

เอกสารสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การประชุมวิชาการ



มหกรรมเขตสุขภาพ

Share & Learn

to Smart Region

7-8 August 2017

กรมเขตสุขภาพ
บมบุรี
ลพบุรี
สระบุรี
สิงห์บุรี
พระนครศรีอยุธยา
อ่างทอง
เขตสุขภาพที่ 4



ณ อุทยาน รีสอร์ท จังหวัดนครนายก



เอกสาร

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การประชุมวิชาการ

มหกรรมเขตสุขภาพ

Share & Learn to Smart Region 4.0

สารผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4

3

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข 20 ปี ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 โดยมีเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเลิศ 2.ด้านบริการเป็นเลิศ 3.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ภายใต้ค่านิยม MOPH และค่านิยมประการหนึ่ง คือ Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงได้จัดการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0)” เพื่อให้มีเวทีนำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเด่น (Best Practice) ของ Service Plan แต่ละสาขาการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ จากทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก

เอกสารสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” เล่มนี้ เป็นการรวบรวมผลงานที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอ จำนวนทั้งสิ้น 164 เรื่อง นับว่าเป็นผลงานที่มีคุณค่า ทางวิชาการสมควรเผยแพร่ขยายผลและต่อยอด เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

ในโอกาสนี้ผมขอชื่นชมและขอบคุณคณะผู้บริหาร คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 4 และผู้เกี่ยวข้อง ที่เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานในครั้งนี้ ตลอดจนวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้การประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0)” ปี 2560 สำเร็จลุล่วงและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้



(นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4

เขตสุขภาพที่ 4 จัดประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0”

(Share & Learn to Smart Region 4.0)

ระหว่างวันที่ 7-8 สิงหาคม 2560 ณ โรงแรมภูเขางามรีสอร์ท จ.นครนายก

เขตสุขภาพที่ 4 ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0) ปีงบประมาณ 2560 เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเด่น (Best Practice) ของแต่ละ Service Plan การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ระหว่างวันที่ 7-8 สิงหาคม 2560 ณ โรงแรมภูเขางามรีสอร์ท จ.นครนายก

การประชุมครั้งนี้ได้รับเกียรติจาก นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4 เป็นประธานเปิดการประชุม และมอบนโยบาย แนวทางในการดำเนินงานเขตสุขภาพ 4.0 ตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะรองรับการเข้าสู่ Thailand 4.0 ซึ่งมีเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention and Promotion Excellence) 2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วย (Governance Excellence) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 4 (นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก) เข้าร่วมประชุม จำนวนทั้งสิ้น 1,000 คน

โดยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4 ยังได้กล่าวถึงผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพใน Service Plan ของเขตสุขภาพที่ 4 ว่ามีผลงานอยู่ในระดับต้นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากการร่วมมือร่วมใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ที่มุ่งเน้นมาพัฒนางาน การสร้างองค์ความรู้ การวิจัยและสร้างสรรค์นวัตกรรมในการบริการสุขภาพเพื่อดูแลประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ จึงเป็นการขยายผลเพื่อนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามแนวทาง Thailand 4.0 ต่อไป

ทั้งนี้ภายในงานได้มีพิธีมอบโล่ประกาศเกียรติคุณผู้ทำคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และรางวัลคนดีศรีสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่จะมุ่งมั่นพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เป็นเลิศอย่างยั่งยืนต่อไป

ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0)

โดย นายสาโรจน์ มะรุมติ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

เรียน ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4 นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหาร
และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

ผม นายแพทย์สาโรจน์ มะรุมติ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก รู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จังหวัดนครนายกได้รับมอบหมายให้เป็นที่จัดประชุมวิชาการ มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 ในระหว่างวันที่ 7-8 สิงหาคม 2560 ณ ภูเขางามรีสอร์ท แห่งนี้

จาก VTR ที่ได้รับชมไปเมื่อสักครู่นี้ ทุกท่านคงพอจะรู้จักจังหวัดนครนายกขึ้นมาบ้างแล้ว จังหวัดนครนายก เป็นจังหวัดเล็ก ๆ มี 4 อำเภอ ประชากรประมาณ 250,000 คน เป็นเมืองที่มีธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม สวยงาม ตามคำขวัญจังหวัดนครนายก ที่ว่า “นครนายก เมืองในฝันที่ใกล้กรุง ภูเขางาม น้ำตกสวย รวยธรรมชาติ ปราศจากมลพิษ” เพราะจังหวัดนครนายกเรา ในผังเมืองได้ระบุไว้ว่าเป็นเมืองเกษตรกรรมและการศึกษา ปราศจากโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่

หลายๆ ท่านคงเคยได้มาเที่ยวจังหวัดนครนายกกันบ้างแล้ว สำหรับท่าน ที่ยังไม่เคยมาเลย ผมขอถือโอกาสแนะนำจังหวัดนครนายก ให้ทราบดังนี้

จังหวัดนครนายก ได้สมญาว่าเป็นเมือง 3 ข คือ

1. เรามีภูเขา เรียงรายตั้งแต่เขตอำเภอบ้านนา เชื่อมต่อมายังอำเภอเมือง และสิ้นสุดที่อำเภอปากพลี ถึงอุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ ซึ่งปัจจุบัน ที่ทำการอุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครนายก ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของน้ำตกต่างๆ มากมาย เช่น น้ำตกวังตะไคร้ น้ำตกสาริกา น้ำตกนางรอง เป็นต้น

2. เรามีเขื่อนขุนด่านปราการชล ที่ในหลวงรัชกาลที่ 9 ทรงมอบให้กับ ชาวนครนายก เชื่อกันดังกล่าวนั้น คุณอนันต์ต่อชาวนครนายก เพราะนอกจากประโยชน์ทางด้านเกษตรกรรมแล้วยังทำให้เกิดแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ มีกิจกรรมล่องแก่งได้ตลอดปี มีโรงแรม รีสอร์ท ที่พัก เกิดขึ้นหลายร้อยแห่ง ทำรายได้เข้าจังหวัดนครนายกปีละหลายร้อยล้านบาท

3. จังหวัดนครนายก มีพื้นที่ปลูกข้าว ครอบคลุมทั้ง 4 อำเภอ เพราะมีระบบน้ำที่ดีจากเขื่อนขุนด่านปราการชล ทำให้ปลูกข้าวได้ปีละ 2-3 ครั้ง นับเป็นอาชีพที่ทำรายได้เข้าจังหวัดได้เป็นอย่างดีนอกจากนี้เรายังมีผลไม้มากมาย เช่นทุเรียน กะท้อน ส้มโอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะยงชิด ซึ่งเป็นผลไม้ประจำจังหวัดนครนายก ที่ทำรายได้ให้กับเกษตรกรผู้ปลูกเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ จังหวัดนครนายกเรายังเป็นเมืองการศึกษา เรามีมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตองครักษ์ มีคณะต่างๆ มากมาย ตั้งแต่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล วิศวกรรม เป็นต้น ตลอดจนโรงเรียนเตรียมทหาร โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า ซึ่งตั้งอยู่บริเวณเขาชะงอก ซึ่งภายในโรงเรียนก็เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางโบราณสถานที่สำคัญ หลายๆ ท่านคงมีลูกหลานที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานที่ดังกล่าว

สุดท้ายนี้ ผมหวังว่าทุกท่านคงจะมีความสุข จากการเข้าร่วมประชุม มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 ในครั้งนี้ หากต้องการขอแนะนำหรือความช่วยเหลือใดๆ ขอให้แจ้งเจ้าหน้าที่ของเราที่บริเวณล็อบบี้ของโรงแรมได้เลย ทีมงานนครนายกยินดีให้บริการครับ ขอขอบคุณครับ

คำกล่าวรายงาน

พิธีเปิดประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0)

โดยนายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครนายก CKO เขตสุขภาพที่ 4

เรียน ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4 นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหาร และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

ในนามของผู้จัดการประชุมและผู้เข้าร่วมการประชุมทุกท่านต้องขอขอบพระคุณท่านผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4 เป็นอย่างยิ่งที่สละเวลาให้เกียรติมาเป็นประธานเปิดการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0) ในวันนี้

ผมขอรายงานความเป็นมาของการจัดประชุมวิชาการ ดังนี้

ในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีด้านสาธารณสุขที่จะรองรับการเข้าสู่ Thailand 4.0 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน คือ

๑. PP Excellence
๒. Service Excellence
๓. People Excellence
๔. Governance Excellence

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 ของเราได้มีการดำเนินงานรองรับยุทธศาสตร์ทั้ง 4 อย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมตาม Service Plan แต่ละสาขา ซึ่งคณะทำงานในแต่ละสาขาได้วางแผนพัฒนาทั้งในเรื่องของบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ จัดระบบบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึง ได้อย่างสะดวก รวดเร็วและครอบคลุม เพิ่มเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้มีบริการอย่างพอเพียง รวมทั้งการนำเอาค่านิยม MOPH ในส่วนของ Originality ที่มุ่งเน้นให้บุคลากรสาธารณสุข ได้สร้างสรรค์ผลงาน การวิจัยและนวัตกรรม ในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานที่อยู่ในความรับผิดชอบ จนเกิดเป็นผลงานวิชาการ ที่มีคุณค่า สมควรเผยแพร่ให้บุคลากรต่างหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 4 ได้นำไปปรับใช้ในหน่วยงานของตนเองได้

เขตสุขภาพที่ 4 จึงได้จัดการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” ในวันนี้ ขึ้นเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขของเรานำผลงานวิชาการ ผลงานเด่น (Best practice) งานวิจัย R2R นวัตกรรมมาเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยจัดการประชุมระหว่างวันที่ 7-8 สิงหาคม 2560 ณ โรงแรมภูเขางามรีสอร์ท แห่งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 1,000 คน การประชุมประกอบด้วย การบรรยาย การจัดเวทีย่อยตาม Service Plan ต่างๆ การแสดงนิทรรศการ การนำเสนอผลงานวิชาการ งานวิจัย และการมอบโล่เกียรติคุณให้กับผู้ที่เสียสละ อุทิศตนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของเขตสุขภาพที่ 4 รวมทั้งผู้ที่ได้รับรางวัลคนดีศรีสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4

โอกาสนี้ผมขอเรียนเชิญท่านได้กล่าวเปิดงานประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0) ขอกราบเรียนเชิญครับ

พิธีเปิดประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0)

โดยนายมรุต จิรเศรษฐสิริผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหาร และพี่น้องชาวสาธารณสุขทุกท่าน

ผมมีความยินดีอย่างยิ่งที่ได้มาพบกับ ผู้บริหารและพี่น้องชาวสาธารณสุข จาก “นคร จตุบุรี ศรีปทุมทอง” เขต 4 ของเรา

ก่อนอื่นผมต้องขอขอบคุณ ท่านนายแพทย์สาโรจน์ มะรุมดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก ท่านนายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชCSO เขตสุขภาพที่ 4 ท่านนายแพทย์วัชรินทร์ จันท์เสมอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก รอง CSO เขตสุขภาพที่ 4 นายแพทย์พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ CKO เขตสุขภาพที่ 4 และทีมงานเป็นอย่างยิ่ง ที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการจัดงานประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” ในครั้งนี้

ผมขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สมบัติ มุ่งทวีพงษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิริภา ช้างศิริกุลชัยและนายแพทย์อาทิตย์ วงษ์เสาวศุก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ท่านได้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขต 4 การมีสถาบันการศึกษาอยู่ในพื้นที่ ทำให้พวกเรา มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านวิชาการที่ทันสมัยและช่วยรองรับผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลในเขตนับเป็นจุดแข็งที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 4 รวมทั้งขอแสดงความยินดีกับคนดีศรีสาธารณสุขของเขตทั้ง 15 ท่าน ที่ได้รับรางวัลในวันนี้ และขอให้ท่านรักษาความดีนี้ไว้ตลอดไป

ผมมักได้รับข่าวดีเสมอว่าจังหวัดต่างๆในเขตสุขภาพที่ 4 ของเรา มีผลงานวิชาการและนวัตกรรมที่ดีเยี่ยม ได้รับรางวัลมากมายในระดับกรม ระดับกระทรวงอยู่เสมอ ซึ่งน่าชื่อเสียงมาสู่เขต 4ของเราเป็นอย่างมาก ผมต้องขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้เกิดผลงานต่างๆเหล่านี้ขึ้น

นอกจากนี้ ผลการพัฒนาระบบบริการใน Service Plan ของเราก็มีผลงานอยู่ในระดับต้นๆของกระทรวง ซึ่งเกิดมาจากการร่วมแรงร่วมใจ การตั้งใจทำงานของทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ หลายผลงานวิชาการ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชน สิ่งดีๆเหล่านี้ เราควรได้เอามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดให้มีการรับรู้เพื่อนำไปใช้ ดังนั้นการประชุมวิชาการในครั้งนี้ จึงเป็นเวทีที่มีประโยชน์ ที่พวกเราจะได้มีโอกาสมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดีๆ ทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้บุคลากรของเรามีโอกาสนำผลงานของตนเองและหน่วยงานมาเผยแพร่ให้ผู้อื่นนำไปขยายผล พัฒนต่อยอด ตามแนวทาง Thailand 4.0 ต่อไป

ผมขอให้การประชุมครั้งนี้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดงานในครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมมีความสุขแข็งแรงทั้งกายใจ เจริญก้าวหน้าในชีวิตราชการ ผมขอเปิดการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” (Share & Learn to Smart Region 4.0) ณ บัดนี้

คำกล่าวในการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณ

“ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 4”

โดยนายวัชรินทร์ จันท์เสมอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก รอง CSO เขตสุขภาพที่ 4

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยพัฒนาระบบบริการเป็นเครือข่ายความร่วมมือ ทั้งในด้านการใช้ทรัพยากรร่วมกัน จัดระบบบริการและรับส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนด้านวิชาการ ของหน่วยงานทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข ภายในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาโดยตลอด เขตสุขภาพที่ 4 จึงได้คัดเลือกผู้ทำคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 4 ที่มีความมุ่งมั่น เสียสละ อุทิศตนอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ท่าน ดังต่อไปนี้



1. ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สมบัติ มุ่งทวีพงษา

หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ และ ผู้อำนวยการศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลงานที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่ เขตสุขภาพที่ 4

รับปรึกษา Case ผู้ป่วย Stroke ตลอด 24 ชม. มาเป็นเวลา 7 ปี / รับเป็นแม่ข่าย Stroke Stroke สัญจรเขต 4 และ พัฒนาลูกข่ายให้โรงพยาบาลระดับจังหวัดสามารถเปิดบริการ Strokefast track โดยอาจารย์รับเป็นเจ้าของใช้ผ่านระบบ Consult

ด้วยผลงานอันเป็นประโยชน์ยิ่งในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 4 จึงขอมอบโล่ประกาศเกียรติคุณเพื่อเป็นเกียรติประวัติสืบไป



2. ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาไตเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิริภา ช่างศิริกุลชัย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และหัวหน้าสาขาวิชาไตภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาไต เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2556 – 2557 และที่ปรึกษาคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาไต เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2558 – ปัจจุบัน

ผลงานที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่ เขตสุขภาพที่ 4

เป็นผู้ริเริ่มการดำเนินงานการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) โดยจัดประชุมอายุรแพทย์โรคไต เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และจัดบริการชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชน ของเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่ปี 2556 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต ของกระทรวงสาธารณสุขนอกจากนี้ยังได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนางานวิจัยและงาน R2R เกี่ยวกับโรคไต ให้กับหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 4 จนได้รับรางวัลทั้งในระดับเขต ระดับกระทรวง และระดับประเทศรวมทั้งมีโอกาสไปนำเสนอในเวทีวิชาการต่างประเทศ

ด้วยผลงานอันเป็นประโยชน์ยิ่งในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไตเขตสุขภาพที่ 4 จึงขอมอบโล่ประกาศเกียรติคุณเพื่อเป็นเกียรติประวัติสืบไป



3. ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่

อาจารย์นายแพทย์อาทิตย์ วงษ์เสาวศุก

อายุรแพทย์โรคหัวใจ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีฯ และ อาจารย์สาขาหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลงานด้านคุณประโยชน์ที่ทำให้แก่ เขตสุขภาพที่ 4

ร่วมเป็นคณะกรรมการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ เขตสุขภาพที่ 4 ให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ตลอด 24 ชั่วโมง แก่ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 เสียสละเวลาไปช่วยตรวจ Echocardiography ให้ผู้ป่วยโรคหัวใจรพ. นครนายก และ รพ.พระนครศรีอยุธยา เดือนละ 2 ครั้ง โดยขอไม่รับค่าตอบแทนใดๆ นอกจากนี้ยังเป็นวิทยากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แก่ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4

ด้วยผลงานอันเป็นประโยชน์ยิ่งในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ เขตสุขภาพที่ 4 จึงขอมอบโล่ประกาศเกียรติคุณเพื่อเป็นเกียรติประวัติสืบไป

ภาพบรรยากาศการประชุมวิชาการ



ภาพบรรยากาศการประชุมวิชาการ



สารผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4

คำกล่าวต้อนรับ

คำกล่าวรายงาน

คำกล่าวเปิด

คำกล่าวในการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณ

ภาพกิจกรรม

การประชุมวิชาการกรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขาโรคหัวใจ	15
สาขาไต	17
สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)	20
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	22
สาขาโรคมะเร็ง	25
สาขาทารกแรกเกิด สาขากุมารเวชกรรม และ สาขาสูติกรรม	27
สาขาศัลยกรรม และสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	31
สาขาอายุรกรรม	32
สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	36
สาขายาเสพติด	40
สาขา Long Term Care และสาขา Intermediate Care	42
สาขาตา และ สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	45
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ RTI	47
สาขาสุขภาพช่องปาก	51
Primary Care Cluster (PCC)	55
สาขา Palliative Care	59
People Excellence (HR)	63
KM & R2R	73
สาขาปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)	78
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	82
2P Safety Sharing	88

การพัฒนาแบบยาสามเม็ดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน	
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตาบอดบางไฟด้วยกระบวนการ DSH	
ประสิทธิผลของ ซะไวโมเดล ต่อการบำบัดยาเสพติด ชุมชนมุสลิม อ่างทอง	
พัฒนาระบบการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะเขตสุขภาพที่ 4	
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหารขาว	
RAMP PILLOW	
Iron menu's mom	
RDU-WiWiClick	
ธนาคารบุญ	
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตาบอดบางไฟด้วยกระบวนการ DSH	
สรุปการประเมินความพึงพอใจงานมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0	89
สรุปผลคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยจากการประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0	95

ผลงานวิชาการ

เขตสุขภาพที่ 4 ประจำปี 2560

งานวิจัย / R2R / KM / นวัตกรรม
วันที่ 7-8 สิงหาคม 2560

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาโรคหัวใจ เรื่อง ประสบการณ์การให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI
และการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 น. – 12.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย 1 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา / สถานการณ์

เนื่องจากโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีอัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ด้วยยาละลายลิ่มเลือด ค่อนข้างน้อยกว่า ร้อยละ 75 สำหรับโรงพยาบาลที่มีพื้นที่ห่างไกล ระยะเวลาที่จะส่งต่อเพื่อทำ PPCI ค่าใช้จ่าย และโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic หรือโรงพยาบาลที่เริ่มจัดตั้ง ทาง Service Plan สาขาหัวใจ จึงเห็นความสำคัญในการ Sharing ประสบการณ์การให้ยาละลายลิ่มเลือด และจัดระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic ในโรงพยาบาลต่างๆของเขตบริการสุขภาพที่ 4 เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์จริง

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

สำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ด้วยยาละลายลิ่มเลือด และจัดระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic โดย

1. เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้เพื่อให้บริการผู้ป่วย
2. เพื่อเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อให้มีแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางาน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. รวบรวมข้อมูลการนำเสนอการให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ของโรงพยาบาลที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์
 - รพ.สระบุรี เปรียบเทียบการพัฒนาารูปแบบการให้บริการผู้ป่วย STEMI ในสถานบริการโดยใช้รพ.ระดับ F2 นักร้อง 3 แห่ง โดยจัดระบบการปรึกษา EKG พัฒนาสมรรถภาพบุคลากร เทคนิคการให้ยาละลายลิ่มเลือดการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ พบว่าอัตราการเปิดหลอดเลือดหลังจากการพัฒนาารูปแบบการให้บริการมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตลดลง
 - รพ.อยุธยา มีการพัฒนาารูปแบบ การส่งผู้ป่วย STEMI โดยการอ่าน EKG จะให้แพทย์อายุรกรรมเป็นผู้อ่านร่วมด้วย
 - รพ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี นำเสนอผู้ป่วย STEMI ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะส่งต่อมีอาการความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า ได้ทำการช่วยเหลือจนส่งต่อไปรพ.เอกชนเพื่อเปิดหลอดเลือดทันเวลา
 - รพ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี นำเสนอผู้ป่วย STEMI ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่ามี Heart failure และหลอดเลือดไม่เปิด
2. รวบรวมข้อมูลการนำเสนอจัดระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic ของโรงพยาบาลปทุมธานี อย่างเต็มรูปแบบ มีการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกโดยผู้มารับบริการ
3. รวบรวมข้อเสนอแนะวิพากษ์

3.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

- จัดแพทย์อายุรกรรมในการช่วยอ่าน EKG เพื่อให้ระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือดเร็วขึ้น
- การให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว
- การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยภาวะฉุกฉิน
- การพิจารณาส่งทำ PPCI ในกรณีผู้ป่วยมีโอกาสเปิดหลอดเลือดไม่ได้

3.2 จัดระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic

- มีการจัดระบบที่เต็มรูปแบบ และมีสหสาขาวิชาชีพร่วมมือกันเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การมีระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน
- จัดระบบการดูแลผู้ป่วย HF Clinic มีการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

- ขาดแคลนบุคลากร อุปกรณ์
- ความรู้ ความเข้าใจของประชาชน
- ศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การดูแลผู้ป่วย STEMI ให้มีระบบมาตรฐานชัดเจน
2. มีระบบการส่งต่อที่ครอบคลุม และมีสถานที่รองรับผู้ป่วย
3. มีการสนับสนุน ด้านเพิ่มศักยภาพบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์
4. การส่งเสริมการบริการประชาชนเชิงรุกเพื่อการป้องกันภาวะเสี่ยง และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว
5. การสนับสนุนบุคลากรเพื่อการจัดตั้ง Heart failure Clinic

นางวรีพร แสงผล เลขานุการ Service Plan สาขาหัวใจ

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาไต เรื่อง Palliative care in CKD
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 – 12.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย 2 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น นอกจากการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตทั้งสามวิธีคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไตแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่เหมาะสมกับการรักษาชนิดใดๆดังกล่าวมาแล้ว จึงเกิดทางเลือกใหม่ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต โดยเรียกว่า "การดูแลแบบประคับประคอง" หรือ Renal Palliative Care

ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เดิมมีการดูแลแบบประคับประคองโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่านเริ่มจากการดูแลแบบ Community base ตั้งแต่ปี 2556 ในโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอื่นๆในชุมชน เช่น COPD และ CA เป็นต้น เมื่อทีม Palliative Care เริ่มมีความเข้มแข็งทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวปฏิบัติและกระบวนการดูแล อุปกรณ์การแพทย์ จนสามารถเปิดเป็นหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปี 2559 เริ่มขยายการบริการ Palliative Care โดยการจัด Zoning ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและมีกระบวนการ Palliative Round และการทำ Family Meeting เพื่อสอบถามความต้องการที่เหมาะสมสำหรับการดูแลในระยะสุดท้าย เช่นการให้ออกซิเจน การให้ยาและความต้องการเพื่อลดความเจ็บปวด

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

- เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองและญาติได้อย่างเหมาะสม
- เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองและญาติได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ
- เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองทั้งทางร่างกายและจิตใจเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะประคับประคองให้สามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและสม คักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองซึ่งตัวโรคดำเนินมาจนถึงระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (End of life) ได้ตายดี (Good death)

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ขั้นตอนการดำเนินการดูแลแบบ Palliative Care ของ Ayutthaya Palliative Care มีดังนี้

1. การประกาศ ให้ Palliative Care เป็นหนึ่งในนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. กำหนดมีผู้ประสานงานด้าน Palliative care ทุกหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง รวมไปถึงตัวแทนวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น ตลอดจนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์แพทย์ของโรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยาและรพ.สต.ที่อยู่ในเขต อ.พระนครศรีอยุธยา(ซึ่งเป็นเครือข่ายโดยตรงของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา)

3. ทุกวิชาชีพและทุกหน่วยงานมีการสื่อสารที่ตรงกันโดยใช้เกณฑ์พิจารณาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบ ประคับประคอง(Palliative care) และใช้PPS v.2 ในการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

4. มีการประชุมเพื่อพัฒนาเครือข่าย พัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานเป็นระยะเพื่อพัฒนาระบบบริการและการดูแลแบบประคับประคอง มีทีมการดูแลชื่อ “ทีมเพาเร็กซ์”

5. มีการติดตาม และประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยอาศัยตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบ

6. มีการกำหนดขอบข่ายและแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกและการดูแลในชุมชน

7. ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น การรักษาแบบประคับประคองถูกบรรจุให้เป็นหนึ่งในทางเลือก นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดทดแทนไต

8. กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมกับการบำบัดทดแทนไตชนิดใดๆ (พิจารณาจาก CharlsonCormobidity Score ร่วมกับ PPS Version 2) รวมถึงผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตแล้วมี PPS Score ลดลงและปรารถนาจะยุติการบำบัดทดแทนไต

9. เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตกลงใจที่จะเลือกการรักษาแบบประคับประคองจะได้รับการลงทะเบียนและการดูแลโดยใช้ Advance Care Plan และมีการทำ Family Meeting รวมถึงการทำ Living will ในผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์

10. ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแล เน้นการดูแลทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณครอบคลุมทั้งสามระยะ ตั้งแต่ Pre-Dying / Dying และ Post Dying จากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

เส้นทางแห่งความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคองของรพ.พระนครศรีอยุธยานั้น อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยสำคัญคือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ทุกสาขา พยาบาล เภสัชกร โภชนากรและบุคลากรอื่นๆทั้งเครือข่าย มีความมุ่งมั่น มีความตระหนักที่จะดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ปัจจัยรองลงมาได้แก่การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจนและมองเห็นความเชื่อมโยงต่อเนื่องทั้งเครือข่ายจากโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป รพสต.และชุมชน โดยทุกขั้นตอนคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ มีการกำหนดตัวชี้วัดและการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาในงานอยู่ตลอดเวลา

ในด้านของปัญหาและอุปสรรคนั้นพบว่ายังมีการเปลี่ยนใจกลับเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่นด้วยเช่น การล้างไตทางหน้าท้องเป็นต้น รวมถึงต้องอาศัยระยะเวลาในการติดตามความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานต่อไป

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น ถือเป็นศาสตร์และศิลป์ของการดูแลที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว หากมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม การวางแผนการดูแล ขั้นตอนและแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุมรวมถึงความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันทุกระยะแล้วนั้นจะทำให้มีโอกาสประสบความสำเร็จสูงโดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนวาระสุดท้าย

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนั้น ขณะนี้ได้มีการดำเนินการร่างแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ มีการกำหนดคู่มือผู้ปฏิบัติงาน คู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและรอการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงต่อไป

ผู้ถอดบทเรียน

1.นางสาวนันท์นภัสร์ แสนสุข

คลินิกล้างไตช่องท้อง หน่วยไตเทียมฯ โรงพยาบาลอ่างทอง

2.นางสาวจันทนา ชูเกษร

คลินิกล้างไตช่องท้อง หน่วยไตเทียมฯ โรงพยาบาลเสนา

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) เรื่อง โปรแกรมการตรวจเลือดด้วยตนเอง (SMBG)
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 – 12.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย 2 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

จากการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลอ่างทองโดยจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ ตั้งแต่ปี 2553–2556 จำนวน 813 คนและติดตามผลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษา พบว่าผู้ป่วยสามารถลดค่าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 140 mg% ร้อยละ 51 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานอีกกลุ่มหนึ่งเข้ารับการให้คำปรึกษาหลายครั้ง ประเมินความรู้และการปฏิบัติสามารถตอบได้ถูกต้อง แต่ระดับน้ำตาลไม่ลดลง กลุ่มงานสุขศึกษาจึงปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานใหม่โดยนำโปรแกรมการตรวจเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose, SMBG) มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS>200mg/dl หรือมีค่า HbA1C >8 % โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิม โดยเรียนรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

จัดทำโปรแกรมการตรวจเลือดด้วยตนเอง(SMBG) โดยรับสมัครผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ให้ผู้ป่วยยืมเครื่องเจาะเลือดไปตรวจเองที่บ้าน พร้อมชุดอุปกรณ์การตรวจเลือด ดำเนินการตามโปรแกรมการตรวจเลือดด้วยตนเอง (SMBG) ซึ่งประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ผู้ป่วยและญาติตาม Stage of Change Model ประเมินความรู้และพฤติกรรม ด้วยแบบสอบถาม
 ฝึกเจาะเลือดและการบันทึกผลเลือด โดยเจาะเลือดวันละ 7 ครั้ง คือก่อนอาหาร 3 มื้อ หลังอาหาร 3 มื้อ (เจาะเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง) และก่อนนอน 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน จดบันทึกรายการอาหารแต่ละวัน

2. ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ดังนี้ ครั้งที่ 1 นัด 4 วันนับจากวันที่สมัครเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่2 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 นัดห่างจากครั้งที่ 2 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 นัดห่างจากครั้งที่ 3 3 สัปดาห์ ในรายที่มีค่า FBS \leq 140mg% และนัด 2 สัปดาห์ ในรายที่มี ค่า FBS >140mg% ครั้งที่ 5 นัดห่างจากครั้งที่ 4 6 สัปดาห์ ในรายที่มีค่า FBS \leq 140 mg% นัดตามดุลยพินิจของทีมผู้ให้คำปรึกษา ครั้งที่ 6 ในรายที่มีค่า FBS \leq 140 mg% อย่างต่อเนื่อง 3 เดือนแจ้งยุติการเจาะเลือดและรับเครื่องคืนจากผู้ป่วย

การเรียนรู้ร่วมกันในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมีกิจกรรม ดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ ทีมผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ ร่วมวิเคราะห์ผลเลือดและรายการอาหารที่รับประทาน อภิปรายแลกเปลี่ยนเพื่อจัดการกับปัญหาที่พบ ร่วมตั้งเป้าหมายพฤติกรรมและค่าFBS ที่ผู้ป่วยพึงประสงค์ในครั้งต่อไป เสริมแรงโดยใช้คำพูดชื่นชม ในรายที่ทำสำเร็จ และให้กำลังใจในรายที่ไม่สำเร็จ การยุติโปรแกรม ดำเนินการเมื่อ ผู้ป่วย/ญาติไม่สมัครใจหรือแพทย์เห็นสมควรให้ยุติ ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลได้ต่อเนื่อง 1 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

มีทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่มีองค์ความรู้ในเรื่องเบาหวานมีเครื่องมือ และโปรแกรมการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ด้วยตนเองทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) เป็นเครื่องมือในการเพิ่มศักยภาพและเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการให้ความรู้ในด้านอื่นๆ นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดโอกาสเกิดความพิการจากโรคแทรกซ้อนของเบาหวานแบบสรุปรายงานการถอดบทเรียน

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระหว่าง รพ.เครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 4 กับ รพ.ชลบุรี เขตสุขภาพที่ 6

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 - 12.00 น.

ห้องประชุมศรีกระอาง โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ โดยเป้าหมายหลักของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 3-4.5 ชั่วโมง การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การรักษาผู้ป่วยเฉพาะในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวม

เครือข่ายที่มดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขต 4 ได้มีการดำเนินงานพัฒนาให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบเครือข่ายโดยมีโครงการพัฒนาStroke สัญจรร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลสระบุรีซึ่งเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาให้เกิดระบบ Stroke fast track ได้จนครบ 8 จังหวัด และพัฒนาการจัดตั้ง Stroke unit ได้ครบ 8 จังหวัดในปี2560 แต่รูปแบบการจัดการมีความแตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาลมีจำนวนเตียง 4-8 เตียงซึ่งรับดูแลแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และขึ้นอยู่กับอัตรากำลังพยาบาลซึ่งปัจจุบันยังขาดแคลนและไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มาตรฐานจึงจัดให้มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการบริหารจัดการให้มีการรวมกันระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก เกณฑ์ซึ่งเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับนโยบาย Service Plan ปี2560 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตาย

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน Stroke unitของโรงพยาบาลชลบุรี เขต 6
2. เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่ายและนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขต 4
3. เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. ถอดบทเรียนจากการบรรยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลชลบุรี
2. ถอดบทเรียนจากการเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. ถอดบทเรียนจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิผศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามัคคีของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. เครือข่ายมีความเข้มแข็งในการประสานงานกันช่วยเหลือกันในการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัญหาอุปสรรค

1. การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร
 2. โครงสร้างสถานที่ไม่เหมาะสม
 3. บุคลากรขาดแคลน โดยเฉพาะพยาบาลยังไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 4. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำยังมีน้อย
- รูปแบบการบริหารจัดการการติดตั้ง Stroke unit ยังไม่ได้ตามมาตรฐานเท่าที่ควร

แนวทางการแก้ไข

1. ผู้บริหารผลักดันให้มีการพัฒนานโยบายให้มีรูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองใน Stroke unit ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
2. โรงพยาบาลแม่ข่ายพัฒนาลูกข่ายให้มีระบบส่งต่อให้มีความรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วที่สุด
3. สนับสนุนการส่งพยาบาลไปอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้นในช่วงที่มีการพัฒนาระบบ

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบที่มีการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกไว้ร่วมกันของโรงพยาบาลชลบุรีมีจำนวนเตียงทั้งหมด 23 เตียง

: เกณฑ์การรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่อาการไม่คงที่ใน 72 ชั่วโมงแรก
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เป็นมาไม่เกิน 48 ชั่วโมงและมีแนวโน้มอาการไม่คงที่ :

เกณฑ์การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและอาการคงที่
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่อาการไม่คงที่ใน 72 ชั่วโมงแรกและอาการคงที่
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เป็นมาไม่เกิน 48 ชั่วโมงและมีอาการคงที่แล้ว 24 ชั่วโมง
4. เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่รุนแรงเช่นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ
5. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับที่รุนแรง ที่ต้องการการดูแลทางอายุรกรรมทั่วไป
6. ระยะเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 5 วัน
7. ผู้ป่วยสิ้นหวังหรือหมดหวัง

การจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลชลบุรีสามารถจัดตั้งได้สำเร็จเกิดจากการได้รับการผลักดันจากนโยบาย Service plan และผู้บริหารให้ความสำคัญในการร่วมวางแผนจัดกำหนดรูปแบบชัดเจนตั้งแต่จำนวนเตียงที่มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยและบุคลากรมีความเหมาะสมปัจจุบันได้ผ่านการประเมินคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง (Standard stroke Center Certify) ระดับ 5 ดาว

การดำเนินงานของเขต 6 ได้มีแผนการดำเนินงานดังนี้

1. กระตุ้นโรงพยาบาลระดับ A, S ให้มีศักยภาพในการให้ยา rt-PA
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองช่วง Acute phase ได้รับการดูแลใน Stroke unit
3. ให้โรงพยาบาลระดับ A, S, M1-2 เปิดบริการ Stroke unit เพิ่มโรงพยาบาลละ 4 เตียง โดยจัดสรรคน, เงิน, ของ โดยให้โรงพยาบาลชลบุรีเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา

- 4.สร้าง Best Practice ใน Stroke unit เพื่อลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อน
- 5.โรงพยาบาลระดับ A, S, M1-2 กำหนด CPG การให้ยาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายลง
นิเทศและเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลระดับ S, M2
- 6.ให้ยา rt-PA โดยอายุรแพทย์ระบบประสาทในเครือข่ายที่ได้รับการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ
การพัฒนาเครือข่ายอย่างเข้มแข็งโดยพัฒนาระบบRefer Stroke fast track ให้สามารถส่งผู้ป่วยจาก
โรงพยาบาลลูกข่ายมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ภายใน 30 นาทีเป็นส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการ
รักษาได้อย่างรวดเร็ว และพัฒนาลูกข่ายที่มี Stroke unit และมีเครื่อง CT brain ให้สามารถให้ยาละลายลิ่ม
เลือดทางหลอดเลือดดำได้

ข้อเสนอแนะทางนโยบาย

- 1.ผู้บริหารผลักดันให้มีการพัฒนานโยบายให้มีรูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองใน Stroke unit
ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 2.สนับสนุนการส่งพยาบาลไปอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มแพทย์เฉพาะทาง
สาขาโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้นในช่วงที่มีการพัฒนาระบบอย่างเข้มแข็งก่อนช่วงแรก

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขา โรคมะเร็ง เรื่อง พัฒนาเครือข่าย Referral online เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรักษา
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 - 12.00 น.
ห้องประชุมวังดอกไม้ โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 4 มีการพัฒนาระบบ Referral Online ที่เริ่มต้นจาก ร.พ.มะเร็งลพบุรี นำไปปรับใช้กับ รพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร โดยมีการวางแนวทางให้ รพ.ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ Refer ไปยัง ร.พ.มะเร็งลพบุรี และ รพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร ให้ผ่านการใช้ระบบ Referral Online เพื่อลดระยะเวลารอคอยทางรังสีรักษา โดยมีการนัดคิวล่วงหน้า โดยผู้ป่วยยังไม่ต้องเดินทางมายังหน่วยงานฉายรังสี จากการปฏิบัติงานก็ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา

จากการรายงานตัวชี้วัดระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ปี 2559 ของ ร.พ.มะเร็งลพบุรีผ่านเกณฑ์ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 51.25 จากการวิเคราะห์พบกลุ่มมะเร็งศีรษะและลำคอมากเป็นอันดับหนึ่ง ผ่านเกณฑ์เพียง ร้อยละ 26.43 พบว่าเกิดจากการทำฟันไม่พร้อมก่อนการฉายรังสี สาเหตุคือการเตรียมช่องปากใช้เวลานาน ทันตแพทย์ไม่ทราบที่ต้องเตรียมช่องปากใช้เวลานานแค่ไหน และไม่ทราบกำหนดที่ชัดเจนในการฉายรังสี จึงทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาการเตรียมช่องปาก “Lopburi Model”

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันทำให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาภายในเขต
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้การดำเนินงาน Best practice สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินงานได้เป็นแนวทางเดียวกันในเขต
3. เพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. รพ.มะเร็งลพบุรีนำเสนอ Lopburi Model ร่วมกับแผนกทันตกรรมในการเตรียมช่องปากก่อนการฉายรังสีโดยไม่ต้องรอผล Pathology และแผนกรังสีในวันฉายรังสีเมื่อได้ผลพยาธิวิทยา เพื่อให้ทันตกรรมสามารถเตรียมช่องปากได้ทันเวลา
2. รพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร นำเสนอปัญหาที่พบบ่อยในการเตรียมผู้ป่วยส่งมารักษา
3. ถอดบทเรียนการระบบส่งต่อของแต่ละร.พ.ภายในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ ร.พ.นครนายก รพ.พระนั่งเกล้า และรพ.สระบุรี ซึ่งมีบริบทต่างกัน ระบบการส่งต่อที่แตกต่างกัน
4. ศึกษาการเก็บข้อมูลการส่งต่อของ รพ.สระบุรี เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลการส่งต่อ
5. Modulator สรุปประเด็นประโยชน์ที่ได้รับและแนวทางการพัฒนา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ แผนกรังสีวิทยา Nurse case manager สามารถลดระยะเวลารอคอยรังสีวิทยาได้

2. การใช้โปรแกรม Refer Online สามารถลดระยะเวลาการรอคอย การเดินทางและการส่งต่อได้วางแผนใช้โปรแกรมเดียวกันทั้งเขต

3. การจัดระบบส่งต่อโดยให้ผู้ป่วยในผ่าน ร.พ.จังหวัดสามารถบริหารจัดการผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม และสามารถจัดเก็บข้อมูลมะเร็งได้ครบถ้วนมากขึ้น

4. ผู้บริหารโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญให้การดำเนินงานมะเร็งประสบความสำเร็จ

5. การทำงานด้านโรคมะเร็ง ยังขาดบุคลากร ที่ทำงานด้านการลงทะเบียนมะเร็ง (TCB) ถ้าสามารถลงทะเบียนได้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันจะทำให้สามารถรายงานผลตัวชี้วัดได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำ Lopburi Model ใช้เป็นโมเดลทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาในการฉายรังสี

2. จัดทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อลดการส่งออกนอกเขตสุขภาพที่ 4 ที่พบปัญหาเรื่องแพทย์ gynec-onco มีเพียง 2 ท่านภายในเขต

2.1 รพ. มทวชิราลงกรณ์ธัญบุรี ร่วมมือกับ มศว.องครักษ์ ในการส่งผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชไปผ่าตัด และส่งผู้ป่วยกลับมาฉายรังสี ที่รพ. มทวชิราลงกรณ์ธัญบุรี

2.2 รพ.สระบุรี ร่วมกับรพ.มะเร็งลพบุรี ในการส่งผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชไปผ่าตัดที่รพ.สระบุรี และส่งผู้ป่วยกลับมาฉายรังสีที่ รพ.มะเร็งลพบุรี

3. นำระบบ Referral Online ไปใช้ให้ครอบคลุมทุกรพ.ที่มีการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่รพ.มะเร็งลพบุรีและรพ. มทวชิราลงกรณ์ธัญบุรีและเก็บข้อมูลรายงานการ Refer Online มีที่เปอร์เซ็นต์

4. รายงานข้อมูลการตอบกลับได้รับการตอบกลับที่เปอร์เซ็นต์

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขาทารกแรกเกิด สาขากุมารเวชกรรม และสาขาสูติกรรม

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00 - 14.30 น.

ห้องประชุม ท่าชัย 1 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

การดูแลทารกและเด็ก มีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ตอนตั้งครรภ์เพื่อให้แม่ปลอดภัยลูกมีสุขภาพแข็งแรงดี มีพัฒนาการสมวัยพ่อแม่ใส่ใจ ใกล้ชิดลูกผูกพัน จะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีภูมิคุ้มกันโรค

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. ประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในสาขาทารกแรกเกิด กุมารเวชกรรม สูติกรรม

2. เชื่อมโยงเป้าหมายการดูแล /ตัวชี้วัดทางการดำเนินงาน

3. นำเสนอนวัตกรรม /กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. นำเสนอนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย/กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

1.1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกที่ใส่ PICC Line โรงพยาบาลปทุมธานีหน่วยงาน NICU รับทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม เป็นส่วนใหญ่ การเปิดเส้น Peripheral ทำได้ยาก แต่ก่อนแพทย์พิจารณา ทำ umbilical vein catheter (สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ) ซึ่งมีจะใช้ได้ 7-14 วัน ทารกส่วนใหญ่มีภาวะวิกฤติต้องให้ยา high alert drug หลายชนิดเป็นเวลานานกว่า 14 วัน และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทารกบางราย มีปัญหา ท้องอืด ,NEC, Omphalitisซึ่งไม่สามารถใส่ UVC ได้จากปัญหาดังกล่าว จึงได้ร่วมปรึกษากับทีมแพทย์/พยาบาล ในเรื่องการทำ PICC line ซึ่งมีอายุการใช้งาน 1 เดือน เพื่อลดปัญหาการติดเชื้อและเป็นทางเลือกสำหรับทารกที่มีปัญหา ในเรื่อง Abdomenภายหลังการทำหัตถการ PICC Line เพิ่มขึ้น จึงเริ่มฝึกเจ้าหน้าที่ให้สามารถเข้าทำหัตถการกับแพทย์ได้เพิ่มขึ้น โดยให้ฝึกเป็นผู้ช่วยก่อนเพื่อให้สังเกตและเรียนรู้ขั้นตอนการปฏิบัติหัตถการ เมื่อสามารถช่วยเตรียมได้ถูกต้อง จึงเริ่มให้เป็นผู้ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ PICC Line โดยมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถปฏิบัติหัตถการได้เป็นผู้นำกับ/ดูแลอยู่ใกล้ๆ สามารถช่วยแพทย์ทำหัตถการ PICC Line ได้ทั้งสิ้น 8 ท่าน จาก 16 ท่าน คิดเป็น 50 %

1.2. การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ใน NICU โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาใน NICU โรงพยาบาลสระบุรีและ ลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ CRE ใน NICU โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อโดย Isolateผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยานั้นการล้างมือ ติดป้ายล้างมือเตรียมอุปกรณ์ต่างๆไว้หน้าห้องแยก สวมเสื้อพลาสติกเมื่อ approach ผู้ป่วยสวม mask ทุกครั้งเมื่อมีการ Open suction มอบหมายการดูแลเป็นแบบ ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้เสริมอัตราการล้างในช่วงที่มีระบาดของMDR ช่วยให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา และอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างต่อเนื่องชัดเจน และไม่พบการแพร่กระจายเชื้อ CRE ไปยังผู้ป่วยรายอื่น

1.3 หนึ่งหยดจากอกอุ่นช่วยชีวิตลูกได้ (Oral care) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาให้ข้อมูลมารดาและครอบครัว : ความสำคัญของนมแม่เป็นสารอาหารที่เหมาะสมกับทารกมากที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวส่วนประกอบของนมแม่ไม่มีอาหารชนิดใดเทียบเคียงนมแม่ไม่ใช่แค่เพียงอาหารที่ดีที่สุดแต่

เปรียบเสมือนยาที่ใช้ในการรักษาทารกที่เจ็บป่วย (Human milk is a medical intervention) มารดาเพียงผู้เดียวเท่านั้นที่จะช่วยให้ลูกได้รับนมแม่ได้แนะนำแม่ให้มาเยี่ยมลูกอย่างน้อยวันละครั้งเพื่อปับน้ำนม (Fresh milk) ให้ลูกสำหรับ Oral care เก็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดาอุณหภูมิ 2- 4 องศาเซลเซียสเก็บไม่เกิน 96 ชั่วโมง ปิบใส่ขวดแบนด์และแบ่งใส่ขวดเล็ก 8 มื้อเก็บไว้ติดป้ายชื่อวันที่เวลาวันหมดอายุใช้ไม่พ้นสาลีชุบน้ำนม colostum ให้ชุ่มเช็ดทำความสะอาดปากลูกให้ทั่วสอนให้บิดามารดาปฏิบัติด้วยตนเองทุกครั้งที่มาเยี่ยมลูก การทำความสะอาดช่องปากด้วยนมแม่ทาทุก 3 ชั่วโมง จนกว่าทารกจะสามารถดูดนมแม่ หรือกินนมทางปากได้ด้วยตนเอง การทำ Oral care เป็นการกระตุ้นพัฒนาการในการ ดูกกลืนสร้างสัมพันธ์ที่ดี

2.การดำเนินงานตามสาขาการบริการ

2.1 “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม

เป้าหมายร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ. ระดับ M2 เท่ากับ 25 อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0 ปัญหา/อุปสรรคสัดส่วนจำนวนรพ.A+S/M2=8/6คลอดในรพ.ใหญ่ มากกว่า M2 ที่ทำC/Sได้คือ นนทบุรี (บางบัวทอง, แต่บางใหญ่ไม่มีสูติแพทย์ ,F1ปากเกร็ด และ บางกรวยทำได้= 12.23%(90/736)) ลพบุรี(โคกสำโรง,ชัยบาดาล=18.32%(172/939)M2 บางปะอิน ORไม่พร้อมด้านวิสัญญี สูติแพทย์ไปปฏิบัติงานที่รพ.เสนาM2 ัญบุรี มีสูติแพทย์ 1 คน ไม่มีกุมารแพทย์ ข้อเสนอแนะจัดสรรM2 สูติแพทย์/กุมาร/วิสัญญีควรจัดOR/Icuให้มีความพร้อม(ทีม,เครื่องมือ)

การแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า2500 กรัม/คลอดก่อนกำหนดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมี2 ปัจจัย คือ ประวัติสpontaneous PTB และ ปากมดลูกสั้นการให้progesteroneเพื่อป้องกันในการตั้งครรภ์แฝด,PPROM พบว่าไม่มีประโยชน์Vg progesterone ป้องกันได้ผลดีกว่า17OHPC ในรายหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มี ปากมดลูกสั้นไม่ว่ามีประวัติPTBหรือไม่ Gap analysis

ระบบบริการ

•รพ. ระดับ M 2 ยังไม่สามารถทำ C/S ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากยังขาดบุคลากร (สูติแพทย์, วิสัญญีแพทย์, กุมารแพทย์ ,ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด)

•อัตราการตายเสียชีวิตจากตกเลือดหลังคลอดเกินเกณฑ์ เนื่องจาก การค้นหากลุ่มเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (NO ANC) , การตัดสินใจของทีมรักษา

•การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

•Early ANC ไม่ได้ตามเป้าหมาย

ระบบส่งต่อ

•Intrauterine refer ยังมีปัญหา เนื่องจาก การประสานงานกับกุมารแพทย์ (โดยเฉพาะ Preterm labour)

อุปกรณ์ ยา เครื่องมือ

• การสนับสนุนด้านยา Progesterone , Cytotec , ถุงตวงเลือด

สารสนเทศ

• ข้อมูลจาก HDC ไม่ตรงกับข้อมูลจริง (ความครบถ้วนของการลงข้อมูล, ประสิทธิภาพการประมวลผล)

การดำเนินงาน... ก้าวต่อไป

- ก่อนตั้งครรภ์ : สาวไทยแก้มแดง

- ขณะตั้งครรภ์ : เน้น ANC คุณภาพ คัดกรอง/จำแนกกลุ่มเสี่ยงรักษา รายโรค กำกับการทานยา Triferdine Couple Counseling ; Thal, HIV โรงเรียนพ่อแม่ ...เชื่อมโยงถึงชุมชน ใช้สมุดบันทึกสุขภาพฯ

เป็น Passport

- เตรียมการคลอดที่ปลอดภัย
 - การคลอดคุณภาพ ฝ้าระวังครรภ์เสี่ยง
 - ดูแลหลังคลอดคุณภาพ ส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกถูกวิธี เสริมสร้าง จินตนาการ
- สาขาทารกแรกเกิด

เป้าหมาย : ทารกแรกเกิดสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ลดป่วยลดตาย KPI 1. อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน $\leq 4 : 1,000$ การเกิดมีชีพ 2. การส่งออกนอกเขตเครือข่ายลดลง

การดำเนินการ : บริการ Cooling System: เขตสุขภาพละ 1 แห่ง บริการ NICU ให้เพียงพอต่อผู้ป่วย : 1:500 (เขต 4 = 1:434) บริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาศัลยกรรมทุกชนิด : ระดับ A ขาดที่ รพ. ปทุมธานี รพ.พระนารายณ์ บริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีภาวะความดันปอดสูงแต่กำเนิด (PPHN) : ระดับ A-S ขาดบริการ Nitric oxide ในรพ. ระดับ A S

สาขากุมารเวชกรรม

สถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะพบว่าโรคปอดอักเสบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป้าหมาย : อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็ก อายุ 1 เดือน - 5 ปี $< 1\%$ มี การดำเนินการ การเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ แรกเริ่ม พัฒนา ศักยภาพบุคลากรในการดูแล ผู้ป่วยในสถานพยาบาล ทุกระดับ ความรู้ / ความเข้าใจ การดูแล ตนเอง ของผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแล อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็ก อายุ 1 เดือน - 5 ปี 0.45%

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น สนับสนุนแพทย์อบรมการดูแลรักษาเฉพาะทาง/ หลักสูตรระยะสั้น ส่งพยาบาลอบรมพยาบาลเฉพาะทางในหลักสูตร สาขาที่เกี่ยวข้อง
2. จัดประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ
3. ทบทวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรคกลุ่มเป้าหมาย
4. จัดทำคู่มือการดูแล การประเมินระบบทางเดินหายใจ และ warning signs
5. ประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่าย

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุน การดำเนินการ
2. บุคลากรมีความมุ่งมั่น ในการพัฒนาคุณภาพ
3. มีเป้าหมายชัดเจน

ปัญหาอุปสรรค

1. ศักยภาพและความพร้อมของ รพช.
2. การเพิ่มเตียง NICU แต่ไม่ได้เพิ่มบุคลากรที่ให้การบริบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (โดยเฉพาะทีมพยาบาล) ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกไม่ยั่งยืน

3. ขาดบุคลากร เช่น ศัลยแพทย์เด็ก, ศัลยกรรมหัวใจเด็ก, พยาบาล NNP
4. เครื่องมือ ครุภัณฑ์การแพทย์ไม่เพียงพอ
5. ระบบการรับ-ส่งต่อ ภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ
6. การตั้งห้องในวัยรุ่น/ANC คุณภาพ

แนวทางแก้ไข

1. พัฒนาศักยภาพ รพช. เพื่อรองรับการ Refer back ลด Birth Asphyxia และจำนวนการส่งต่อไปยัง รพศ.
2. สนับสนุนการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. จัด Training Newborn กุมารเวชกรรม สูติกรรม เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง 1 เดือน และ 4 เดือน ให้เพียงพอต่อความต้องการของเขตสุขภาพ
4. สนับสนุนเครื่องมือ เช่น Transport Incubator, Laminar Flow Hood, OAE, Phototherapy, High Frequency Ventilator
5. จัดทำแนวทางปฏิบัติให้ครบถ้วน
6. พัฒนา ANC คุณภาพ เพื่อลดปัญหาเด็กมีน้ำหนักตัวน้อย ลดความจำเป็นของการเพิ่มเตียง NICU ที่ไม่เหมาะสมกับจำนวนการคลอด
7. พัฒนา MCH Board ที่เข้มแข็ง บริหารจัดการให้มีการลด Teenage pregnancy

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรพัฒนาฐานข้อมูล และกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายการพัฒนา ที่มีประสิทธิภาพ

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขา ศัลยกรรม เรื่อง Minimal Invasive Surgery
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00 - 14.30 น.
ห้องประชุมท่าชัย 2 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

ปัจจุบันการทำผ่าตัดส่องกล้องมีการพัฒนา จากการทำผ่าตัดเปิดแผลขนาดใหญ่ เริ่มต้น จากการทำ Laparoscopic ที่มีแผลหลายรู พัฒนามาเป็นแผลรูเดียว ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ Endoscopic เป็น เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่ช่วยให้แผลผ่าตัด มีขนาดเล็ก ลดอาการเจ็บแผลและใช้เวลาในการพักฟื้น น้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อลดระยะเวลาการนอนรพ.

2. แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก สวยงาม เจ็บแผลน้อย การฟื้นตัวเร็ว เพราะการบาดเจ็บของชั้นเนื้อเยื่อ น้อยกว่า เกิดผังผืดน้อย และลดโอกาสเกิดการติดเชื้อได้น้อยกว่าแผลผ่าตัดเปิด

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทางรพ.ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดีในการทำ MIS มีการส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่าย ในกรณีสิทธิบัตรทอง

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. อุปกรณ์ที่ใช้ยังไม่ครบมิติ ซึ่งอุปกรณ์มีราคาสูง
2. ผู้ป่วยในบางภาวะไม่สามารถใช้การผ่าตัดแบบส่องกล้องได้
3. ความชำนาญของเจ้าหน้าที่และทีมส่องกล้องยังไม่เฉพาะ
4. การผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายสูง

5. การผ่าตัดยังไม่สามารถทำนอกเวลาได้ เนื่องจากทีมไม่พร้อม ห้องผ่าตัดไม่ว่าง และแพทย์ที่สามารถทำได้มีน้อย

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ต้องเพิ่มพัฒนาในรพ.ที่มีศักยภาพเพียงพอ มีการสนับสนุนทั้งบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือ อาจมีการร่วมจ่ายในรายที่ต้องการการเลือกผ่าตัดในวิธี MIS มีการวางแผนการดำเนินงานและขยายบริการศูนย์ส่องกล้องและการผ่าตัด MIS ในอนาคต

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขาอายุรกรรม เรื่อง Sepsis Challenge in Practical Point : Sepsis mobile application.

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00 - 14.30 น.

ห้องประชุมศรีกระอาง โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

1. เรื่อง Sepsis Challenge in Practical Point : Sepsis mobile application.

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

Service Plan สาขาอายุรกรรมมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis เป็นอันดับต้นๆ ผู้ป่วย Severe Sepsis / Septic Shock มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 30 เครื่องมือในการติดตามผู้ป่วยในระยะเริ่มเกิดอาการก่อนเข้าสู่ภาวะ Severe Sepsis / Septic Shock และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ไม่เป็นแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Sepsis
2. เพื่อให้มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis
3. เพื่อสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลแนวทางการรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ภาควิชาอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการช่วยดูแลผู้ป่วย Sepsis เป็นโปรแกรม Sepsis Alert version 1.0.1 beta โดยสามารถเข้าถึงได้ด้วยการใช้โทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ www.swu.ac.th/internal Med. สามารถนำมาใช้ในทุกระดับของโรงพยาบาลในเครือข่ายตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป และในระดับโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อใส่รายละเอียด Registration ข้อมูลผู้ป่วยเข้าไปในโปรแกรมแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนของการรักษาโดยเริ่มจากขั้นตอน Early Detection ซึ่งจะมีรายละเอียดเกณฑ์ของ Source of infection / Possible New Infection , SIRS , Organ Dysfunction ต่อมาจะเป็นขั้นตอน Early Resuscitation ซึ่งจะมีรายละเอียดของระดับโรงพยาบาลให้เลือกว่าเป็นโรงพยาบาลระดับใด มีคำแนะนำ STEP- FAST ซึ่งประกอบไปด้วย F หมายถึง IV Fluid (30 ml/kg crystalloids) A หมายถึง Broad-spectrum Antibiotic S หมายถึง Serum & Sonography (e.g, Lactate, cultures, x-ray, U/S) T หมายถึง Targets (Lactate clearance, MAP, Passive leg raising test, Urine output) กรณีใช้โทรศัพท์มือถือเปิดเข้าไปจะพบกับ SEPSIS Alert จะพบหัวข้อ Sepsis Step , Patient List , Appendix SOS Score , SOFA Score , การทำ Passive Leg Raising Test และข้อควรระวังในการให้ Vasopressor

Sepsis Bundle ซึ่งแบ่งการดูแลในส่วนของ 3 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง ดังนี้

ภายใน 3 ชั่วโมง	ภายใน 6 ชั่วโมง
<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจระดับLactate 2. ส่งตรวจ Hemoculture ก่อนให้ยาต้านจุลชีพ (ไม่ควรเกิน 45 นาที ก่อนเริ่มยา ATB) 3. พิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้อกว้าง(ควรเริ่มให้ภายใน 1ชั่วโมง หลังที่วินิจฉัย Septic shock/Severe Sepsis) 4. พิจารณาให้ crystalloid 30 ml/kg ในรายที่มี Hypotension หรือ ระดับ serum lactate มากกว่าหรือเท่ากับ 4 	<ol style="list-style-type: none"> 5. พิจารณาให้ Vasopressor ในกรณีที่ MAP ไม่ถึง 65 mmHg 6. ในกรณีที่มีความดันโลหิตต่ำตลอดแม้ว่าให้ volume resuscitation เพียงพอแล้วหรือกรณีที่ระดับ serum lactate มากกว่าหรือเท่ากับ 4mmol/L ให้วัด CVP และ SvO2 7. ให้ทำการวัดระดับ serum lactate ซ้ำ หากระดับแรกเริ่มสูงกว่าปกติ

Early goal-directed therapy ได้แก่ ระดับ CVP 8-12 mmHg, MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 mmHg, ScVO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 70 %

นอกจากนี้แล้วโปรแกรม Sepsis Alert version 1.0.1 beta ได้บรรจุ Surviving Sepsis Campaign International Guideline for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016 ไว้ด้วย ซึ่งภายหลังจากมีการนำโปรแกรมไปใช้พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis ทั้งในกลุ่มของการติดเชื้อจากชุมชนและการติดเชื้อภายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

โปรแกรม Sepsis Alert version 1.0.1 beta ช่วยทำให้แพทย์และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยSepsisในสถานบริการแต่ละระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลรักษา การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีใช้ข้อมูลด้านวิชาการมาสนับสนุนการบริหารจัดการรักษา

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยSepsis จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลที่เข้าถึงง่ายและสะดวกในการปฏิบัติ ความรู้ที่ได้จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วย จะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยSepsis ที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2.ในโรงพยาบาลที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการส่งตรวจSerum lactate โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการตรวจ เพื่อความแม่นยำในการประเมินmicrocirculation ช่วยให้การวินิจฉัย การติดตามผลและ การจัดการ การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เรื่อง Sepsis Challenge in Practical Point: Sepsis Implementation in Primary Care

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่ปี 2553 มาอย่างต่อเนื่อง ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์รัฐภูมิ ชามภูษ จากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มาให้ความรู้และแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีการประยุกต์การดูแลผู้ป่วย Sepsis จาก Sepsis Easy ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริง และปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Care Process ในการวิเคราะห์งานและระบบการปฏิบัติงาน เริ่มทดลองปฏิบัติในหน่วยงานอายุรกรรม และขยายไปยังแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบ Fast tract ที่ ER (Emergency Room) ผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis จะได้รับยา Antibiotic 100 % พัฒนาระบบ Fast tract ในผู้ป่วยที่เป็น NF (Necrotizing Fasciitis) ของแผนกศัลยกรรมสามารถเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น และพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ M2 มีการนำแนวทางการปฏิบัติขยายสู่โรงพยาบาลชุมชน ประสานข้อมูลต่อในโรงพยาบาลเครือข่ายระดับปฐมภูมิ การใช้ SIRS เป็น Early Warning Signs ในการ Detection ผู้ป่วยปฐมภูมิ และประเมินซ้ำโดยใช้ SOS หรือ SOFA และมีการจัดทำ Standing Order ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

ลดอัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในจังหวัดลพบุรี

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี พบว่าแต่ละโรงพยาบาลในหน่วยงานที่รับผิดชอบของสสจ.ลพบุรีนั้นต่างฝ่ายต่างคิดและต่างฝ่ายต่างทำงานทำให้การทำงานนั้นไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงได้มีการรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นในปี 2559 พบว่าระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ลุล่วง เกิดช่องว่างในระบบการดูแลผู้ป่วย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่เป็นแนวทางการดูแลร่วมกัน และสร้างความตระหนักให้บุคลากรทุกฝ่ายเพราะ Sepsis ไม่ใช่เรื่องของใครคนใดคนหนึ่งแต่เป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องรับผิดชอบดูแลร่วมกัน และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเป็น Warning Signs in Lopburi 5 Stage ซึ่งประกอบด้วยระบบ

1. Awareness and Mapping Area
2. Knowledge : มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ และแพทย์ใช้ทุนใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงาน
3. Warning Signs System
4. System of calling
5. Response system

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลปาดताल ซึ่งมีกลุ่มประชากรแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท และการเข้าถึงบริการของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ในชุมชนชนบทการเข้าถึงบริการล่าช้า และมีอัตราการเสียชีวิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลปาดतालจึงเน้นไปที่กลุ่มแกนนำในชุมชนที่มีได้แก่ อสม. อสค. และผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) โดยมีการจัดอบรมและให้ความรู้กับแกนนำกลุ่มเป้าหมายในการนำเครื่องมือ SOS ไปใช้ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Sepsis ได้แก่ กลุ่มผู้พิการหรือสื่อสารไม่ได้ กลุ่มที่นอนติดเตียง กลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการเปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการใดมาก่อนแล้วเกิดอาการเปลี่ยนแปลง หากพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงให้นำส่งที่ รพ.สต.ทันที และทางรพ.สต.ประเมินซ้ำอีกครั้งหากพบว่าผิดปกติจะประสานเพื่อส่งต่อในระดับที่ศักยภาพสูงกว่าได้อย่างรวดเร็ว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ความร่วมมือร่วมใจของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อสม./อสค. และผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.การกำหนดบทบาทของบุคลากรในแต่ละระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ถึง ตติยภูมิต้องมีความชัดเจนและควรผ่านการฝึกอบรมให้เข้าใจบทบาทและการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- 2.การแก้ปัญหาให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการผลักดันเชิงนโยบาย มีการกำหนดแนวทางและเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0

(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่อง นวัตกรรมและความภาคภูมิใจจากการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00 – 14.30 น.

ห้องประชุมวังดอกไม้ โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

บทเรียนที่ 1

เรื่อง การดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) ของโรงพยาบาลบ้านนาจังหวัดนครนายก

เล่าโดย คุณสาวิตรี พาทีทินและทีมงาน

ความเป็นมา/บริบท

อำเภอบ้านนา เป็นอำเภอขนาดเล็กที่พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ตั้งอยู่ในจังหวัดนครนายก และมีจำนวนประชากรไม่มากนัก สังคมส่วนใหญ่เป็นสังคมแบบเกษตรกรรมและมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ด้านสาธารณสุขมีโรงพยาบาลบ้านนา (รพช.) เป็นหน่วยบริการหลักรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ในมิติของงาน ANC สะท้อนให้เห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงมากกว่าร้อยละ 30 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นทีมเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลซึ่งมีจำนวนเจ้าหน้าที่จำกัดและมีภาระงานมาก จึงวางแผนเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ในขณะที่เดียวกันผู้รับผิดชอบงานหลักก็ได้รับผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น จึงเกิดแรงผลักดันให้อยากแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ โดยดำเนินงานบนข้อจำกัดด้านทรัพยากรและใช้โอกาสทางสังคม ร่วมกับพลังของภาคีเครือข่ายสร้างกระบวนการและนวัตกรรมในการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จนกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในระดับที่ดี และระหว่างการทำดำเนินงานก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และนวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัจจุบันโรงพยาบาลบ้านนากลายเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญของการทำงานด้านวัยรุ่นที่เข้มแข็งแห่งหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 4

นวัตกรรม/ความภาคภูมิใจ

1. พบว่าหลักคิดสำคัญลำดับแรกที่น่าไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการแก้ไขปัญหาคือ การมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และทัศนคติมุมมองเชิงลบต่อวัยรุ่นของผู้ใหญ่

2. มีการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ที่เหมาะสมกับความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย

3. มีเครื่องมือที่เป็นนวัตกรรมในการให้ความรู้กับวัยรุ่น คือ “กระเป๋ายายตรง” ซึ่งเป็นกระเป๋าแบบพกพาที่ภายในบรรจุสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้ และสาธิตความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

4. เกิดเครือข่ายร้านขายยาที่เป็นสื่อกลางในการให้ความรู้กับวัยรุ่นที่มาซื้อยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย และให้ข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ด้านคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน

1.1 บุคลากรผู้รับผิดชอบงานหลัก (ด้านวัยรุ่น) มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว โดยผลกระทบจากประสบการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุปัจจัยกระตุ้นให้เกิดแรงขับ (Drive) ที่ต้องการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่จะนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น (ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบงานหลักทำงานนี้ด้วยหัวใจ)

1.2 ในบทบาทหนึ่งของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานหลัก (ด้านวัยรุ่น) ได้เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์ของจังหวัดนครนายก (Social role) ซึ่งเป็นเวทีการทำงานที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการต่างๆเป็นคณะทำงาน จึงเป็นโอกาสให้ได้นำเสนอปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับคณะผู้บริหารของจังหวัดได้รับทราบและผลักดันปัญหาดังกล่าวเข้าเป็นวาระการพัฒนาของจังหวัด ซึ่งส่งผลให้เอื้อประโยชน์ในภาพรวมต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. ด้านกระบวนการ

2.1 มีการศึกษาข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Data Analysis) โดยใช้กระบวนการวิจัยในการศึกษาสถานการณ์/ปรากฏการณ์ของปัญหาและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางหรือวิธีในการแก้ไขปัญหาจากสาเหตุที่แท้จริง

2.2 มีกระบวนการสะท้อนหรือคืนข้อมูล (Feed back) ต่างๆที่เกี่ยวกับปัญหาและโอกาสในการพัฒนาให้กับชุมชน สถานศึกษา และท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลและใช้ประโยชน์จากข้อมูล

2.3 มีการสร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง (Social Awareness) เพื่อให้สังคมเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ด้วยการนำเสนอข้อมูลและความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเวทีการประชุมทุกเวทีในพื้นที่อำเภอบ้านนา

2.4 มีการสร้างสื่อ ในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม (Appropriate media) กับชุมชน และสามารถเข้าถึง และกระแทกใจกลุ่มเป้าหมาย (สำหรับการเตือนสติ)

2.5 มีการบูรณาการงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเข้ากับงานประจำ (Integration with the routine) เพื่อไม่สร้างความรู้สึกว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นงานใหม่หรือเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ

2.6 มีการสร้างทีมงาน (Team Work) และแนวร่วมเพื่อเป็นเครือข่าย (Network) ในการทำงานทั้งบุคลากรภายในหน่วยงาน และบุคลากรจากหน่วยงานภาคนอกที่เกี่ยวข้องเพื่อเฝ้าระวัง ดูแล และป้องกันโอกาสในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เช่น คณะทำงานสุขภาพระดับอำเภอ (DHS), เครือข่ายชุมชน โรงเรียน/สถานศึกษา, และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น เช่น นายอำเภอ, NGO, และร้านจำหน่ายยาในพื้นที่

2.7 มีกระบวนการในการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ (Development Processing) ของเครือข่ายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินงานเพื่อดูแล ป้องกันด้านพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นตามบทบาทหน้าที่และภารกิจหลักของหน่วยงานเครือข่าย

2.8 มีกระบวนการถ่ายโอนบทบาทหน้าที่ (Transfer function) โดยหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสนับสนุนและกระตุ้นให้เครือข่ายเป็นผู้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่อย่างต่อเนื่องโดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีบทบาทในการกระตุ้นให้เครือข่ายดำเนินงานตามภารกิจหลักของหน่วยงานนั้นๆ

2.9 มีระบบการวางแผนการทำงานร่วมกัน (Participatory planning) และมีการกำหนดระยะเวลาในการทำงานที่ชัดเจน

2.10 มีการจัดอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความรู้ที่เหมาะสมให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่น และกลุ่มผู้ปกครองและครอบครัว ด้วยหลักสูตรที่พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2.11 มีระบบการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผล (Evaluation systems) การดำเนินงานที่เป็นระบบเชื่อมโยงในทุกระดับ เช่น ผู้นำชุมชน/อสม.ติดตามในระดับชุมชน, ครูติดตามในโรงเรียน, พ่อแม่ติดตามในระดับครอบครัว

บทเรียนที่ 2 เรื่อง การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก

เล่าโดย คุณสุภาวดี ตั้งเจริญ และทีมงาน

ความเป็นมา/บริบท

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก พบปัญหาที่เป็นจุดอ่อนและอุปสรรคในด้านการสนับสนุนเชิงนโยบายที่อาจไม่เอื้อต่อกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็ก โดยเฉพาะด้านการส่งต่อผู้ป่วยพบปัญหาในลักษณะของคอขวดที่ทำให้การส่งต่อ (Refer) เกิดความยุ่งยาก ลำช้า และขาดประสิทธิภาพในเชิงบริหารจัดการ ซึ่งหากไม่มีกระบวนการในการแก้ไขที่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวหรือผลกระทบต่อผู้ป่วย และระบบบริการ

แนวทางแก้ไข/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. คณะทำงานของทีม Service Plan สาขาสุขภาพจิต (Team Work) ควรพิจารณาและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว
2. ควรมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยนำกรณีศึกษาที่เป็นปัญหาร่วมวิเคราะห์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Eexperience Sharing) เพื่อตกผลึกเป็นองค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางาน
3. กำหนดให้มีช่องทางในการติดต่อสื่อสาร (Communication channel) ที่สะดวก รวดเร็วระหว่างผู้ปฏิบัติงานสำหรับการแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูล การแจ้งข่าวสาร หรือการประสานงาน ตลอดจนการให้คำแนะนำหรือการปรึกษาต่างๆ ผ่านระบบ Application Line
4. มีการกำหนดแนวทาง (Practice Guideline) ในการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันที่ชัดเจน ทั้งด้านการคัดกรอง, การระบุ/ยืนยันตัวผู้ป่วย, และการส่งต่อผู้ป่วย
5. มีการอำนวยความสะดวก (Coordination) ของหน่วยบริการในแต่ละระดับในด้านการส่งต่อและการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหน่วยบริการ เช่น มีการประสานงานทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างโรงเรียน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, และโรงพยาบาล และมีระบบการตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วย เป็นต้น
6. มีการพัฒนาศักยภาพ (Competency) ของทีมงานในด้านองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง
7. มีการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง และครู (Participatory) ในโรงเรียนด้วยการสร้างความตระหนัก และความเข้าใจให้กับผู้ปกครอง และครูสามารถสังเกตลักษณะของเด็กที่มีภาวะเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาเด็กกลุ่มเสี่ยง และร่วมมือในการนำเด็กมาเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
8. มีการสร้างช่องทาง (Service channel) ที่สะดวกและเอื้อต่อการนำเด็กหรือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือเข้าถึงบริการที่เหมาะสม
9. สร้างเครือข่าย (Network) ในการเฝ้าระวัง ดูแล และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นทั้งในชุมชน และโรงเรียน เช่น เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น
10. มีระบบการติดตาม ส่งต่อ และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกปี เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหายไปจากกระบวนการดูแลรักษา

11. ผู้บริหารทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็ก โดยสนับสนุนเชิงนโยบาย อันเอื้อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างสะดวกราบรื่น เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, และผู้อำนวยการโรงเรียน

12. มีการสร้างขวัญกำลังใจ (Encouragement) ให้กับผู้ปฏิบัติงานในมิติต่างๆ ทั้งด้านทรัพยากร และการชื่นชม ประกาศเกียรติคุณ

ผู้ถอดบทเรียน

ดร.ยอดชาย สุวรรณวงษ์

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการกรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขายาเสพติด เรื่อง เปลี่ยนพฤติกรรม = เปลี่ยนชีวิตตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00 – 14.30 น.
ห้องประชุมวังดอกไม้ โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

การได้วิเคราะห์ปัญหาภายในชุมชนร่วมกันของตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี เกิดขึ้นเมื่อได้มีการนำปัญหาของเยาวชนในชุมชนมาพูดคุยกัน ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในเยาวชน พอสรุปได้ ดังนี้

ปัญหาหลักคือ เยาวชนกลุ่มเสี่ยงขาดการยอมรับจากชุมชนขาดโอกาสในการสื่อสารและการรับข่าวสารเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน กล่าวคือ ผู้นำชุมชนและคนในชุมชนส่วนใหญ่มองว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยงรวมกลุ่มมั่วสุมทำสิ่งไม่เหมาะสม อีกทั้งมองว่าเยาวชนกลุ่มนี้ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับวัยรุ่นถึงรู้สึกไม่แน่ใจในความปลอดภัยของตนเองหากเขาไปตกเดือนพูดคุย

สำหรับความต้องการของเยาวชนนั้นพบว่า ต้องการให้ชุมชนรับฟังพวกเขาและมองเขาในด้านบวกบ้าง รวมถึงต้องการอุปกรณ์กีฬาและอยากได้เครื่องดนตรี ไว้เล่นเพื่อให้มีกิจกรรมทำอีกทั้งอยากให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง

จากเวทีดังกล่าว ในการสะท้อนมุมมองและความต้องการของเยาวชนแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของชุมชน ก่อให้เกิด กลยุทธ์ที่เรียกว่า “เอาน้ำเย็นเข้าลูบ” จึงถูกนำมาใช้เพื่อเป็นสะพานก้าวผ่านไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติด

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชน (วิหารขาว Model)

- 1) เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของเยาวชน
- 2) เพื่อสร้างเวทีและโอกาสให้เยาวชนและแกนนำชุมชน/ครอบครัวได้พูดคุยเรียนรู้กัน และ
- 3) เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนของตนเอง

การดำเนินโครงการประกอบด้วยการจัดกิจกรรมที่หลากหลายตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายและปรับตามปฏิทินของชุมชน ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสนทนากลุ่มเพื่อการจัดเวทีคืนข้อมูลและการแลกเปลี่ยนมุมมอง การร่วมกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมจักรยานแล่นลี

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วม ต้องปรับความคิด ร่วมดูแล ร่วมแก้ไข ก้าวต่อไปอย่างมั่นคง ด้วยวิธีการหลากหลายที่ได้มาจากการเวทีพูดคุย โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. เก็บข้อมูลสภาพปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมเยาวชนของชุมชน
2. จัดเวทีฟังเสียงสะท้อนจากเยาวชน
3. ดำเนินกิจกรรมตามความต้องการและความเหมาะสมร่วมกัน
4. เวทีเรียนรู้ถอดบทเรียนและคิดขยายผลค่ายาเสพติดของชุมชนเพื่อชุมชน
5. ติดตามโดยชุมชนสร้างเวทีและโอกาสให้แสดงความดีดี/ช่วยเหลืออาชีพ

6. ป้องกันเด็กรุ่นใหม่ “ค่ายวัยใส” เป็นหลักสูตรบังคับของชุมชน เป้าหมายทุกคน เลิกยา เรียบจบ มีงานทำ กลับมาดูแลคนสูงวัยในชุมชน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการได้แก่

- 1) การได้ทราบปัญหาและความต้องการของเยาวชน
- 2) มีเวทีพูดคุยแบบสุนทรียสนทนาระหว่างเยาวชนและแกนนำชุมชน/ครอบครัว
- 3) เยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชน

ผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ของงาน ช่องว่างระหว่างผู้ใหญ่กับเยาวชนกลุ่มเสี่ยงลดลงและชุมชนมองเห็นถึงความสำคัญของการดูแลแก้ไขปัญหาลูกหลานในชุมชนโดยการให้โอกาส สรุปได้ว่า การชี้ให้เห็นคุณค่าแห่งการให้ “ให้โอกาส ให้วิธีคิด = ให้ชีวิตใหม่” โครงการนี้ทำให้ผู้ใหญ่ในชุมชน “เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อดูแลลูกหลาน”

เมื่อทุกคนเปลี่ยนความคิด สิ่งที่มาตามคือ พฤติกรรมที่เปลี่ยนตาม ค่ายยาเสพติดจบ แต่กระบวนการที่ละเอียดอ่อนของชุมชนเพิ่งเริ่มต้นในการติดตามเสริมพลังใจให้ลูกหลานทุกคน “เปลี่ยนชีวิต” ได้จริง ทุกคนทำตามความถนัดของตนเองที่ได้จากการพูดคุยตกลงกันในกลุ่มคนทำงานว่าใครจะทำอะไรกับใคร ซึ่งใช้สัมพันธภาพแบบลูกหลานเป็นการขับเคลื่อนความเปลี่ยนแปลง ร่วมกับนักวิชาการ ดังนั้น การรวมกลุ่มเพื่อติดตามและชื่นชมคนทำงานและลูกหลานจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มากกว่านั้นคือความสุขในการทำมาดีและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ชุมชนพึ่งเองได้โดยใช้ทุนชุมชนของตนเองซึ่งไม่ต้องรอโครงการหรืองบประมาณจากภายนอกเพียงอย่างเดียว

2. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชนพัฒนาและเติมโตทางความคิดจากการปฏิบัติจริง จนชุมชนรู้และมองเห็นได้ว่าการแก้ไขปัญหาคันที่เสพยาเสพติดเป็นเรื่องยาก เพราะต้องทุ่มเททั้ง พลังกาย พลังใจ และพลังทรัพย์ อย่างต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้นชุมชนต้องหาทางป้องกันลูกหลานกลุ่มที่กำลังจะก้าวสู่วัยเสี่ยงให้มีภูมิคุ้มกันด้านยาเสพติดเพื่อลดจำนวนผู้เสพยาใหม่ในชุมชน

3. กระบวนการแก้ไขปัญหา การพัฒนาที่ยั่งยืนโดยชุมชน ต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ นักวิชาการ นักพัฒนา และนักปฏิบัติการ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน เพียงแค่ไปคุยกับทุกภาคส่วนในชุมชนเช่นผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และผู้คนในชุมชนทุกกลุ่มวัย

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขา Long Term Care และ สาขา Intermediate Care
เรื่อง การเชื่อมต่อ Intermediate care กับ Long term care

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 15.00 – 16.30 น.

ห้องประชุมท่าชัย 1 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

ปัจจุบันความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในระบบสุขภาพเนื่องจากปัญหาความพิการที่มีแนวโน้มขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้นโดยเฉพาะความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อัตราป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อุบัติเหตุน้ำจืดยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยในปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากช่วยให้ผู้ป่วยหนักมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นซึ่งส่วนหนึ่งจะมีภาวะทุพพลภาพและมีความพิการเหลืออยู่ ในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการในระยะกึ่งเฉียบพลันของสถานพยาบาลภาครัฐยังมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันจำนวนมากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอ และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ

ทั้งนี้ ในส่วนของสาธารณสุขได้มีการให้บริการผู้ป่วยหลากหลายแบบในปัจจุบันทั้งการดูแลแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้านมีทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ควรได้รับการฟื้นฟูและผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลแบบระยะยาว เช่น ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น ดังนั้น ระบบบริการสาธารณสุขควรเน้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องจากระยะกึ่งเฉียบพลันเพื่อป้องกันหรือลดความพิการถาวรที่อาจเกิดขึ้นได้ในเกือบทุกด้าน และขยายไปสู่บริการผู้ป่วยนอกและบริการในชุมชนอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกันแบบไร้รอยต่อ เพื่อวัตถุประสงค์สำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการในรายที่จำเป็น เพื่อลดความพิการถาวรและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน SNAP/Intermediate care ร่วมกัน
2. เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชนร่วมกัน
3. เพื่อบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน SNAP/Intermediate care และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชนร่วมกัน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. กิจกรรมแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม
2. มอบหมายใบงาน 2 ใบงาน
3. นำเสนอความคิดรวบยอดของกลุ่มในที่ประชุม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

- 4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อจากระยะกึ่งเฉียบพลัน (SNAP/Intermediate Care) สู่อุปการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care)

4.2 ปัญหาและอุปสรรค

- ขาดนโยบายเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วย
- ขาดแคลนบุคลากรในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (SNAP/Intermediate Care) และ Long term care
- ขาดองค์ความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วย

4.3 แนวทางการแก้ไข

- กำหนดนโยบายในการให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (SNAP/Intermediate Care) และ Long term care
- เพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย
- สร้างองค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ระยะกึ่งเฉียบพลัน (SNAP/Intermediate Care) และ Long term care

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ใบงานที่ 1

การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน SNAP/Intermediate Care

1. สิ่งที่ทำได้ดีและมีความภาคภูมิใจ
 - สามารถติดตาม ดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันได้อย่างต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีโรคแทรกซ้อนและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยบางรายได้ภายใน 1 เดือน
2. สิ่งที่ยังไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้
 - ยังไม่ได้สำรวจความต้องการและประเมินส่วนที่ขาดของแต่ละพื้นที่
 - บางจังหวัดยังไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลอย่างชัดเจนหรือเป็นรูปธรรม
 - บางจังหวัดไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนงบประมาณในการปรับสภาพสิ่งแวดล้อม
 - บางจังหวัดยังไม่ได้ชี้แจงนโยบายในการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care ให้หน่วยบริการต่างๆ ได้รับทราบ
 - ไม่มีระบบเชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูลแบบออนไลน์ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเขตบริการสุขภาพที่ 4
3. สิ่งที่เป็นปัญหา
 - รพช. บางแห่งยังไม่มีอาคารสร้างที่มิดชิด บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน
 - บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ทำให้เป็นอุปสรรคในการลงติดตามเยี่ยมบ้านหรือการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น นักกายภาพบำบัด และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ
 - มีความล่าช้าของระบบการขออนุมัติงบประมาณในการทำโครงการต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินงานต่างๆ ล่าช้ากว่ากำหนดการ
 - ไม่สามารถเบิกจ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยได้ในบางพื้นที่ เนื่องจากอุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถเบิกจ่ายให้ได้ด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ
4. สิ่งที่ต้องการให้เขตช่วยเหลือ
 - เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์
 - หน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนงบประมาณในการปรับสภาพสิ่งแวดล้อม
 - เพิ่มความสามารถในการเบิกจ่ายอุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กับ รพช.
5. แผน/กิจกรรมที่ต้องดำเนินต่อไป

- เปิดศูนย์การอบรมการให้ความรู้กับ care giver/อสม./จิตอาสา เพื่อสร้างเครือข่ายในการให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน
- ประชุมชี้แจงขอบเขตภาระหน้าที่ในการทำงานให้ชัดเจน
- ขยายพื้นที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4
- สร้างระบบเชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูลแบบออนไลน์ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน 8 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4

การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชน

1. สิ่งที่ได้ดีและมีความภาคภูมิใจ
 - ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากได้รับบริการการฟื้นฟูและการดูแล ในบางรายสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เปลี่ยนจากผู้ป่วยติดเตียง มาเป็นติดบ้าน หรือติดสังคม
 - ในบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย
2. สิ่งที่ยังไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้
 - ยังไม่สามารถเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ care giver ได้
3. สิ่งที่เป็นปัญหา
 - ระเบียบในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนมีความเคร่งครัด
 - ยังไม่มีศูนย์ส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนเป็นระบบ
 - บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ทำให้เป็นอุปสรรคในการลงติดตามเยี่ยมบ้านหรือการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น นักกายภาพบำบัด และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ
4. สิ่งที่ต้องการให้เขตช่วยเหลือ
 - หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการต่างๆ
 - พัฒนาระบบ IT หรือโปรแกรมต่างๆให้มีความครอบคลุมหรือเป็นรูปแบบเดียวกันทั้ง 8 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4

- เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์
 - กำหนดแบบฟอร์มการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นมาตรฐาน
5. แผน/กิจกรรมที่ต้องดำเนินต่อไป
 - สร้างศูนย์เชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูลที่เป็นศูนย์กลางและเป็นรูปแบบเดียวกัน 8 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4

ใบงานที่ 2

การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (SNAP/Intermediate Care) และ Long term care ในชุมชน

1. กระบวนการดูแลแบบไร้รอยต่อควรทำอย่างไร

- สร้างศูนย์ส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนเป็นศูนย์กลางและเป็นรูปแบบเดียวกัน 8 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4
- เริ่มการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ รพ.ศ./รพท. มีกระบวนการการดูแลและมีระบบการส่งต่อข้อมูลถึง รพ. และเชื่อมต่อไปยัง รพ.สต. และสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน โดย อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสอดส่องคัดกรองผู้ป่วยที่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู และส่งกลับข้อมูลไปยังพื้นที่

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาตา และ สาขาโรคประสาทและปลุกถ่ายอวัยวะ
เรื่อง เจรจาย่างไรให้ได้ดวงตาบริจาคและประสบการณ์การดูแลผู้บริจาคอวัยวะ
วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 15.00 - 16.30 น.
ห้องประชุมท่าชัย 2 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

1.ความเป็นมา/สถานการณ์

- มีผู้ป่วยสมองตายที่อาจจะเป็นผู้บริจาคอวัยวะจำนวนมากในโรงพยาบาล
- ขาดการดำเนินการในกระบวนการบริจาคอวัยวะอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนอวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายอวัยวะ
- กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มศูนย์รับบริจาคอวัยวะทั่วประเทศจนถึงโรงพยาบาลขนาด M1 เพื่อให้ได้จำนวนผู้บริจาคอวัยวะและดวงตาเพิ่มมากขึ้น ตัวชี้วัด มีผู้บริจาคดวงตา 5 ดวง : ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 100 ราย และมีผู้บริจาคอวัยวะ 1 ราย : ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 100 ราย
- ความเข้าใจในการบริจาคอวัยวะของประชาชน

2.วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

- เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเจรจาย่างไรให้ได้ดวงตาบริจาคและประสบการณ์การดูแลผู้บริจาคอวัยวะในเครือข่าย

3.ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. วางแผนกลยุทธ์
 2. การตั้งทีม ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาล(TC) ผู้ช่วยเหลือคนไข้
 3. ประชุมชี้แจง
 4. อบรมให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่าย
 5. สื่อสารประชาสัมพันธ์และเพิ่มเครือข่าย เพิ่มช่องทางการสื่อสารได้แก่ ทีมปรึกษาทางไลน์ตลอด 24ชม.
 6. จัดทำguild lineการขอรับบริจาคเพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรสามารถทำได้
 7. วิธีดำเนินการ
- ขั้นตอนในการขอรับบริจาคอวัยวะได้แก่
 - 1.แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองตาย เริ่มให้ข้อมูลกับญาติ
 - 2.เมื่อญาติยินยอม เริ่ม Declare Brain Death โดยมี Standing order
 - 3.ส่งห้องผ่าตัด เพื่อดำเนินการจัดเก็บอวัยวะ
 - ขั้นตอนในการขอรับบริจาคดวงตาได้แก่
 - 1.เจรจากรับบริจาคดวงตาจากญาติผู้เสียชีวิตโดยให้ข้อมูลและรายละเอียดขั้นตอนในการจัดเก็บและเคารพในการตัดสินใจของญาติ ถ้าญาติปฏิเสธหยุดดำเนินการ กรณีที่ญาติยินยอมดำเนินการต่อ
 - 2.ให้ญาติเซ็นใบยินยอมมอบดวงตาในแบบฟอร์ม
 - 3.ประเมินสภาพดวงตา
 - 4.เก็บโลหิตส่งตรวจ

- 5.ดำเนินการจัดเก็บดวงตา
- 6.นำส่งดวงตาที่จัดเก็บ โลหิต ใบเซ็นใบยินยอมมาที่สภากาชาดไทย
- 8.ดูแลครอบครัวผู้บริจาค จัดพวงรีดเคาศพ ประสานงานสภากาชาด มอบเกียรติบัตร

4.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การทำงานเป็นทีม มีการจัดเวรผู้ประสานงาน
- การเจรจาเพื่อสร้างแรงจูงใจกับญาติ มีเป้าหมายในการสื่อสาร มีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่จะพูด มีทัศนคติที่ดีในเรื่องนั้น มีบุคลิกที่น่าเชื่อถือ
- สิ่งที่ทำให้การเจรจาประสบความสำเร็จ “ **ทุกคนต่างทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ ทุกหน่วยงานที่ผู้ป่วยผ่าน ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐาน ทุกปัญหาได้รับการใส่ใจ รับฟัง ได้รับการช่วยเหลือ** ” เมื่อการป่วยครั้งนี้ได้รับการดูแลดีที่สุดแล้ว หากไม่สามารถช่วยชีวิตได้ ญาติจะยอมรับ และเมื่อได้รับข้อมูลการบริจาคดวงตา ญาติจะยินดีบริจาคดวงตามากขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

- จำนวน TC ผู้จัดเก็บดวงตา ไม่เพียงพอ
- มีงานประจำ
- บุคลากรขาดทักษะในการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ขาดการค้นหา Potential Donor เชิงรุก ไม่มีเจ้าหน้าที่เฉพาะและขาดประสบการณ์
- ความเข้าใจในการบริจาคอวัยวะและดวงตาของประชาชน
- เจรจาแล้วญาติปฏิเสธ
- ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน

แนวทางแก้ไข

- แผนอบรมหลักสูตร 4 เดือน ผู้ประสานงานผู้บริจาคอวัยวะ(TC)
- หลักสูตรผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ 3 วันสภากาชาดไทย
- จัดอบรมเทคนิคการเจรจาขอรับบริจาคดวงตาจากญาติผู้เสียชีวิตและการจัดเก็บดวงตา 1วัน
- จัดอบรมฝึกทักษะการจัดเก็บดวงตาสภากาชาดไทย7วัน

5.บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- พยาบาลTCควรทำงานควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานประจำ
- การเจรจาขอบริจาคอวัยวะควรทำก่อน Brain death
- พัฒนาการจัดเก็บอวัยวะและดวงตา
- แผนจัดตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะเขตสุขภาพที่4(รพ.พระนั่งเกล้า,รพ.สระบุรี)

นางมะลิ ภูมิวัฒน์
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
 ผู้ถอดบทเรียน

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ RTI
ห้องประชุมศรีกระอาง โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

1. TEA unit ร.พ. สระบุรี นำเสนอโดยคุณกุลภัสร์ จิตรศรีธธา

โรงพยาบาลสระบุรีมีการจัดตั้ง TEA unit ตามคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558 และได้มีการพัฒนา TEA unit ร่วมกัน ภายในเขตสุขภาพที่ 4 รวมทั้งหมด 12 โรงพยาบาล

Input

- IS
- 43 แห่ง
- การทบทวนเวชระเบียน

Out put

- Fast tack Integrations ในโรงพยาบาลที่สามารถให้ Intensive Care
 1. การผ่าตัดภายใน 1 ชั่วโมง ใน Case Blunt Trauma with shock
 2. การผ่าตัดภายใน 1 ชั่วโมง ใน Case Penetrating Trauma with shock
 3. ผู้ป่วย Head Injury ได้รับการผ่าตัดภายใน 2 ชั่วโมง
- Data collection การบันทึกข้อมูล IS เริ่มมีการบันทึกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และมีการทำ Trauma registry
- In Hospital improvement มีการทำ Trauma audit ในเขตสุขภาพที่ 4 .ในปี พ.ศ. 2558 และให้แต่ละโรงพยาบาลทำ Trauma audit ของตนเอง
- Public awareness การนำข้อมูล IS มาทำ primary Prevention
- Network การทำงานภายในเขตสุขภาพที่ 4

Key success factor

- Trauma Director
- Trauma Nurse – Co เจ้าหน้าที่ธุรการ
- ระบบข้อมูล IS
- ความร่วมมือของเครือข่าย
- มีความมุ่งมั่นในการทำงาน

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- Career Path สำหรับ Trauma Nurse –Co
- สำนักงาน และอุปกรณ์สนับสนุน
- นักวิชาการระบาด

2. Tea Unit โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช นำเสนอโดยคุณ ธนชชานันท์ ประดับคำ

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชได้มีการจัดตั้ง Tea Unit ขึ้นเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2559

- มี Trauma Nurse coordinator

- มีโครงสร้างการดำเนินงาน
- มีสำนักงานใช้ร่วมกับศูนย์สั่งการ (มีคอมพิวเตอร์/โต๊ะทำงาน/เจ้าหน้าที่ธุรการ)
- มีการพัฒนาการทำงานในเรื่อง Pre- hospital care
 - Education การสอนมูลนิธิ /อบต./เทศบาล
 - พัฒนาแบบบันทึกการพยาบาล ณ. จุดเกิดเหตุ
- มีการพัฒนาการทำงานในเรื่อง In- hospital care
 - Education การสอน CPR เบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
- เก็บข้อมูล Data Base Trauma/ Non-Trauma
- MM –conference ทุกเดือน ใน Case PS ≥ 0.75 ที่เสียชีวิต
- Round คนไข้ที่ ICU / ward ศัลยกรรม
 - การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน Chart ยังไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม จึงมีการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน
 - Fasttack Blunt / Penetrating Abdomen with shock ที่ผ่าตัดภายใน 1 ชั่วโมง
- โครงการ MM conference ในจังหวัดร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (จัดขึ้นวันที่ 15 ส.ค.60)

โอกาสพัฒนาต่อ

-จัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ เพื่อการเก็บข้อมูลได้หลากหลายมากขึ้น

- การทำ Quality Round / Trauma audit อย่างเต็มรูปแบบ

-พัฒนาการดำเนินงานไปถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน

การดำเนินงาน Road Traffic Injury จังหวัดปทุมธานี นำเสนอโดย คุณเพ็ญไพสิฐ จันทร์อยู่

แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการบริหารจัดการ มีการจัดตั้ง EOC และ SAT ที่ปฏิบัติงานได้จริง มีกลุ่มภารกิจตระหนักรู้ ตามคำสั่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี 17/2560 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2560 และมีการรายงานสถานการณ์

ตามข้อคำสั่งของปลัดกระทรวงตาม Work Flow การปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ บุคลากรทางการแพทย์ อุบัติเหตุที่รุนแรง อุบัติเหตุรพพยาบาล เหตุการณ์สำคัญ ฯลฯ หรือเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เสียภาพลักษณ์ ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องรายงานผ่าน DCIRS 1-2 ไปยังกระทรวงสาธารณสุขตามห้วงเวลา

คณะทำงานในศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (คปถ.อำเภอ)

- รพช/สสอ เป็นเลขาคณะทำงานในศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนตลอดทั้งปี เชื่อมโยงการทำงานระหว่างกลไกระดับสาธารณสุขอำเภอ (DHS) โดยจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คปถ.อำเภอ ซึ่งเป็นทีมย่อยในการขับเคลื่อนการทำงาน
- เสนอวาระการดำเนินงานด้านอุบัติเหตุทางถนนเข้าที่ประชุม คปถ.อำเภอ (ในการประชุมหัวหน้าหน่วยราชการประจำเดือน) เดือนละ 1 ครั้ง
- ประชุมร่วม คปถ.จังหวัด ที่มีผู้ว่าราชการเป็นประธาน เพื่อผู้บริหารใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ประกาศใช้มาตรการป้องกันให้ตรงกับบริบทพื้นที่ เดือนละ 1 ครั้ง

แผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ

- 1.จัดทำโครงการ พัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดปทุมธานี ปี 2559-2560
- 2.จัดทำโครงการ พัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอหนองเสือ นำไปสู่ถนนปลอดภัย ระยะเวลา 1 กรกฎาคม 2560 - พฤษภาคม 2561

3.จัดทำโครงการ พัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอเมือง,สามโคก,คลองหลวง และลำลูกกา

มาตรการข้อมูล 4I (ฐานสาธารณสุข)

- ลงข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากจรรยาจรทางถนนในโปรแกรม <http://ict-pher.moph.go.th/> ทั้งในช่วงเทศกาลและเวลาปกติ

- โรงพยาบาลปทุมธานีใช้โปรแกรม IS WIN เพื่อประโยชน์ในทางระบาดวิทยา

มาตรการข้อมูล 4I (ฐานตำรวจและบริษัทกลาง)

- ตำรวจภูธรจังหวัดปทุมธานีสื่อสารเหตุการณ์ รายละเอียดการเสียชีวิตจาก 14 สถานี ครอบคลุมพื้นที่ 7 อำเภอแบบรายวัน ข เวลา ผ่านทาง Line ศปถ. ปทุมธานีในรูปแบบบรรยาย

- บริษัทกลางรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากโปรแกรมการ Claim ประกันในรูปแบบ Excel

มีการบูรณาการข้อมูล 3ฐาน Integration Of Data 3ฐาน ทุกสิ้นเดือน

การสอบสวนอุบัติเหตุ (Accident Investigation)

- คณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอ ออกสอบสวนสาเหตุและรายงานการเสียชีวิตอุบัติเหตุจรรยาจร กรณีเสียชีวิตทุกรายโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ตำรวจ ,สสอ,รพ., รพสต.,อปท, อสม,ผู้นำชุมชน ลงสอบสวนการเสียชีวิตทุกราย

- ศปถ.จังหวัด สคร มีส่วนร่วมในการลงสอบสวนเชิงลึกกับศปถ.อำเภอ /ศปถ.อปท

- นำผลการสอบสวน/การสอบสวนเชิงลึกมาหาวิธีป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่อย่างเต็มศักยภาพด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

- หามาตรการแก้ไข

- จัดรายงาน (Accident Report) นำเสนอให้ผู้บริหารใน ศปถ.อำเภอ/ศปถ.จังหวัด เพื่อตัดสติใจสั่งการต่อไป

Information นำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยง

- นำเสนอแผนงาน/แผนปฏิบัติการ/โครงการ/ความต่อเนื่องในหารดำเนินงาน/การขับเคลื่อนมาตรการจกการในพื้นที่

- ผลการดำเนินงาน(ก่อน-หลัง)/การติดตามประเมินผล

- การนำเสนอให้มีมาตรการร่วมในระดับจังหวัดโดยการใช้ความหมายและความรู้สึกร่วม เช่น เยาวชนอายุ<14 ปีขับขี่จักรยานยนต์ชน แบริเออร์ ชนท้ายสิบล้อบนไหล่ทาง ชนเสาไฟฟ้า คณะทำงานในยุทธศาสตร์ 5E เสียชีวิตจากจรรยาจรทางบก

มาตรการการป้องกัน ACDR

- Ambulance Safety

- Community Checkpoint (ด่าน)

- DHS-RTI

- RTI Officer เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางถนน (จปถ) ในหน่วยงาน

3.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นำเสนอโดย แพทย์หญิงวรรณชนก เมืองทอง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

จังหวัดสิงห์บุรีมีพื้นที่ทั้งหมด 822.5 ตร.กม. ประกอบด้วย 6 อำเภอ/43 ตำบล/364 หมู่บ้าน /8 เทศบาล/ 33 อบต. มีประชากร 196,800 คน

ทรัพยากรสาธารณสุข

รพท. 2 แห่ง

- โรงพยาบาลสิงห์บุรี 310 เตียง
- โรงพยาบาลอินทร์บุรี 218 เตียง

รพช. 4 แห่ง

- โรงพยาบาลบางระจัน 30 เตียง
- โรงพยาบาลค่ายบางระจัน 30 เตียง
- โรงพยาบาลท่าช้าง 30 เตียง
- โรงพยาบาลพรหมบุรี 10 เตียง

ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสิงห์บุรีตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ประกอบด้วย

- แพทย์ EP 3 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 16 คน ผ่านการอบรม EMD 11 คน
- EMTI 5 คน
- EMTB 3 คน
- เจ้าหน้าที่วิทยุสื่อสาร 2 คน
- มีมูลนิธิที่ขึ้นทะเบียน 3 มูลนิธิ (สมาคมกู้ภัยสิงห์บุรี/ป่อเต็กตึ๊ง/ร่วมกตัญญู)
- มีอบต.ขึ้นทะเบียน 3 อบต.(อบต.ทองเอน/อบต.ห้วยชัน/อบต. ประศุก)

ซึ่งสามารถให้บริการประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง

มีการขึ้นทะเบียน Member Club ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น DM /HT โรคฉุกเฉิน เช่น MI ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ ซึ่งปัจจุบันมีสมาชิกทั้งหมด 150 ราย

ผลการดำเนินงาน

- ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมาย ร้อยละ 95.5
- ผลการดำเนินงาน (ต.ค.-มิ.ย. 60)= 75.87
- จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน = 3,440 ราย
- จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเป้าหมาย ปี 2560 = 4,534 ราย

โอกาสพัฒนา

- จัดอบรม Prehospital-Nurse
- ส่งเจ้าหน้าที่อบรม EMD
- จัดอบรม EMR
- ประชาสัมพันธ์ 1669
- เพิ่มการขึ้นทะเบียน ในเครือข่าย

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการกรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

สาขาสุขภาพช่องปาก เรื่อง Strong Together Left no one behind:

“สุขภาพช่องปากในยุค Thailand 4.0”

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 เวลา 15.00 - 16.30 น.

ห้องประชุมวังดอกไม้ โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

เนื่องด้วยทางคณะรัฐบาลได้จัดให้มียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 – พ.ศ. 2579) เพื่อเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ซึ่งสาขาสุขภาพช่องปากเห็นถึงความสำคัญ และดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 จึงมีแนวคิดที่จะจัดการประชุมวิชาการในครั้งนี้ภายใต้ธีมงาน “Strong together, left no one behind” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครือข่ายทันตสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 มีความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และดำเนินการพัฒนาตามแผนไปพร้อมๆกัน

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

- เพื่อชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของสาขาสุขภาพช่องปาก และแนวทางการดำเนินงานตามแผนในปี พ.ศ. 2561
- เพื่ออธิบายกรอบแนวคิด และวิธีการเพื่อที่จะพัฒนากลุ่มเด็กวัยเรียนให้เป็น “Smart kid”
- เพื่อแนะแนวทางการวางแผน และปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยความเหมาะสม และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
- เพื่อเป็นเวทีมอบรางวัลแก่ผู้ได้รับรางวัลการประกวดนวัตกรรมสาขาสุขภาพช่องปากในระดับ รพสต.และระดับโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

- 1.การบรรยายหัวข้อ “Thailand4.0กับงานทันตสาธารณสุขเราจะดำเนินการอย่างไรในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี” โดย ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
- 2.การบรรยายหัวข้อ “Smart Kids” โดย ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล อุปนายกทันตแพทยสภา
- 3.การบรรยายหัวข้อ “Smart Aging” โดย ทพญ.ดร.มัทนา เกษตระทัต อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมผู้สูงอายุ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 4.พิธีมอบรางวัลแก่ผู้ได้รับรางวัลในการประกวดนวัตกรรมสาขาสุขภาพช่องปากในระดับ รพสต. และโรงพยาบาล โดย นพ.มารุต จิรเศรษฐสิริ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 4 ให้เกียรติเป็นผู้มอบรางวัล

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. Thailand4.0 กับงานทันตสาธารณสุข ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม
- ในสาขาสุขภาพช่องปากนั้น ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากดี สุขภาพเยี่ยมทุกกลุ่มวัย อายุขัยยืนยาว โดยเน้นให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนตามช่วงวัย รวมถึงมีการกำหนดให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา (People centered approach)

วิสัยทัศน์ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ประชาชนสุขภาพดี – ลดอัตราการตายของโรค NCD, ประชาชนมีอายุเฉลี่ยมากขึ้น (>79 ปี) และมีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีอายุมากขึ้น (>74 ปี), ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ และ 4 คู่สบฟันแท้
 เจ้าหน้าที่มีความสุข – มีการลาออก, มีการกระจายของบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น
 ระบบสุขภาพยั่งยืน – มีรายจ่ายด้านสาธารณสุขน้อยกว่าร้อยละ 5 ของรายจ่ายทั้งประเทศ

สาขาสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกับกลุ่มของ NCDs อยู่ในแผนของการพัฒนา HALE (Healthy life expectancy) คือเมื่อประชาชนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้วยังมีสุขภาพดี ฟังพาตนเองได้ ดังนั้นจึงกำหนดตัวชี้วัดของสาขาสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ และ 4 คู่สบฟันแท้ และมีตัวชี้วัดย่อยคือร้อยละของประชาชนที่สูญเสียฟันทั้งปากลดลง ปัญหาที่พบจากตัวชี้วัดดังกล่าวที่ต้องการ 4 คู่สบฟันแท่นั้นในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากเนื่องจากเป็นผลการดำเนินงานระยะยาว ดังนั้นในปี พ.ศ.2561 จึงกำหนดตัวชี้วัดเพียงแค่ผู้สูงอายุมีฟัน 4 คู่สบฟันแท้หรือฟันปลอมก็ได้ แต่ในอีก 20 ปี ผู้สูงอายุควรมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 80 ปี และมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบฟันแท้ จึงเป็นเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี 80(ปี)/20(ซี่) ของสาขาสุขภาพช่องปาก

สำหรับตัวชี้วัดในปี พ.ศ.2561 ของผู้ตรวจราชการยังใช้ตัวชี้วัดเดิมคือ ร้อยละ 52 ของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ แต่อยากให้แต่ละจังหวัดไปตรวจเช็คดูว่าจำนวนนักเรียนที่ตรวจทั้งหมดมีมากเพียงพอที่จะใช้แสดงข้อมูลของจังหวัดหรือไม่ โดยพบปัญหาคือถึงแม้ว่าข้อมูลใน HDC ของทุกเขตจะผ่านเกณฑ์ แต่กลับพบว่าจังหวัดที่สามารถลงข้อมูลใน HDC ได้เพียง 33 จังหวัดจาก 76 จังหวัด (ในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถลงข้อมูลได้ครบทั้ง 8 จังหวัด) ดังนั้นในปี พ.ศ. 2561 จึงกำหนดปริมาณตัวชี้วัดเท่าเดิม แต่ต้องการได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น

สำหรับตัวชี้วัดของ service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ในที่ประชุมอาจจะมิมติลดตัวชี้วัดว่าสุขภาพช่องปากลงไป แต่ข้อกำหนดของในสาขาสุขภาพช่องปากเองตกลงกันว่าให้คงตัวชี้วัด ร้อยละ 60 รพ. สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรมและจัดบริการสุขภาพช่องปาก 200 คนต่อ 1000 ประชากร ไว้ก่อน

ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดในสาขาสุขภาพช่องปากเองจะดูน้อย แต่เราก็ต้องดูแลสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยตามแผน โดยอาจจะมีตัวชี้วัดของสุขภาพช่องปากแทรกอยู่ในสาขาอื่นด้วย เช่น ในตัวชี้วัดของพัฒนาการเด็ก สมวัย สูงดี สมส่วน ก็จะมีตัวชี้วัดของสุขภาพช่องปากแทรกอยู่ได้แก่ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ เป็นต้น

2. Smart Kids ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล

แผนการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สิ่งที่เราให้ความสำคัญก็คือการพัฒนาเด็กที่จะไปเป็นอนาคตของชาติ โดยต้องการให้เด็กมีลักษณะของ Smart kids คือมีความคิดสร้างสรรค์ โดยที่อยู่ในกรอบของกฎหมาย

โดยอาจารย์ยกตัวอย่างเรื่องเล่าของโรงเรียนแห่งหนึ่งที่คุณครูที่มีอายุมากท่านหนึ่งเสนอให้เด็กแต่งเรียงความโดยมีตัวละคร 5 ตัวที่มีชื่อดังนี้ สมหมาย สมชาย สมหญิง เรื่องเดช ธงชัย ขณะนั้นมีเด็กนักเรียนคนหนึ่งเสนอความเห็นว่ายากเปลี่ยนชื่อตัวละคร แต่คุณครูไม่อนุญาต จึงถามในห้องประชุมว่าถ้าท่านเป็นเด็กนักเรียนท่านจะทำอย่างไร? บางท่านก็ตอบว่าใช้ชื่อตัวละครใหม่ไปเลยโดยไม่ต้องสนใจคุณครู บางท่านก็ตอบว่าต้องใช้ชื่อตัวละครเก่าตามที่คุณครูกำหนด โดยท้ายสุดแล้วเด็กคนนั้นแต่งเรียงความโดยเริ่มเรื่องว่าตัวละครทั้ง 5 คนเดินทางไปเปลี่ยนชื่อที่ว่าการอำเภอเป็นชื่อที่ตนเองต้องการ

อาจารย์ยังได้กล่าวถึงแนวการสอนของ ครูวิเชียร ไชยบัง ที่เสนอแนวทางการสอนให้เด็กได้รู้จักมีความคิดสร้างสรรค์โดยการแบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็นสองกลุ่ม ให้กลุ่มหนึ่งพับกระดาษเป็นรูปกบที่พับง่ายทุกคนพับได้ กับอีกกลุ่มหนึ่งพับเป็นรูปกระต่ายที่พับยากและไม่มียูทิวสอนพับ หลังจากกิจกรรมกลุ่มที่พับกบจะได้

ระดาศกบที่เหมือกันทุกตัวตามที่มีวิธีสอน แต่กลุ่มที่พบกระต่ายจะได้กระต่ายที่ไม่เหมือกันเลยสักตัวตามความคิดที่เด็กนักเรียนคนนั้นคิดเอง

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาให้เด็กมีคุณลักษณะของ smart kid นั้นผู้บริหาร หรือผู้สอนต้องรู้จักส่งเสริมและเปิดกว้าง ให้เด็กได้รู้จักคิด แต่หากอยากได้เด็กที่มีระเบียบวินัย เชื่อฟังคำสั่งสอน แต่มีความคิดสร้างสรรค์น้อยก็ใช้วิธีการสอนแบบ อบรมสั่งสอนแบบในปัจจุบัน

อีกหนึ่งหัวข้อที่อาจารย์กล่าวถึงคือเรื่องของ Health literacy ซึ่งในแนวคิดของอาจารย์สามารถแบ่ง literacy ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.Functional literacy คือการที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยใช้ทักษะจากการอ่าน ฟัง และปฏิบัติตาม เช่น ทานยาได้ครบและตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนด แปรงฟันได้อย่างถูกวิธีตามคำแนะนำของทันตแพทย์ เป็นต้น

2.Conceptual literacy คือการที่บุคคลรู้จักนำความรู้ที่ได้มาคิด วิเคราะห์ แยกแยะ เปรียบเทียบ ประเมิน เพื่อเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด เช่น คนใช้สอบถามแพทย์/ทันตแพทย์ถึง treatment of choice ในการรักษา และเหตุผลในการรักษาเพื่อเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตนมากที่สุด

3.Health literacy as empowerment คือการที่บุคคลที่มีความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพมีการเคลื่อนไหวทางสังคม หรือมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อพิทักษ์สิทธิในด้านสุขภาพ เช่น ชาวบ้านรวมตัวกันต่อต้านการสร้างโรงไฟฟ้าถ่านหินในพื้นที่ชุมชนของตน เป็นต้น

3.Smart Aging ทพญ.ดร.มัทนา เกษตรระทัต

Smart aging คือแผนการพัฒนาที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีอายุขัยยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้หลัก 3S ได้แก่ Strong (แข็งแรง), Security (ปลอดภัย), Social participation (มีส่วนร่วมในสังคม) โดยรัฐบาลได้กำหนดหน้าที่ชัดเจนว่าด้าน Strong ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ขับเคลื่อน ด้าน Security ให้กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ขับเคลื่อน และด้าน Social participation ให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้ขับเคลื่อน

ซึ่งอาจารย์กล่าวว่าความจริงแล้วทั้ง 3S ดังกล่าวควรจะไปพร้อมๆกัน ไม่ควรแยกเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้กระทรวงหนึ่งดูแล เพราะฉะนั้นฝ่ายสาธารณสุขก็ควรให้ความสำคัญกับด้าน Security และ Social participation ด้วย ดังนั้นเราควรที่จะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับองค์กรท้องถิ่น และภาคีในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาทั้ง 3 ด้านนี้พร้อมๆกัน

ซึ่งความจริงแล้วโรคในช่องปากนั้นเกิดได้จากหลายๆปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเราสามารถนำปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นมาจับกับภาคีเครือข่ายอื่นๆที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเพื่อดำเนินการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน เช่น ร่วมกับองค์กรท้องถิ่นรณรงค์การลดสูบบุหรี่ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงในการเกิดโรคปริทันต์ หรือร่วมมือกับพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุเพื่อลดอัตราการเกิด aspiration pneumonia ในผู้สูงอายุ เป็นต้น

เป้าหมายของการดำเนินงานในผู้สูงอายุคือในแผน 20 ปีข้างหน้าต้องการให้มี HALE (Healthy life expectancy) ที่มากกว่า 75 ปี โดยเป้าหมายในปี พ.ศ. 2562 ต้องให้ได้ HALE = 67.5 ปี (ปัจจุบันอยู่ที่ 66.8 ปี) และเป้าหมายในปี พ.ศ.2560 – พ.ศ.2562 มีดังนี้

2560 : มีเมืองและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น ทางเดินรถเข็นขึ้นอาคาร, ยูนิททำพื้นที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

2561 : มีนวัตกรรมใหม่ๆในการดูแลผู้สูงอายุ, smart walk

2562 : ผู้สูงอายุมี Health literacy (smart brain, sleep, eat)

กล่าวโดยสรุป Smart aging ก็คือการที่ทำให้ผู้สูงอายุมี health literacy ให้เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมถึงสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้เมื่อจำเป็น

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ผู้ร่วมประชุมเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นตัวแทนของทุกจังหวัดในเขต 4 ได้รับรู้แนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากให้ประชาชนในปีงบประมาณ 2561 เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของสาขาสุขภาพช่องปาก
- ผู้ร่วมประชุมได้รับแนวคิดในการพัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีคุณลักษณะเป็น smart kid
- ผู้ร่วมประชุมได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับยุค Thailand 4.0

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
Primary Care Cluster (PCC) เรื่อง การดำเนินงานให้เขตเมืองและเขตชนบท
วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 8.30 - 10.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ผู้เข้าร่วมการสนทนา

1. นพ.ปรีดา ตั้งจิตเมธี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ รพ.ประทุมธานี ผู้ดำเนินรายการ
2. พญ.พัชรา คุณวุฒิ นายแพทย์ชำนาญการ รพ.สิงห์บุรี
3. พญ.วรรณเพ็ญ สระทองยอด นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพ.วิเศษชัยชาญ
4. ดร.พญ.ประกายทิพย์ สุศิลป์รัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ PCC วัดพระยาติการาม จ.พระนครศรีอยุธยา
5. น.ส.ศิริเนตร สุขดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.สิงห์บุรี ผู้จัดบันทึก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท จึงได้นำตัวแทนคลินิกหมอครอบครัวที่มีการดำเนินการในชั้นที่ 4 ที่มีการให้บริการนำทีมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพให้บริการกับประชาชนจำนวน 10,000 คน ตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข คือ คลินิกหมอครอบครัว (PCC) เมืองสิงห์ 1 จังหวัดสิงห์บุรี คลินิกหมอครอบครัว (PCC) บางจัก จังหวัดอ่างทอง และคลินิกหมอครอบครัว (PCC) วัดพระยาติการาม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้บริการแก่ประชาชนตามแนวทาง ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ในช่วงปี 2560 โดยได้มีการพัฒนาทั้ง 3 S เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดความเท่าเทียมกันของประชาชน

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

เพื่อการถอดบทเรียนการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว (PCC) ของเขตสุขภาพที่ 4

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนดำเนินการผ่านการตั้งคำถามของผู้ดำเนินรายการในประเด็นหลักของการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

- การทำงานเป็นทีมในการดูแลสุขภาพประชาชน
- ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เพื่อให้เห็นการคุ้มทุน
- แรงจูงใจให้ทรัพยากรด้านบุคคลให้ยังคงอยู่ในระบบ
- ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน เรื่องของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ให้การดูแลในแต่ละ PCC

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

-ประชาชนได้อะไรจากการดำเนินงาน PCC

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวนั้นทำให้เป้าหมายการดำเนินงานมีความชัดเจนมากขึ้น โดยการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน แต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงประเด็นเรื่องของการรักษา สิ่งที่ประชาชนได้รับที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ การเข้าถึงบริการ มีความไว้วางใจในการรับการรักษาโรครายๆไม่ต้องไปไกล เกิดความอบอุ่นใจของคนในชุมชนถึงแม้ไม่ได้มีปัญหาด้านสุขภาพ แต่มีความตั้งใจว่าวันหนึ่งจะเข้ารับ

บริการ และเมื่อต้องการเข้ารับบริการก็อุ่นใจที่จะมารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายในการที่ต้องเดินทางมารับบริการ

- **ความงอกงามที่ได้รับจากการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว**

1. บุคลากร
 - เห็นการดำเนินงานต่อเนื่องกับนโยบายที่คิดไว้ในอดีต “การได้เข้าใจนโยบายในอุดมคติของคนรุ่นเก่าที่สร้างไว้มากที่สุด..ด้วยฝีมือเรา”
 - แพทย์ FM ที่เป็นบุคลากรใหม่ในทีม ทำให้ได้เปิดมุมมองในการทำงานกับชุมชน วิธีการทำงานร่วมกับทีมในชุมชนเพื่อพาตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของทีม
- การเป็นผู้ประสานงานที่ดี
2. ทีมหมอครอบครัว การดำเนินงานในการให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่การดำเนินงาน PCC จนมาถึงการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว มีประเด็นที่ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงดังนี้

การให้บริการปฐมภูมิเดิม (PCC)	คลินิกหมอครอบครัว
<ul style="list-style-type: none"> - มีแพทย์ที่ปรึกษา/วนตรวจไม่มีแพทย์ที่รับผิดชอบพื้นที่โดยแท้จริง - พยาบาลเวชปฏิบัติ/จพ.สาธารณสุข - คุณภาพ - คุณภาพระบบบริการ(เข้าถึงง่าย ดูแลประชาชนต่อเนื่อง เป็นองค์รวม) - ระบบส่งต่อ - ประชาชนมีส่วนร่วม - ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งพาตนเองได้ - แพทย์ เน้นการรักษา (เชิงรับ) ส่วนงานเชิงรุกเป็นงานของพยาบาล - ผู้ป่วยโรคทั่วไป ตรวจโดยพยาบาล (ยกเว้นวันคลินิกโรคเรื้อรัง) - ข้อมูลของผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลของโรงพยาบาล - โครงสร้างของ PCU ตามเดิม 	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพยาบาลเวชปฏิบัติ - ทีมสหสาขาวิชาชีพ+ดูแลประชาชนในพื้นที่ของตนเอง - คุณภาพระบบบริการ(เข้าถึงง่าย ดูแลประชาชนต่อเนื่อง เป็นองค์รวม) - ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว - ระบบส่งต่อ - ประชาชนมีส่วนร่วม - ประชาชนสุขภาพดี พึ่งพาตนเองได้ - การทำงานทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นงานของทั้งทีม - ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจโดยแพทย์ (มาตรฐานเหมือนตรวจที่โรงพยาบาล) - ข้อมูลของผู้ป่วย - เชื่อมโยงกับข้อมูลของโรงพยาบาล - มีการปรับปรุงโครงสร้าง - ให้เข้าถึงง่ายและให้บริการได้ครอบคลุม

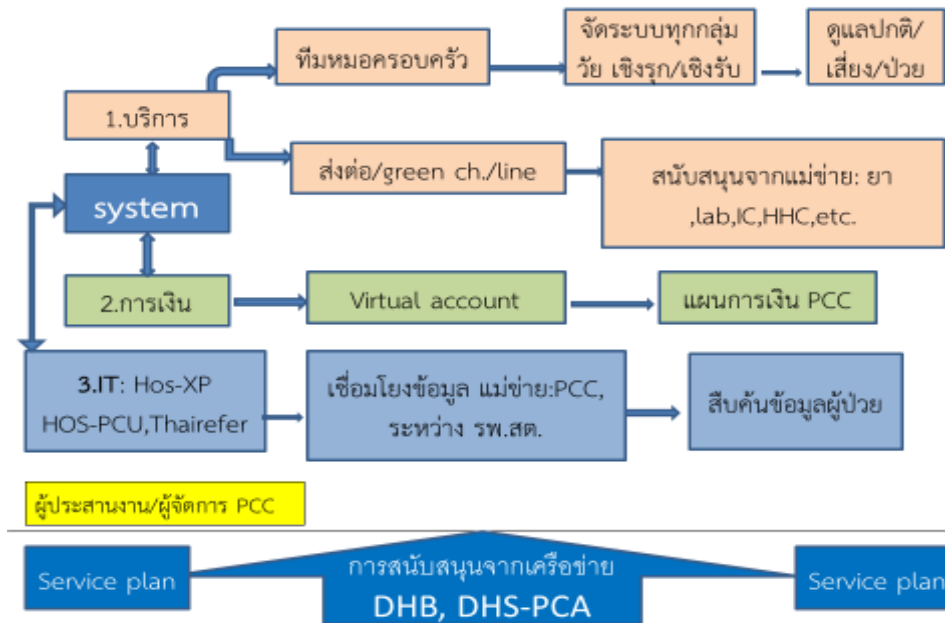
3. Structure รูปแบบอาคารเปลี่ยนแปลงไปมีความทันสมัย สวยงาม เพิ่มขึ้น มีการจัดบริการครอบคลุมมากขึ้น เรื่องการรักษานั้นเป็นประเด็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่เป็นผลจากนโยบายการลดความแออัดในโรงพยาบาล

การให้บริการในสถานบริการ

- การตรวจรักษา ทั้ง OPD/ ER โดยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ
- มีเครื่องมือแพทย์/ทำหัตถการ ทันสมัย พร้อมใช้งาน
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และบริการเภสัชกรรม ส่งตรวจ LAB รับผลการตรวจด้วยระบบ LIS

- การจัดบริการคลินิกคุณภาพงานต่างๆ ทันตกรรม การให้บริการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย โดยนักรแพทย์แผนไทย
- การให้คำปรึกษา ส่งต่อข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยี
- จัดบริการประการส่งต่อผู้ป่วย
 - จากบ้าน
 - จาก PCC

ตัวอย่างระบบการให้บริการของ คลินิกหมอครอบครัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง



ตัวอย่างการให้บริการแบบ “Green Channel” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง



Green channel	
Minor operation	• ออกใบนัดSet OR วันอังคาร > เข้าระบบนัดรพ.
U/S / X-Ray ไม่เร่งด่วน	• ออกใบนัดวันศุกร์บ่าย> เข้าระบบนัด>พบแพทย์ PCC
Admit ผู้ป่วยจาก PCC	• ER/OPD มีใบ order มาจาก PCC
specialist/ทันตแพทย์	• Refer เข้ารพ.วิเศษชัยชาญตามตารางการออกตรวจ
กายภาพ	• Thairefer > ห้องบัตร >จุดคัดกรอง>กายภาพ
ต่อใบส่งตัวตามนัด	• ออกใบrefer ที่ PCC
การนัดผู้ป่วยมารพ. จากPCC ทำงานผ่าน HOP-XP และ Thairefer	
ฉุกเฉิน: 1669/er	ไม่ฉุกเฉิน :green channel/พบแพทย์PCC

ความคิดเห็นเรื่องการคุ้มทุนของคลินิกหมอครอบครัว

- ในระยะยาวน่าจะมีการคุ้มทุนในการดูแลโดยเน้นที่ผลของประสิทธิภาพของการดูแล ไม่ได้มุ่งเน้นที่การเงิน และในเรื่องของการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล
- ด้านคุณค่าที่จะต้องได้รับการประเมินควบคู่กัน คือการใช้งานเพื่อสร้างคุณค่าของคน แทนการใช้คนในการสร้างงานในอดีต และการจูงใจให้ให้ทรัพยากรต่างๆคงอยู่ในระบบตลอดการดำเนินงาน
- ด้านบุคลากรนั้นถึงแม้ว่าจะต้องเพิ่มบุคลากรในการทำงานใน PCC แต่ก็ไม่ได้ “ใช้เงินจำนวนมากเท่ากับการสร้างตึกหนึ่งหลัง”



สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขา Palliative Care เรื่อง อยู่อย่างเบาสบายจากไปอย่างมีคุณค่า
วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 08.30 - 10.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย 2 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีใช้เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ การบรรเทาอาการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอาการปวด ที่แม้องค์การอนามัยโลกจะให้ความสำคัญและประกาศว่าเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับก็ตาม จากสถิติพบว่าวงการแพทย์ ไทยใช้ยามอร์ฟินในปริมาณที่น้อยมาก สำหรับจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เป็นมะเร็งอีกจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวด เพราะไม่ได้รับยา และการนำ Comfort Care ไปใช้ไม่ทั่วถึง ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อทำให้เกิดความรู้ที่เป็นบทเรียน นำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานในการพัฒนางาน Palliative Care ให้ดีขึ้น
2. เพื่อให้ทีมสหสาขาและผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

Peer Assist : PA(การเรียนรู้จากเพื่อน) หลังการร่วมประชุมคณะกรรมการ Palliative Care เขต 4 จากการพูดคุยปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงการทำงานของแต่ละจังหวัด มีการศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้าและประสบผลสำเร็จในการพัฒนางาน Palliative care ของเขต 4 คือ จังหวัดประทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดสระบุรี จนได้เรียนรู้จากตัวอย่างที่ดี (Best Practice) 3 เรื่อง คือ

1. เรื่องระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลประทุมธานี
2. เรื่องการบริหารยา Opioid ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. Comfort Care การบรรเทาอาการทุกข์ทรมานโดยไม่ใช้ยาจากโรงพยาบาลพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- มีนโยบายเป็น Service Plan ที่ชัดเจน
- มีเครือข่าย ที่มีทีมงานที่เข้มแข็ง พร้อมเป็นที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา
- มีการส่งเสริมความรู้ จัดอบรม หลักสูตร 10 วัน จาก รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี
- มีโรงพยาบาลต้นแบบในเขตให้ดูงานและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งเรื่องระบบการบริหารจัดการการดำเนินงาน Palliative Care /ระบบการบริหารยา Opioid / Comfort Care /การใช้ โปรแกรม COC เชื่อมโยงเครือข่าย /การบริหารจัดการเครื่องมืออย่างเป็นระบบ /การรับการสนับสนุนจากภาคเอกชนและชุมชน

ปัญหาอุปสรรค

- สถานบริการหลายแห่งยังขาดแพทย์ที่มีใจรักและรับผิดชอบงานที่ชัดเจน
- ความรู้และทักษะเรื่อง Palliative Care ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ทั่วถึง
- การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่ตรงกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ
- โอกาสการเข้าถึงยา Strong Opioid ยังไม่ครอบคลุมถึง โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานก่อนจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- การบริหารจัดการ ให้มีเครื่องมือเพียงพอ
- ปัญหาการควบคุมการใช้ยาในชุมชน
- บุคลากรไม่เพียงพอ รีบเร่งในการทำงาน คุณภาพของงาน Palliative Care ลดน้อยลง
- การสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างทีม
- การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย/การส่งต่อข้อมูลยังไม่สมบูรณ์
- ทศนคติที่ขัดแย้งของบุคลากรและประชาชนทั่วไปในช่วงระยะท้ายของชีวิตจึงยากในการวางแผนล่วงหน้า การตัดสินใจเขียน Living will

แนวทางแก้ไข

- พัฒนาอบรมบุคลากรให้มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ มีทักษะการดูแลและการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและเครือข่าย
- สร้างผลงานให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ และสนับสนุนเป็นนโยบายที่ปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน
- สร้างทีมงาน PCWN ที่เข้มแข็งและติดตามอย่างต่อเนื่องทุก Case อย่างไร้รอยต่อ
- ต่อยอดการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Comfort Care
- มีการบริหารจัดการยา Opioid อย่างเพียงพอและทั่วถึงในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 5 บทสรุปจากการถอดบทเรียน

1. คลินิกเบาสบาย โดย พว. สุนันทา เตโช โรงพยาบาลพระพุทธบาทสระบุรี

- มีคณะกรรมการ 2 ชุด

ชุดที่ 1 มีสหสาขาเป็นทีมขับเคลื่อน พยาบาลเป็นเลขา

ชุดที่ 2 มี พยาบาลเป็นประธาน มี PCWN ที่มีใจรักและสมัครใจเป็นทีมงาน จัดการอบรม

ให้กับ บุคลากร 100 % รวมทั้งผู้ช่วยเหลือคนไข้

- เกณฑ์การวินิจฉัย : ผู้ป่วยระยะท้ายที่มี PPS \leq 50 % และที่แพทย์วินิจฉัย(8 โรค) ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคไต
 - แนวทางการดูแล : PCWN ประเมินผู้ป่วยและดูแลภายในหน่วยงาน และ Consult เมื่อไม่สามารถดูแลเองได้
 - ขั้นตอนการดูแล ประเมิน \rightarrow Family meeting \rightarrow Advance care plan \rightarrow Living will
 - การจัดการ Unit ให้มีมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย / พิจารณาเข้าห้องพิเศษในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในรายที่เบิกได้
 - กิจกรรม : แพทย์แจ้งข่าวร้าย , จัดเข้าระบบนัดเพื่อดูแลต่อเนื่องที่คลินิกเบาสบายให้การดูแลเรื่อง Comfort Care, body scan , music therapy , Control Pain, ลด Suffering, สิ่งค้างคาใจ , หากสัมพันธ์ภาพมากพอจึงทำ Living will
 - คลินิกเบาสบาย ช่วยให้นัดผู้ป่วยได้ต่อเนื่องสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยโดย นัดผู้ป่วย IPD , OPD (ผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด) ทุก 2 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม Advance care plan , Living will ไปพร้อมๆ กับการนัดผ่านคลายร่วมกับสอนญาติให้ทำต่อที่บ้าน
 - มีการลง Code ใน OPD card และใส่ใบสีชมพูเพื่อสื่อสารว่าทำอะไรไปบ้าง
 - มีการให้เบอร์พยาบาล 3 เบอร์ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง
 - ใช้โปรแกรม COC ช่วยให้การดูแลต่อเนื่อง
- ผลที่ได้รับ : มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการ 12 คน ช่วยลด Pain ได้ดี กรณี Sever pain ส่งเข้า ER เพื่อรับยา Opioid ก่อน ในกรณีปวดเล็กน้อย ถึงปานกลาง ใช้วิธีผ่านคลาย และกิจกรรมอื่นๆในคลินิกเบาสบาย ได้ผลดี ผู้ป่วยและญาติมีความสุขแม้ช่วงสุดท้ายของชีวิต เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

2. กระบวนการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ร่วมกันของเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

โดย พญ. ธัญญภัทร โรงพยาบาลประทุมธานี

- เนื่องจากพบปัญหาความไม่ต่อเนื่องของระบบ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องถูกใส่ ET tube , CPR จึงประชุมร่วมกันกับทีมสหสาขา จิตอาสา อบต. เพื่อดำเนินงานร่วมกัน
- มี CPG มีเพื่อให้รู้ว่าเมื่อมีผู้ป่วยต้องทำอะไรบ้าง
- มีการตั้งคณะกรรมการ
- สร้างองค์ความรู้ โดยเชิญอาจารย์มาให้ความรู้กับบุคลากรทั้งใน รพ. และในชุมชน หลายครั้ง จาก รพ. รามา และ รพ. ขอนแก่น
- การบริการ ใน OPD ทุกวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. มีแพทย์ 3 คน Case ได้จาก OPD ส่วน IPD consult ได้ทุกวันในเวลา หากไม่ตรงวันที่ออก OPD พยาบาลจะเป็นผู้ไปดูแลก่อน กรณีฉุกเฉิน มี แพทย์ Intern ช่วย
- มีความสุขที่ Case ที่รับ Consult แล้วได้กลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้าน คือชีวิตยังมีทางออก
- D/C Plan ทุก Case โดยหอผู้ป่วย และ Palliative Care Clinic เปิดให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุด เพื่อประเมินความพร้อม และสอนเพิ่มเติมจนแน่ใจ โดยมีพยาบาลสอน มีหุ่น มีอุปกรณ์ มีแผ่นพับ มี Sticker มีคู่มือให้ผู้ป่วยทุกราย

- การเยี่ยมบ้านมีทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์พยาบาล เภสัชกร แผนทางเลือก แต่อาจไม่ได้ไปพร้อมกัน ดูที่ความจำเป็นความเหมาะสมและติดตามตรวจเช็คอุปกรณ์ที่ยืมด้วย
- การได้มาซึ่งยาบรรเทาอาการรบกวน Strong Opioid : MO IR ,Kapanal, MST,การใช้ Syring diver ต้องมีข้อมูลให้ผู้ป่วยใหญ่เห็นผล เช่นลดรายจ่ายได้จริง คิดตั้งแต่ ผู้ป่วยถูกใส่ ET tube ,CPR นอนโรงพยาบาลนาน ค่ารักษาที่เพิ่มขึ้นจนถึงเสียชีวิต มาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่กลับไปดูแลต่อที่บ้าน
- อุปกรณ์ชุมชนมีส่วนบริจาค ไม่ได้นำเข้าบัญชีคุมโรงพยาบาล การซ่อมมีกองทุนสนับสนุนจากชุมชน

3. ระบบยาในการจัดการทุกข์ทรมานในผู้ป่วย Palliative care ในชุมชน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดย พญ.ภักวีร์ นาคาวิโร แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

- รายการยาในโรงพยาบาล
MO Syrup/ MO inject/MST10/MST30/ MOIR 10
- บุคลากร มีแพทย์ 3 คน พยาบาลผ่านการอบรม 10 วัน
- ระบบปรึกษา : IPD รับ Consult ตลอด 24 ชม. ทั้ง 7 วัน
OPD มีศูนย์เวชกรรมสังคม เปิด Clinic ทุกวันอังคาร เวลา 09.00-12.00 น.
ออกเยี่ยมบ้าน วันจันทร์ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีจิตอาสาชีวธรรม
- นโยบายเรื่องยา การดำเนินงาน
เริ่มปี พ.ศ. 2557 มีพยาบาลเป็นผู้เริ่ม ทำงาน นโยบายเรื่องยายังไม่ชัดเจน
พ.ศ. 2558 ตั้งคณะกรรมการ เริ่มทำในชุมชนก่อน โดยน.พ. ยุทธการ
พ.ศ. 2559 เริ่มมีการ Consult , มี OPD Palliative Care มีแพทย์ดูแล
มีรายการยาเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียาข้อมาหนดเรื่องยา
พ.ศ. 2560 มีการพัฒนาเครือข่ายชุมชน ออกนิเทศน์งาน ได้รับการสนับสนุน
กำหนดกรอบการบริหารยา
- การส่งจ่ายยามีปัญหา ยาไม่พอใช้ ร่วมปรึกษากลุ่มเภสัชกรจัดการรอบยาให้เพียงพอ
อัตราการจัดจ่ายยา MO ที่ออกฤทธิ์ยาว 15 วัน /ครั้ง
MO IR 30 เม็ด/ครั้ง
MO Syrup 3ขวด/ครั้ง
MO Syring diver 3 วัน/ครั้ง
มีการปรับเพิ่มให้พอใช้เมื่อตรงวันหยุด
- การกำกับติดตามยา โดยมีการลง โปรแกรมลงการใช้ยาทุกครั้งที่ยา
- Key success
 1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ มีนโยบายชัดเจน
 2. ความร่วมมือของทีมงานและองค์กรเภสัชกรรม
 3. ให้ความรู้ ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน อสม. มีคู่มือการดูแล

นางมยุรี ทับทิม

081-7441197

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
People Excellece (HR) เรื่อง การสร้างสุขในองค์กร : สานฝันสู่ความจริง
(Creating Happiness in an Organization Dreams come true)
วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 8.30 - 10.00 น.
ห้องประชุมศรีกระอาง โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ผู้ดำเนินรายการ : นายภูริต นุชเอี่ยมปภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.สิงห์บุรี

ผู้ร่วมรายการ

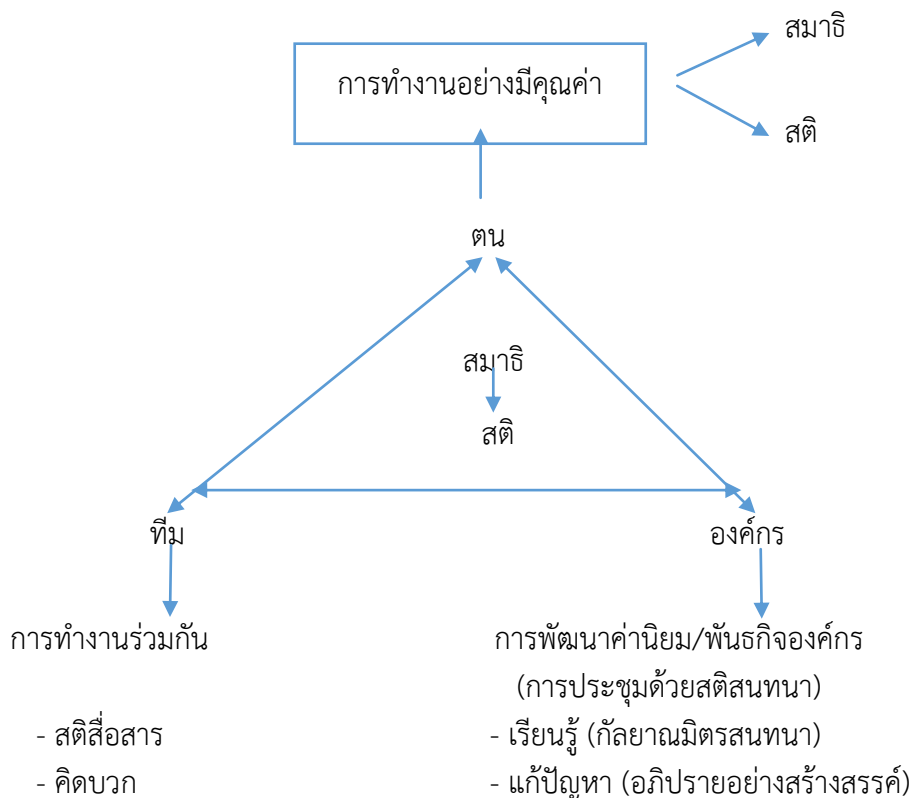
1. นายแพทย์ประสิทธิ์ มานะเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี
 2. นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร นายแพทย์เชี่ยวชาญสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสิงห์บุรี
 3. คุณพนัญญ์ บุญประสิทธิ์ ผู้จัดการอาวุโสฝ่ายการเรียนรู้และพัฒนาโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
 4. นายแพทย์สิวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลปทุมธานี : สร้างสุขในองค์กร สานฝัน..สู่ความจริง
 - ประสพการณ์ การนำ Happinometerมาใช้ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 904 คน พบว่าภาพรวมมีความสุขร้อยละ 60.85
 - การสนับสนุนให้เกิดความสุขในองค์กร Happinometer (ความสุข 9 ด้าน) ได้แก่ สุขภาพดี ผ่อนคลาย น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี
 - จัดกิจกรรม “ผู้อำนวยการพบเจ้าหน้าที่” จัดเป็นประจำทุกปี จำนวน 10-12 รุ่น พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจอยู่ที่ร้อยละ 94-97
 - กิจกรรมส่งเสริม มิติสุขภาพกายดี (Happy Body)
 - ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน
 - ตรวจสอบสุขภาพประจำปี
 - ตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและให้ภูมิคุ้มกันโรค
 - คลินิก Fit for life
 - ส่งเสริมการออกกำลังกาย
 - กิจกรรมส่งเสริม มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax)
 - กิจกรรมสันทนาการ เช่น กีฬาสี งานปีใหม่
 - กิจกรรมเนื่องในวันสำคัญต่างๆ เช่น งานสงกรานต์
 - กิจกรรม OD
 - กิจกรรมธรรมะสัญจร ล่องเรือไหว้พระ
 - กิจกรรมส่งเสริมมิติ น้ำใจดี (Happy Heart)
 - โครงการแบ่งปันสุข
 - กิจกรรมส่งเสริมมิติ จิตวิญญาณดี (Happy Soul)
 - กิจกรรมตักบาตรทุกเช้าวันจันทร์
 - โครงการปฏิบัติธรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

- กิจกรรมส่งเสริมมิติ ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)
 - สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งปันทักษะ
 - ส่งเสริมให้เกิดงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม
- กิจกรรมส่งเสริมมิติ สุขภาพเงินดี (Happy Money)
 - มอบทุนการศึกษาบุตร
 - อาหารกลางวันมีมูลค่า 7 บาท สำหรับ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว
 - สวัสดิการห้องพิเศษ
 - สวัสดิการรถรับ-ส่งบุตรเจ้าหน้าที่หลังโรงเรียนเลิกเรียน
 - สวัสดิการศูนย์เด็กเล็กสำหรับบุตรเจ้าหน้าที่
- การประเมินติดตาม
 - เครื่องวิเคราะห์ เช่น Happinometer (กระทรวงสาธารณสุข) Emo-meter (สรพ.)
 - ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นจากการประชุมเวทีต่างๆ
 - ตู้อัดแสดงความคิดเห็น
- ผลสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากร (Emo-meter)
 - พบว่าความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรอยู่ในระดับ ตั้งแต่ปี 2558-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 60.0, 66.9 และ 69.6
- ทำให้บุคลากรมีความสุข จะส่งผลให้องค์กรมีความสุขตามมา
- โรงพยาบาลสิงห์บุรี : สร้างสุขด้วยสติในองค์กรกับการพัฒนาคุณภาพ
 - โรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 310 เตียง ปัจจุบันของปรับลดจำนวนเตียงเหลือ 282 เตียง
 - วิสัยทัศน์ :เป็นโรงพยาบาลคุณภาพในดวงใจ
 - พันธกิจ : ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ
 - ค่านิยมร่วม : SING
 - S : Service Mind (บริการด้วยใจ)
 - I : Innovation (นวัตกรรม)
 - N : Network (เครือข่าย)
 - G : Governance (ธรรมาภิบาล)
 - การสร้างสุขด้วยสติในองค์กร จากจุดแรกเริ่ม การปรับแนวคิดสู่การเปลี่ยนแปลง ในปี 2552 มีการอบรมแนวคิดการพัฒนาจิตในองค์กรและพัฒนาทีมแกนนำ และเข้าร่วมเป็นองค์กรต้นแบบที่มีการพัฒนาจิตวิถีและวัฒนธรรมองค์กร ปี 2557
 - ขั้นตอนของการพัฒนาจิตสู่การสร้างสุข ด้วยสติในองค์กร ปี 2552-2557 ดังนี้
 1. ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านการพัฒนาจิตใจแก่ทีมนำ
 2. จัดอบรมให้บุคลากรเรียนรู้คุณค่าภายใน ทักษะ สมาธิ/สติและนำไปใช้ทั้งในการทำงานร่วมกับทีม
 3. ผู้ปฏิบัติงานเห็นประโยชน์ในการนำไปใช้กับผู้ป่วย
 4. นำไปสร้างประโยชน์กับชุมชน

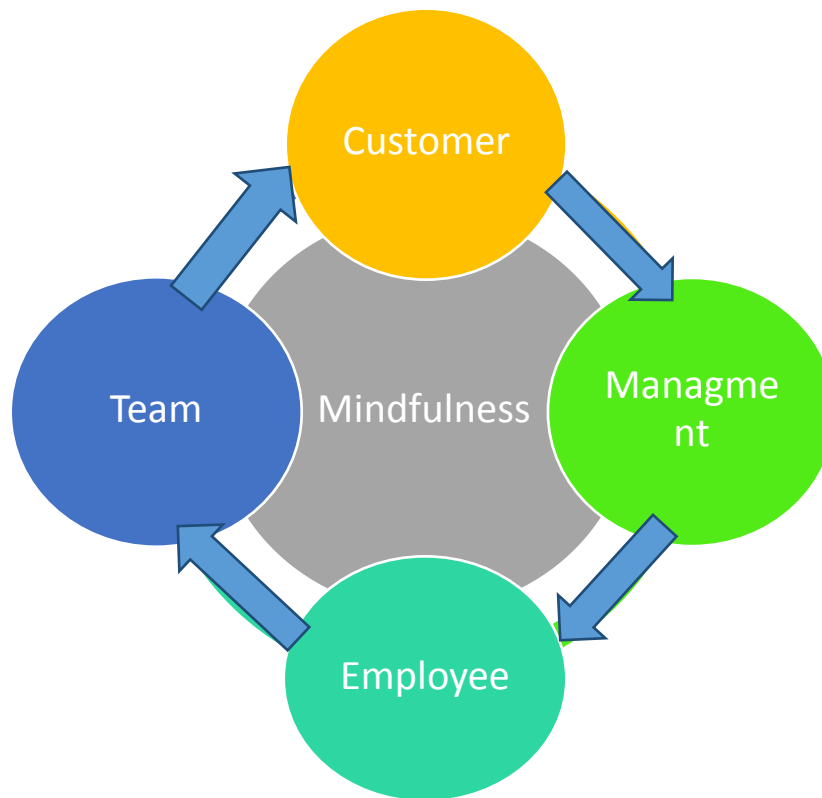
- การออกแบบกิจกรรมทั่วทั้งองค์กร มีขั้นตอน ดังนี้
 1. จัดอบรมผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/ทุกท่าน
 2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติภายในสำหรับบุคลากรทุกระดับ 15 นาทีละ 50 คน
 3. อบรมเรื่อง “การคิดเชิงบวก”
- การออกแบบกิจกรรมทั่วทั้งองค์กร : การจัดสิ่งแวดล้อม
 1. ติดตั้งระบบสัญญาณ “ระฆังแห่งสติ” ทุก 15 นาที
 2. เปิดเพลงธรรมะบรรยาย เวลา 06.30-07.30 น.
 3. มีการสวดมนต์สรรเสริญพระรัตนตรัย/แผ่เมตตา พร้อมกับ ถ่ายทอดระบบเคเบิลไปทุกแผนก OPD IPD ห้องพิเศษ เวลา 08.20-08.30 น. พร้อมกันทั้งโรงพยาบาล
 4. เวลา 20.00 น. เปิดเสียงสวดมนต์ 15 นาที
 5. จัดให้มีมุมหนังสือธรรมะให้บริการ ตามจุดบริการ OPD IPD ห้องพิเศษ
- การพัฒนาจิตเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานการประชุมด้วยสติสนทนา เช่น ทำสมาธิก่อนการประชุม
- ผลการประเมินความสุขด้วยตนเอง ตั้งแต่เข้า MIO พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นและการประเมินการพัฒนาจิตในองค์กรมีแนวโน้มในทางที่ดี
- 4 ขั้นตอนของการพัฒนาจิต จากโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2552-2557
 - ขั้นที่ 1 การเตรียมการและการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านการพัฒนาจิตแก่ทีมงาน
 - ขั้นที่ 2 การให้ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้คุณค่าภายใน ทักษะสมาธิ/สติและนำไปใช้ทั้งในการทำงานและการประชุม
 - ขั้นที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเห็นประโยชน์ในการนำไปใช้กับผู้ป่วย
 - ขั้นที่ 4 โรงพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ นำไปสร้างประโยชน์กับชุมชน
- โรงพยาบาลสิงห์บุรี จัก MIO 12 รุ่นปี 2558 จำนวน 772 คนคิดเป็นร้อยละ 92.79 ลมหายใจคือ เครื่องมือที่สร้างความสงบและเป็นปัจจุบัน โดยมีกิจกรรม เช่น การพัฒนาตนเองจากการฝึกสมาธิ/สติเพื่อให้เกิดความสงบ รู้เท่าทันอารมณ์ ฝึกสติรู้ในกิจที่ทำ รู้ในปัจจุบันขณะ เห็นการเปลี่ยนแปลงร่างกาย/จิตใจ การพัฒนารูทิม การสื่อสารในทีม การคิดบวก ฝึกการสื่อสาร “พูดและฟังอย่างมีสติ เรียกว่า สติสนทนา” ในกลุ่มผู้บริหารบูรณาการ สติสนทนากับแผนยุทธศาสตร์กับการพัฒนาองค์กร
- การประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้เข้าร่วมอบรม 12 รุ่น พบว่า เรื่องที่เข้าร่วมอบรม มีความน่าสนใจ ร้อยละ 86 และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ร้อยละ 89.5
- เสียงสะท้อนจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น นำไปใช้ในชีวิตประจำวันและครอบครัว การทำงานมีสติมากขึ้น การใช้คำพูด การให้บริการแก่ผู้มารับบริการ
- การประเมินผล
 - ประเมินความสุขก่อนการอบรม
 - ความสุขต่ำกว่าปกติร้อยละ 22
 - ความสุขปกติร้อยละ 63
 - ความสุขสูงกว่าปกติร้อยละ 15

- ประเมินอุณหภูมิใจหลังการอบรม
 - อุณหภูมิใจลดลงร้อยละ 78.5
 - อุณหภูมิใจเท่าเดิมร้อยละ 9.5
 - อุณหภูมิใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 12
- นำการพัฒนาจิตไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน เช่น ทำสมาธิก่อนและหลังเลิกงาน การทำสมาธิก่อนการประชุมเพื่อการประชุมที่สร้างสรรค์ เสริมสร้างการทำงานอย่างมีสติ โดยมีระฆังสติระหว่างวันในโรงพยาบาล บุคลากรติดตั้ง Application ระฆังสติในโทรศัพท์มือถือ
- การนำ Mindfulness In Health Care ได้แก่
 - งานห้องผ่าตัด นำไปเจริญสติในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกช่วยลดความวิตกกังวลได้ร้อยละ 80
 - งานหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประยุกต์ใช้ สมาธิ/สติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อลดความเจ็บปวดและผู้ป่วยมะเร็ง/ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยก่อน/หลังผ่าตัด
 - งานวิสัญญีพยาบาล ประยุกต์ใช้ดนตรีบำบัด/ฝึกการหายใจ ฝึกสติในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อลดความวิตกกังวล/ลดความปวด และผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ครอบครัวร้อยละ 100
 - งานแพทย์แผนไทย ประยุกต์การกำหนดลมหายใจ ประกอบท่าเคลื่อนไหว เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า
 - งานหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ใช้ในการเจริญสติในผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ลดความวุ่นใจในผู้ป่วย/ญาติ
 - งานห้องคลอด ใช้สมาธิและการหายใจ เพื่อลดความปวดในหญิงคลอดครอบคลุมหญิงที่มาคลอดร้อยละ 100 หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสมและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดการเจ็บครรภ์และผ่อนคลายก่อนการคลอด ซึ่งได้ผลร้อยละ 99.41
 - งาน ANC ฝึกการหายใจให้หญิงตั้งครรภ์ที่โรงเรียนพ่อแม่
 - การเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยการตามรู้ลมหายใจ
 - ใช้กับแพทย์แผนจีน (ฝังเข็ม)
- การดำเนินงาน MIO : หน่วยงานที่นำไปใช้กับผู้ป่วยและญาติจาก 12 หน่วยเป็น 15 หน่วยงาน กลุ่มสติเพื่อสุขภาพกลุ่มเจ้าหน้าที่ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังปี 2559 จำนวน 24 คน ล้อมวงเล่าเรื่องสุข ฝึกสมาธิ ฝึกพูดและฟังอย่างมีสติ 9 รุ่น จำนวน 298 คน
- ขยายไปสู่ชุมชน สติกับการกินในการแก้ปัญหาเด็กอ้วนเด็กอ้วน โดยใช้สติในการรับประทานอาหาร
- นอกจากนี้ยังบูรณาการในโครงการโบนัสโดนใจลดน้ำหนักได้ให้เลย และยังบูรณาการในการอบรมต่างๆ การพัฒนาตน การพัฒนาสมาธิ สติ การสร้างความสงบในการดูแลตนเองและผู้อื่น
- พัฒนาสื่อในการสร้างสติ ธรรมรงค์สติในองค์กร
- สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปสู่การพัฒนาในระดับตัวบุคคลและหัวหน้างาน ตัวอย่างจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

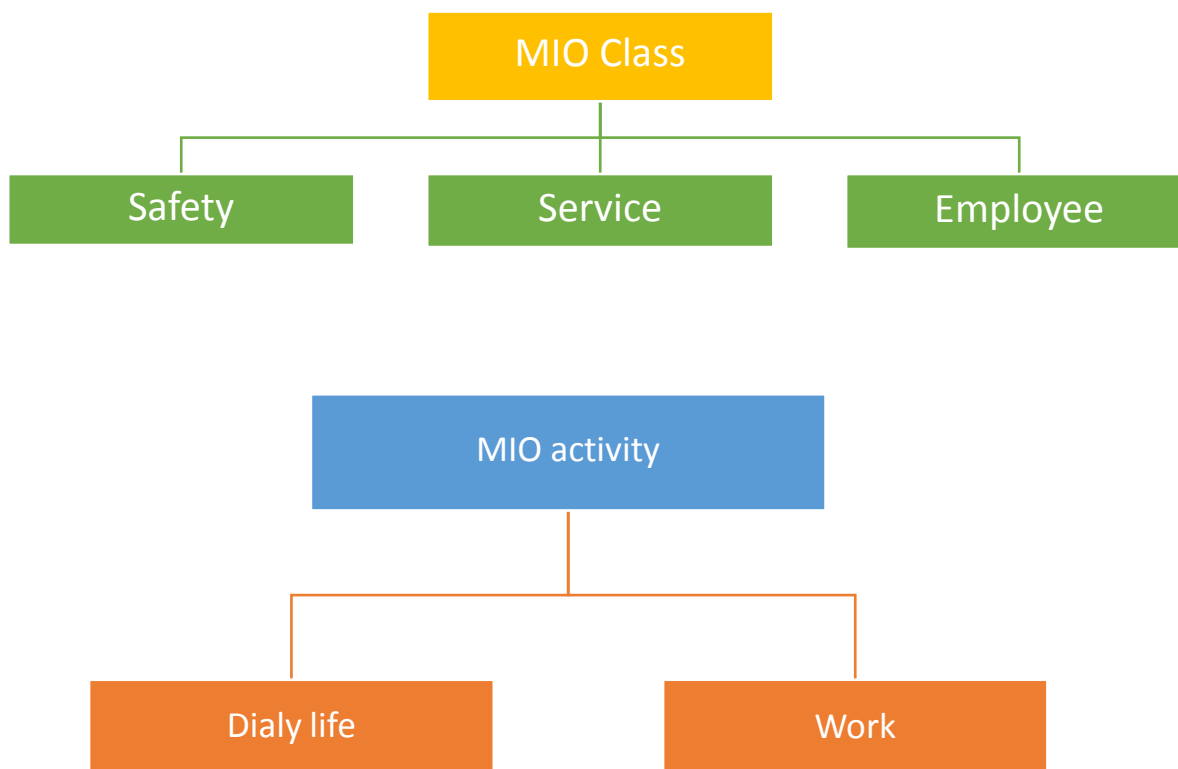
- คุณหมอฟ่ตัดร่วมแลกเปลี่ยน ว่าเคยผ่านการเป็นคนไข้ จึงเข้าใจว่าตอนนั้นแค่ทำ ฟัน มีความกลัว เกร็ง กลั่นลมหายใจ พอมาเรียนรู้ลมหายใจและได้ฝึกทำ เห็น ร่างกายที่ผ่อนคลาย จึงนำการรับรู้ลมหายใจไปใช้กับผู้ป่วยที่มาตรวจตา ซึ่งถ้าผู้ป่วย กลัว เกร็ง ผู้ป่วยจะแหงนคอขึ้น ทำให้ตรวจกับเครื่องมือไม่ได้ เวลาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหมอมจะหงุดหงิด หมอจึงต้องกลับมารับรู้ลมหายใจมากขึ้นเพื่อลดความ ขุ่นมัวของจิตใจ
- หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่มีเด็กมาป่วยและหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่เห็นความว้าวาน วิตกกังวลของญาติ จะนำ Mindfulness ไปใช้กับญาติ เพื่อลดความเครียด ว้าวุ่นใจ
- บุรณาการสติบำบัดในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยร่างกาย โรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ วิกฤตด้านจิตใจ
- สุดท้ายการพัฒนาคุณภาพทางใจ ควรต้องทำควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
 - บริบทของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการโดยประมาณ 3,372 คน/วัน 1,230,780 ล้านคน/ปี จากทั่วโลก 190 ประเทศ
 - ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในประเทศไทย
 - โดยมี Vision & Mission : มุ่งมั่นที่จะให้บริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดด้วยความเอื้ออาทร และยึดหลักคุณธรรม แก่ผู้ป่วยทุกคน
 - You are the cause of happiness : The only person who can make you happy or unhappy in this world is “You”. You alone have the ability to create happiness for yourself.
 - จากงานวิจัยของ ศ.ศิริพร จิรวัดน์กุล คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น (Woman’s Health 2012: Partnering for a Brighter Global Future) : จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 3,000 คน ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่า 2 ใน 3 ของพยาบาลประเมินความสุขของตัวเองต่ำกว่า บุคคลทั่วไป และร้อยละ 49.6 เคยคิดออกจากวิชาชีพพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา
 - DR. Stephen R. Covey กล่าวไว้ว่า ความสุขของคนทำงาน คือพลังสำคัญที่เกื้อหนุนต่อ ความสำเร็จขององค์กร
 - มีความกล่าวอีกหลาย ๆ คำกล่าวเกี่ยวกับการทำงาน เช่น “เราไม่สามารถจะให้อะไรใครใน สิ่งที่เราไม่มี” “หากเรายัง...ทุกข์ แล้วจะเอาสุขที่ไหนมอบให้ผู้อื่น”
 - การสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization : MIO) ต้องประกอบไปด้วย



- ปัจจุบันบริษัทธุรกิจใหญ่ในอเมริกา ร้อยละ 25 มีโปรแกรมฝึกการเจริญสติให้แก่พนักงาน เพราะการเจริญสติช่วยให้คุณมีสมาธิอยู่กับสิ่งที่คุณกำลังทำอยู่ ซึ่งมันทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานดีขึ้น การตัดสินใจดีขึ้น คุณจะเข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ดีมันทำให้คุณสามารถอยู่กับความวุ่นวายในชีวิตของการทำธุรกิจได้ ดังเช่นบริษัทกูเกิล (Google) search engine ใช้โปรแกรม Search Inside Yourself ในการพัฒนาบุคลากรโดยใช้การฝึกการเจริญสติอย่างจริงจัง โดยมีหลักอยู่ 3 ประการ คือ
 1. ฝึกให้เจ้าหน้าที่มีสติจดจ่อกับปัจจุบันให้ได้ (Attention) เพราะเขาเห็นว่าจะทำให้จิตมีสมาธิ ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ไม่เครียดซึ่งจะเป็นฐานสำคัญ ทำให้สามารถพัฒนาได้
 2. ฝึกให้มีสติในการมองเห็นอารมณ์ในใจตนเอง (Self Awareness) เช่น เวลาโกรธก็กำหนดให้รู้ทัน รู้อารมณ์ตัวเอง ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้มีสติและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสุขในการทำงาน สามารถคิดสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ได้
 3. ฝึกต่อยอดให้พนักงานมีอุปนิสัยการเป็นมีเมตตา กรุณา รู้จักเห็นใจผู้อื่น มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการให้ซึ่งขั้นนี้จะง่ายขึ้นหลังจากฝึก 2 ขั้นแรกได้ดี
- ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในการคิดบวก เช่น อย่าคิดว่าต้องคิดว่าต้องขึ้นเวร โดยเปลี่ยนความคิดว่าขึ้นมาทำบุญ เรายังไม่มีสุขจะทำให้คนอื่นมีสุขได้อย่างไร โดยการใช้สติในการทำงาน
- มีงานวิจัยต่าง ๆ พนักงานมีสติจะทำให้การทำงานมีคุณภาพมากขึ้น
- Happiness for All



- ทำอย่างไรให้คนในองค์กรมีความสุข โดยใช้ Bumrungrad Retention Program
 1. ขั้นแรกต้องมีการวินิจฉัย (Diagnosis) โดยวัดจาก
 - Employee (เจ้าหน้าที่)
 - Happinometer
 - Engagement score
 - Emo-meter
 - Service Quality
 - Recognition Program
 - Turnover Rate
 - Customer (ผู้ให้บริการ)
 - Patient Safety
 - Incident Report
 - Customer satisfaction
 - Customer Feedback (CFB)
 2. ให้วิตามินความสุข (Vitamin for Happiness) มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมความสุขปลูกได้ กิจกรรม Happy Soul และกิจกรรม Happy body เป็นต้น
 3. การรักษาโดยให้ วัคซีน (Mind Vaccine) โดยการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization : MIO)
 - โดยจัดเป็น



- ที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จะมุ่งเน้นปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานอย่างเอื้ออาทร และให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งทางโรงพยาบาลจะนำเสนอกิจกรรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กร เพื่อให้บุคลากรครองสติและตระหนักรู้ถึงสภาวะอารมณ์ตนเอง เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่หลากหลายได้ดียิ่งขึ้น นำมาซึ่งบริการที่มีประสิทธิภาพและน่าประทับใจ
- เสียงตอบรับของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม Mindfulness in Organization ได้แก่ “นำไปใช้ในการทำงานได้จริง ใจเย็นลง ควบคุมอารมณ์ดีขึ้น เวลาเจอคนไขใจร้อนมากก็สื่อสารกับเขาได้ดีขึ้น” “ลดความเครียดด้วยตัวเอง มีความสุขมากขึ้น” “รู้สึกผ่อนคลาย มีพลังในการทำงาน” “ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับต่างแผนกได้คำแนะนำจากเพื่อนๆ บางทาจมองเห็นภาพอีกมุม ซึ่งมาปรับใช้ในการทำงานของเราได้”
- การพัฒนาบุคลากรโดยใช้ Mindfulness ทำให้ผลการพัฒนาด้านต่าง ๆ ของบุคลากรดีขึ้น เช่น ความผูกพันในองค์กรดีขึ้น ความพึงพอใจมากขึ้น
- การนำ Mindfulness in Organization มาใช้ในการพัฒนา Service and Safety ของบุคลากรเพื่อพัฒนาระบบการบริการ และส่งผลต่อ Safety training
- การสื่อสาร (Communication) : ผ่านทาง Facebook, Mobile Application, E-mail, Poster, Line Sticker (NooBumrungrad: Mindfulness)
- การประเมินความพึงพอใจหลังการอบรมใน MIO Class พบว่ามีความพึงพอใจมากขึ้น
- การนำมาใช้ในชีวิิตประจำวันและการทำงาน (Mindfulness in Daily life and Work) เช่น การทำสมาธิก่อนการประชุม (Meditation before meeting) ,Use Dialogue and Creative Discussion in meeting, Use Mindfulness Bell in meeting, Mindfulness in work, Mindfulness communication, Mindful in work life เป็นต้น

- ใช้ iPhone ตั้ง iPhone SE ,iPhone 6 และ iPhone 7 Down load application mindfulness มาใช้ได้ และ Android ก็สามารถใช้ได้เหมือนกัน
- ไม่ใช้การบังคับ เนื่องจากเชื่อว่าการนำสติมาใช้ได้ผลในการบริการ และสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันอย่างแท้จริง
- โรงพยาบาลเส้าไห้
 - การสร้างสุขในองค์กรสานฝันสู่ความจริง
 - จะสร้างสุขได้อย่างไร เนื่องจากรพ.จน เจ้าหน้าที่ก็จน อุปกรณ์ก็ไม่พร้อมใจ งานเยอะ ลด รายจ่ายทุกปี 10% บรรยากาศเหล่านี้อาจทำให้เกิดความเหงาในองค์กร
 - สิ่งที่ทำให้ห้องมีความสุข เช่น ลูกน้องไม่เก่งก็เป็นคนดี ลูกน้องที่เก่งก็เป็นคนดี ทำให้เกิดมิติ ความสัมพันธ์ในองค์กร
 - กิจกรรมที่ช่วยเจ้าหน้าที่รักกัน
 - ผ่าน HA นำกิจกรรมบทเพลงมาใช้
 - กล่อ่งให้อภัย
 - 89 โครงการคุณธรรม
 - ทำวันสุข พบว่าช่วงอายุ 46 ปีความทุกข์เนื่องจากมีภาระมากมาย คนแก่จะมีความสุขมาก ง่ายขึ้น
 - จัดกิจกรรม Happy death day เพื่อเตรียมความตายทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เข้าใจชีวิต มากขึ้น เพื่อเตือนสติว่าวันนี้เราควรทำอะไร ทำให้เราเข้าใจว่าก่อนตายเราควรทำอะไร
 - สุขเอา-สุขให้
 - สุขตื่น-สุขลึก
 - สุขเดี่ยว-สุขร่วม
 - สุขโลก-สุขธรรม
 - สุขแท้-สุขเทียม
 - สุขแบบจิตวิทยา เช่น Marlowe
 - สุขแบบพอเพียง สุขแบบติดดิน สุขแบบเข้าใจเข้าใจถึงการพัฒนา สุขแบบตามรอยพระบาท
 - รู้ทุกข์จึงสุข เราต้องเข้าใจว่าธรรมะที่สร้างความสุข คือ mindfulness
 - คุณธรรมเรื่องความเสียสละ
 - บางที่เราต้องการความสุขที่ใกล้ตัว เช่น สิ่งที่มาอง เสียงที่ได้ยิน การได้ยินเสียงบันของภรรยา วันใดไม่ได้ยินจะเหงา
 - มัชฌิมาปฏิปทา ทางสายกลาง
 - ไม่สุขจึงสุข/เมื่อว่างจึงเป็น เช่น สุขไม่เป็น ไม่เป็นสุข
 - สุขที่สมบูรณ์ ต้องเกิดที่ใจก่อน แต่บางคนอาจเน้นวิธีการ เช่น เราใจดี คนใช้ชม ทำดี ทำให้ เราดีใจ ตรงกันข้ามถ้าเราใจไม่ดี คนใช้ไม่พอใจ ร้องเรียน เราก็เสียใจ ถ้าเราถูกหยาเราก็ดีใจ ถูกบ้างไม่ถูกบ้างเราก็ดีใจ ถ้าเราเปรียบเทียบเราก็ทุกข์ใจ
 - การทำ Plan ต้องทำตั้งแต่ Now plan
 - การจะมีความสุขต้องอยู่ใจ คิดสุข ทำสุข และเราจะมีวันสุขแท้

สรุป

- ผอ.รพ.ปทุมธานี เริ่มที่เราพูดเป็น ทำสิ่งที่เขาคาดหวัง
- รพ.สิงห์บุรี เมื่อมีสติกับตัวเราตลอดเวลาสามารถถ่ายทอดสติกับคนอื่นได้
- รพ.บำรุงราษฎร์ ในหนึ่งวันขณะตื่นต้องใช้สติ ระหว่างวันได้รับความกระทบกระเทือนก็กระทบต่อจิตใจ ทำอย่างไรเราจะทำสุขจากข้างในออกไปสู่ข้างนอก เราไม่สามารถเปลี่ยนคนอื่นได้ต้องเปลี่ยนที่ตัวเรา จะได้เป็น Thailand Mindfulness
- รพ.เสาไห้ เล่าเรื่องเด็กคนหนึ่งเกเรยิงนกตกปลา ที่บ้านตากปลาแห้งมีหมาขี้เรื้อนมากินเขาจึงใช้ไม้ฟาดอย่างแรง คิดว่าหมาคงตายและคาดว่าออกมาจะเอาหมาไปกิน แต่แล้วออกไปไม่พบหมาแต่พบรอยเลือด และแล้วไปเจอหมาตัวนั้นกำลังให้นมลูก เด็กคนนั้นมองเห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อจิตใจเขา ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาเด็กคนนั้นไม่ยิงนกตกปลาอีกเลย ดังนั้นเราต้องเรียนรู้ภาพจากความสุข

คำถามแลกเปลี่ยน

- ในองค์กรเมื่อจะขยับอะไรมีกลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย จะทำอย่างไร
 - รพ.สิงห์บุรี : เราไม่โทษใคร เราต้องมองภาพรวม มองคนที่เห็นด้วยส่วนน้อยก่อน แล้วอาจจะขยายผล
 - รพ.บำรุงราษฎร์: เราต้องเชื่อว่าทำในสิ่งที่ดี เริ่มต้นที่ตัวเราก่อน

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
KM & R2R : แร่งบันดาลใจสู่ผลสำเร็จของงานจากการเรียนรู้ในยุค 4.0
(Transformative Learning) และ
เรียนรู้วิธีการถอดบทเรียนจากประเด็นผลงาน Best Practice 8 จังหวัด
วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 08.30 - 12.00 น.
ห้องประชุมวังดอกไม้ โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

เป้าหมายสูงสุดของการทำงานในองค์กรสาธารณสุข คือ “ประชาชนมีความสุขที่ดี” ถึงแม้ว่า วิธีการของการนำมาซึ่งเป้าหมายของแต่ละหน่วยงานจะแตกต่างกันไป ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย แต่ไม่ว่าอย่างไรก็ตาม การได้มาซึ่งเป้าหมายของหน่วยงานนั้นต้องเกิดจากทรัพยากรที่สำคัญในแบบเดียวกัน คือในหน่วยงานต้องมี “บุคลากรที่เป็นมืออาชีพ” และมีจิตวิญญาณที่จะตอบสนองเป้าหมายสูงสุดขององค์กร แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน ศตวรรษที่ 21 การพัฒนาทุนมนุษย์ในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ปัญหาอย่างหนึ่งในการพัฒนาทุนมนุษย์ในองค์กรมักไม่เกิดจากการวิเคราะห์ส่วนขาด และสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมอย่างแท้จริง ขาดการเชื่อมโยงทีมเครือข่ายที่เข้มแข็ง การเสริมแรงบันดาลใจ เพื่อเป้าหมายการพัฒนา งาน พัฒนา คน การบูรณาการอย่างไรจะกลมกลืนได้ลงตัว ภายใต้รูปแบบ การงานให้สัมฤทธิ์ผล คนทำงานอยู่อย่างสมดุล เป็นสุข การทำงานในสังคมแห่งฐานความรู้ยุคปัจจุบัน ไม่ว่าในองค์กรใดต้องตามบทบาทให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ก้าวผ่านด้วยกระแสของเทคโนโลยี และสารสนเทศ จึงเป็นคำถามของนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่าทำอย่างไรจึงจะใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งในสังคม ตัวบุคลากร ให้ดีต่อองค์กร ตอบสนองต่อผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ เป้าหมายองค์กรอย่างแท้จริง และต้องปรับความสมดุลทางใจให้กับบุคลากรได้พร้อมกัน

การเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับ “คนทำงาน” และยุคสมัยปัจจุบัน คือ การเรียนรู้จากการปฏิบัติ ทั้งการปฏิบัติด้วยตนเอง และเรียนรู้จากการปฏิบัติของคนอื่น จึงทำให้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจวิธีการ “ถอดบทเรียน”

“การถอดบทเรียน” เป็นวิธีการหนึ่งของการจัดการความรู้ เป็นเทคนิควิธีการที่พูดกันมากในแวดวงการพัฒนา เพราะการถอดบทเรียนนำมาซึ่ง องค์ความรู้ ที่เราเรียกว่า Practical Knowledge หรือความรู้จากการปฏิบัติ นำมาเป็นความรู้ที่พร้อมนำไปใช้ต่อในมุมของการพัฒนาได้ผ่านหลักการ ที่ว่า Right View, Right Concept และ Right Action นั่นก็หมายความว่า ผลการปฏิบัติที่ดี ย่อมต้องมาจากแนวคิดและมุมมองที่ถูกต้อง การถอดบทเรียนเพื่อให้ได้บทเรียน ต้องถอดให้ลึกในระดับแนวคิดและ มุมมองของการดำเนินงาน และ บทเรียนที่ลึกซึ้งในระดับนี้ ผู้อ่านและใช้บทเรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความแตกต่างต่อไป ดังนั้นการถอดบทเรียนและได้บทเรียนที่ดีจึงมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายและก็มีวิธีการถอดบทเรียนในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ได้ “บทเรียน” ที่มีคุณภาพดังกล่าว

การสร้างความรู้จากการอ่าน การฟัง สิ่งสำคัญที่สุดคือ ทักษะการถอดบทเรียนของผู้เรียนรู้ และการถอดบทเรียนที่ดีต้องได้ “บทเรียนที่มีคุณภาพ” และพร้อมนำไปประยุกต์ใช้ต่อยอดกับงานที่ทำอยู่ได้ ทักษะการถอดบทเรียนจากงานวิจัยในงานสัมมนา ไม่ว่าจะเป็นการนำเสนองานวิจัยจากนักวิจัย เราจะอยู่ในบทบาทผู้ฟัง การเดินชมนิทรรศการทางวิชาการ เราจะอยู่ในบทบาทของผู้อ่านบทความที่นำเสนออื่นๆ หากเรามีทักษะในการถอดบทเรียนที่ดี เราก็จะได้ บทเรียนที่ดีไปด้วย

เขตสุขภาพที่ 4 ที่ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา นครนายก สิงห์บุรี อ่างทอง ลพบุรี และสระบุรี ภายใต้บริบทการทำงานที่หลากหลาย สภาพปัญหาพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทรัพยากร ที่มีอย่างจำกัดและแตกต่างกัน การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนางานประจำก่อให้เกิด Best Practice ที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ การนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันจะเกิดมุมมองของการนำไปพัฒนา ต่อยอด และเกิดทีมเรียนรู้ของคณาจารย์ในเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อให้บุคลากรในเขตสุขภาพที่ 4 ได้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานที่เป็น Best practice ในการพัฒนางานของบุคลากรทั้ง 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อให้บุคลากรผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้ประเด็นงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ และเรียนรู้วิธีการถอดบทเรียน
3. เพื่อเป็นเวทีให้คณาจารย์ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้สร้างและต่อยอดแรงบันดาลใจในการพัฒนางานจากการแลกเปลี่ยนรู้ระหว่างกัน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. การเตรียมตัวถอดบทเรียน ในกรณีการถอดบทเรียนในประเด็นที่ใหญ่และมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกระบวนการหลากหลาย การเตรียมตัวควรเริ่มจาก

เตรียมสร้างทีม ควรจะทีมถอดบทเรียนประมาณ 3- 5 คน เพื่อให้มีการบริหารจัดการเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อการถอดบทเรียนที่มีประสิทธิภาพ

เตรียมทีมงาน การทำงานร่วมกันต้องสอดคล้องประสานกัน หากไม่เช่นนั้นงานก็จะไม่สำเร็จ ทีมงานทุกคนต้องรู้ บทบาทและหน้าที่ รับทราบความสำคัญและเห็นภาพรวมของการถอดบทเรียนทั้ง กระบวนการ เพื่อเดินไปสู่เป้าหมายเดียวกัน และทุกคนสามารถที่จะทำหน้าที่แทนกันได้ในช่วงถอดบทเรียน

เตรียมวิเคราะห์โครงการ ตรงนี้สำคัญสำหรับการเตรียมตัวและเป็นการบ้านของผู้นำ กระบวนการถอดบทเรียน (วิทยากรถอดบทเรียน) การที่เราได้เรียนรู้รายละเอียดของโครงการ/กิจกรรม ในระดับที่เข้าใจ เห็นภาพกระบวนการของโครงการทั้งหมดก่อนที่จะถอดบทเรียน ทำให้เราเห็นภาพรวมที่ชัดเจน มากขึ้น และส่งผลต่อการตั้งคำถามถอดบทเรียนที่มีพลังได้ด้วย

เตรียมกำหนดบทบาททีมงาน ขั้นตอนนี้เป็นเหตุผลว่า ทำไมต้องมีทีมงาน 3-5 คน

คนที่ 1 หัวหน้าทีม ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในกระบวนการถอดบทเรียน

คนที่ 2 วิทยากรกระบวนการ หรือที่เราเรียกกัน FACILITATOR ทำหน้าที่เป็นผู้นำและสร้างการเรียนรู้

คนที่ 3 ผู้จัดบันทึก ตรงนี้ผมแนะนำว่า ควรจะมี 2 คน คนแรกจดแบบละเอียด คนที่สอง จดประเด็นขึ้นกระดาน ปูฟให้ทุกคนได้มองเห็นประเด็นการพูดคุยที่สั้นไหลไป (แนะนำให้ใช้ Mind- mapping หากขาดประเด็นใด ก็สามารถเติมเต็มได้ในทันที)

คนที่ 4 ผู้ประสานงาน ทำหน้าที่ประสานงานทั่วไป เพื่อช่วยเหลือ เวทีการถอดบทเรียน

2. ความรู้และทักษะที่จำเป็นของการถอดบทเรียนจากงานวิจัย ที่นักเรียนรู้ต้องมี ได้แก่ ความรู้พื้นฐานงานวิจัย ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทของนักวิจัย คณาจารย์ที่ใช้วิจัยเป็นเครื่องมือนั้นก็หมายความว่า ท่านเป็นผู้ที่มีองค์ความรู้การวิจัยอยู่ในระดับหนึ่งแล้ว

ทักษะการคิดเชิงระบบ เป็นทักษะที่เป็นความสามารถในการมองเห็นภาพรวมของ ปรากฏการณ์หนึ่งๆได้อย่างเป็นองค์รวม สามารถเชื่อมโยงองค์ประกอบย่อยในระบบใหญ่ได้

ทักษะการฟัง เป็นทักษะที่มีความจำเป็น เมื่อมีวิธีการฟังถูกต้องฟังอย่างลึกซึ้ง มีสติ สมาธิ จดจ่อกับเรื่องราวที่กำลังนำเสนอ จะส่งผลให้การจับประเด็นและการบันทึกมีประสิทธิภาพ

ทักษะการจับประเด็น รู้ว่าสิ่งไหนคือประเด็นสำคัญ สิ่งไหนคือเนื้อหาที่ให้อธิบายและยกตัวอย่างประเด็น

ทักษะการตั้งคำถาม การตั้งคำถามที่ดีจะทำให้ผู้เรียนรู้ได้กระจ่าง เข้าใจในประเด็นปัญหา

ทักษะการจดบันทึก การจดบันทึกที่เป็นมืออาชีพ คือการจดบันทึกประเด็นสำคัญที่กระชับ ครบถ้วน ครอบคลุม ตามโครงสร้างที่เป็นภาพรวมของเนื้อหาและสามารถนำมาขยายความได้ในภายหลัง

3. ขั้นตอนการดำเนินการถอดบทเรียน

เพื่อการดำเนินการถอดบทเรียนที่มีประสิทธิภาพ มี ขั้นตอนดำเนินการ 4 ขั้นตอน

1. สร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายเป็นกันเอง ตรงนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ การสร้างบรรยากาศความเป็นมิตร รู้จักกันก่อน จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมวงถอดบทเรียนเปิดใจและพร้อมในการร่วมกระบวนการมากขึ้น

2. การกำหนดกติกาแบบมีส่วนร่วม (เป้าหมาย-วัตถุประสงค์-วิธีการ-บทบาท/หน้าที่-ข้อพึงระวัง) ในการร่วมวงถอดบทเรียน เพื่อประสิทธิภาพของการถอดบทเรียน

3. “อุ่นเครื่อง” พูดถึงภาพรวมการถอดบทเรียน บอกกล่าววัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวงถอดบทเรียน เห็นและเข้าใจความสำคัญว่า การถอดบทเรียนเพือให้ได้ผลลัพธ์ อะไร และมีความสำคัญอย่างไร

4. เข้าสู่ประเด็นการถอดบทเรียน..ตรงนี้สำคัญครับ ตรงนี้เราใช้ “โครงสร้างการถอดบทเรียน” ที่ทำให้เราไม่สับสน และเป็นไปตามลำดับ อธิบายได้ดังนี้

สถานการณ์/สภาพปัญหา เป็นบริบท(Context) ของสถานที่และข้อมูลเชิง ประจักษ์ (Evidence based) ที่นำมาสู่ประเด็นถอดบทเรียน

แนวคิด/หลักการในการดำเนินงาน (แนวคิดการทำงานที่เกิดจากการวิเคราะห์ สถานการณ์/ปัญหา) ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนาอะไร เราต้องมีแนวคิด มุมมอง บางอย่างเพื่อกำกับทิศในการ ดำเนินงาน แนวคิด มุมมองนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสิ่งนี้คือ หลักการที่สามารถใช้หรือประยุกต์พัฒนา ในพื้นที่ที่แตกต่างได้ วัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมาย (ต้องการบรรลุอะไร?) จะสอดคล้องกับสถานการณ์/สภาพปัญหา เป็นบริบท (Context) ของสถานที่และข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) ข้างต้น วิธีปฏิบัติและกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง? (ทำอย่างไร) เล่าเรื่องออกมา เป็นขั้นตอนเพื่อให้ไม่สับสนผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร มีทั้ง Output Outcome และ Impact ปัญหาและอุปสรรคหรือความท้าทาย ที่พบมีอย่างไรบ้างและวิธีการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวเป็นอย่างไร?

“บทเรียน” ที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงาน (เป็นการสังเคราะห์จากภาพรวม) ถึงขั้น ตอนนี้เป็น การสรุปอีกครั้ง และขั้นตอนนี้เป็นแก่นของการถอดบทเรียนจริงๆ เพราะเราจะใช้คำถาม 4 ข้อของ การถอดบทเรียน ได้แก่ 1.ความสำเร็จที่คาดหวังคืออะไร 2.สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร 3.ทำไมจึงแตกต่างกัน 4. จะทำอะไรให้ดีขึ้นในอนาคต

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. การมีโครงสร้างของงานที่ชัดเจน
2. การสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากรที่ต่อเนื่องจากผู้บริหารขององค์กร ตามความเหมาะสม
3. การวางแผนและกำหนดแผนปฏิบัติที่ควรให้เกิดจากทีมที่มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน
4. การมีแผนปฏิบัติการที่ยืดหยุ่นเข้ากับสภาพการทำงานสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีการกิจที่มากมายหลากหลาย

5. ทีมเรียนรู้ที่สื่อสารผสมผสานโดยมีสัดส่วนของการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal) มากกว่า และเป็นทีมที่เปิดใจรับฟังกัน ivoว่างใจ
6. การทำงานที่มุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นธรรมชาติของคนทำงานสาธารณสุข
7. มีที่ปรึกษาที่เข้าใจ
8. การมีช่องทางการสื่อสารของทีมที่สะดวกต่อการเข้าถึง เช่น Line, Facebook , Email

5.การสร้างสภาพแวดล้อมแห่งการเรียนรู้ให้กับองค์กร สภาพแวดล้อมขององค์กรแห่งการเรียนรู้ ไม่ได้เป็นความจำเป็นในการใช้งบประมาณที่มากมาย เพียงแต่รู้จักการจัดการนำมาใช้ของทรัพยากรที่มีอยู่ให้เอื้ออำนวยและสะดวกต่อบริบทของคนในองค์กร เพอการเข้าถึงองค์ความรู้

6.การสร้างรูปแบบการสื่อสารที่เป็นการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ และการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับคนในองค์กร สะดวกต่อการเข้าถึงมาใช้เพื่อการสื่อสารกันของทีม และเผยแพร่ความรู้ บทสรุปสำคัญต่อการสร้างการเรียนรู้ และองค์กรแห่งการเรียนรู้ “เมื่อเราขับเคลื่อนงานพัฒนาต่อไปเราต้องทำได้ดีกว่าเดิม” การมุ่งผลสำเร็จที่ยอดเยี่ยม เริ่มต้นมองจาก 2 มุมมอง

มุมมองที่ 1: มุมมองบทเรียนจากความล้มเหลว “ทำอะไรที่จะไม่ให้เกิดผิดพลาด ซ้ำแบบเดิม”

ความผิดพลาดจากเรื่องเดิมๆ เป็นการเดินทางที่ย่ำอยู่กับที่ และถอยหลังลงคลอง เป็นสถานการณ์ที่ ขาดทุน และความผิดพลาดไม่ใช่เรื่องบังเอิญ สาเหตุของความผิดพลาดในเรื่องเดิมๆ น่าจะเกิดจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1. เพราะเราไม่ใส่ใจในสิ่งที่เราทำผิดพลาดลงไป
2. เพราะว่าเรา “ไม่รู้”
3. หรือ เรา “รู้” แต่ยอมให้เกิดความผิดพลาด

ข้อ 1 และ ข้อ 2 พอที่จะแก้ไขได้ ถ้ามีการถอดบทเรียนที่ดี เพราะทำให้เราเกิดการเรียนรู้ และเพิ่ม ความสำเร็จในการทำงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น ตั้งคำถามไวเสมอๆว่า “เราจะทำ อย่างไรเพื่อไม่ให้ผิดพลาดซ้ำแบบเดิม”

มุมมองที่ 2: มุมมองบทเรียนจากความสำเร็จ เมื่อการทำงานนั้นๆเกิดความสำเร็จ ไม่ว่าจะด้วย ปัจจัยใดๆก็ตาม ย่อมมี “บทเรียน” ซ่อนอยู่เบื้องหลังความสำเร็จนั้น นักถอดบทเรียนจะต้องค้นหาให้ได้ว่า ความสำเร็จนี้มาจากปัจจัยเงื่อนไข อะไร? ความสำเร็จนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานอะไร? และตั้งคำถามต่อว่า “จะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม ทำได้อย่างไร”

การถอดบทเรียนจึงเป็นการเรียนรู้จากผลลัพธ์ของงาน ไม่ว่าจะสำเร็จ หรือ ล้มเหลว ล้วนแล้วแต่เป็น “บทเรียนที่มีคุณภาพสูง”(high-quality lesson learned) ที่นำสู่การตัดสินใจขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเพื่อการบรรลุเป้าหมาย (Achieving Goals) ที่มีประสิทธิภาพสูง

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แนวคิดข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1.ควรสร้างทีมงานด้าน KM & R2R จากตัวแทนผู้รับผิดชอบงานแต่ละจังหวัดหรือผู้สนใจที่มีใจรักในงานของเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งเป็นโครงสร้างที่เป็นรูปธรรม พร้อมกระบวนการเสริมแรงบันดาลใจให้ทีมได้ขับเคลื่อนงาน

2. สนับสนุนทรัพยากรให้สามารถขับเคลื่อนงาน
3. พัฒนาและเอื้อให้บุคลากรเข้าถึงแหล่งสืบค้นข้อมูลทางงานวิจัยให้มากขึ้น

4. การแสวงหาภาคีความร่วมมือเข้ามาร่วมเป็น ทีมเรียนรู้ และเชื่อมโยงกับแหล่งเรียนรู้ เช่น มหาวิทยาลัย แหล่งเรียนรู้ในชุมชน เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาต่อเนื่อง และยั่งยืน

5. การสร้างค่านิยมทางวัฒนธรรมที่ชัดเจนสำหรับการสร้างและแบ่งปันความรู้ ให้เกิดขึ้นภายในเขต
 สุขภาพควรประกอบด้วยการทำดังต่อไปนี้
- 5.1 ต้องสร้างวิถีคตินอกกรอบ และการคิดเชิงระบบให้กับบุคลากร
 - 5.2 ต้องสร้างความไว้วางใจ ให้กับคนในทีม
 - 5.3 ต้องจัดการความรักให้กับคนในทีม
 - 5.4 ต้องคอยกระตุ้นความท้าทายและความเชื่อในการลงมือปฏิบัติ
 - 5.5 ต้องให้อิสระทางความคิด และกล้าที่จะเสี่ยง
 - 5.6 ต้องสื่อสารโดยการรับฟังอย่างเปิดใจ
 - 5.7 ต้องมีรูปแบบการติดต่อข้ามสายงานอย่างมีอิสระ และเน้นที่ไม่เป็นทางการ
 - 5.8 ต้องสร้างภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วม การเป็นเจ้าของงานร่วมกันของทีม
 - 5.9 ต้องสร้างวิธีการบริหารความขัดแย้งที่ดีให้กับทีม และเปิดใจยอมรับความ หลากหลายของคนใน
 ทีม
 - 5.10 ต้องมีโครงสร้างของทีมที่คล่องตัว
 - 5.11 ต้องมีแผนปฏิบัติการทางงานที่ยืดหยุ่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากร มีประสบการณ์และเกิดการพัฒนาตนเอง
2. บุคลากร สามารถนำงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการทำงานประจำวันได้ สร้างและพัฒนาองค์ความรู้ ถ่ายทอด
 ประสบการณ์ที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
3. เป็นประโยชน์ต่อการสร้างผลงานทางวิชาการที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เผยแพร่สู่ชุมชนอื่นได้
4. ประโยชน์ของผลงาน R2R ที่มีต่อผู้รับบริการ และองค์กรอย่างแท้จริงส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข สนุก
 กับงานที่ไม่ได้ทำไปวันๆ อีกต่อไปจน R2R กลายเป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรมองค์กร
5. องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเป็นผู้นำทางวิชาการ ต้นแบบเรียนรู้
6. สร้างความสุขจากการทำงานเป็นทีมร่วมเรียนรู้และพัฒนาแบบมีส่วนร่วมให้กับบุคลากร
7. นำสู่เป้าหมายความสำเร็จของประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข

นางสาวธนัตถ์นันท์ โตประมาณ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

Note taker

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)
วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 - 12.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย 1 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

1.ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา CKD ต.บางคูเวียง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

รพ.สต.วัดหู่ช้าง ต.บางคูเวียง อ.บางกรวย จังหวัดนนทบุรี รับผิดชอบประชากร จำนวน 4,364 คน พบมีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 327 คน คิดเป็น 7.49 % และจากผู้ป่วยจำนวนนี้พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 30 คน ซึ่งยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และยังคงดูแลรักษาในคลินิก NCD ส่วนผู้ป่วยที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะ 3 ขาดการเข้าถึงการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยไตวายระยะ 4 ขาดการเตรียมความพร้อม ในการเลือกแนวทางตัดสินใจ การรักษาบำบัดทดแทนไต

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่องและมักมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้และอันตรายจากโรคไต ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ แนวทางในการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคไต และการชะลอไตเสื่อม

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. ศึกษาการนำเสนอปัญหา CKD แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา LTC ของ อ.บางกรวย จ.นนทบุรี
2. สรุปและถอดบทเรียนจากการนำเสนอ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและโรงพยาบาล ในการส่งแพทย์เฉพาะทาง ร่วมออกตรวจผู้ป่วยไตเรื้อรังในอำเภอ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางอย่างครอบคลุมและ ลดภาระค่าใช้จ่ายผู้ป่วย

2. ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ
3. ความร่วมมือการเอาใจใส่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
4. ได้รับการสนับสนุน จากท้องถิ่นในการจัดทำและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต ใน

ปีงบประมาณ 2560

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พบว่า การแก้ไขปัญหา CKD ของ อ.บางกรวย จ.นนทบุรี ได้ผลดีขึ้นเนื่องจากมีการทำงานเป็นทีม มีคณะทำงาน ทบทวนดูแลการรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักการดำเนินงาน PCC ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาต้องไม่พร้อม ตำบลขอนแก่น อ.หนองม่วง

จ.ลพบุรี

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

ปัญหาต้องไม่พร้อม เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน สำหรับสภาพของชุมชน ของ อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี มีปัญหาเด็กและเยาวชนไม่เรียนหนังสือจำนวนมาก ดิตเกมส์ และมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นกว่า 20 % ในทุกอำเภอ สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากครอบครัวหย่าร้าง สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อสะท้อนปัญหาในภาพรวมที่เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรจนส่งผลให้เกิดปัญหาต้องไม่พร้อม
2. เพื่อเผยแพร่กระบวนการทำงานที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุด เช่น อปท. วัด ผู้นำชุมชน ตัวเยาวชนหรือวัยรุ่น ครอบครัว ฯลฯ

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. ศึกษาการนำเสนอปัญหาต้องไม่พร้อม แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา
2. สรุปและถอดบทเรียนจากการนำเสนอ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. มี Team Work ที่ดี โดยบุคลากรของ รพ.สต. มีความตั้งใจในการร่วมกันทำงานเชิงรุก เชิงรับอย่างจริงจัง
2. ชุมชนมีความเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือและประสานการทำงานที่ดี ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาของพื้นที่
3. มีการประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่กับ อปท. อย่างต่อเนื่อง
4. ประชาชนตื่นตัวและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานต่าง ๆ ทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สภาพปัญหาต้องไม่พร้อมในวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นนั้น เป็นความทุกข์ของครอบครัวและชุมชน แต่ด้วยความเข้มแข็งของชุมชน โดยเฉพาะวัดได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขและลดปัญหาและเป็นแกนกลางในการประสานพลังแห่งกัลยาณมิตรเชื่อมโยงทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างสรรค์ให้เกิดเวทีการแสดงออก การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ปลูกฝังจิตสำนึกของเยาวชนให้รักถิ่นฐาน รักสิ่งแวดล้อม และรักวัฒนธรรมประเพณี ส่งผลให้ปัญหาเริ่มคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการที่ชุมชน มีการรับรู้ปัญหาของพื้นที่และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม ก็จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดและเกิดผลอย่างยั่งยืน

3. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา LTC อ.บ้านนา จ.นครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

อ.บ้านนา จ.นครนายก มีผู้สูงอายุประมาณ 11,500 คน คิดเป็น 20 % ของประชากรทั้งอำเภอ และจากผู้สูงอายุจำนวนนี้ พบเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 2,000 คน เป็นความดันโลหิตสูง 5,000 คน รวมแล้วป่วย 50 % จำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่ในอำเภอ ส่งผลให้เกิดปัญหา LTC

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อเผยแพร่แนวความคิดในการดำเนินการแก้ไขปัญหา LTC โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ในการคิด ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างยั่งยืน
2. เพื่อถ่ายทอดวิธีการและกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ในการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไข

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. ศึกษาการนำเสนอปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อ.บ้านนา จ.นครนายก แนวทางการดำเนินการจัดกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหา LTC ของอำเภอ
2. สรุปและถอดบทเรียนจากการนำเสนอ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้รับผิดชอบ LTC ของ อ.บ้านนา จ.นครนายก มีกระบวนการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด
2. มีการเชื่อมโยง และประสานการทำงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น อปท. วิทยาลัยพยาบาล ชุมชนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เป็นการทำงานแบบร่วมด้วยช่วยกัน
3. มีการคิดนวัตกรรมที่ตอบโจทย์ปัญหาตามบริบทของพื้นที่
4. ทำงานแบบเอาใจเป็นที่ตั้ง เน้นการมีส่วนร่วม โดยการพบปะพูดคุย ให้ความรู้ ความสนุกสนานแก่ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การแก้ไขปัญหา LTC ของ อ.บ้านนา จ.นครนายก บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบใช้หลักการทำงานแบบเอาใจเป็นที่ตั้ง เน้นการทำงานแบบร่วมด้วยช่วยกัน และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด-ทำกิจกรรม หรือแก้ปัญหาที่ตรงกับความประสงค์ ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขตรงจุดและยั่งยืน

4. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา RTI อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

จังหวัดปทุมธานี มีถนน 3 สายหลักเชื่อมโยงสู่หลายจังหวัดฝั่งตะวันตก ในวันหนึ่ง ๆ มีการคมนาคมที่หนาแน่นตลอดเวลา ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิต พิกการจาก

อุบัติเหตุจรรยาจรามากเกินจากเป้าหมายตัวชี้วัดมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์ ผู้ขับขี่ ผู้ซ้อนท้าย ไม่สวมหมวกนิรภัย ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางศีรษะตามมา

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้จังหวัดปทุมธานี ต้องหันกลับมาดูปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยง ร่วมคิดร่วมกันแก้ไข ปัญหา โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลาดหลุมแก้ว ได้ดำเนินการโดยใช้กลยุทธ์ 5 ส กับระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอลาดหลุมแก้ว (ศปถ.อ.)

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

1. เพื่อเผยแพร่แนวความคิดในการดำเนินการแก้ไขปัญหา RTI โดยอาศัยการมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการ DHS
2. เพื่อถ่ายทอดวิธีการและกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ในการแก้ไขปัญหาดูโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไข

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

1. ศึกษาการนำเสนอปัญหา RTI แนวทางการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหา
2. สรุปและถอดบทเรียนจากการนำเสนอ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การใช้ กลยุทธ์ 5 ส กับระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอลาดหลุมแก้ว (ศปถ.อ.) มีการตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ และปรับปรุงคำสั่งตามความเหมาะสม ทำให้มีการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีการแบ่งปันทรัพยากรและข้อมูล มีการร่วมพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นและตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ทำงานจนเกิดความคุ้มค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง

ปัญหาอุปสรรค

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนนั้นเป็นเรื่องยาก ต้องใช้ระยะเวลานาน
2. การโยกย้ายผู้บริหารบ่อย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
3. ประชาชน ผู้ใช้รถใช้ถนน ขาดความตระหนักถึงความปลอดภัยทางถนน
4. แขนงการทาง อยู่คนละจังหวัด ทำให้การทำงานลำบาก

แนวทางแก้ไขปัญหา

ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา RTI นั้น จำเป็นต้องใช้หลักการทำงานร่วมกัน และมีการปรับกระบวนการต่าง ๆ ให้เกิดความเหมาะสมมีการนำข้อมูลปัญหา RTI พุดคุยในเวทีการประชุมร่วม 3 ฝ่าย คือ สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลาง

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาดูสาธารณสุขให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน สำหรับปัญหา RTI ของ อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี นั้น ได้ใช้กระบวนการของระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เข้ามาดำเนินการร่วมกับการคิดค้นกลยุทธ์ต่าง ๆ ทำให้ส่งผลให้ปัญหา RTI ลดลงและแนวโน้มคาดว่าจะดีขึ้นต่อเนื่อง

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 – 12.00 น.
ห้องประชุมท่าชัย 2 โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

เรื่องที่ 1 เรื่องเข็มขัดรัดข้อแก้ปวด

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในระยะที่โรคเป็นมาแล้วมีการหดรั้ง (Contracture) เกิดขึ้นร่วมด้วย จะทำให้เกิดความพิการของข้อได้ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเปลี่ยนแปลงของข้อได้อีก ไม่ว่าจะเป็นแคปซูลที่หุ้มข้อหนาขึ้น โดยเฉพาะในรายที่โรคดำเนินไปมาก กระดูกอ่อนผิวข้อหลุดร่อนหายไปหมดเหลือแต่กระดูกที่มีลักษณะเป็นมันเลี่ยน (Eburnation) เนื่องจากผิวกระดูกซึ่งไม่มีกระดูกอ่อนคลุมจะขัดสีกันในขณะที่เคลื่อนไหวข้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวดของข้อเข่าขึ้น และหากยังไม่มีอาการชะลอความเสื่อมดังกล่าว ก็จะทำให้เกิดความพิการในที่สุด เมื่อโรคจะดำเนินไปเรื่อยๆ อาจส่งผลทำให้มีความเจ็บปวดมาก มีข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ไม่สะดวก จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จึงนำหัตถการการพอกยาสมุนไพรที่ใช้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย โดยการใช้สมุนไพรที่มีสรรพคุณในการบรรเทาอาการปวด นำมาหมักเป็นยาใช้ภายนอก บรรเทาอาการปวดของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ช่วยลดการใช้ยาแก้ปวด ลดภาวะเสี่ยงและผลข้างเคียงการรับประทานยาแก้ปวด แต่ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมบางรายต้องใช้เวลารักษา 3 - 5 ครั้ง จึงจะหาย บางรายที่มีอาการเข่าเสื่อมมากๆ จำเป็นต้องพอกยาสมุนไพรหลายครั้ง พอกยาสมุนไพรวันเว้นวัน หรือนานเป็นเดือน ทำให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุที่ใช้ครั้งเดียวทิ้งในการพอกยาสมุนไพรนานๆมีราคาสูง จึงได้คิดค้นนวัตกรรมเข็มขัดรัดข้อขึ้น

จากการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในปี 2557 ใช้ดินสอพองผสมกับยาสมุนไพร ซึ่งพอกได้เฉพาะในโรงพยาบาลและต้องนอนพอกบนเตียง ปี 2558 ใช้น้ำยาสมุนไพรหมักซุบสำลีพอกข้อเข่า และต้องนอนพอกบนเตียง ปี 2559 ใช้น้ำยาสมุนไพรหมักซุบสำลีพอกข้อเข่า แล้วใช้ทรานพอรอมพันกลับบ้าน แต่มีค่าใช้จ่ายราคาสูง ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง และในปี 2560 ใช้เข็มขัดรัดข้อใส่น้ำยาสมุนไพรพอกข้อ เพื่อลดการใช้เตียงและกลับบ้านได้ ช่วยลดการใช้เตียงนอนของโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วยรายต่อไป ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ขณะใช้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆได้ ลดการรอคอย ลดต้นทุนลดระยะเวลาการรอ

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยพอกข้อด้วยยาสมุนไพรที่บ้านได้ และสะดวกในการใช้
- 2.2 เพื่อพอกข้อไปพร้อมกับทำกิจวัตรประจำวัน
- 2.3 เพื่อลดต้นทุน ลดรายจ่าย ในการพอกข้อจากเดิมใช้ทรานพอรอม กับการใช้เข็มขัดรัดข้อ

ส่วนที่ 3 ขั้นตอน

3.1 คิดค้นสิ่งใหม่ร่วมกับทีมงาน เพื่อนำมาใช้กับงานประจำในโรงพยาบาล โดยทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ ก่อนว่ามีความสะดวกกับการใช้งาน มีความปลอดภัยแล้วจึงนำไปใช้กับผู้ป่วย

3.2 วิธีการใช้

1) นำน้ำยาพอกเข้าที่เตรียมไว้เทลงบนแผ่นพันข้อพอก
2) นำมาพันรอบข้อบริเวณข้อที่มีอาการปวด เช่น เข่า ข้อศอก ข้อเท้า พันทิ้งไว้เวลา 15 - 20 นาที แล้วเอาออก

3) หลังจากใช้แล้ว นำผ้าเช็ดรัดข้อไปซักทำความสะอาด ผึ่งลมหรือตากแดดให้แห้ง แล้วนำกลับมาใช้ได้

4) พอกวันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีอาการปวด

3.3 ผลลัพธ์ที่ได้ : นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ชิ้นนี้ ใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 25 ราย โรคเกาต์ จำนวน 1 ราย ระบบการไหลเวียนเลือดและผิวคล้ำ จำนวน 1 ราย จากกลุ่มที่ได้รับเข็มขัดรัดข้อมีข้อมูล ความพึงพอใจมาก ลดอาการปวดได้ ลดเวลามาโรงพยาบาล เคลื่อนไหวได้ขณะพอกยา

ผลการลดความปวดจากใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย คิดเป็น ความปวดลดลง 2 ระดับ ร้อยละ 8 ลดลง 3 ระดับ ร้อยละ 80 ลดลง 4 ระดับ ร้อยละ 8 ผู้ป่วยโรคเกาต์และผิว คล้ำรอบข้อเท้า กลุ่มละ 1 ราย แต่ไม่นำมาคิดเป็นร้อยละ มีความปวดข้อลดลง 3 ระดับ จากการสัมภาษณ์ การกินยาแก้ปวดแผนปัจจุบันลดลง จากที่เคยกินทุกวัน ลดลงเป็น 1-2 วันครั้ง หลังจากการพอกยาสมุนไพรรักษาไปแล้ว 3 ครั้ง

ผลความพึงพอใจการใช้เข็มขัดรัดข้อสมุนไพรรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งหมด 25 ราย มีความพึงพอใจมากที่สุด 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 และระดับมาก 1 รายคิดเป็นร้อยละ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานเปิดโอกาสให้แพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพทุกสาขา ที่อยู่สังกัดทำงานตามความรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนการทำงานและงบประมาณในการคิด สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์มากที่สุด

4.2 ทีมงานแพทย์แผนไทยมีความพร้อมเพียรในการให้ความร่วมมือในการทำงาน

4.3 ผู้ป่วยที่เปิดโอกาสไว้วางใจรับสิ่งใหม่ที่แพทย์แผนไทยให้บริการ

ปัญหาอุปสรรค

ด้านอุปสรรค คือการเลือกใช้วัสดุที่มีจำกัด การหาช่างตัดเย็บมีน้อย แผนการพัฒนาต่อไปจัดทำเป็น แผ่นแปะแก้ปวดเฉพาะที่ต่อไป

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียน และจากการวิพากษ์ในการประชุมวิชาการครั้งนี้

5.1 ข้อดีของ “เข็มขัดรัดข้อ”

5.1.1 สามารถนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ วิธีการใช้ไม่ยุ่งยาก

5.1.2 ผู้ป่วย สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ไม่ต้องนั่งรอ หรือนอนรอ ในขณะที่ใช้ยาพอกเข้า

5.1.3 เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 เข็มขัดรัดข้อ เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ สามารถนำไปจัดอบรมแก่ประชาชนผู้ป่วย เนื่องจากมีการใช้ที่ไม่ยุ่งยาก และสามารถใช้ที่บ้านได้

5.2.2 ระบุสูตรยาสมุนไพรที่ใช้ในการใช้พอก สรรพคุณสมุนไพร ซึ่งอาจมีการต่อยอดเปรียบเทียบการใช้ยาสมุนไพรพอกเข้า แต่ละตำรับ

5.2.3 การต่อยอดเป็นงานวิจัยในอนาคต ควรศึกษาต้นทุน ค่าใช้จ่าย และเปรียบเทียบการลดการใช้ยาแผนปัจจุบันได้หรือไม่ ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันได้มากน้อยเพียงใด ข้อมูลที่แสดงถึงการลดการใช้ยาแผนปัจจุบันและข้อมูลลดต้นทุน เป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อการนำไปใช้จริง

5.2.4 ควรเก็บข้อมูลอายุการใช้งานของเข็มขัดรัดข้อ ว่าใช้ได้ประมาณกี่ครั้ง ใช้ได้นานเท่าใด ข้อมูลวิธีการเก็บรักษาเข็มขัดรัดข้อ ให้มีอายุการใช้งานให้ยืนนาน

5.2.5 หากเป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ที่ไม่เคยมีใครทำมาก่อน ควรมีการจดลิขสิทธิ์

5.2.6 แผนการพัฒนาที่จะทำต่อไป คือ จัดทำเป็นแผ่นแปะแก้ปวดเฉพาะ นั้น เป็นการพัฒนางานวิจัยต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้ โดยพัฒนาเป็นแผ่นพลาสติกแปะ ควรหาเครือข่าย เช่น สวทช. มาร่วมในการพัฒนาดังกล่าว

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การส่งเสริม สนับสนุน ให้บริการพอกเข้าด้วยยาสมุนไพร เป็นหัตถการบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ตอบสนองนโยบายของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีนโยบายเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากตอบสนองความต้องการของประชาชนแล้ว ยังเพิ่มจำนวนผู้รับบริการด้านแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับการตอบสนองตัวชี้วัด : ร้อยละผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในหน่วยบริการสาธารณสุข อีกด้วย

เรื่องที่ 2 ประสิทธิภาพของยารักษาโรคเชื้อรา ตำรับหมอชูป แป้นคัมภีร์ 1 ในการรักษาโรคเชื้อราที่เล็บ

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/สถานการณ์

โรคเชื้อราที่เล็บ (Onychomycosis) เป็นการติดเชื้อราเรื้อรังบริเวณเล็บที่พบได้บ่อย ประมาณร้อยละ 5-10 ของประชากร (มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2554: 2) มักพบในกลุ่มอาชีพรับจ้าง เกษตรกร พ่อค้า แม่ค้า รวมไปถึงกลุ่มผู้มีสุขอนามัยที่ไม่ดี นอกจากนี้เชื้อราที่เล็บยังเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มมีปัญหาในระบบภูมิคุ้มกันร่างกายอีกด้วยด้วยโรคเชื้อราที่เล็บนอกจากจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยแล้ว ยังสร้างความกังวลใจและมีผลต่อบุคลิกภาพและความเชื่อมั่นต่อผู้พบเห็น (Drake et al., 1999 อ้างถึงใน พิษามณูช อัครยศพงศ์ และคณะ, 2551: 1) ผู้ป่วยมักเกิดความท้อแท้ใจขณะทำการรักษา เพราะอาจต้องใช้ทั้งยาชนิดรับประทานและยาทาภายนอก ที่สำคัญคือใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน บางรายอาจต้องถอดเล็บ ดังนั้นกว่าจะหายขาดจากโรคอาจต้องใช้เวลารักษานานเป็นปี ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายและไม่ทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำนวนมากจึงแสวงหาวิธีการรักษาแบบอื่น เช่น การใช้ยาแผนโบราณ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าน้ำมะนาวมีสาร hesperidin และ naringin เป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดนี้มีฤทธิ์แก้อักเสบ (นิรนาม, 2542 อ้างถึงใน วรณี มาวิมล, 2545: 12) นอกจากนี้ยังมีผลในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อรา *Aspergillus flavus* 102566 จึงมีการนำมาใช้ในทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค (ดุชนิ ธนะบริพัฒน์, นวลพรรณ ณ ระนอง และณหทัย พิระปกรณ์, 2532: 33) ส่วนบอแรกซ์ (น้ำประสานทอง) ในทางเภสัชกรรมเคยใช้เป็นยาฆ่าเชื้อในทางเดินอาหาร ยาผดสมาณสำหรับเย็บอุ๋อ่อน ยาล้างตา ยาล้างแผล ยาอมล้างปาก ยาอมกล้วยคอก ยากวาดแก้เจ็บคอก ยาสวนล้างช่องคลอด เคยใช้กินเป็นยาแก้โรคลมบ้าหมู ยาขับปัสสาวะและยาฆ่าเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

พื้นที่อำเภอองครักษ์และอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม กอปรกับลักษณะสภาพภูมิอากาศที่ร้อนชื้น จึงทำให้มีผู้ป่วยโรคเชื้อราที่เล็บจำนวนมาก ผู้ศึกษาจึงเกิดความสนใจในการรักษาผู้ป่วยโรคเชื้อราที่เล็บ โดยการใช้ยารักษาโรคเชื้อรา “ตำรับหมอชูป แป้นคัมภีร์ 1”

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของยารักษาโรคเชื้อรา ตำรับหมอชูป แป้นคัมภีร์ 1
- 2.2 เพื่อศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาโรคเชื้อราที่เล็บ ตำรับหมอชูป แป้นคัมภีร์ 1
- 2.3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเชื้อราที่เล็บต่อยารักษาโรคเชื้อราตำรับหมอชูป แป้นคัมภีร์ 1

ส่วนที่ 3 ขั้นตอน

3.1 ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสุขภาพเล็บ ถามระดับอาการเจ็บปวดที่ขอบเล็บ/เล็บ ระดับอาการคันที่ขอบเล็บ/เล็บ ด้วยการประเมินแบบ วิชวลเรตติ้งสเกลส (visual rating scales:VRS) พร้อมทั้งถ่ายภาพเล็บก่อนการรักษา

3.2 อธิบายการใช้ยาและการปฏิบัติตน โดยมีขั้นตอนการใช้ยา ดังนี้

- 1) ก่อนหยดยาทุกครั้ง ควรล้างมือให้สะอาด

- 2) ตะไบและตัดเล็บที่มีรอยโรคออกให้มากที่สุด
- 3) เชย่่าขูดก้อนในไ้ซ้่า หยดยาที่เล็บและเนื้อเยื่อรอบๆเล็บที่มีอาการ ครั้งละ 1-2 หยด
- 4) หยดยาทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน

3.3 นัดมารับการรักษาและติดตามผลการรักษา ทุก 2 สัปดาห์ โดยสัมภาษณ์และสังเกตอาการดำเนินโรค ลักษณะของเล็บที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับอาการเจ็บปวด อาการคัน และถ่ายภาพหลังการรักษา

3.4 ประเมินความพึงพอใจต่อการไ้ซ้่าฯ เมื่อสิ้นสุดการรักษา

3.5 ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

3.6 สรุปผลการรักษา

3.7 ผลลัพธ์ที่ได้

ไ้ซ้่ารักษาโรคเชื้อรา ตำรับหมอซุบ แป้นคัมภีร์ 1 เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคเชื้อรา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเขาเพิ่มและโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 28 ราย เป็นเชื้อราที่เล็บมือ 20 ราย และที่เล็บเท้า 8 ราย ผลจากการไ้ซ้่าฯ พบว่าอาการดีขึ้นทุกราย

จากผลการรักษาด้วยการจ่ายยาทาภายนอก ให้คงของแสงและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว พบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยต้องสัมผัสกับน้ำนานๆ จะเกิดอาการคัน เจ็บปวด บวมแดงบริเวณข้างเล็บกำเริบมากขึ้น หลังจากหยดยา 1-3 วัน อาการคันจะลดลงและหายไป 100 % หลังจากหยดยา 1-2 สัปดาห์ ความเจ็บปวด บวมแดงจะลดลงและหายไป 100 % สภาพเล็บหรือรอยโรคดีขึ้น

ไม่พบอาการข้างเคียงที่ร้ายแรง จากการไ้ซ้่าฯตำรับดังกล่าว พบเพียงอาการข้างเคียงเล็กน้อย คืออาการแสบในผู้ป่วยที่มีแผลเปิดบริเวณเล็บ

ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อระดับอาการคัน ระดับความเจ็บปวดและอาการบวมแดงที่ลดลง มีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อสภาพเล็บ/ขอบเล็บ ที่ดีขึ้นและมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อผลการรักษาโดยรวม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 4.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลให้การสนับสนุน
- 4.2 ทีมงานแพทย์แผนไทยมีความพร้อมในการทำงาน
- 4.3 ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นเกิดการยอมรับการบริการแพทย์แผนไทย

ปัญหาอุปสรรค

ยังพบปัญหาคือ อยู่ระหว่างการเจรจาเรื่องการจัดลิขสิทธิ์ ในการดำเนินงานวิจัย

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียน และจากการวิพากษ์ในการประชุมวิชาการครั้งนี้

5.1 ข้อดีของ “การศึกษาประสิทธิผลของยารักษาโรคเชื้อรา ตำรับหมอซุบ แป้นคัมภีร์ 1”

5.1.1 ผู้วิจัยมีความภาคภูมิใจในการนำตำรับยาแผนโบราณที่มีส่วนประกอบของตัวอย่างเพียง 2 ตัว เป็นตัวยาที่หาได้ไม่ยากและมาใช้เป็นยาไ้ซ้่าภายนอก ซึ่งสามารถรักษาโรคเชื้อราที่เล็บได้

5.1.2 ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นเกิดการยอมรับการบริการแพทย์แผนไทย

5.1.3 เป็นการศึกษาเบื้องต้นที่เหมาะสม กับบริบท ของพื้นที่ เป็นตัวอย่างที่ดีของแพทย์แผนไทย ที่นำงานบริการมาสู่งานวิชาการ

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ในการศึกษา ควรแยกอาการบวมแดง ที่เป็นเชื้อรา และบวมแดง ที่มีเชื้อแบคทีเรีย ว่า มีวิธีการแยกอาการดังกล่าวอย่างไร เพื่อส่งต่อรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน

5.2.2 ศึกษาเปรียบเทียบ ระยะเวลา ต้นทุน ในการรักษา กับ การรักษาแผนปัจจุบัน

5.2.3 ควรมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ว่าหลังการรักษาแล้ว อาการดีขึ้นแล้ว เชื้อรา หายขาดแล้วจริง และข้อมูลการเกิดซ้ำ มีหรือไม่ เพียงใด

5.2.4 ต่อยอดการศึกษา เปรียบเทียบสรรพคุณ ของการใช้น้ำมะนาวผลเขียว กับน้ำมะนาว ผลเหลืองว่ามีสรรพคุณ เหมือนกันหรือไม่

5.2.5 ควรพัฒนารูปแบบ การบรรจุในขวดพลาสติก เนื่องจากน้ำมะนาวอาจมีการกัดกร่อน พลาสติก

5.2.6 ศึกษาอายุของยาที่ผสมแล้ว ว่าสามารถเก็บไว้ได้เท่าใด

5.2.7 อนาคตสามารถพัฒนาเป็นตำรับยา ที่ใช้ในโรงพยาบาล

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจดลิขสิทธิ์ เป็นเรื่องส่วนบุคคล สามารถนำเจ้าของตำรับ นานชุป แป้นคัมฤาติ ไปยื่นขอจดทะเบียนลิขสิทธิ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
(Share & Learn to Smart Region 4.0)

2P safety sharing

วันที่ 8 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 - 12.00 น.

ห้องประชุมศรีกระอาง โรงแรม ภูเขางาม รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ความเป็นมา/ สถานการณ์ของเขตบริการที่ 4

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้สถานบริการทุกแห่งให้การปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ของผู้ให้บริการกลับมีความเสี่ยงมากขึ้น ทั้งความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ รับผิดชอบต่อการทำงาน การถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน เกิดความรู้สึกลังเลไม่ปลอดภัย มีโอกาสลาออกจากงานสูงขึ้น สถานบริการจำเป็นต้องเตรียมพร้อมในการป้องกัน วางแผนปฏิบัติ และเกิดระบบจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม 2P safety sharing

เพื่อถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในมุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจและผู้ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการถอดบทเรียน

- ใช้รูปแบบการถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้เยี่ยมสำรวจภายในเขต จำนวน 4 ท่านในการเยี่ยมสำรวจความพร้อมเรื่อง 2P safety เชื่อมโยงกับมาตรฐานในเรื่อง Risk management

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์/การป้องกัน/การจัดการ/การตอบสนอง เมื่อเกิดข้อร้องเรียน ร้องเรียน การบาดเจ็บจากการทำงาน การใช้สื่อออนไลน์ จากโรงพยาบาลระดับ A, S และ M2 ในเขตโดยเป็นมุมมองของผู้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 เนื้อหาจากการดำเนินการถอดบทเรียน

มุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจ ต้องการเห็นภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ให้บริการ/สถานบริการปลอดภัยด้วย ทั้งนี้ต้องได้รับความร่วมมือตั้งแต่ผู้นำองค์กร ทีมนำ หน่วยงาน มีระบบการดักจับและจัดการที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกับมาตรฐาน

มุมมองของผู้ปฏิบัติงาน

- ต้องการให้ใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในเขต เช่น ผู้เยี่ยมสำรวจ หรือ QLN ในเขตกระตุ้น นิเทศ ให้ข้อเสนอ ช่วยเหลือหน่วยบริการที่มีปัญหา หรือต้องการการรับรองคุณภาพ
- ต้องการให้เกิดการดักจับสื่อออนไลน์ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- ต้องการให้สรพ. ออกมาตรฐาน ตัวชี้วัดที่ตอบโจทย์ 2P safety
- การจัดการประชุมอบรมเป็นเครือข่ายจะช่วยให้การขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว

ส่วนที่ 5 บทสรุปที่ได้จากการถอดบทเรียน

- ทีมขอสนับสนุน บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและงบประมาณจากเขตบริการที่ 4 ที่ใช้ในการขับเคลื่อนคุณภาพสถานพยาบาลในภาพรวม
- การขับเคลื่อนเชิงนโยบายจะทำให้การทำงานรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาารูปแบบยาสามเม็ดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

ตำบลสระโบสถ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

Development of Three - Drug Regimen to Delay Kidney Failure in Diabetes Mellitus Patients at Sabot District, Lopburi Province

นางสาวปานิสรา งามเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระโบสถ์ จ.ลพบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบยา 3 เม็ด ต่อความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม การจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 - 4 และขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสระโบสถ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัยคือรูปแบบยา 3 เม็ดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วยกิจกรรมยา 3 เม็ด ของทีมระบบสุขภาพอำเภอ โดยยาเม็ดที่ 1 คือการทำ CKD สัญจร ได้แก่ กิจกรรม ยากาย ยาใจ และยาชุด การเล่าประสบการณ์ชีวิต เรื่องเล่าสิ่งดีๆ จากผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น CKD ระยะที่ 5 ยาเม็ดที่ 2 คือการทำ CKD คลินิกใน รพช./รพ.สต. ยาเม็ดที่ 3 คือการทำ CKD ในชุมชน บ้านใกล้เรือนเคียง วิธีการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การศึกษาปัญหาในสถานการณ์จริง 2) การพัฒนารูปแบบ ยา 3 เม็ดเพื่อชะลอไตเสื่อมและการตรวจสอบคุณภาพ 3) การนำรูปแบบยา 3 เม็ดไปใช้ และ 4) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบยา 3 เม็ดเพื่อชะลอไตเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2) แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ผ่านเกณฑ์คุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง การดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง คือ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบยาสามเม็ดเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 - 4 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมตามรูปแบบยา 3 เม็ด คือยากาย ยาใจ และยาชุด ร้อยละ 90 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.52, p < 0.01$) มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และระดับความดันโลหิตซิสโตลิตลดลงมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.08, p < 0.01; t = 10.61, p < 0.01$) ตามลำดับ ส่วนระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต ดีขึ้น ทุกคนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ไม่เป็นระยะที่ 4,5 ดังนั้นจึงควรศึกษาติดตามการนำรูปแบบยาสามเม็ดเพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้ในระยะยาว ขยายขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีการศึกษาเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม การชะลอไตเสื่อม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่ด้วยกระบวนการ DSH

Background and Evidence Based

1. อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบางไผ่ 2.42 ต่อพันประชากร
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมิน CVD RISK มีความเสี่ยงมากกว่า 30 % คิดเป็นร้อยละ 18.85
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับมาพักที่บ้านมีแผลกดทับ จำนวน 3 ราย
4. ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ราย
5. การส่งคืนข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายล่าช้า

Research Question

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการด้วยกระบวนการ DSH ลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างไร
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการด้วยกระบวนการ DSH เหมาะสมกับชุมชนตำบลบางไผ่อย่างไร

Objective

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่ โดยใช้กระบวนการ DSH

Research Methodology

1. Participatory Action Research-PAR
2. Innovation Research

Research Process

1. เตรียมข้อมูลผู้ป่วย อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ และจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ส่งกลับชุมชน
2. วิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหา
3. ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ
4. สร้าง อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
4. เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ
5. ประเมินผล

Stakeholder

1. ผู้ป่วยติดเตียง และผู้พิการ
2. บุคลากรสาธารณสุข
3. ภาควิชาศัลยกรรม
4. อสม. และ อสค.

ประสิทธิผลของ “ชะไวโมเดล” ต่อการบำบัดยาเสพติด ชุมชนมุสลิมตำบลชะไว อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

๑. หลักการและเหตุผล

การแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อปัญหา ด้านอื่นๆหลายด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ความคิดและวิถีการดำเนินชีวิตของคนใน ชุมชน “ตำบลชะไว” ชุมชนมุสลิมเล็กๆ ที่มีสถานการณ์ด้านยาเสพติดที่วิกฤติรุนแรงที่สุดในพื้นที่อำเภอไชโย มีทั้งผู้เสพ ผู้ค้า และเป็นแหล่งพักยา สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายแม้ว่าจะไม่มีแหล่งผลิต จากนโยบาย รัฐบาลยุคปัจจุบันที่มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี๒๕๖๐ ซึ่งประกอบด้วย ๔ แผน คือ แผนปราบปรามยาเสพติด แผนป้องกันยาเสพติด แผนบำบัดรักษายาเสพติด และแผนบริหารจัดการอย่าง บูรณาการ โดยมีเป้าหมายผลลัพธ์ภาพรวม คือ เพื่อลดปัญหายาเสพติด สังคมปลอดภัยจากยาเสพติด พลัง ประชาธิปไตยร่วมใจป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังนั้น จึงให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหายา เสพติดอย่างเข้าใจบริบทของตนเอง ตามความศรัทธาต่อพระเจ้าโดยภาคีเครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ส่วน ปกครอง ทหาร ตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการป้องกัน และบำบัดยาเสพติด ที่เรียกว่า “ชะไวโมเดล”.

๒.คำถามการวิจัย (Research Question)

ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล” นั้นเป็นอย่างไร

๓. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ “ชะไวโมเดล” ต่อการบำบัดยาเสพติดใน ชุมชน มุสลิมตำบลชะไว อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ :

๑. เพื่อศึกษาผลของการคงการบำบัดรักษา (retention rate) ของผู้รับบำบัดยาเสพติดภายหลังใช้ รูปแบบ “ชะไวโมเดล”
๒. เพื่อศึกษาผลของการหยุดเสพ (remission rate) ของผู้รับบำบัดยาเสพติดภายหลังใช้รูปแบบ “ชะ ไวโมเดล”

๔. คาดหวังผลอย่างไร

๑. ภายหลังจากการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล” ผู้รับบำบัดยาเสพติดสามารถคงการ บำบัดรักษา (retention rate) ได้

๒. ภายหลังจากการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล” ผู้รับบำบัดยาเสพติดสามารถหยุดเสพ (remission rate) ได้

๕. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติด “ชะไวโมเดล” ซึ่งเป็นการบำบัดที่มีส่วนร่วมทั้ง ครอบครัว ชุมชนโดยมีความเชื่อ ความศรัทธาของศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวซึ่งสอดคล้องกับวิถีและบริบทของ ชุมชน

๖. การดำเนินการวิจัย

๑. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยให้ชุมชนและทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการบำบัด “ชะไวโมเดล”

๒. ชี้แจงรายละเอียด และมอบหมายบทบาทหน้าที่กับผู้เกี่ยวข้องของตลอดระยะเวลาการบำบัด ๓ เดือน โดยนัดหมายทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้ทุกสัปดาห์ (๑ – ๑๒ สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ ๑ ดำรวจและอาสาป้องกันภัย ทำหน้าที่ และตรวจปัสสาวะก่อนการบำบัด โดยมีผู้นำชุมชนทำหน้าที่ติดตามให้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนที่ ๒ เจ้าหน้าที่จากรพ.สต.ชะไว และอสม. ชักประวัติและชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

ขั้นตอนที่ ๓ ดำรวจหรือทหาร ทำหน้าที่ ออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ ๔ พยาบาลให้การบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติแบบ Matrix Program ทั้งรายเดี่ยว/กลุ่ม

ขั้นตอนที่ ๕ ผู้นำศาสนา (อิหม่าม) ให้การบำบัดโดยใช้หลักศาสนา เข้ามามีส่วนร่วม นำเข้าทำละหมาด

สัปดาห์ที่ ๔ และ ๗ การบำบัดพร้อมครอบครัว เพื่อปรับทัศนคติและเสริมทักษะครอบครัวในการดูแลผู้รับบำบัด

สัปดาห์ที่ ๕ และ ๘ กิจกรรมจิตอาสาเพื่อชุมชน

๓. ผู้นำชุมชนร่วมกับการปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาอุปกรณ์ และเครื่องออกกำลังกายในชุมชน จัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน เพื่อปรับสิ่งแวดล้อม

๓. ติดตามผลการบำบัด วิเคราะห์และสรุปผล

๗. ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการบำบัดยาเสพติดใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล” ในกลุ่มผู้รับการบำบัดที่เป็นผู้เสพติดจำนวนทั้งสิ้น ๑๘ รายในพื้นที่ชุมชนมุสลิมตำบลชะไว โดยเป็นเพศชาย ๑๗ ราย และเพศหญิง ๑ ราย ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ สัปดาห์ละ ๑ วัน โดยการศึกษาจะเป็นการศึกษาผลภายหลังทำการวิจัย เมื่อได้เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ จนสิ้นสุดการทดลอง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ว่า

๑. ภายหลังจากการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล” ผู้รับบำบัดยาเสพติดสามารถคงการบำบัดรักษา (retention rate) ได้ ร้อยละ ๗๒.๒๖

๒. ภายหลังจากการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล” ผู้รับบำบัดยาเสพติดสามารถหยุดเสพ (remission rate) ได้ ร้อยละ ๓๘.๘๘

๘. ผลการวิจัยที่ได้รับแตกต่างจากที่ตั้งไว้อย่างไร

ผลการวิจัยที่ได้นั้นแตกต่างจากสิ่งที่ได้คาดการณ์ คือ พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดต่อเนื่อง โดยไม่ขาดนัดเกิน ๓ เดือน (retention rate) ได้มากขึ้น ซึ่งต่างจากการบำบัดเดิมที่ทำในสถานพยาบาลเท่านั้น และมีผู้ขาดนัดเป็นจำนวนมาก อาจเนื่องจากการปรับมาบำบัดในชุมชน และให้ชุมชนและทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ชุมชนมีความตระหนัก และเข้าใจบริบทในพื้นที่ตนเองได้ดี ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อผู้เข้ารับการบำบัด

๙. ผลการวิจัยนำไปสู่การใช้ประโยชน์อย่างไร

๑. เพื่อเป็นแนวทางที่ชุมชนจะนำไปสร้างเป็นแนวทาง หรือมาตรการของชุมชนเพื่อการดูแล และป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

๒. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข้ปัญหา เพื่อการแก้ไข้ปัญหาที่เหมาะสมร่วมกัน

๑๐. “บทเรียนสำคัญ” ที่ได้เรียนรู้ในการวิจัยครั้งนี้ คืออะไร

“การเข้าใจ การเข้าถึง การพัฒนา” บันได 3 ขั้นนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในทุกปัญหาอย่างเข้าใจโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ เรียนรู้ร่วมไปกับชุมชนอย่างเข้าใจ และการกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไข้ปัญหาที่ต่างบทบาท ต่างหน้าที่ แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

๑๑. แรงบันดาลใจสำหรับนักวิจัยคนอื่นๆ อย่างไร

การทำวิจัย หรือการทำงานใดก็ตาม หากมีความตั้งใจ และพร้อมที่จะเข้าใจกับสิ่งนั้น การยอมรับในสิ่งที่แตกต่าง เห็นคุณค่า ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาได้ แม้ว่าการทำงานยาเสพติดนี้จะเป็นงานยากๆ แต่หากขยับเพียงเล็กน้อย อาจสะท้อนต่อไปได้ในอนาคต

การพัฒนาระบบการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เขตสุขภาพที่ 4

น.พ.นิตติ เหน็ดานุรักษ์ นางทิฆัมพร ชาวขมิ้น นางพิมพ์ พุ่มชุมแสง
นางภัสรา กลิ่นเกล้า นางสุชี วชิรศักดิ์ชัย

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการแพทย์ทันสมัย การรักษาผู้ป่วยอวัยวะวายระยะสุดท้ายด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงคนปกติ มีอายุยืนยาวขึ้น ในประเทศไทยการปลูกถ่ายอวัยวะมีจำนวนน้อยมาก สาเหตุสำคัญ คือการขาดแคลนอวัยวะที่จะนำมาปลูกถ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอคอยอวัยวะ จากข้อมูลศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย พบว่ามีผู้รอคอยอวัยวะในแต่ละปีเฉลี่ย 4,500 – 5,000 ราย ปี 2557 - 2559 มีผู้บริจาคอวัยวะจำนวน 188 ราย, 206 ราย และ 220 ราย ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ 432 ราย, 463 ราย และ 512 ราย เท่ากับมีผู้ได้รับโอกาสเฉลี่ยร้อยละ 9 ของผู้รอคอยความหวัง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์และมอบนโยบายการพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายไตให้กับหน่วยบริการในภูมิภาคที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ทุกจังหวัดทั่วประเทศ รวมถึงโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด จำนวน 12 โรงพยาบาลในระดับ A-M1 ที่มีการดำเนินงานรับบริจาคอวัยวะมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ในแต่ละโรงพยาบาลมีผู้บริจาคอวัยวะไม่มากนัก เฉลี่ย 1-2 รายต่อปีในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากมีระบบการทำงานที่ไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงทัศนคติความเชื่อของประชาชน ทำให้อุปสรรคต่างๆ ส่งผลต่อการบริจาคอวัยวะโดยรวมอีกทั้งยังไม่ได้จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะเป็นรูปธรรม ไม่มีแนวทางปฏิบัติการรับบริจาคอวัยวะ และไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลคณะกรรมการ SP บริจาคอวัยวะเขตสุขภาพที่ 4 จึงได้พัฒนาระบบและจัดทำแนวทางพัฒนาระบบการรับบริจาคอวัยวะขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการรับบริจาคอวัยวะและแนวทางปฏิบัติการรับบริจาคอวัยวะ ส่งผลให้มีการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และมีผู้บริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการพัฒนา
2. จัดตั้งคณะกรรมการประชุมคณะกรรมการ และรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการทำงาน
3. ทบทวนแนวทางปฏิบัติและขั้นตอนการรับบริจาคอวัยวะ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง นำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้และปรับปรุง และปรึกษาปัญหากับผู้เชี่ยวชาญ คือศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ผลงานวิจัยของกระทรวงสาธารณสุข

4. สรุปผลการนำไปใช้จริงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และขยายไปยังโรงพยาบาลในเครือข่าย
5. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ
6. ศึกษาดูงานโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการทำงาน

ผลการดำเนินการ

1.ด้านระบบบริการ

- 1.จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ระดับ A-M1
- 2.จัดทำ Action Plan 9 ขั้นตอนและ Standing order การ Resuscitation ผู้บริจาคอวัยวะ
- 3.จัดทำคู่มือการทำงานบริจาคอวัยวะ และ ชุดอุปกรณ์สำหรับวินิจฉัยสมองตาย
- 4.จัดระบบการอยู่เวรพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะ และระบบการปรึกษา
- 5.จัดทำระบบการรายงานผู้ป่วย Potential Donor

2.ด้านการประชาสัมพันธ์

มีการจัดประชาสัมพันธ์การรับบริจาคอวัยวะในรูปแบบต่างๆเช่น

- 1.จัดมุมประชาสัมพันธ์ในตามจุดต่างๆโรงพยาบาล
- 2.จัดทำโปสเตอร์ แผ่นพับ เสียงตามสาย VTR
- 3.ร่วมกิจกรรมต่อเนื่องโครงการทำดีที่สุุดถวายเป็นพระราชกุศลด้วยจัดกิจกรรมรณรงค์การบริจาคโลหิต บริจาคอวัยวะและดวงตา (ระยะโครงการ ๕.ค.59 – ๕.ค.60)
- 4.จัดนิทรรศการรณรงค์การบริจาคอวัยวะและดวงตา ในวันสำคัญต่างๆเช่นวันพยาบาลสากล วันมหิดล วันไตโลก วันบริจาคโลหิตโลก วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันประชุมวิชาการ วันปัจฉิมนิเทศ วันปฐมนิเทศ และอื่นๆ
- 5.ร่วมประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆเช่น วิทยุ โทรทัศน์

3.ด้านข้อมูล

เขตสุขภาพที่ 4 มีระบบการจัดเก็บ และการรายงานข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 -2560 มีดังนี้

1.ตารางแสดงข้อมูลผลการดำเนินงานการรับบริจาคอวัยวะเขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	ข้อมูล	ปี 2559	ปี 2560
1	จำนวน Potential donor (ราย)	76	111
2	จำนวน Decease donor (ราย)	7	17
3	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ (ราย)	7	17
4	จำนวนผู้บริจาคดวงตา (ราย)	4	41
5	จำนวนผู้บริจาคผิวหนังและเนื้อเยื่อ (ราย)	3	6
6	จำนวนรวม ผู้บริจาคอวัยวะ ดวงตา เนื้อเยื่อ (ราย)	8	46
7	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (Donor card)	ไม่มีข้อมูล	1,485
8	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา(Donor card)	ไม่มีข้อมูล	1,424
9	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดวงตา(Donor card)	ไม่มีข้อมูล	234
10	จำนวนผู้บริจาคโลหิต (ราย)	ไม่มีข้อมูล	55,369

หมายเหตุ

- ข้อมูลปีงบประมาณ 2559 เริ่ม มิ.ย.59 – ก.ย.59 (4 เดือน) จาก 8 จังหวัด โรงพยาบาล A -S
- ข้อมูลปีงบประมาณ 2560 เริ่ม ต.ค.59 – มิ.ย.60 (9 เดือน) จาก 12 จังหวัด โรงพยาบาล A –S-M1

2.ตารางแสดงตาม KPI ปีงบประมาณ 2560 เริ่ม ต.ค.59 – มิ.ย.60 (9 เดือน)

ข้อมูล	KPI	Hospital Death	เป้าหมาย (ราย)	Donor (ราย)	ร้อยละ ที่ทำได้	ผ่านเกณฑ์ (Yes / No)
1.บริจาคอวัยวะ	1 :100	10,146	101	17	16.83	No
2.บริจาคดวงตา	5 :100	10,146	507	41	8.08	No

อภิปรายผล

จำนวน Potential donor ที่เป็น Utilized donor ปี2559 (4 เดือน) จาก 76 รายเป็น 7 รายคิดเป็นร้อยละ 9.21 ปี2560 (9 เดือน)จาก 111 รายเป็น 17 รายคิดเป็นร้อยละ 15.31นับว่ายังน้อยมากซึ่งได้รวบรวมปัญหาอุปสรรคพบว่า เกิดจากปัญหา 3 อันดับแรก (ข้อมูล ต.ค.59 – มิ.ย.60 : 9 เดือน)พบว่า การเจรจาแล้วปฏิเสธด้วยเหตุผลต่างๆเช่น กลัวผู้ป่วยทรมาณ กลัวศพไม่สวย ร้อยละ 49 รองลงมา ผู้ป่วยอาการหนักเสียชีวิตก่อนร้อยละ 12 ,มีภาวะ Sepsis ร้อยละ 9.57 ,กลัวอวัยวะไม่ครบร้อยละ 5.31 , มีเหตุผลทางการแพทย์บริจาคไม่ได้ ร้อยละ4.25,มีโรคประจำตัว ร้อยละ 2.12 และ ญาติเปลี่ยนใจภายหลัง ขอลกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ไม่ประสงค์บริจาคตั้งแต่มีชีวิต ต้องการบริจาคร่างกาย ติดต่อญาติไม่ได้ แต่ละเหตุผลร้อยละ 1.06 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมบริจาคอวัยวะได้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา ผิวหนังหลังเสียชีวิต ร้อยละ 8.51

เป็นความท้าทายของทีมงานต้องพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจ การดูแลผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด เพื่อเพิ่มคุณภาพของอวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่าย จุดเด่นคือขั้นตอนของการดูแลครอบครัวผู้บริจาคทุกโรงพยาบาลดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สร้างสัมพันธ์ภาพตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมงานพิธีศพดูแลให้ความช่วยเหลือต่างๆเป็นอย่างดีเป็นอีกหนึ่งความภูมิใจ เขตสุขภาพที่ 4 ได้จัดกิจกรรมทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ทิวัยวะและดวงตารวมกัน เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2560 สร้างความประทับใจและมั่นใจให้กับครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา ทำให้ครอบครัวรับรู้ได้ว่าการบริจาคอวัยวะมีคุณค่ากับมวลมนุษยชาติ เป็นการส่งเสริมให้มีการบริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้นต่อไป

การนำผลงานไปใช้ในหน่วยงาน

1. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการรับบริจาคอวัยวะโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4
2. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการ การดูแลผู้บริจาคอวัยวะและการวินิจฉัยสมองตาย
3. มีการ KM การพัฒนาระบบการรับบริจาคอวัยวะในเขตสุขภาพที่ 4 และระดับประเทศ

บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนาระบบการรับบริจาคอวัยวะ ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้มีผู้บริจาคอวัยวะและดวงตาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการปลูกถ่ายอวัยวะเพิ่มขึ้น ลดอัตราการตาย เกิดผลดีต่อผู้รอคอยอวัยวะ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน
2. ความร่วมมือร่วมใจของทีมสหสาขา และ ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับสูง ผู้อำนวยการ รองแพทย์ และหัวหน้าพยาบาล สนับสนุนและช่วยแก้ไขปัญหา
4. มีงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหาร หน่วยงาน/องค์กร / ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / รองแพทย์ / หัวหน้าพยาบาล ให้ความสำคัญและสนับสนุน ทำให้ผลการดำเนินงานชัดเจนขยายผลสู่โรงพยาบาล ในเครือข่าย

ผู้ประสาน

นางสุชี วชิรศักดิ์ชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสระบุรี

โทร.081-8515379 Email : trcstu @gmail.com

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหารขาว

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ สมหมาย บุญคำพงษ์ และคณะ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรมุ่งสู่สังคมผู้สูงอายุ ถือเป็นเรื่องเด่นประเด็นหลักของประเทศ แต่กลายเป็นประเด็นร้อนของ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว “ความแก่ ไม่ใช่ปัญหา ถ้าไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง” ด้วยอุดมคติเช่นนี้ ชุมชนวิหารขาวจึงสนใจที่จะสู้กับ “ความชรา” เพื่อยืดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 3.1 ทราบสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหารขาว
- 3.2 สร้างแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหาร-k;

3. คำถามการวิจัย แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหารขาวควรเป็นอย่างไร

4. ขอบเขตของการวิจัย

- 5.1 สุขภาพกาย
- 5.2 สุขภาพจิต
- 5.3 การปฏิสัมพันธ์กับสังคม

5. ระเบียบวิธีวิจัย Research Design การวิจัยและพัฒนา

6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ จำนวน ๓๐ คน

6.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์ และประเด็นการสนทนากลุ่ม

6.3 สถิติที่ใช้วิเคราะห์และสรุปผล ใช้ร้อยละในการหาค่าความถี่ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

6. ข้อค้นพบ

7.1 สภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหารขาว พบว่า เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยยังไม่ปรับพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง อีกทั้ง ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณค่าลดลง เพราะทำประโยชน์ได้น้อย บางคนมีอาการซึมเศร้า บางคนรู้สึกอยากตาย

7.2 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลวิหารขาว คือ “การเรียนรู้ตามหลักสูตรมหาวิทยาลัยชีวิตแห่งศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว”

7.3 หลังจบหลักสูตรมหาวิทยาลัยชีวิตแห่งศกดิ์ศรีผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว ทุกคนเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง

7. ข้อเสนอแนะ พัฒนาหลักสูตรต่อเนื่องและประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนที่ติดสังคมได้เข้ามาเรียนรู้

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ 086 126 5066

“การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอ้วนที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างกลุ่มที่ใช้ RAMP PILLOW กับกลุ่มที่ใช้ MODIFY RAMP PILLOW ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเสนา”

2. คำสำคัญ: การจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจ, ผู้ป่วยอ้วน, Pillow, Ramp Pillow
3. สรุปผลงานโดยย่อ: การพัฒนารูปแบบหมอนรองตัวผู้ป่วยอ้วนก่อนใส่ท่อช่วยหายใจช่วยให้การใส่ท่อช่วยหายใจรวดเร็วขึ้น
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร: โรงพยาบาลเสนา ต.เจ้าเจ็ด อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ 035-217118 โทรสาร 035- 201739
5. สมาชิกทีม: นางสาวณัฏษา ว่องวิทย์การ นางสาวนุชชารี เกตุวุฒิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. เป้าหมาย: เพื่อลดระยะเวลาการจัดทำและระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยอ้วนที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคอ้วนติดอันดับ 5 ของเอเชียแปซิฟิก โดยพบว่ามีคนอ้วนมากถึง 17 ล้านคนทั่วประเทศและยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก 4 ล้านคนต่อปี ผู้ป่วยโรคอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยและมีปัญหาเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) สำคัญคือ ภาวะเปิดทางเดินหายใจลำบาก (difficult airway) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 46 มีอัตราเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยากร้อยละ 13 (อรรถันท์ กาญจนวนิชกุล, 2557) **การจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ รพ.เสนาจัดทำผู้ป่วยโรคอ้วนขณะใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ผ้ารองตัวของห้องผ่าตัดหรือผ้าห่มหลายผืนมาวางซ้อนรองตัวผู้ป่วยทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรผ้า ใช้เวลาในการเตรียมอุปกรณ์และจัดทำนาน**
8. กิจกรรมการพัฒนา:
 - ก่อนปี 2557 หน่วยงานวิสัญญีใช้ผ้าปูและผ้าห่มรองตัวผู้ป่วยอ้วนจัดทำก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ
 - ในปี 2557 หน่วยงานวิสัญญี รพ.เสนา จัดทำนวัตกรรมหมอนหนุนจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยอ้วน (Ramp Pillow) โดยประดิษฐ์จาก ใส้หมอนเก่าและหุ้มด้วยผ้ายาง Disposable sterile ที่เหลือใช้จากการผ่าตัดกระดูกแล้วนำมาหุ้มด้วยผ้ายาง PVC ลักษณะหมอนมีความลาดเอียงและทำมุมองศาให้เหมาะสมกับการใส่ท่อช่วยหายใจที่มีวางแขนทั้ง 2 ข้าง นำไปใช้กับผู้ป่วยอ้วนจำนวน 30 ราย พบว่าสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาการจัดทำในการใส่ท่อช่วยหายใจ วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจ แต่ยังมีปัญหาหมอนหนุนที่ใช้จัดทำใส่ท่อช่วยหายใจที่ประดิษฐ์ขึ้นไม่เหมาะสมในการจัดทำในผู้ป่วยอ้วนทุกราย
 - ปี 2558 พัฒนา MODIFY RAMP PILLOW ซึ่งเป็นหมอนหนุนช่วยจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจรูปแบบคล้ายคลึงกับแบบเดิม แต่เพิ่มขนาดเป็น 3 รูปแบบ แบ่งตามระดับความอ้วนของผู้รับบริการ 3 ระดับ (ความสูง 15 cm. ในกลุ่ม Obesity, ความสูง 25 cm. ในกลุ่ม Morbid obesity และ ความสูง 35 cm. ในกลุ่ม Super morbid obesity) พัฒนาเป็นงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ตุลาคม 2558
 - ปี 2559 นำไปใช้กับผู้ป่วยอ้วนทุกราย ที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด และขยายผลไปใช้กับผู้ป่วยอ้วนที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหน่วยงานอื่นขององค์กร และนำผลงานไปเผยแพร่เวทีวิชาการระดับจังหวัด เพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ภายในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

9. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง: เปรียบเทียบระยะเวลาการจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอ้วน **ผลพบว่า**

1. ระยะเวลาในการจัดทำของกลุ่ม modify ramp pillow (43.85 ± 16.602 วินาที) น้อยกว่ากลุ่ม ramp pillow (96 ± 36.94 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มที่ใช้ modify ramp pillow (11.54 ± 2.402 วินาที) น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ ramp pillow (20.33 ± 7.669 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ผลงานได้นำมาใช้ถึงปัจจุบันและขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อนำ Modify ramp pillow มาใช้ในการจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าระยะเวลาในการจัดทำและระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง เนื่องจากนวัตกรรมดังกล่าวมีความเหมาะสมกับภาวะอ้วน ใช้งานสะดวก ช่วยในการจัดทำโดยใช้หมอนหนุน 3 ระดับ สามารถจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยอ้วนของราชวิทยาลัย

10. บทเรียนที่ได้รับ: การให้บริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนารูปแบบการทำงาน โดยเน้นการประเมินปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยอ้วนการเตรียมการระงับความรู้สึกที่ดี รวมทั้งการดูแลระหว่างผ่าตัดอย่างเหมาะสม จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากในผู้ป่วยอ้วนได้

การติดต่อกับทีมงาน

หน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลเสนา ต.เจ้าเจ็ด อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ 035-217118

โทรสาร 035- 743843

มือถือ 087-0309224

e-mail address: nutchareegatewut2522@gmail.com

“Iron menu’s mom แม่ไม่ซีด ลูกแข็งแรง”

การศึกษาผลของการใช้ Iron menu’s mom เพื่อควบคุมกำกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการรับประทานอาหารและยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในเลือด

นาง กิตติพร ประสงค์ยืนยง และคณะ

ที่มา ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ข้อมูลจาก WHO ปี ค.ศ 2011 พบร้อยละ 38.2 ประเทศไทย ปี 2554 พบร้อยละ 19.67 จังหวัดปทุมธานี ปี 2558 พบร้อยละ 20 และ รพ. ประชาธิปัตย์ ปี 2558 พบร้อยละ 44.76 ปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะ Birth asphyxia และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงชีวิตหากมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด หัวใจวายและไตวาย ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมารดาและเด็กผู้เป็นอนาคตของชาติ ในเรื่องสภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและสติปัญญา ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้และมีความเห็นว่าหากทุกคนเห็นความสำคัญจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กๆซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของประเทศชาติได้ สอดคล้องกับนโยบายงานอนามัยแม่และเด็กที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จึงได้ทบทวนปัจจัยที่ส่งผล หาสาเหตุและกำหนดแนวทางการแก้ไขโดยออกแบบเครื่องมือ Iron menu’s mom เพื่อใช้แก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังได้ใช้ Iron menu ‘s mom ในการควบคุมกำกับ ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มเดิมที่ไม่เคยใช้ Iron menu ‘s mom หรือไม่
2. อัตราการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในเลือด (HCT) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังได้ใช้ Iron menu ‘s mom ในการควบคุมกำกับ ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางที่ไม่เคยใช้ Iron menu ‘s mom หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้ Iron menu’s mom ต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
2. เพื่อศึกษาอัตราการเกิด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะ Birth asphyxia และภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ใช้ Iron menu’s mom ต่อความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

การคาดหวังผล เครื่องมือ Iron menu’s mom สามารถแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ คือ Iron menu's mom ใช้เพื่อควบคุมกำกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการรับประทานอาหารและยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ที่เลือกใช้เครื่องมือนี้เนื่องจากออกแบบมาจากปัจจัยที่มีผลกับการเพิ่มของธาตุเหล็ก ใช้แนวความคิดการปรับทัศนคติ แนวคิดเรื่องความรู้และใช้กลไกด้านจิตวิทยาเพื่อเสริมพลังหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ก่อนและหลัง ร่วมกับการเปรียบเทียบเกณฑ์ชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct<33%) จำนวน 37 ราย ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิก ANC โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ระหว่าง มีนาคม - กันยายน 2559 การศึกษาวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ศึกษาปัญหา สาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

2. สร้างเครื่องมือ Iron menu's mom และใช้เครื่องมือเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เรื่องการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กโดยให้นำกลับไปบันทึกพฤติกรรมที่บ้านถึงระยะคลอดและนำกลับมาทุกครั้งที่มา ANC โดยให้หญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวางแผนแก้ไขร่วมกับเจ้าหน้าที่

3. ประเมินผลการศึกษาโดยตัวแปรที่ใช้วัดความสำเร็จ คือ ระดับ HCT ที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ดีขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะ Birth asphyxia

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยพบว่า

1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ใช้ Iron menu's mom มี HCT เพิ่มขึ้น ร้อยละ 91.89
2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์
 - 2.1 อัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 2.70 ผ่านเกณฑ์ชี้วัด (เกณฑ์ชี้วัดระดับจังหวัด < 10%)
 - 2.2 อัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ Iron menu's mom (มีค่า HCT เพิ่ม > 33%) ร้อยละ 3.85 ผ่านเกณฑ์ชี้วัด (เกณฑ์ชี้วัดระดับจังหวัด < 7%)
 - 2.3 ไม่พบภาวะ Birth asphyxia
 - 2.4 ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดา
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่ม Heme Iron เป็นประจำ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.92 เป็น ร้อยละ 59.46 พฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่ม Non Heme Iron เป็นประจำ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 21.62 พฤติกรรมการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.43 เป็น ร้อยละ 62.15 และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.84 เป็น ร้อยละ 86.49 และพฤติกรรมนี้ส่งผลให้ค่า HCT ของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยที่ได้รับ เป็นไปตามที่คาดหวังคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีค่า HCT เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.89 และไม่เป็นไปตามที่คาดหวังมีเพียงร้อยละ 8.11 ที่มีค่า HCT ลดลงโดยพบว่าทุกรายเป็นพาหะธาลัสซีเมียหรือมีบางรายมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ นำผลการศึกษาที่ได้เรียนรู้แลกเปลี่ยน ในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก ปทุมธานี พัฒนารูปแบบเพื่อปรับใช้ในการดูแลเป็นรายกลุ่ม ร่วมกับการเรียนรู้แบบ BBL ในโรงเรียนพ่อแม่ ขยายเครือข่ายการเรียนรู้กับโรงพยาบาลที่สนใจ

บทเรียนที่ได้รับ การสนใจปัญหาในการทำงานประจำโดยมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการเรียนรู้ ทบทวน และเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการหรือผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการแก้ไขทำให้สามารถเข้าใจ ปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาคิดตรงประเด็นตามบริบทของผู้รับบริการได้มากขึ้น

แรงบันดาลใจสำหรับนักวิจัยอื่นๆ “มองปัญหาผู้ป่วยเป็นของเรา มีความจริงใจที่จะแก้ปัญหา คิดนอกกรอบ ให้เป็น หาวิธีและลงมือทำด้วยใจ ทุกอย่างสำเร็จได้”

ANC No...../..... โรงพยาบาลประชาธิปัตย์



Iron menu's mom

ชื่อ.....HCT1HCT2.....HCT3.....GA.....

วัน/เดือน/ปี	เนื้อสัตว์ (Heme iron) เนื้อแดง ตับ ไช้ เลือดหมู		ผักใบเขียวต่างๆ(Non heme iron) ผักคะน้า มะเขือพวง		ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก Folic FBC TFD OBM /CaCo3		ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	
	กิน	ไม่ได้กิน	กิน	ไม่ได้กิน	กิน	ไม่ได้กิน	กิน	ไม่ได้กิน

คลอดวันที่ผลการคลอด.....น้ำหนักทารก.....กรัม

Best practice Service Plan (สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล)

“RDU-WiWiClick”

กำหนดรูปแบบการนำเสนอ

ผลงานนวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์

ชื่อผู้ส่งผลงาน

ชื่อ – สกุล นางสุจิตตา วงศ์สุวรรณ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลนครนายก,ประธาน Service Plan สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล : Rational Drug Use เขตสุขภาพที่ 4

2. เกษัชกรหญิง อุษา พุดซ้อน เกษัชกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล โรงพยาบาลนครนายก

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลนครนายก จังหวัด นครนายก

โทรศัพท์ 037311151 ต่อ 219

มือถือ 0841054433 โทรสาร 037311150

Email : sujitta.k@gmail.com

ปีที่ดำเนินการ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหาร การติดตาม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้บรรลุผลตามเป้าหมาย จำเป็นต้องใช้ข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ ใช้งานง่าย นำเสนอเป็นภาพ สามารถช่วยให้แต่ละหน่วยงานดูผลการปฏิบัติงานของตนเอง และช่วยให้ผู้บริหารมีข้อมูลในการตัดสินใจ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan :Rational Drug Use) กำหนดเกณฑ์ผลการดำเนินงาน เป็นลำดับขั้น1,2,3 โดยมีเงื่อนไขผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ซับซ้อนทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ 21 ตัวชี้วัด ซึ่งตัวชี้วัดประเมินทั้งส่วนย่อยคือระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับโรงพยาบาล ระดับเครือข่ายสุขภาพ (CUP) ระดับจังหวัด และระดับเขต ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 กำหนดเป้าหมายปี 2560 ดังนี้ 1. โรงพยาบาลในเขตฯ ร้อยละ 80 ผ่าน RDU ขั้นที่1, 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตฯ ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ RUA 3.โรงพยาบาลในเขตฯ ร้อยละ50 ผ่านเกณฑ์การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วย CKD ระดับ3 ขึ้นไป 4.โรงพยาบาลในเขตฯ ร้อยละ80 ต้นทุนค่ายาลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5 ซึ่งจากตัวชี้วัดที่หลากหลายและ

ซับซ้อน จำเป็นต้องมีเครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเป้าหมายเน้นเครื่องมือที่สามารถแสดงข้อมูลเป็นภาพได้หลายมิติ ตอบสนองความต้องการได้รวดเร็ว และราคาไม่แพง

วัตถุประสงค์

พัฒนาเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวชี้วัด RDU Hospital สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ผลการดำเนินงาน แสดงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นโอกาสพัฒนาโดยแสดงเป็นข้อมูลภาพ และตอบสนองผู้ใช้งานได้สะดวกและรวดเร็ว

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาเครื่องมือที่จะนำมาใช้ โปรแกรม Qlikview เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียข้อจำกัด เปรียบเทียบกับเครื่องมือเดิมที่เคยใช้ งาน คือ Microsoft excel และศึกษาวิธีการใช้งานโปรแกรม
2. สรุปรูปตัวชี้วัด ของ service plan :Rational Drug Use,ผลการดำเนินงาน, ออกแบบฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ตามเป้าหมาย
3. ทบทวนแหล่งข้อมูล ที่จำเป็นในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากมีข้อมูลที่รายงานผลการดำเนินงานเข้าสู่สำนักบริหารการสาธารณสุข อยู่แล้วจึงใช้เป็นแหล่งข้อมูลต้นแบบในการศึกษา
4. ดำเนินการใช้โปรแกรม Qlikview ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอเป็นภาพตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้
5. ประเมินความถูกต้องเหมาะสม การใช้งานโปรแกรม
6. ประเมินความพึงพอใจการใช้งานโปรแกรมโดยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และผู้บริหารในแต่ละระดับ
7. สรุปรูปข้อดีข้อเสียและแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

ผลการดำเนินการ

ได้เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล ที่มีความสามารถดังนี้

1. แสดงข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นต้องทราบ เช่น จำนวนโรงพยาบาล ระดับต่างๆ และ จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละ CUP,ในแต่ละจังหวัด
2. แสดงข้อมูลเป็นภาพผลงาน ตัวชี้วัด ภาพรวม ว่าปัจจุบัน การประเมิน RDU ชั้นที่ 1 เขตมีผลงานอยู่ระดับใด มีภาพแสดงชัดเจนว่าผ่านตัวชี้วัดหรือไม่ และมีตัวเลขแสดงระดับร้อยละผลงาน และสามารถเลือกได้ว่าต้องการให้แสดงผล ระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล หรือระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. แสดงข้อมูลผลการดำเนินการแต่ละตัวชี้วัดทั้งตัวชี้วัดกระบวนการ ตัวชี้วัด Output 21 ตัวชี้วัด โดยแสดงเป็นตารางข้อมูลแสดงร้อยละในแต่ละตัวชี้วัด และ แสดงเป็นภาพ ว่าผ่านหรือไม่ผ่าน และมีเลขร้อยละแสดงเป็น ดิจิตอล กำกับให้เห็นชัดเจน สามารถแสดงผลมุมมองทั้งระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด โรงพยาบาลหรือระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้
4. แสดงรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัดว่า ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านอยู่ที่จังหวัด,โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใด

อภิปรายผล

เครื่องมือช่วยการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพ RDU-WiWiClick ของ service plan : Rational Drug Use เขตสุขภาพที่4 ในเวอร์ชันที่1.0 นี้สามารถสนองต่อความต้องการผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารในการติดตามผลการดำเนินงาน service plan : Rational Drug Use เขตสุขภาพที่4 ทั้ง 8 จังหวัดโดยรู้ผลการดำเนินงาน ตามที่แต่ละจังหวัดส่งรายงานเฉพาะกิจให้กับสำนักบริหารการสาธารณสุข และข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 2 โรค (โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก HDC Dashboard รู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการดำเนินงานต่อเนื่อง แนวทางพัฒนาต่อเนื่อง พัฒนาการแสดงข้อมูลภาพรูปแบบอื่น มุมมองอื่นที่น่าสนใจ สวยงาม โดยศึกษาเทคนิคอื่นๆ เพิ่มเติมของเครื่องมือ ประสานแผนกเทคโนโลยีสารสนเทศเรื่องการจัดเก็บข้อมูล และการอัปโหลดข้อมูลออนไลน์ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการใช้งานและความสะดวกในการใช้งาน

ความภาคภูมิใจ

สามารถตอบสนองข้อมูลให้กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ในรูปแบบที่สวยงาม น่าใช้และใช้งานง่าย เมื่อเทียบกับการใช้เครื่องมือเดิม Microsoft excel ที่ต้องใช้เวลานานในการจัดการข้อมูล ก่อนนำเสนอ สามารถแสดงข้อมูลของหน่วยงานในทุกระดับ และสามารถพัฒนาให้เป็นข้อมูลระดับประเทศได้ต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ในการดูผลการดำเนินงานของหน่วยงานตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาและผู้บริหารมีเครื่องมือใช้ในการติดตาม กำกับผลการดำเนินการได้ทุกระดับ เพื่อชี้ นำ ส่งเสริม สนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมาย

ธนาคารบุญ ชุมชนหมู่ 6 วัดทางหลวง ตำบลบางเขน อำเภอเมืองนนทบุรี

คำสำคัญ : ธนาคารบุญ

สรุปผลงานโดยย่อ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขนมีการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส พบปัญหาประชาชนในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามสภาวะสุขภาพ และเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จึงได้ร่วมกับชุมชนวัดทางหลวงจัดหาของใช้ที่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วย โดยได้รับของอุปโภคบริโภคจำเป็น สนับสนุนจากท่านเจ้าอาวาสวัดทางหลวงและผู้ที่สนใจของที่ตนเองไม่ได้ใช้แต่มีประโยชน์กับคนอื่นมารวมแบ่งปัน เพื่อเป็นกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ ให้เกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตทั้งครอบครัว ตั้งแต่เดือน มกราคม 2559 จนถึงมิถุนายน 2560 พบว่ากลุ่มผู้รับบริการและญาติมีความพึงพอใจในโครงการ 89.4% โดยชุมชนมีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน จัดสรรอย่างมีระบบให้เกิดความยั่งยืนโดยชุมชน เพื่อชุมชน และ มีความครอบคลุมในพื้นที่รับผิดชอบตำบลบางเขน

ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน / องค์กร : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน

สมาชิกทีม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน

เป้าหมาย : เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความ เสียสละ มีการแบ่งปันสิ่งดีๆ นำของที่ไม่ได้ใช้มาแบ่งปันให้เกิดประโยชน์ ทำให้เกิดความรัก ความเอื้ออาทร ดูแลกันและกันในชุมชน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : จากการดูแลในพื้นที่พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กลุ่มเหล่านี้มีรายได้น้อย และยังขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ และจากการสำรวจพบประชาชนบางส่วนมีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้ใช้แล้ว ต้องการนำมาแบ่งปันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น แต่ชุมชนยังไม่มีจัดการนำสิ่งของเหล่านั้นมาใช้อย่างเป็นระบบ ให้ถึงกลุ่มที่มีความต้องการใช้อย่างต่อเนื่องและทันเวลา เช่น เตียงลม เตียงนอน เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ผู้ป่วยจึงเกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต

กิจกรรมการพัฒนา :

- 1.ประชุม คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดตั้งโครงการธนาคารบุญ โดยมีคณะกรรมการดำเนินงาน
- 2.สำรวจข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่ยังขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ และสำรวจข้อมูลประชาชนในชุมชนมีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้ใช้แล้ว ต้องการนำมาแบ่งปันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น นำมาขึ้นทะเบียน
- 3.ดำเนินการจัดสรรของใช้และเบิกจ่ายอย่างมีระบบ โดยผู้ป่วยที่มีความต้องการของใช้มาแจ้งขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการชุมชน อสม.และอสค. เมื่อของที่เบิกไปไม่ใช้แล้วหรือผู้ป่วยดีขึ้นให้นำกลับมาคืนที่ธนาคารเพื่อจัดสรรให้คนอื่นต่อไป

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

เชิงปริมาณ

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1.จำนวนกลุ่มที่มีความต้องการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ | ได้รับจัดสรรร้อยละ 82.00 |
| 2.จำนวนกลุ่มที่มีความต้องการของอุปโภคบริโภคที่จำเป็น | ได้รับจัดสรรร้อยละ 100 |
| 3.กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการฟื้นฟูสุขภาพตามแผนการดูแล | ได้รับการเยี่ยมร้อยละ100 |

เชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ประชาชน ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในโครงการธนาคารบุญ เป็นโครงการที่ดีมากสร้างความสุขและรอยยิ้มให้แก่กันและกัน ควรทำต่อไปอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนที่ได้รับ :

พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมของชุมชนวัดทางหลวง การรู้จักแบ่งปัน รู้จักให้ และการเป็นผู้รับที่ดี ทำให้เกิดการมีจิตสาธารณะ และทำให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข เกิดความอบอุ่น ความมีน้ำใจและเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้สังคมเป็นสังคมที่เจริญอย่างแท้จริงจากคนไม่มี ให้มี จากสิ้นหวังในชีวิตให้มีกำลังใจและเห็นคุณค่าในตนเองให้มีชีวิตอยู่อย่างยืนยาว มีคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจะอยู่ได้โดยไม่วิตกกังวล ทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ไม่ทอดทิ้งกัน เดินเคียงข้างกันไปมีการดูแลเอื้อเพื่อประคับประคองอยู่ร่วมกันอย่างยั่งยืน

การติดต่อกับทีมงาน : งานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่ด้วยกระบวนการ DSH

นางสาววันวิสาข์ สนใจ หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่

ที่มา/และความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น จากการสำรวจล่าสุดมีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่ดี นอนติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล คิดเป็นร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ขณะที่ประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (มูลนิธิวิจัยพัฒนานิเวศ, 2558) ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ (ชลการ ทรงศรี, 2557) ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติ ทำให้สูญเสียรายได้ และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม ตามมา

จากฐานข้อมูลประชากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปี 2560 พบว่ามีประชากรสูงอายุในเขตอำเภอเมือง ทั้งสิ้น 80,573 คน คิดเป็นร้อยละ 46.20 และประชากรกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 230 คนคิดเป็นร้อยละ 1.34 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด เพื่อให้ประชากรกลุ่มติดเตียงในปัจจุบันได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ สำนักงานโรงพยาบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ และพัฒนาระบบบริการพยาบาลปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน และเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงให้ได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลในชุมชน (สำนักงานโรงพยาบาล, 2556) การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึงแบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้บริการแก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและบำบัดต่างๆ (เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร, 2558) ซึ่งประเภทของการเยี่ยมบ้านในชุมชนประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านแบบ Home Visit เยี่ยมติดตามภาวะสุขภาพทั่วไปของครอบครัว เยี่ยมปีละ 1 ครั้ง 2) Home Health Care เยี่ยมติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลตามกลุ่มต่างๆ ที่มีอาการไม่ซับซ้อน ตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านที่กำหนดรายโรค และ 3) การเยี่ยมบ้านแบบ Home Ward เป็นการเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติ โดยอาจมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวที่ต้องดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์-อัมพาต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2555)

จากข้อมูล HDC ปี 2559 - 2560 ของอำเภอเมืองนนทบุรี พบว่ามีผู้ป่วยติดเตียง 208 และ 230 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ ด้วยบริบทของตำบลบางไผ่เป็นชุมชนกึ่งเมืองมีหมู่บ้านจัดสรรเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประชากรในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากการดูแลและการ

เข้าถึงบริการของผู้ป่วยน้อย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดภาวะกับคนในครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ยกระดับและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบองค์รวม จำนวนผู้ป่วยติดเตียง 5 ราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับมาพักพื้นมีแผลกดทับ จำนวน 3 ราย ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง 15 ราย และจำนวนผู้พิการ 41 ราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่ โดยใช้กระบวนการ DHS

ระเบียบวิธีวิจัย

1. การวิจัยแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research –PAR
2. ใช้กระบวนการ CIPP MODEL ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำมาตรฐาน CPG
3. เกิดนวัตกรรมหมอน I love You ป้องกันแผลกดทับ

ผลการศึกษา

จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่ด้วยกระบวนการ DSH และใช้นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลผู้ป่วยจากแบบประเมิน ADL พบว่า ผู้ป่วยติดเตียง ที่มีระดับความพึงพึงสมบูรณ์จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.79 ผู้พิการช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 35 คน ร้อยละ 62.5 ผู้พิการช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างดี จำนวน 17 คน ร้อยละ 30.36 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีแผลกดทับจำนวน 3 คน แผลหายดี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และแผลเริ่มหายไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น จำนวน 1 คน

ประเมินความพึงพอใจของทีมหมอครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ และอาสาสมัครประจำครอบครัว จำนวน 17 คน มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการคิดเป็นร้อยละ 92

การประเมินผลตาม CIPP MODEL พบว่า ส่วนของบริบท (Context) พื้นที่ที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ จำนวน 61 คน ปัจจัยนำเข้า (Input) นโยบายชัดเจน มุ่งเป้าหมายเดียวกัน มีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในด้านบุคลากรสาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนเงินประมาณในการจัดทำโครงการจาก สปสช. กระบวนการ (Process) มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการโดยจัดทำ CPG ของตำบลบางไผ่ และผลลัพธ์ (Product) ส่วนของผลผลิต คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่ด้วยกระบวนการ DSH ผลลัพธ์ คือการมีส่วนร่วมในการร่วมมือในการจัดการสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติ อสม. อสค. อบต. และทีมหมอครอบครัวตำบลบางไผ่ และผลกระทบ คือ ชุมชนร่วมรับผิดชอบและรับรู้ปัญหาสุขภาพในชุมชนร่วมกัน

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการในพื้นที่ตำบลบางไผ่ที่ง่ายต่อการดูแล
2. เกิด CPG ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการในพื้นที่
3. มีข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันทุกคน โดยใช้ Mapping 4.0

4. เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ จนท. อสม.และอบต.
5. สนับสนุนการดำเนินงานของ DHS
6. เกิดนวัตกรรมหมอน I love You ป้องกันแผลกดทับ

บทเรียนที่ได้รับ

1. เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการตำบลบางไผ่
2. รู้สึกมีความสุขในการทำงานที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น
3. ผู้ป่วยมีความสุขที่สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเก่า
4. ชุมชนมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือ แต่ขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติ
5. การประสานงานกับแม่ข่ายต้องประสานผ่าน Service plan ถึงจะเกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง
6. เกิดนวัตกรรมในครอบครัวสามารถนำมาใช้ได้จริง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

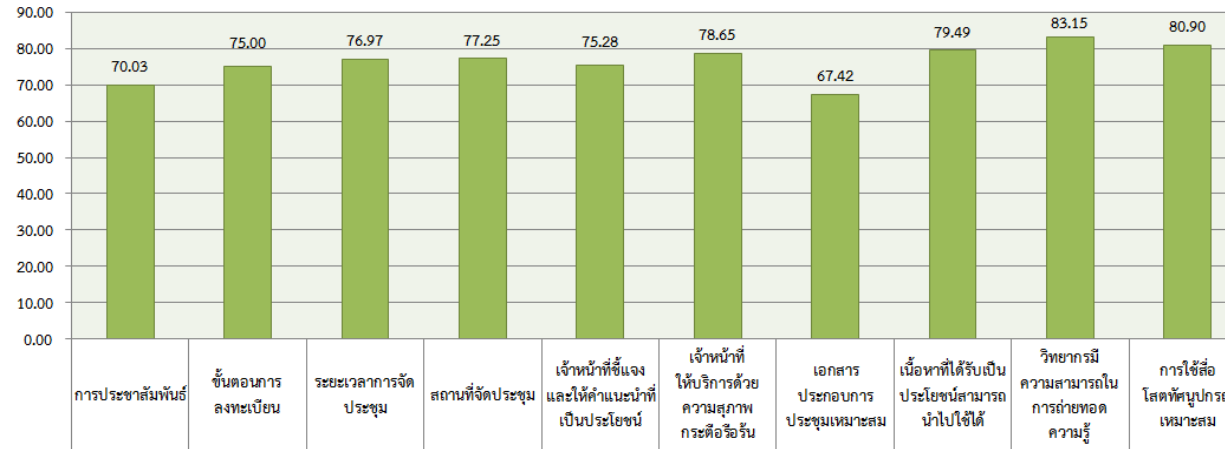
1. นโยบายชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญสนับสนุน รู้เท่ากัน รู้เหมือนกัน รู้พร้อมกัน
2. การมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่
3. มีการบริหารจัดการในกระบวนการเหมาะสมกับพื้นที่ตามบริบทของตนเอง
4. มีการทำงานเป็นทีมมุ่งเป้าเดียวกัน

การสนับสนุนที่ได้รับ

1. งบประมาณจาก สปสช.ปี 2560 โดยจัดทำโครงการติดตามบ้านเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) หมู่ที่ 2, 4, 5 ตำบลบางไผ่
2. อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับสนับสนุนจากชุมชน และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
3. บุคลากรทางการแพทย์ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (เภสัชกร, นักกายภาพบำบัด, ทันตแพทย์, แพทย์อายุรกรรม และแพทย์เฉพาะทางกระดูก

สรุปการประเมินความพึงพอใจ ประชุมวิชาการ มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0)

ร้อยละความพึงพอใจภาพรวมประชุมวิชาการ มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0)



สรุปผลคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยจากการประชุมวิชาการ มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0) ในแต่ละสาขา

สาขา SP/ความพึงพอใจ	หัวข้อ สอดคล้อง	เวลาเหมาะสม	เนื้อหาตรงกับความต้องการ	เทคนิคการนำเสนอของวิทยากร	เนื้อหาสาระครบน่าสนใจ	เอกสารประกอบวิทยากร	การบริหารเวลาของวิทยากร	พอใจวิทยากรภาพรวม	ได้รับประโยชน์	นำความรู้ไปประยุกต์ใช้	พอใจที่ได้เข้านำเสนอผลงาน
สาขาไต (n=4)	3.5	3.75	3.75	2	2.5	2	2.25	2.25	2.25	2.25	2
สาขา Stroke (n=48)	3.17	3	3.17	3.02	3.06	2.65	2.5	3.15	3.19	3.1	3.04
PCC DHS (n=21)	3.29	3.19	3.62	3.24	3.48	3.05	3.24	3.24	3.24	3.24	3.33
อวช. (n=59)	3.46	3.41	3.47	3.44	3.47	3.42	3.41	3.46	3.47	3.41	3.42
People Excellence (n=33)	3.18	3.18	3.24	3.3	3.18	2.97	3.21	3.24	3.15	3.21	3.18
สาขาสุขภาพจิต (n=20)	3.05	3	3	3.15	3.15	2.6	3.05	3.15	3.1	3.1	3
อนามัยเจริญพันธุ์แม่และเด็ก (n=9)	3.11	3.22	3.22	3.22	3.44	2.78	3.11	3.33	3	3	3
สาขามะเร็ง (n=8)	3.63	3.5	3.75	3.5	3.5	3.5	3.25	3.38	3.5	3.25	3.63
2P Safety (n=4)	3.25	3	3.25	3.25	3	3.25	2.75	3	3	3	3.25
สาขาอายุรกรรม (n=18)	3	3.11	3.11	2.89	2.94	2.89	2.89	2.94	3.33	3.06	3
อื่นๆ (n=36)	3.19	3.5	2.94	3	2.94	2.81	2.94	2.94	3	3.06	3.06

หมายเหตุ : นำคะแนนมาคิดหาคะแนนเฉลี่ย โดยมีค่าคะแนน ดังนี้ มากที่สุด = 4 คะแนน , มาก = 3 คะแนน , น้อย = 2 คะแนน และ น้อยที่สุด = 1 คะแนน

ขอขอบพระคุณ

ตามที่ เขตสุขภาพที่ 4 ได้จัดการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 (Share & Learn to Smart Region 4.0)” เมื่อวันที่ 7-8 สิงหาคม 2560 ณ ภูเขางามรีสอร์ท ต.สาริกา อ.เมือง จ.นครนายก โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ หน่วยงานต่างๆ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง

คณะทำงานจัดการประชุมวิชาการ “มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0” จึงขอขอบพระคุณ ผู้มีรายนามและหน่วยงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4
2. นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 4
3. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4
4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4
5. คณะกรรมการ Service Plan เขตสุขภาพที่ 4 ทุกสาขา
6. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4
7. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
8. ศูนย์วิชาการ กรมต่างๆ ทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4
9. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
10. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
11. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
12. ผู้ทรงคุณวุฒิ และวิทยากร ที่ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
13. ผู้ดำเนินรายการ ผู้ถอดบทเรียน ทุกท่าน
14. คณะทำงานการประชุมวิชาการ มหกรรมเขตสุขภาพ 4.0
15. ผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงาน ที่อาจไม่สามารถกล่าวชื่อนามได้ทั้งหมดในที่นี้

ค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข




Originality
เร่งสร้างสิ่งใหม่

สร้างสรรค์นวัตกรรม / คิดค้นสิ่งใหม่
ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

สามารถติดตามข้อมูลการจัดการความรู้และทวนโหลผลงานการจัดการความรู้เขตสุขภาพที่ 4 ได้ที่

Website เขตสุขภาพที่ 4 : www.rh4.moph.go.th

 มทรรมเขตสุขภาพ 4.0 : Share & Learn to Smart Region 4.0