้เหมาะสมกับสมรรถนะของบุคลากรเพื่อการเรียนรู้ และทันสมัย ในรอบแรกของการแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ มอบ KPI แบบ OKRS ผ่านรองผู้อำนวยการทุกคน ให้ไปออกแบบและนำมาลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA)และถ่ายทอดKPI ไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนางาน และใช้ประกอบการเลื่อนขั้นเงินเดือน

ขั้นตอนที่ 5 การเข้าถึงความรู้ มีการจัดเวทีสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรทุกคนในต้นปีงบประมาณ จัดพิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ผู้ทำคำรับรองทุกคนต้องนำเสนอรูปแบบการทำงานต่อที่ประชุม และเมื่อมีการประเมินผลก็ให้นำเสนอผลการดำเนินงานต่อที่ประชุม เพื่อให้ทุกหน่วยงานรับรู้ทั่วกันทั้งองค์กร สื่อสารผลด้วยภาพกิจกรรมหรือ ONE PAGE หรือสื่อทาง facebook หลังดำเนินการไม่เกิน 2 วันกรณีทำการดำเนินงาน อย่างไม่เป็นทางการผ่าน line กลุ่ม ทำได้ผลดี หรือออกแบบงานใหม่ทำสำเร็จ จะนำมาชื่นชมและมอบเกียรติบัตร ยกย่องชื่นชม เสริมพลัง ในเวทีประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 6 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ จัดกิจกรรมให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น ผ่านกระบวนการทบทวนอุบัติการณ์ การติดตาม ทบทวน ผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดแต่กลยุทธ์ กรณีที่ประเมินแล้ว ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านจะประชุมเพื่อสอนงาน หรือ ลงสอนหน้างาน ร่วมกับผู้ปฏิบัติ ในระดับรองผู้อำนวยการ 5 ด้าน จะมีประชุม WAR ROOM ทุกสัปดาห์ ตามความเหมาะสม ในช่วงโควิด19 ระบาด จะประชุมออกแบบระบบการทำงานตามแผนหรือปรับแผนทุกวัน

ขั้นตอนที่ 7 การเรียนรู้ โรงพยาบาลได้กำหนดให้ทุกคนส่งเรื่องเล่า หรือผลงานเด่น นวัตกรรม CQI จากการทำงาน ในการนำเสนอให้เล่าถึงความสอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบาย หรือค่านิยมประเด็นไหนของโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการและผู้จัดทำแผนกลยุทธ์ จะรับฟังและช่วยชี้แนะโอกาสพัฒนาให้กับทุกคน

ที่นำเสนอผลงาน ปีละ ๒ ครั้ง กรณีที่เป็นประเด็นใหญ่ ต้องใช้งบประมาณในการพัฒนาจะแจ้งให้ทราบถึงขั้นตอนการทำงานโครงการต่อไป ในการจัดกิจกรรมหรือประชุมติดตามงานกำหนดให้สรุปถึงผลงานหรือบทเรียนที่ได้รับและโอกาสพัฒนา เพื่อเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

จากการประเมินพบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิเคราะห์ปัจจัยภายในด้านบุคลากรร้อยละ 95 มีส่วนร่วมในการ SWOT analysis องค์กรรวมถึงกำหนดความคาดหวังในการพัฒนาโรงพยาบาลร้อยละ 40 ซึ่งออกแบบเน้นในกลุ่มหัวหน้างานหัวหน้าทีมระบบงาน และเลขาทีม และมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ กระบวนการทำแผนกลยุทธ์ และมอบหมายการนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติจริงพบว่ายังเข้าใจไม่ครอบคลุม และนำสู่การปฏิบัติได้ไม่ทุกหน่วยงาน เนื่องจากเรียนรู้ในระยะแรก และยังมีอคติในการเปลี่ยนแปลงการบริหารเชิงกลยุทธ์ ในบางแผนก แต่ให้โอกาสออกแบบงานใหม่ได้เองตามหลัก new normal นำมาเสนอต่อผู้บริหาร และสื่อสารทั้ง รพ.

6. การนำไปใช้

ทุกกลุ่มงานจะรับนโยบายนำสู่การปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติราชการตามระบบ PMS ที่กำหนดขึ้นเฉพาะของโรงพยาบาลแต่สอดคล้องระดับจังหวัด กระทรวง และนำหลักการไปใช้หลายโรงพยาบาล

7. แหล่งอ้างอิง

<https://www.ha.or.th>, www.rbh.go.th

1. **ชื่อองค์ความรู้** : รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชนเทศบาลนครภูเก็ต
2. **ชื่อหน่วยงาน** : กองการแพทย์ เทศบาลนครภูเก็ต
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้** : กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนเทศบาลนครภูเก็ต
ผู้ใช้ คือ เครือข่ายจิตอาสาเยียวยาจิตใจ/อสม./แกนนำสุขภาพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ซึ่งมีหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน
4. **วัตถุประสงค์** :
 1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพสู่เครือข่ายจิตอาสาเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
 2. จัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพเทศบาลนครภูเก็ต
 3. พัฒนาระบบการทำงานของเครือข่ายจิตอาสาเทศบาลนครภูเก็ต
5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ** :

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมี อสม.เป็นผู้ช่วยเหลือหลัก ซึ่งมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่ต้องดูแล ลักษณะการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันแต่ละกลุ่มวัย งบประมาณที่จำกัด และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกันระหว่างหน่วยงาน ทำให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม จึงเป็นไปได้ยาก กองการแพทย์เทศบาลนครภูเก็ต จึงเกิดแนวคิดในการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการ ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมกับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ ด้วยการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาโดยเฉพาะจิตอาสาเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันแบบไร้รอยต่ออย่างแท้จริง โดยมี **กระบวนการงานสร้างจิตอาสาเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง มี 5 กระบวนการ คือ**

1) **“การติดต่อทางปัญญา”** ด้วยการจัดอบรมการเตรียมความพร้อมการเผชิญความตายอย่างสงบให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพ **“เกิดชมรมจิตสงบใจสว่าง”** ซึ่งพระอาจารย์ไพศาลวิสาโล พระวิฑูรย์กร ตั้งชื่อชมรมให้มีการขยายเครือข่ายโดยการจัดการประชุมร่วมคิดให้แต่ละกลุ่มเครือข่ายมาพบกัน ร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพชุมชน

2) **“สร้างความสุข ปลุกจิตสำนึกการให้”** ด้วยการร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เกิดเครือข่ายสุขภาพวิถีภูเก็ต ชวนกันลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ไปให้กำลังใจญาติผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดบ้าน/ติดเตียง/ผู้พิการ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ และไปกันเองเดือนละ 1-2 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง

3) **“ขยายผล สร้างแนวร่วม”** เพิ่มเติมเครือข่ายจิตอาสา โดยกลุ่มจิตอาสาเดิมได้มีการบอกกล่าวต่อกันไป ชักชวนเพื่อนๆ เข้าร่วมกันเยี่ยมเยียนจิตใจผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น และกองการแพทย์ ได้จัดตั้ง **“ศูนย์นครภูเก็ตปันน้ำใจสร้างสุขขึ้น”** เพื่อเป็นศูนย์รับบริจาคให้บริการเยี่ยม/คืนอุปกรณ์การแพทย์ และเป็นสถานที่ให้กลุ่มเครือข่าย ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ปัจจุบันมีเครือข่ายที่เข้มแข็งหลายกลุ่มเข้ามาทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับศูนย์อย่างต่อเนื่อง เช่น ชมรมจิตสงบใจสว่าง กลุ่มจิตอาสาเยียวยาใจ สโมสรโรตารี กลุ่มอาสาภาค กลุ่มเครือข่ายสุขภาพวิถีภูเก็ต กลุ่มจิตอาสาประดิษฐ์อุปกรณ์เพื่อผู้ป่วย กลุ่มอาสาสมัครอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย เป็นต้น

4) **“กระจายข่าวสาร”** เผยแพร่กิจกรรมของกลุ่มจิตอาสาและการร่วมบริจาคอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุต่างๆ ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผ่านช่องทางประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น Line FB ราชานุสาร จุลสารกองทุนฯ รวมทั้งการบอกต่อกันไป ในกลุ่มผู้ที่เคยมารับบริการที่ศูนย์ฯ ทำให้ปัจจุบัน **“ศูนย์นครภูเก็ตปันน้ำใจสร้างสุข”** เป็นที่รู้จักกันมากขึ้นในวงกว้างทั้งในและนอกเขตเทศบาล มีผู้นำอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ทั้งเก่าและใหม่มาบริจาคเพิ่มมากขึ้น เกิดการหมุนเวียนกันใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ทั่วถึงมากขึ้น

5) “ประเมินผล สร้างความต่อเนื่อง” เป็นการประเมินผลการร่วมทำงานจิตอาสา และกระแสนการทำมาความดี ด้วยการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมปันรักปันน้ำใจที่งานตลาดใหญ่ ซึ่งทำต่อเนื่องมา 3 ปี (ปี 2560 ถึง 2562) ได้มีการประเมินความพึงพอใจ สอบถามความคิดเห็น รวบรวมปัญหา/ข้อเสนอแนะ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง แล้วนำมาปรับปรุงพัฒนา นอกจากนี้ ยังมีนวัตกรรมสุขภาพที่กลุ่มจิตอาสาได้ร่วมคิดร่วมทำ สามารถส่งต่อความสุขให้กับผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น ตุ๊กตาช้างน้อย หมอนหลอดกาแฟ ปลอกมือ และความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมชัดเจนคือ ปัจจุบันเรามีคณะกรรมการศูนย์นครภูเก็ตปันน้ำใจสร้างสุข ที่มีกลุ่มจิตอาสาสามารถคิดร่วมวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ ก่อเกิดกระแสนการทำมาความดีต่อเนื่องกันไปโดยไม่สิ้นสุด นำไปสู่สังคมแห่งความเอื้ออาทร

การพัฒนาเครือข่ายจิตอาสา มีการถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนการเรียนรู้ของจิตอาสา รวบรวมปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่ นำมาปรับแก้ไขในการลงพื้นที่ในครั้งต่อไป จนได้รูปแบบการปฏิบัติที่ดี นำมาใช้ในการดำเนินงาน กองการแพทย์ จึงประมวลรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเสียใจใจ นำเสนอต่อเครือข่ายในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ เพื่อให้องค์ความรู้ที่ได้นำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข มีแนวทางในการนำไปสู่การพัฒนางานพัฒนาองค์กรและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น :

1. มีกลุ่มจิตอาสาเสียใจใจช่วยให้กำลังใจญาติและผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดบ้าน/ติดเตียง/ผู้พิการ
2. มีกลุ่มจิตอาสาอื่นที่มาร่วมงานกับศูนย์นครภูเก็ตปันน้ำใจสร้างสุขเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มอาสาสมัครอาสาสมัครให้ผู้ป่วย, จิตอาสาติดตามทางตามอุปรณ์ที่ยืมไปใช้ เป็นต้น
3. เครือข่ายจิตอาสาของศูนย์นครภูเก็ตปันน้ำใจสร้างสุข มีกิจกรรมหลากหลายรูปแบบมากขึ้น เช่น กิจกรรมซ่อมอุปรณ์ที่ชำรุด/ซ่อมบ้านผู้ป่วยด้อยโอกาสในชุมชน
4. เกิดนวัตกรรมสุขภาพแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ปี 2561 จำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงจากจำนวน 55 คน เปลี่ยนจากติดเตียงเป็นติดบ้าน 16 คน (ร้อยละ 29.09) และจากติดบ้านเป็นติดสังคม 14 คน (ร้อยละ 25.45)
6. เป็นต้นแบบการพัฒนาเครือข่ายแบบไร้รอยต่อของท้องถิ่น

บทเรียนที่ได้รับ : การทำงานจิตอาสา ต้องทำด้วยใจ เต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ผลตอบแทนที่ไม่คาดหวังที่ได้รับ คือ ความสุข ความภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ซึ่งมีคุณค่ามากกว่าเงินทอง สร้างความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ การส่งเสริมให้เกิดจิตอาสา ทำให้เห็นความมีน้ำใจงามของคนไทย **ก้าวต่อไป...** เราจะปลูกฝังจิตสำนึกการเป็นจิตอาสาให้กับเด็ก/เยาวชน เพื่อช่วยสร้างสรรค์สังคมแห่งความเอื้ออาทร และนำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้ตอบสนองวิสัยทัศน์ “นครภูเก็ตเป็นนครแห่งการสร้างสรรค์ และน่าอยู่อย่างยั่งยืน”

6. การนำไปใช้ (ถ้ามี) :

7. **แหล่งอ้างอิง :** สปสช. “บทเรียนกองทุนต้นแบบ กองทุนสุขภาพท้องถิ่น พลิกฟื้นสุขภาพชุมชน” ชื่อเรื่อง “เติมพลังชีวิตเสียใจใจ ผู้ป่วยเรื้อรัง” ในเอกสารโครงการประชุมวิชาการ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่และการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างวันที่ 8-9 มีนาคม 2561 ณ ห้องประชุม โรงแรมบรรจงบุรี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. **ชื่อองค์ความรู้ :** การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย
2. **ชื่อหน่วยงาน :** โรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ :** บุคลากรโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์
4. **วัตถุประสงค์ :** เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย
5. **โครงสร้างและสาระสำคัญ :**

การพลัดตกหกล้มเป็นประเด็นหนึ่งในมาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเวลาทุกสถานที่และกับคนทุกวัย ส่งผลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องให้การรักษาเพิ่มขึ้น ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น อาจเกิดความพิการและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ รวมถึงทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง การพลัดตกหกล้มเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ โดยการประเมินความเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีประสิทธิภาพ การพลัดตกหกล้ม เกิดได้จากทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา สภาวะโรคเรื้อรัง ที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมอง กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีความผิดปกติในการทรงตัว ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิด เช่นยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาระงับปวด ยาต้านการชัก มีภาวะเสี่ยงสูงจะทำให้เกิดอุบัติเหตุในการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น และจากปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น เตี้ยนอนไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน โรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นจุดเน้นหนึ่งของโรงพยาบาล Patient Safety Goal: Preventing patient falls จึงได้มีการจัดทำแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มตั้งแต่ปี 2546 ใช้ Visual control ได้แก่ การติดป้ายที่เตียง เพื่อให้ทราบวาผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการตกเตียง ใช้สัญลักษณ์/ป้ายเตือน บริเวณพื้นที่ต่างระดับกัน และบริเวณที่เป็นทางลาด เพิ่มราวจับในห้องน้ำ และดูพื้นห้องน้ำให้แห้งตลอดเวลา

วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้

1. ประชุมทีมทางคลินิก/ความเสี่ยงร่วมกับทีมหอผู้ป่วยใน เพื่อบ่งชี้ความรู้
2. ดำเนินการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การบ่งชี้ความรู้

องค์ความรู้ “การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก หกล้มในหอผู้ป่วย ”

จากการติดตามข้อมูลการพลัดตกหกล้มในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2553 – 2562)พบอุบัติการณ์การพลัดตก หกล้ม ทั้งหมดจำนวน 3 ราย โดยมีอุบัติการณ์ในปี 2553 ร้อยละ 0.17(1 ราย) ปี 2555 ร้อยละ 0.12(1 ราย) และในปี 2560 ร้อยละ 0.16(1 ราย) จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ไม่มีญาติดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด (1 ราย) ไม่ได้ใช้ไม้กั้นเตียง (1 ราย) ใช้ไม้กั้นเตียงไม่ถูกต้อง (1 ราย) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ (2 ราย) และมี 1 รายในปีงบประมาณ 2553 เป็นผู้ป่วยเด็ก เป็นอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ C = 100% มีการทบทวนการเกิดเหตุการณ์สำคัญ/ความเสี่ยง วิเคราะห์โดยใช้ หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง Correction action, Correction และ Prevention และจัดทำนวัตกรรม เชพตี้นุญน้อยคู่เตียง และ ความรู้คู่ Safety แต่พบว่า การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล

2.2 การสร้างและแสวงหาความรู้ :

- 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลทีมผู้ป่วยใน โดยการส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม และกลับมาถ่ายทอดความรู้ในเวทีประชุมกลุ่มงานการพยาบาล
- 2) ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพงานผู้ป่วยใน ทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม

- 3) ทบทวนเอกสาร คู่มือ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 - การดูแลผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม
 - 2 P Safety Goal: SIMPLE: P: Patient Care Process: Preventing Common Complication: Fall
 - การพัฒนาคุณภาพตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง
 - เอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 4) ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก หกล้ม โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Scale)
- 5) ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตก หกล้มในที่ประชุมกลุ่มงานการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้
- 6) นำแนวทางปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม สู่การปฏิบัติ
- 7) ประเมินผลและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม ตามข้อเสนอแนะ
- 8) ประกาศใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม: ฉบับปรับปรุงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562
- 9) การติดตาม นิเทศงาน อย่างต่อเนื่อง

2.3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปประเมินผล
- 2) แนวทางปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยพลัดตก หกล้มในหอผู้ป่วย (update)
- 3) ทบทวนความเสี่ยง เหตุการณ์สำคัญ/รายงานการประชุม
- 4) นำระบบ IT มาใช้ในการจัดเก็บ

2.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้:

CQI: การป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา

2.5 การเข้าถึงความรู้:

- 1) จัดเอกสารเป็นแฟ้ม /เล่ม ประจำหน่วยงานผู้ป่วยใน
- 2) บอร์ดประชาสัมพันธ์
- 3) นำระบบ IT มาใช้ (line group)
- 4) หนังสือเวียน

2.6 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

- 1) ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก หกล้ม
- 2) ประชุมทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงการพลัดตก หกล้ม
- 3) ปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติที่รับไว้ในโรงพยาบาล
- 4) ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพงานผู้ป่วยใน
- 5) ประชุมแลกเปลี่ยนรู้ “COP วิชาการ เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอเกาะยาว”

2.7 การเรียนรู้ : การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม: Morse Fall Scale สามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และให้การดูแลผู้ป่วยตามผลการประเมินความเสี่ยง

6. การนำไปใช้ : การติดตาม การนิเทศการใช้แนวทางปฏิบัติในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมมีการทบทวนแนวปฏิบัติการพลัดตก หกล้มเหมาะสมกับหน่วยงาน และขยายแนวทางจากการป้องกันการพลัดตก หกล้มในโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ผู้สูงอายุที่บ้าน) โดยการมีส่วนร่วมผู้ดูแล

7. แหล่งอ้างอิง : -

1. ชื่อองค์ความรู้ : “การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังแบบ 360 องศา ฝ่าวิกฤติโควิด-19”

2. ชื่อหน่วยงาน : เทศบาลนครภูเก็ต

3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้

3.1 กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลนครภูเก็ต ต.ตลาดใหญ่ และ ต.ตลาดเหนือ อ.เมือง จ.ภูเก็ต

3.2 ผู้ใช้ คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการ พนักงานเทศบาลนครภูเก็ต และ บุคลากรสาธารณสุขในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข อสม. แกนนำ/ผู้นำชุมชน ซึ่งมีบทบาท 1. ควบคุมและป้องกันโรค 2. คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง 3. ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อคัดกรองความเสี่ยงโรคโควิด-19 ให้กับประชาชนชนในเขตเทศบาลนครภูเก็ตได้อย่างครอบคลุม
2. เพื่อดำเนินมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่ให้เกิดการระบาดในวงกว้าง
3. เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครภูเก็ตได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง

5. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ที่เป็นวงกว้างทั่วโลก รวมถึงบางประเทศที่ควบคุมการระบาดได้แล้ว แต่กลับมาพบการระบาดในระลอกที่ 2 หรือ 3 อีกครั้ง ซึ่งเป็นบทเรียนที่สะท้อนว่าประเทศไทยอาจเกิดการแพร่ระบาดของโรคซ้ำได้อีก แต่ประเทศไทยก็ได้เตรียมมาตรการรองรับเพื่อดูแล รักษาประชาชนอย่างดีที่สุด แต่สิ่งสำคัญกว่าการรักษาคือการป้องกันโรค ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทุกพื้นที่ ทุกหน่วยงาน ต่างต้องมีการออกมาตรการดำเนินการป้องกันโรค จนบางครั้งยังไม่มีทิศทางที่แน่ชัด ไม่มีตัวอย่าง ไม่มีต้นแบบในการดำเนินงาน ไม่รู้ว่าสิ่งที่ทำนั้นจะเจอผลอย่างไร เพราะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด แต่ทุกพื้นที่ ทุกหน่วยงาน ต่างมีเป้าหมายเดียวกัน ทำอย่างไรให้ “ชีวิต สุขภาพของประชาชน นั้นปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ”

เทศบาลนครภูเก็ต ในฐานะหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด อีกทั้งผู้นำองค์กรได้ให้ความสำคัญในเรื่องของชีวิต และสุขภาพของประชาชนมาเป็นอันดับแรก จึงทำให้เทศบาลนั้น ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด - 19 ตามมาตรการต่างๆ จากทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย อย่างเคร่งครัด มีการลงพื้นที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งให้ความรู้ในเรื่องของการป้องกันตนเองครอบคลุมทั้งพื้นที่เขตเทศบาลนครภูเก็ต 2 ตำบล ต.ตลาดใหญ่ และ ต.ตลาดเหนือ ครั้งที่ 1 ในช่วงระหว่างวันที่ 13-21 เมษายน 2563 คัดกรองความเสี่ยงประชาชนได้ร้อยละ 36.3 ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-22 พฤษภาคม 2563 คัดกรองความเสี่ยงประชาชนได้ร้อยละ 56.5 และสามารถช่วยเหลือประชาชนในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ได้อย่างทั่วถึง ครบร้อยละ 100 ส่งผลให้เทศบาลนครภูเก็ตได้เกิดการเรียนรู้วิธีการดำเนินงาน เกิดการบูรณาการงานทั้งในหน่วยงานภายนอก ภายใน ภาคส่วนต่างๆ ให้รวมพลังเป็นหนึ่งเดียว เพื่อสู้กับวิกฤติโควิด-19 ในครั้งนี้ ทำให้เกิดเป็นประสบการณ์ในการทำงาน มีการสรุปปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จนเกิดเป็นรูปแบบกระบวนการทำงานที่เป็นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง สร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ คือ “ระบบการเฝ้าระวังแบบ 360 องศา ฝ่าวิกฤติโควิด” ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่มีการพัฒนารูปแบบให้มีการบูรณาการงาน

1. **ชื่อองค์ความรู้ :** การจัดการความรู้เรื่องการจัดโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส ด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ปี 2563
2. **ชื่อหน่วยงาน :** โรงพยาบาลพ่от่านคล้ายวาจาสิทธิ์
ผู้นำเสนอ นางสาวรัชก ราชบัณฑิตยกุล
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ :** สตรีไทยอายุ 25 ปี ขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และสตรีกลุ่มเสี่ยงด้อยโอกาสในพื้นที่อำเภอช้างกลาง
4. **วัตถุประสงค์**
 1. เพื่อรณรงค์ให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปและสตรีเข้าใจเรื่องมะเร็งเต้านม
 2. คัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
 3. สอนการตรวจเต้านมด้วยตัวเองอย่างถูกต้องและตรวจเต้านมโดยแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 4. เอกซเรย์เต้านมโดยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม และส่งต่อผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านมไปยังโรงพยาบาล หรือศูนย์รักษาโรคมะเร็ง เพื่อวินิจฉัย และรักษา ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5. **โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ**

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 จนถึงปัจจุบัน โดยมะเร็งที่พบมากในสตรีคือมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของสตรีไทย ในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 13,184 ราย และเสียชีวิตประมาณ 4,665 ราย หรือสตรีไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม 1 คนทุก 2 ชั่วโมง และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์การป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมพบว่า อัตราตายเฉลี่ยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 13.35 ต่อแสนประชากร (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ในระยะหลังๆ ของการดำเนินโรค ซึ่งได้ลุกลามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 56

สถานการณ์อัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านมของสตรีอำเภอช้างกลาง 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2557 -2561 โดยพบว่า อัตราตาย 7.17, 14.06, 6.60, 19.71 และ 13.16 ต่อแสนประชากรสตรี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าหากมีการตรวจคัดกรองที่ทันท่วงที สามารถลดอัตราการตายได้ แม้ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุของมะเร็งเต้านมที่แน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยเสี่ยง คือกลุ่มคนที่มีประจำเดือนมาเมื่อเร็วกว่าปกติ หรือหมดประจำเดือน (Menopause) ช้า/อายุมาก ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารไขมันสูง และสตรีที่มีญาติพี่น้องสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม เช่น แม่ ป้า น้า เป็นมะเร็งเต้านม และมักพบในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยมักมาด้วยอาการมีก้อนและแผลที่เต้านม หรือมีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลจากหัวนมดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุด คือ การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ เข้ารับการรักษารวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรอง 2 วิธี คือ 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ทักษะการคลำที่ถูกวิธี ส่วนใหญ่จะคลำพบก้อนที่มีขนาด 1 ซม.ขึ้นไปได้ และหากคลำพบก้อนขนาด 2-5 ซม. พบว่า อัตราการรอดชีวิตถึงร้อยละ 90-75 ส่วนคลำพบก้อนขนาด 5 ซม. ขึ้นไป อัตราการอยู่รอดมีเพียงร้อยละ 30-15 เท่านั้น 2) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) จะสามารถพบก้อนได้ตั้งแต่ขนาด 2-3 มม.ขึ้นไป

หากพบในระยะนี้การรักษาจะหายเกือบร้อยละ 100 เพราะมะเร็งมีขนาดเล็กมาก ยังไม่แพร่เชื้อไปที่อื่น แต่การเอกซเรย์เต้านมนั้น ไม่ได้อยู่ในสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก และมีคุณภาพด้วยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านม เพื่อลดความรุนแรง และลดอัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง

วิธีการจัดการความรู้(KM 4 ขั้นตอน)

1. การบ่งชี้ความรู้ ประชุมทีมคณะทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม ใน รพ.และรพ.สต. ทบทวนวิเคราะห์กระบวนการคัดกรองสตรีกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย สื่อสารการใช้แบบคัดกรองที่ถูกต้อง การบันทึกข้อมูลการตรวจเต้านมที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด และวางแผนการปฏิบัติงานตามขั้นตอนการให้บริการในจุดต่างๆทั้งหมดจำนวน 7 จุด

2. การสร้างและแสวงหาความรู้และการจัดการความรู้ให้เป็นหมวดหมู่ แล้วนำมาประมวลกลั่นกรอง โดยศึกษาวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงอย่างถูกวิธี การสอนวิธีการคลำเต้านมด้วยตนเองให้กับผู้รับบริการ และวิธีการสาธิตการคลำเต้านมด้วยหุ่นเต้านมอย่างถูกวิธี โดยให้เจ้าหน้าที่ ค้นหา ศึกษาความรู้เพิ่มเติมและนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. การเข้าถึงความรู้ จัดจุดให้ความรู้สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มเป้าหมาย โดยแบ่งเป็นรอบ รอบละ 10 คน ก่อนเข้ารับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้กลุ่มเป้าหมายรับชมวิดีโอทัศนเรื่องโรคมะเร็งเต้านม ก่อนขึ้นตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) อีกหนึ่งรอบ

4. การเรียนรู้หรือขยายผล ติดตามผลการคัดกรองของผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่ามีผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรอง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึงร้อยละ 61.81 และในกลุ่มที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือศูนย์รักษาโรคมะเร็งเพื่อวินิจฉัยและรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

ดังนั้น กิจกรรมการคัดกรองโดยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ถือว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์กิจกรรมหนึ่งที่ควรจัดให้บริการกับสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นการป้องกัน และทำให้สามารถตรวจรักษา ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

ผลลัพธ์ที่ได้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการสอนเทคนิคการตรวจเต้านมโดยทีมแพทย์จากโครงการจำนวน 12 ราย ผู้เข้าร่วมโครงการผ่านการฝึกคลำเต้านมจำนวน 110 ราย

2. ผู้ที่ตรวจพบความเสี่ยงและพบก้อนบริเวณเต้านมได้รับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่จำนวน 110 ราย พบผู้ที่มีความเสี่ยง จำนวน 68 รายผู้ที่ตรวจพบความเสี่ยงและพบก้อนผิดปกติบริเวณเต้านมได้รับการตรวจโดยแพทย์ จำนวน 66 ราย ได้รับการอัลตราซาวด์จำนวน 63 ราย และพบก้อนสงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 34 ราย เข้ารับการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมจำนวน 31 ราย

ผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์พบระดับความผิดปกติของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอช้างกลางดังนี้

BIRADS 1 ไม่พบสิ่งผิดปกติเลย ควรตรวจติดตามทุกปี จำนวน 19 ราย

BIRADS 2 พบสิ่งผิดปกติ แต่เสี่ยงน้อยที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ควรตรวจติดตามทุกปี จำนวน 30 ราย

BIRADS 3 พบสิ่งผิดปกติ แต่มีความเสี่ยงน้อยกว่า 2% ที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ควรตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดทุก 6 เดือนจำนวน 9 ราย

BIRADS 4 พบสิ่งผิดปกติ มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้ 20-50% ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยชิ้นเนื้อเพิ่มเติมจำนวน 3 ราย

BIRADS 5 พบสิ่งผิดปกติ มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้สูง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยชิ้นเนื้อเพิ่มเติมจำนวน 2 ราย

6. การนำไปใช้ (ถ้ามี) -

7. แหล่งอ้างอิง

อาคม ชัยวิระวัฒน์ะ เสาวคนธ์ศุภกรโยธิน วีรฤทธิอิ้มสำราญและธีรฤทธิคูหะเปรมะ(บรรณาธิการ). คู่มือการตรวจเต้านม

โดยบุคลากรทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์;2555.

ค้นหวันที่ 7 สิงหาคม 2563. จาก www.nci.go.th/th/File_download/D_index/CBE/คู่มือ_การตรวจเต้านม.pdf

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม

ต่อประชากรในจังหวัดนครศรีธรรมราช. ค้นหวันที่ 7 สิงหาคม 2563. จาก <https://hdcservice.moph.go.th>

1. ชื่อองค์กรความรู้ : ALERT@First Sightใส่ใจดูแล แคร่ความปลอดภัย
2. ชื่อหน่วยงาน : งานพัฒนาระบบยา กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน
4. วัตถุประสงค์ :
 - 4.1 เพื่อเพิ่มรายงานความเสี่ยงทางด้านยาของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน > 50 รายงาน/เดือน ภายในปีงบประมาณ 2563
 - 4.2 เพื่อเพิ่มจำนวนรายงานความเสี่ยงทางด้านยาที่ได้รับการแก้ไขของห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน > 80 % ภายในปีงบประมาณ 2563
 - 4.3 เพื่อเพิ่มความเร็วในการจัดการความเสี่ยงทางด้านยาเฉลี่ย < 5 วันภายในปีงบประมาณ 2563
5. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ :

ความเสี่ยง(Risk) และการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) เป็นเรื่องสำคัญ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงานเพื่อป้องกันโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในองค์กรและส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ แต่จากข้อมูลการรายงานความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยา ของห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน พบว่าส่วนใหญ่เภสัชกรเป็นผู้รายงาน เจ้าหน้าที่อื่นๆไม่มีส่วนร่วมในการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยง สาเหตุเกิดจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักจึงได้ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยกตัวอย่างความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยในที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมทั้งนำแนวคิดการบริหารจัดการความเสี่ยงมาสร้าง ALERT Program เพื่อให้เจ้าหน้าที่ต้นตัวในการรายงานความเสี่ยงทางยา รวมทั้งจัดการปัญหาเบื้องต้นได้ และเกิดวัฒนธรรมองค์กรในการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยงทางยา ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยเพิ่มขึ้นหลังดำเนินงาน พบว่า รายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับยาจากเดิมศูนย์รายงานเพิ่มขึ้นใน phase1 , phase2 และ phase3 คือ 18.00, 79.00 และ 57.58 รายงาน/เดือนตามลำดับ

Phase I

1. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge management) โดยให้ความรู้ รวมถึงประสบการณ์ จากความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยในที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และสร้างALERT Program ในการกระตุ้นการรายงานความเสี่ยงโดย
 - A = Alarm คือ การแจ้ง/รายงานความเสี่ยงทันทีที่พบเหตุการณ์ในใบรายงานความเสี่ยง และ LINE
 - L = Leadership คือ การสร้างภาวะผู้นำให้แก่เจ้าหน้าที่ โดยให้กล้าคิดและกล้านำเสนอ ต้องการให้งานออกมาดีและรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายเข้าสังคม และสร้างทีมทำงานได้
 - E = Empowerment คือ การมอบอำนาจการตัดสินใจแก้ปัญหาแก่เจ้าหน้าที่หรือ ทีมทำงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน
 - R = Risk Management เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้มั่นใจได้ว่าความเสี่ยงได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม และทันเวลา ติดตามควบคุมและวัดผลการปฏิบัติงาน สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรได้
 - T = Teamwork คือการทำงานเป็นทีมสนับสนุนกันพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อสนับสนุนกัน และเป้าหมายร่วมกัน

2. ดำเนินงานตามแผน

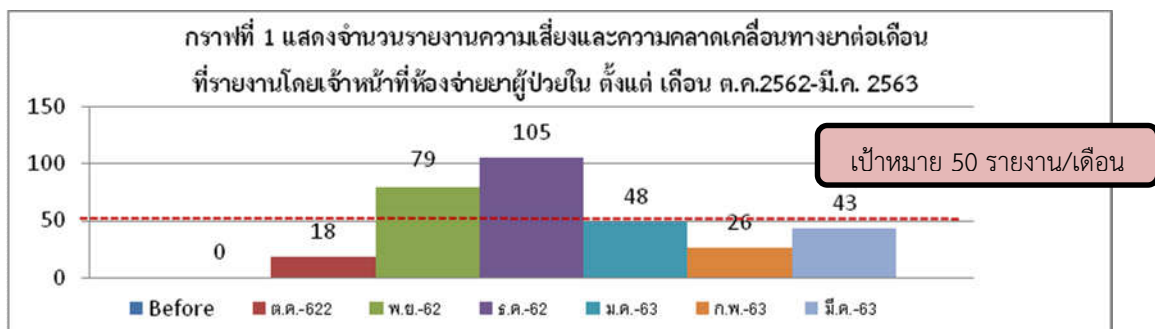
- ใช้รูปแบบจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสลับกันเป็นเลขานุการรายงานการประชุม
- ทดสอบและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องความเสี่ยง/ความคลาดเคลื่อนทางยา, การบริหารความเสี่ยง, ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน, 2P Safety ของห้องยาและตัวอย่างเหตุการณ์ที่ควรรายงาน
- จัด Zone 9 Zone (A-I) ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบดูแลห้องยา จำนวน รายงานและวันหมดอายุ
- แบ่งทีมเป็น 4 ทีม คือ ทีมความเสี่ยง (ทีม RM) ทีมความคลาดเคลื่อนทางยา (ทีม ME) ทีมป้องกัน ยา Expire / ความพึงพอใจ และ ทีม 5ส โดยมีหน้าที่กระตุ้นให้รายงานและจัดการความเสี่ยง
- ทำกล่องใส่แบบบันทึกการรายงานความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาแปะที่ตู้ยาทุก Zone
- รายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวกับ ME เช่น คินยาผิดลิ้น, พบยาใกล้หมดอายุ < 6 เดือนในลิ้น หรือ พบยา LASA เป็นต้น
- แก้ไขและจัดการปัญหาอย่างรวดเร็วที่สุดในแต่ละ Zone

Phase II (พ.ย. 2562):

1. ทบทวนวิธีการรายงาน จำนวนรายงานความเสี่ยง จำนวนรายงานที่ได้รับการแก้ไข ความรวดเร็วในการแก้ปัญหา
2. เพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวกับ ME ให้บันทึกข้อมูลใน HOSxP รายงานที่บันทึกได้แก่ Prescription error, Transcribing errors, Processing errors, Dispensing errors และ Administration errors

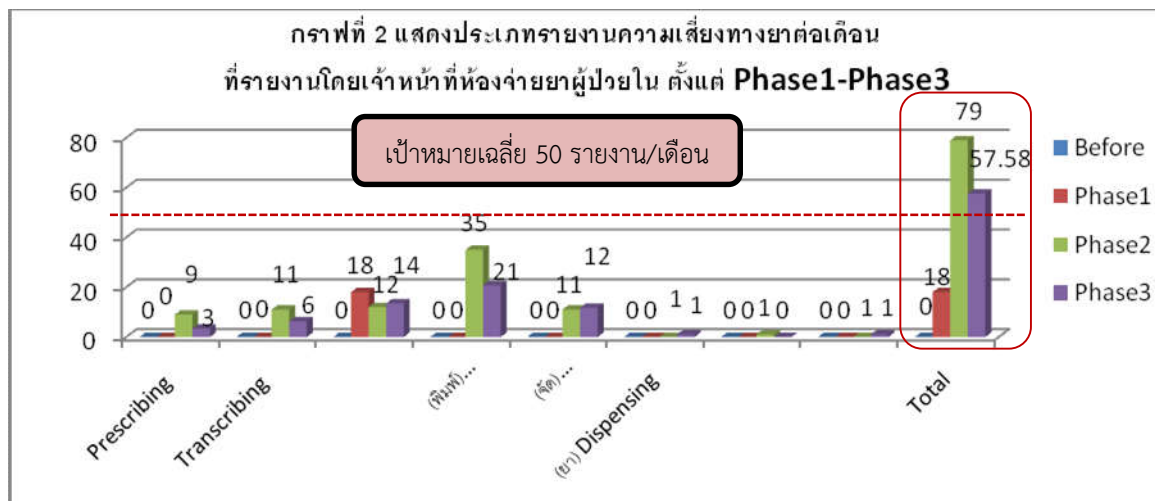
Phase III (ธ.ค.62-มี.ค.63)

1. เพิ่มศักยภาพทีมความเสี่ยงในการดูข้อมูลจาก Excel และติดตามแก้ปัญหาความเสี่ยงทางยาของทุก Zone

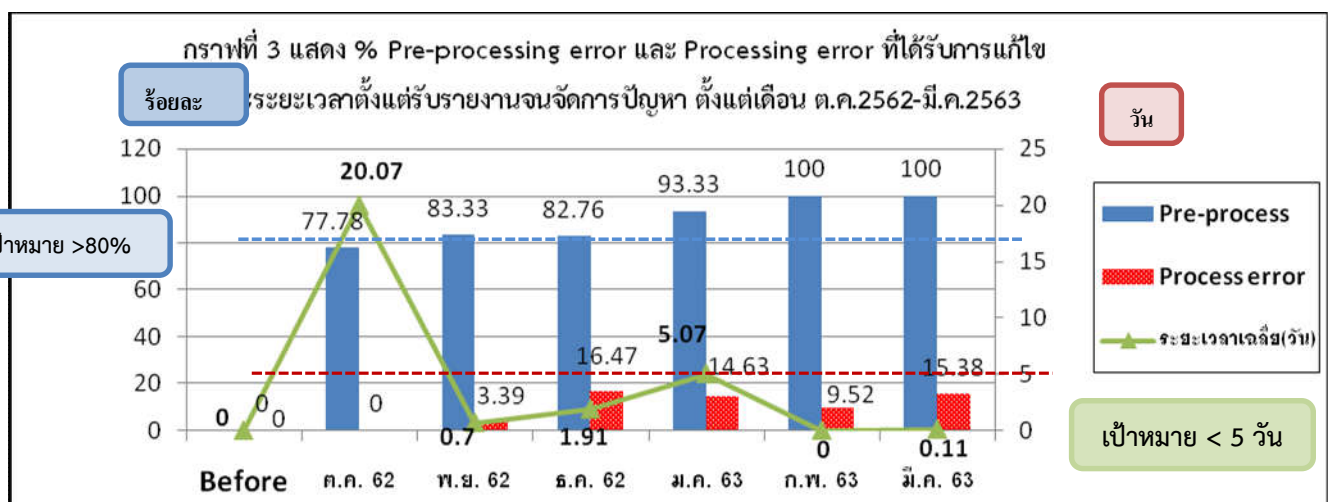


Before Phase 1 | Phase 2 | Phase 3

จากกราฟที่ 1 เป้าหมาย > 50 รายงาน/เดือนพบว่าหลังใช้ ALERT Program เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการรายงานความเสี่ยงทางยาเพิ่มขึ้น จากเดิมที่ไม่เคยรายงาน ใน 3 เดือนแรกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะมีการกระตุ้นให้รายงาน แต่ 3 เดือนหลังขาดการกระตุ้นรายงาน จึงลดลงมีแผนเพิ่มศักยภาพให้แต่ละทีมวิเคราะห์ข้อมูล และกระตุ้นการรายงานจากทีม รวมทั้งให้นำเสนอทุก 1 เดือน



จากกราฟที่ 2 พบว่าหลังใช้ ALERT Program เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยในให้ความร่วมมือในการรายงานความเสียหายทางยาเพิ่มขึ้น โดยสามารถรายงาน Prescribing error, Transcribing error รวมถึง administrative error จากเดิมที่ไม่เคยรายงานจนรายงานเฉลี่ย phase3 ได้ 57.58 รายงาน/เดือน (เป้าหมาย 50 รายงาน/เดือน) ส่วนรายงานเยอะ 3 อันดับแรกคือ 1) Processing error จากการคีย์ยา 2) Pre-processing error จากยา LASA และการคืนยาผิดล๊อค 3) Processing error จากการจัดยา



Before Phase 1 Phase2 + Phase3 + ———— + ————

จากกราฟที่ 2 เป้าหมายการแก้ปัญหา >80% พบจำนวนรายงาน Pre-processing error ** ได้รับการแก้ไข โดยเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน > 80% ทุกเดือน เฉลี่ย 85.71%(72/84) ส่วนการแก้ปัญหา processing error ทำได้เพียง 11.41%(30/263) มีแผนให้ทีมวิเคราะห์และแก้ปัญหาจากข้อมูล Processing error ** โดยใช้ pivot table จาก Excel เพิ่มขึ้น โดยปัญหาที่รายงานส่วนใหญ่เป็นเรื่องยาผิดชนิดทั้งจัดยาผิดหรือคืนยาผิดล๊อคยา การแก้ปัญหาจึงเป็นการแก้ปลายเหตุ จึงมีแผนทำ location ยา เพื่อแก้ปัญหาตั้งแต่ต้นทาง และมีแผนจัดทีมแก้ไขเรื่องการพิมพ์ฉลากยาคลาดเคลื่อนส่วนระยะเวลาตั้งแต่รับรายงานจนจัดการปัญหาลดลงจาก phase1 เฉลี่ย 20.07 วัน เป็นเฉลี่ย 1.77 วัน ใน phase 3

หมายเหตุ: Pre-processing error คือ ความคลาดเคลื่อนก่อนขั้นตอนการจัดยาของเจ้าหน้าที่ห้องยา เช่น การเติมยา / การคืนยาผิดล๊อคยา เป็นต้น

: Processing error คือ ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการบันทึกการยาและจัดยาของเจ้าหน้าที่ห้องยา

สรุป : การใช้ ALERT Program ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องยากล้ารายงานความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยามากขึ้น สามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นของ Zone ที่รับผิดชอบได้ โดยมีสมาชิกทีมช่วยคิด และมีทีมที่คอยกระตุ้นให้แต่ละ Zone ไม่ละเลยที่จะแก้ปัญหาระดับความเสี่ยงของ Zone ตัวเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการสร้างวัฒนธรรมการบริหารจัดการ ความเสี่ยงในองค์กร

6. การนำไปใช้ (ถ้ามี)

สร้างทีมเฝ้าระวังความเสี่ยง 4 ทีม คือ ทีมความเสี่ยง (ทีม RM) ทีมความคลาดเคลื่อนทางยา (ทีม ME) ทีมป้องกันยา Expire /ความพึงพอใจ และ ทีม 5ส ร่วมกับกำหนดเจ้าหน้าที่ประจำ Zone ตู๋ยา และนำ ALERT Program มาใช้ในการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ให้มีการรายงานและบริหารความเสี่ยงได้

7. แหล่งอ้างอิง (สามารถ Download ข้อมูลเพิ่มเติม)

- https://med.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/03212017-1509
- <https://sites.google.com/site/habpk8/risk-management/rm4-kar-khnha-khwam-seiyng>
- <https://medium.com/base-the-business-playhouse/leadership-teamwork-เด็กยุคใหม่เป็นผู้ช่วยให้ได้-สร้างทีมให้เป็น-1212846038fb>

การติดต่อกับทีมงาน :

ภญ.วิลาสินี สุกุลแพทย์ งานพัฒนาระบบยา กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เบอร์โทร 076-361234 ต่อ 2801-2
E-mail: wilasin082@hotmail.com

1. **ชื่อองค์กรความรู้ :** ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงใน อ.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา
2. **ชื่อหน่วยงาน :** กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง
3. **กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ :** ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ อสม.อปท.ผู้นำชุมชน
4. **วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการดูแลต่อเนื่องชุมชน
5. **โครงสร้างและสาระสำคัญ**

การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยคำนึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดการบริการด้วยหัวใจเพื่อนมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางจิตเวชนั้น บางคนอาจเป็นผู้ด้อยโอกาสหรือเป็นกลุ่มเปราะบางการติดตามการดูแลในชุมชนยังมีน้อย ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยาไม่ยอมรับการเจ็บป่วยใช้สารเสพติด หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลับมาป่วยซ้ำ และบางรายอาจก่อเกิดอันตราย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จึงจำเป็นต้องจัดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบบริการและในกระบวนการจัดการของชุมชน โดยใช้หลักคิดการดำเนินงานความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในชุมชน ตามศักยภาพของชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการกำเริบการกลับเป็นซ้ำ ไม่เป็นที่รังเกียจของคนในชุมชน ช่วยทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุขสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความต้องการของครอบครัว ชุมชน สังคมยังก่อให้เกิดการพัฒนาคุณค่าแห่งตนและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีชีวิตได้อย่างมีคุณค่าในสังคม ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ฉบับปีพ.ศ. 2550 และมาตรฐานการบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสอดคล้องกับแนวคิดมาตรฐาน HA ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมการเรียนรู้ขององค์กรบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเข้ากับการบริหารองค์กรและการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิต (F20-F29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอยู่ในตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients / Families) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล และ กระบวนการดูแลผู้ป่วย III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างองค์ความรู้ไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 1 การบ่งชี้ความรู้ ผู้ป่วยโรคจิต (F20-F29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงปี 2559 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ญาติ/ผู้ดูแล กลัวการถูกทำร้าย และเป็นภาระของครอบครัว อปท. ไม่สามารถจัดการกรณีผู้ป่วยก้าวร้าวในชุมชนได้ อสม.และ ทีมสหวิชาชีพ บุคลากรเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล นโยบายกรมสุขภาพจิต ให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและในสังคม ปี2560 มีแนวโน้มการส่งต่อ ให้ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้น ปี2561 พบว่ายังขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและอาการเตือนต่าง ๆ ขาดการทบทวนเมื่อมีผู้ป่วยก้าวร้าวฉุกเฉิน จึงได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุยกับผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อปท. ผู้นำศาสนา พบว่าผู้ป่วยโรคจิต มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาจเป็นเหตุการณ์ที่สร้างผลกระทบเกิดขึ้นกับชุมชน เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการหลาย ๆ ฝ่าย จึงพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคจิต ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ชุมชนสามารถ จัดการปัญหาและเฝ้าระวังผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนและ รพ.สามารถจัดการในช่วงวิกฤติฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและแสวงหาความรู้-ศึกษาองค์ความรู้จากตำรา คู่มือแนวทาง ข้อมูลทาง Internet กำหนดแนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์และรวบรวมประเมินผลการดำเนินงาน ทบทวนตัวชี้วัด และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผ่านเรื่องเล่า การดูแลผู้ป่วย ทำAAR หัวหน้าพาทำคุณภาพอบรมวิชาการของกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ศูนย์เขตสุขภาพจิตที่ 11ทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล อสม. ผู้นำศาสนา ในเวทีประชุมของหมู่บ้าน และการจัดประชุมของหน่วยงานภาครัฐ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ - เก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นผลศึกษา สร้างแนวทางปฏิบัติ ตามองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น 2 ขั้นตอน Pre- hospital In- hospital

ขั้นตอนที่ 4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้-นำผลจากการทบทวนตัวชี้วัดกระบวนการการพยาบาล มาวิเคราะห์สรุปเป็นผลการศึกษาพัฒนาและปรับปรุงระบบค้นหาความรู้เพิ่มเติมในการพัฒนาเครือข่ายทบทวนการทำงานของภาคีเครือข่าย ถอดบทเรียนการปฏิบัติการทำงาน ทั้งในโรงพยาบาล และหน่วยงานของ รพ.สต. ทักษะและวิธีการดูแลผู้ป่วยมีความก้าวร้าวในชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การเข้าถึงความรู้- จัดประชุมชี้แจงองค์ความรู้ ให้ความรู้ ผ่าน Social Network (Facebook , Line สุขภาพจิตจังหวัดพังงา, Line Group สุขภาพจิต รพสต. Line Group MCATT) มีช่องทางประสานงานในเวลานอกเวลาราชการ ขับเคลื่อนการทำงานควบคู่กับ พชอ.ร่วมลงพื้นที่ อำเภอเยี่ยม ให้บริการ/ให้คำปรึกษาแนะนำความรู้

ขั้นตอนที่ 6 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้-ทบทวนองค์ความรู้ ปัญหาอุปสรรคพัฒนาเป็นระบบพี่เลี้ยง ให้ความช่วยเหลือระหว่าง ชุมชน มีการประสานงานร่วมกัน สอนงานติดตามประเมินการปฏิบัติงาน ให้ความรู้พยาบาลที่จบใหม่ ให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนางานในกลุ่ม Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดพังงา

ขั้นตอนที่ 7 การเรียนรู้-ความร่วมมือของบุคลากร และเจ้าหน้าที่ญาติ/ผู้ดูแล อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อบท. เกิดการพัฒนาเครือข่าย มีทัศนคติในเชิงบวกใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยกรณีก้าวร้าว และจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาล และ รพ.สต เครือข่ายทำให้ลดช่องว่างการสื่อสาร/การส่งต่อ ในทุกระดับนำข้อเสนอแนะ และการแสดงความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในเวทีแลกเปลี่ยนของชุมชน เป็นแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญ สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

6.การนำไปใช้

- บูรณาการการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย และระบบการบริการ DHS & PCA

7.แหล่งอ้างอิง

- คู่มือการจัดการความรู้ กพร. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน2563
- มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ฉบับปรับปรุง มกราคม 2561
- มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตและสำนักงานการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อองค์ความรู้ : การพัฒนาการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจนด้วย therapeutic hypothermia
2. ชื่อหน่วยงาน : หออภิบาลทารกแรกเกิด
3. กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : ทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดกับบุคลากรทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด
4. วัตถุประสงค์
 1. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้ ทักษะ ในการเตรียมพร้อมรับในการทำ therapeutic hypothermia
 2. เพื่อลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อนของทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน
5. โครงสร้างหรือกระบวนการ และสาระสำคัญ

ภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน (HYPOXIC –ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY) เป็นปัญหาหลักที่ทารกเสียชีวิตในสัปดาห์แรก ทำให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว สติปัญญา และพัฒนาการอย่างถาวร นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในการดูแลทารกในระยะยาว ซึ่งปัจจุบันมีการรักษาด้วยการลดอุณหภูมิของทารกระดับปานกลาง (Therapeutic Hypothermia : cooling) สามารถลดอัตราการตาย หรือการเกิดทุพพลภาพได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียงรุนแรง แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ยังมีข้อจำกัด ต้องทำในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ เนื่องจากในกระบวนการประเมิน นำเข้าการรักษาต้องมีบุคลากรเชี่ยวชาญและช่วยยืนยัน ในกระบวนการรักษา ตั้งแต่ ช่วง Induction phase, Maintenance phase, Rewarming phase อีกทั้งความพร้อมทั้งด้านความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย ทางหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นแม่ข่ายในการดูแลทารกแรกเกิดในเขตอันดามัน ต้องรับส่งต่อทารกที่มีภาวะ HIE มารักษาต่อทั้งโรงพยาบาลในจังหวัดเองและจังหวัดเครือข่าย ในกรณีทารกที่ถูกส่งต่อมาเพื่อการรักษา ต้องมีระยะเวลาที่เหมาะสมภายใน 6 ชม .หลังคลอด และต้องมีการเตรียมความพร้อม อีกทั้งต้องดูแลทารกอย่าง ต่อเนื่องและใกล้ชิดอย่างน้อย 72 ชั่วโมง จึงจะทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ซึ่งระยะแรก ยังพบว่า การดูแล ยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการดูแลรักษาใหม่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ในเรื่องของพัฒนาการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน โดยเริ่มจาก

1. ให้ความรู้ เรื่อง (HYPOXIC –ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY) กระบวนการ therapeutic hypothermia
 - ส่งแพทย์ พยาบาล ไปอบรม และนำมาเผยแพร่ในหน่วยงาน
2. กุมารแพทย์ เชี่ยวชาญทารกแรกเกิด ระบบประสาท พยาบาล ร่วมจัดทำแนวทางการประเมินดูแล ทารก พร้อมนำใช้ และประเมินผล ในทุกราย
3. มีการทบทวน การดูแลทารกทุกราย ที่เข้ามา เพื่อนำมาปรับแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพ พร้อมมีการ conference ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย
4. มีการปรับแนวทาง ตั้งแต่ระบบ fast track และ การประเมินทารก ในเรื่องการเจาะเลือด หลังคลอดทันที 1 ชม เพื่อประเมิน
5. แนวทางถูกวางไว้ในหน่วยงานที่สามารถหยิบใช้ได้ทุกคน บุคลากรในแต่ละเวร ที่เป็น พยาบาลเฉพาะทาง จะเป็นคนเตรียมความพร้อม ของอุปกรณ์ และ เครื่องมือต่าง และเมื่อทารกเข้ามา จะได้รับการรักษาทันที
6. มีการจัดประชุมภายในเขต เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในส่วนของแนวทาง ผลลัพธ์ และมีช่องทางปรึกษา ภายในเขต

6. การนำไปใช้ (ถ้ามี)

มีการนำใช้แนวทางการดูแล ทูกรายและบุคลากรทุกคน รับทราบ และมีการแลกเปลี่ยน แนวทางที่ใช้ร่วมกัน ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเท่าเทียมกัน หลังจากดำเนินการรักษาไปทั้งหมด 11 case พบว่าทารกที่มีภาวะ HIE ได้รับการ cooling ครบ กระบวนการ 9 ราย อีก 2 รายเนื่องจาก มีภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจรุนแรง ต้อง rewarming ก่อนครบโปรแกรม

ส่วนในเรื่องของผลการรักษา พบว่าทารกแรกเกิด ที่เข้ารับการรักษา ทั้งเข้าโปรแกรม 10 ราย มีเสียชีวิต 1 ราย (เนื่องจากเป็น case ส่งต่อมาที่อาการวิกฤติรุนแรง) พัฒนาการปกติ ทั้ง 8 ราย และมี 1 รายที่มีพัฒนาการช้า เนื่องจากต้องนวดหัวใจแต่แรกคลอด

7. แหล่งอ้างอิง (สามารถ Download ข้อมูลเพิ่มเติม)





โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
VACHIRAPHUKET HOSPITAL

ติดต่อโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

353 ถนนเยาวราช ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

www.vachiraphuket.go.th โทรศัพท์ 0-7636-1234 โทรสาร 0-7636-1333