

### III – 4 การดูแลผู้ป่วย

#### III- 4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป

#### III – 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย พึงพอใจ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	< 0.3/1000 วันนอน	0.16	0.40	0.42	0.58	0.63
อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<5%	3.25	0.60	2.0	1.17	0.35
อัตราการเกิดแผลกดทับ/พื้นวันนอนรวม (กลุ่มเสี่ยง)	< 1%	N/A	0.37	0.84	0.87	0.91
อัตราการเสียชีวิต โดยไม่ได้คาดหมาย	0 ราย	N/A	N/A	N/A	1	2
อัตราผู้ป่วยคืนลี้ม/ตกเตียง	0 ราย	4	3	2	1	0

#### บริบท:

ทีมผู้ให้บริการมีความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่่วงที่ปลอดภัยเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ  
กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการให้การดูแล :

1. กลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดคนดูแล
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน
4. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
5. กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน /ภาวะวิกฤติ
6. กลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง
7. กลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ

#### กระบวนการ:

#### การดูแลทั่วไป

บทเรียนเกี่ยวกับการมอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

- Asthma มีการจัดตั้งคลินิก Asthma มีแพทย์ที่ประจำ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน มีพยาบาลผู้ดูแลคลินิกที่ผ่านการอบรม มีทักษะการประเมินผู้ป่วยในเรื่อง ACT Score , CAT Score และทำ Spirometry 2 คน และยังมี นักกายภาพบำบัด เกษัชกรเป็นผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย
- โรคเบาหวาน มีการจัดตั้งคลินิก DM มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม Case Manager 1 คน

- ผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจก คลินิกจักษุเฉพาะ จักษุแพทย์ พยาบาลที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทางตา ทำให้ผู้ป่วย Blinding Cataract ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เป้าหมาย 80% ขึ้นไป
- ผู้ป่วยในมิแพทย์ และทีมพยาบาลประจำ 24 ชั่วโมง มีการจัดทีมแพทย์ให้บริการเป็นแพทย์เวร และแพทย์ผู้ตรวจผู้ป่วยประจำตึก หมุนเวียนสลับกันไปทุก 2 สัปดาห์
- จัดทำ CPG ในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงเช่น Acute MI, Stroke, เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสม ครอบคลุม ปลอดภัย

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวกสบาย เป็นส่วนตัว เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ:

กลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ :

- กลุ่มผู้ป่วยเด็ก < 14 ปี Admit จะจัดให้อยู่ที่ตึกสงฆ์ จัดเตียงให้มีไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียง
- OPD มี จัดพื้นที่สำหรับผู้รับบริการรถเข็น ผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่จอดรถ ส่วนที่ถูกหลักสุขาภิบาล ราวจับสำหรับ และให้บริการตรวจในผู้ที่อยู่บนรถนั่งและรถนอนก่อนเพื่อให้เกิดความสะดวกเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง/ภาวะวิกฤติ : ผู้ป่วยนอกให้บริการตรวจที่ห้องฉุกเฉินทุกรายตาม Criteria ผู้ป่วยในจัดให้อยู่ในโซนใกล้ Nurse 's Station ซึ่งสามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้สะดวกและมี O<sub>2</sub> Pipeline ในบางครั้งมีผู้ป่วยที่อาการรุนแรงหลายคนทำให้พื้นที่ไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องมีเตียงแทรกเมื่อมีการ ทำหัตถการทำให้น่าอุปกรณ์ที่จำเป็นเข้าใช้งานลำบากเนื่องจากติดเตียงแทรกและของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ เช่น พัดลม สายไฟ ฯลฯ จึงกำลังดำเนินการ
- ผู้ป่วยกลุ่มการติดเชื้อ เช่น วัณโรค อีสุกอีใส มือเท้าปาก สงสัยใช้หวัดนกหรือใช้หวัดใหญ่ ที่จำเป็นต้องแยกโรค จุดบริการผู้ป่วยนอก / ห้องฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยจะให้ปิดหน้ากากอนามัยทันที และจัดแยกโซนสำหรับการตรวจโดยเฉพาะ ผู้ป่วยใน มีห้อง แยกโรคเป็น Negative Pressure 1 ห้อง ห้องแยกโรคธรรมดา(เตียงสามัญ) 1 ห้อง ห้องแยกโรค(ห้องพิเศษ) 1 ห้อง แต่ในบางครั้งห้องแยกโรคไม่เพียงพอหากมีความจำเป็นจะจัดห้องพิเศษห้องอื่นเป็นห้องแยกโรค
- กลุ่มผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือด , หรือผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จะจัดให้ผู้ป่วยเข้าพักห้องแยกโรค หรือหากไม่เพียงพอจะใช้ห้องพิเศษเป็นห้องแยกให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะ โรคมะเร็งเม็ดเลือดที่มีภูมิคุ้มกันต่ำทุกราย

บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ให้แก่ผู้ป่วย

- มีการป้องกันการตกเตียงในผู้สูงอายุ และเด็ก จัดให้มีการยกที่กั้นเตียงและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ อุบัติการณ์การตกเตียง 2557 = 0

- ผู้ป่วยเด็ก Pneumonia ให้ on injection plug หลังจากนั้น 5 วันพบแผลจากการถูกกดขนาด 0.1 cm x 2 รอย พบว่าปิดพลาสติกที่เข็มไม่ได้มีวัสดุรองระหว่างเข็ม และตัว injection plug กับผิวหนัง จึงเกิดการกดผิวหนัง และหลังจากที่ on injection plug ไม่ได้เปิดผ้าที่พันรอบไว้ ออกดู พร้อมทั้งไม่ได้เปลี่ยน injection plug ตามแนวทางที่กำหนด จึงมีการวิเคราะห์หาสาเหตุและกำหนดให้มีวัสดุรองรับ injection plug และผิวหนัง กำหนดให้มีการเปิดผ้าที่พันไว้และเปลี่ยน injection plug ทุก 96 ชั่วโมง

#### บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน

- ผู้ป่วยชายไทย ใส่ TT Tube มีการเช็ดตัวตอนในตอนเช้าขณะพลิกตะแคงตัว TT Tube หลุดแล้ว เกิดการหดเกร็งของท่อหลอดลมที่ใส่ TT Tube ไม่สามารถใส่ใหม่ได้ O<sub>2</sub> Saturation ลดลง และคลำได้ Subcutaneous Emphysema แพทย์ตัดสินใจใส่ ET Tube แล้วส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

จากการทบทวนขณะเช็ดตัวผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลทุกราย และมีการเตรียมอุปกรณ์ TT Tube ให้พร้อมใช้ทุกเบอร์

- ผู้ป่วยชายไทยอายุประมาณ 71 ปี นอนโรงพยาบาลด้วย COPD with AE ทำ EKG วันแรก NSR No ST- T change ได้รับยา Dexamethasone iv Berodual NB , O<sub>2</sub> Therapy และช่วยเหลือตัวเองได้มาโดยตลอด จนเข้ามีวันที่ 7 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการเกร็งทั้งตัว ตาค้าง 3 นาที ปัสสาวะราด หายใจ Air hunger ทำ EKG ผล ST elevation II III aVF ทำ CPR 15 นาที ET Tube No 7.5 Adrenaline 1 amp iv x 3 dose แพทย์คุยกับญาติ ให้การรักษา supportive เสียชีวิตวินิจฉัย Ac MI

จากการทบทวน ให้มีการนำ Early Warning Sign มาช่วยในการ detect และมีการจัดเตรียมชุด Fast track เป็น package มีสิ่งจำเป็นเช่น ชุดเวชระเบียนที่จำเป็นสำหรับ refer, ชุดเจาะ lab , ยา ฯลฯ

#### บทเรียนในการตอบสนองต่อความต้องการด้านอารมณ์และจิตสังคม : เชื่อมจากผลการประเมิน เช่น ไม่มีญาติมารับกลับบ้าน ก้าวร้าว

- ผู้ป่วย Ischemic Stroke มีภาวะ Hemiplegia E4M6V5 เป็นผู้ป่วยที่ถูกภรรยาทอดทิ้งอาศัยเช่าบ้านอยู่ใน กทม. เมื่อเจ็บป่วยจึงส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ โดยมีเพื่อนบ้านข้างห้องเช่าเป็นผู้นำมาส่ง มีการติดต่อพี่สาว /น้องชาย ของผู้ป่วยแต่ไม่มีผู้ใดรับผู้ป่วยไปดูแลในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการสับสน และเรียกร้องความสนใจจากเรียกเจ้าหน้าที่เกือบตลอดเวลา หลังจากนั้นมีอาการซึมเศร้า มีความต้องการครอบครัวอยากออกสู่โลกภายนอก ทางเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในได้มีการติดต่อพี่สาวเพื่อให้ได้พูดคุยกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ติดต่อผู้เป็นน้องชายได้มาเยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้ง เมื่อเวลาผ่านไปเกือบปีอาการสับสนหรือเรียกร้องความสนใจเริ่มหายไปผู้ป่วยรู้ตัวเองดีมากขึ้น พุดคุยรู้เรื่องมากขึ้น มีการประสานงานศูนย์ประชารัฐดูแลต่อเนื่อง

### บทเรียนในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลในทีมการดูแลผู้ป่วย:

- มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากปรึกษารายโรค, Bedside round ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นประจำทุกวันหรือ เมื่อพบอาการผิดปกติ
- แพทย์สื่อสารข้อมูลผ่าน Progress note ที่เป็นบันทึกที่ทุกวิชาชีพสามารถ บันทึกความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
- เกษักรสื่อสารกับแพทย์ในเรื่องยาบางรายการโดยหากเร่งด่วนจะประสานด้วยตนเองหรือทางโทรศัพท์ หากไม่เร่งด่วนเกษักรจะ บันทึกไว้ใน Progress Note ของแพทย์
- โภชนาการจะได้รับข้อมูลประเภทอาหารของผู้ป่วยจากใบบันทึกยอดอาหาร โดยดูที่บันทึกคำสั่งแพทย์และเขียนส่งทุกเวรดิคและเมื่อหากพบว่าไม่ตรงกับที่เตียงผู้ป่วยจะถามพยาบาลเพื่อยืนยันข้อมูล และในมือต่อไปทางโภชนาการจะสอบถามในผู้ป่วยที่รับใหม่ และในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการอาหาร
- กายภาพ จะสื่อสารใบบันทึกของกายภาพ
- ทันตกรรม จะสื่อสารโดยบันทึก Progress note , Doctor Order 's Sheet , OPD card

### การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่, ผู้ป่วยที่มีภาวะ shock, ผู้ป่วยที่สับสนหรือไม่รู้สติตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ, ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมรุนแรง เช่น Severe PIH , PPH , GDM , หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุกรรม เช่น โรคหัวใจ, ผลการวิเคราะห์บริการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องผูกยึด การเจาะคอ เจาะปอด การใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน เช่น Ventilator การช่วยคลอดหัตถการ Acute MI, หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

### บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง :

- การดูแลผู้ป่วยที่สัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการดูแล การเฝ้าระวังและการติดตามที่เหมาะสม
- มีแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรงของสภาวะความเจ็บป่วย และแนวทางการดูแล ตามระดับความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

- มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เช่น รถ Emergency ที่มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกวัน มีรถEmergency ที่ประกอบไปด้วยยาที่จำเป็นในการช่วยชีวิต มีเครื่อง Defibrillator มี V/S monitor
- มีการนำแนวทาง Active Management in 3 rd stage of Labour มาใช้ในการช่วยทำคลอดรก เพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอด
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง มีการซ้อมแผน การดำเนินงานเช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ อุบัติเหตุหมู่ แผนอภีภย เป็นต้น
- ผู้ป่วย DM , CKD ,HT นอนโรงพยาบาลด้วย Hyperkalemia มีการรักษาด้วย RI 10 unit + 50%glucose iv drip , 7.5% NaHCO3 50 ml iv หลังให้ยาประมาณ 2 ชั่วโมงผู้ป่วยมีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น DTX 45 mg% รายงานแพทย์ให้ 50% glucose iv และเจาะ DTX ซ้ำอีก 1 ชั่วโมง = 114 mg% ทูเลาใจสั่นไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น จากเหตุการณ์นี้ ได้มีการเฝ้าระวังอาการน้ำตาลในเลือดต่ำจากการรักษาด้วย RI 10 unit + 50%glucose iv drip ในครั้งต่อไป
- มีการนำข้อมูล Update CPR ตาม Guideline ของ AHA มาพัฒนาความรู้และทักษะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ในลักษณะของประชุมเชิงปฏิบัติการ ผสมผสานไปกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานโดยให้ ER ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีประสบการณ์สูงในเรื่องนี้เป็นแกนนำ
- มีการจัดทำ CPG การดูแลกลุ่มผู้ป่วย Acute MI และมีการทบทวน CPG ร่วมกับฝึกรอบมบุคลากรที่ปฏิบัติงานทุกปี เพื่อให้รับทราบและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน จัดให้บุคลากรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในเรื่องการอ่าน EKG, การรักษา Acute MI มีการใช้ใบคัดกรอง Acute MI มีการตรวจ Trop-T มีระบบการส่งต่อ Acute MI

**บทเรียนเกี่ยวกับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:(ระบุถึงเวดล้อม สถานที่ เครื่องมือ บุคลากร ที่ให้ความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับแต่ละหัตถการที่มีความเสี่ยง)**

- กำหนดการทำหัตถการต่อไปนี้อยู่เฉพาะในห้องผ่าตัด ได้แก่ ผ่าตัดตาต่อกระจก การทำหมัน การทำแผลขนาดใหญ่ , การทำแผล Burn ที่มีความลึกระดับ second degree , การฉีกรักษา การขูดมดลูก (ทำในห้องคลอด) , การผ่าตัดเล็ก การเย็บแผล ผ่าฝี การ Debridementทำในห้องฉุกเฉิน , การเจาะปอด , ICD ,เจาะท้อง เจาะหลัง เจาะเข่า ทำในหน่วยงาน
- การผ่าตัดตาต่อกระจกมีทีมนำโดยจักษุแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการฝึกรอบม มีเครื่องมือเพียงพอ หากมีกรณี Infection จะทำเป็นรายสุดท้าย หากมีการทำหมันจะทำเป็นรายสุดท้าย

- การล้างรก โดยแพทย์พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ช่วยทำหัตถการ การขูดมดลูกทำโดยแพทย์มีพยาบาลห้องคลอด และพยาบาลผู้ป่วยในเป็นผู้ช่วยทำหัตถการ พยาบาลดมยาเป็นผู้ให้ยา Pre med ระหว่างทำหัตถการประเมินอาการต่อเนื่อง
- การทำหัตถการต่างๆ ในห้องฉุกเฉิน การเจาะอวัยวะต่าง ๆ แพทย์เป็นผู้ทำเองโดยมีพยาบาลเตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือ กรณีผ่าตัดเล็ก ผ่าฝี Debridement แพทย์จะพิจารณาทำหัตถการเองในผู้ป่วยบางรายที่มีความซับซ้อน
- การเจาะปอด ICD ,เจาะท้อง เจาะหลัง เจาะเข้าตามหน่วยงานแพทย์เป็นผู้ทำหัตถการข้างเตียงโดยพยาบาลเตรียมอุปกรณ์และเป็นผู้ช่วยในการทำหัตถการ
  - จากการทบทวนพบว่าเคยมีการเจาะปอดผิดข้าง จึงหาสาเหตุและแนวทางปฏิบัติโดยให้ดูฟิล์มที่เตียงก่อนทำหัตถการซ้ำอีกครั้ง
  - จากการทบทวนพบว่ามีการเจาะผิดข้าง Pneumothorax หลังเจาะปอด และมีการดูฟิล์มหลังเจาะปอดล่าช้า หลังพบให้ on O<sub>2</sub> mask ,monitor O<sub>2</sub> Sat ,Observe การหายใจ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ จึงมีแนวทางให้แพทย์ดูฟิล์มทุกครั้งหลังเจาะปอดทันที ที่ได้รับฟิล์ม และยังไม่มีการเกิดซ้ำ

#### บทเรียนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

- การพัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย และมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ และรายงานแพทย์เมื่อพบข้อบ่งชี้ต้องเปลี่ยนประเภทผู้ป่วยไปในระดับที่รุนแรงกว่า
- ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก ได้รับการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที ติดตามผล Trop I , CK – MB ที่ ER ครั้งแรกผิดปกติ มีการ admit เพื่อสังเกตอาการ , monitor EKG ประเมิน EKG และ Trop I , CK-MB ซ้ำหากพบว่า EKG ผิดปกติ หรือผล Lab มีค่าสูงขึ้นจะปรับเปลี่ยนการรักษาโดยอาจจะพิจารณาให้ยา หรือส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- ผู้ป่วย Shock มีแนวทางการประเมินภาวะ Shock โดยสังเกตอาการแสดงของภาวะ shock การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว , วัด V/S ทุก 15 นาทีหรือครึ่งชั่วโมงตามแผนการรักษา Keep BP  $\geq$  90/60 mmHg ,ติดตามบันทึก urine out put < 0.5 ml/kg/hr รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาต่อไป

#### บทเรียนเกี่ยวกับ rapid response system เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง : Early warning

- เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าใกล้ภาวะวิกฤติ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถรายงานแพทย์เวรได้ทันที ตลอด 24 ชม. มีการกำหนด Early Warning Sign ของผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ไว้ที่หอ

ผู้ป่วยมีระบบแพทย์ second call เพื่อให้การช่วยเหลือแพทย์เวร เมื่อมีเหตุการณ์วิกฤติต้องใช้แพทย์มากกว่า 1 คน

Early Warning Sign ของผู้ป่วยเด็ก	Early Warning Sign ของผู้ป่วยผู้ใหญ่
<ul style="list-style-type: none"> <li>- อายุ &gt;1 หายใจ &gt; 40    อายุ &lt;1 หายใจ &gt; 60 ครั้ง/นาที</li> <li>- เด็ก &lt; 8 ปี ชีพจร &lt; 80 หรือ &gt; 160 ครั้ง/นาที</li> <li>- เด็ก &gt; 8 ปี ชีพจร &lt; 60 หรือ &gt; 140 ครั้ง/นาที</li> <li>- ความดัน systolic เด็ก 1-10 ปี &lt; 70 mmHg + (อายุเป็นปี + 2)</li> <li>- หายใจเร็วผิดปกติ, ปลายจมูกบาน, Chest wall Retraction, Grunting</li> <li>- การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว, ซึม, ชัก, กระสับกระส่าย</li> <li>- คล่าชีพจรที่ปลายมือ-ปลายเท้าไม่ชัดเจน, เจียว, SpO2&lt;95%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเต้นของหัวใจ &lt;40 หรือ&gt;130 ครั้งต่อนาที</li> <li>- ความดัน systolic &lt;90 mmHg</li> <li>- อัตราการหายใจ &lt;8 หรือ&gt;28 ครั้งต่อนาที</li> <li>- O2 saturation &lt;90% ทั้งที่ให้ออกซิเจน</li> <li>- การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว</li> <li>- ปริมาณปัสสาวะ &lt;50 มล.ใน 4 ชั่วโมง</li> </ul>

บทเรียนเกี่ยวกับการติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง

- การทำ Dead case conference และทบทวนเหตุการณ์สำคัญต่างๆ
- มีการจัดทำบันทึกความเสี่ยงในหน่วยงาน และพัฒนาระบบการจับเก็บข้อมูล และการรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน นำข้อมูลมาสรุปและวิเคราะห์ทุกเดือน และจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง
- ในกรณีที่อุบัติการณ์ในระดับ E-I จะมีการทำ Root caused analysis เพื่อหาสาเหตุ แนวทางการแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ
- ความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานและยังเป็นปัญหา ได้แก่ medication error การติดเชื้ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
- ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ E หรือระดับ 3 ขึ้นไปแจ้งหัวหน้างานและผู้อำนวยการรับทราบภายใน 24 ชั่วโมง มีการทบทวนในระดับหน่วยงาน



บริการทางวิสัญญี						
จำนวนอุบัติการณ์การเกิด Aspiration	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผิคน	0	0	0	0	0	0

**บริบท :**

- ให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้บริการระงับความรู้สึกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ภายในเวลาราชการ โดยมีวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงาน ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึกและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังให้ยาระงับความรู้สึกใน 24 – 72 ชม. มีบุคลากรด้านวิสัญญีวิทยา วิสัญญีพยาบาล 1 คน สูตินารีแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ACLS 1 คนใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกในแบบ General Anesthesia

**กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:**

- ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยภาวะอ้วน และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะแทรกซ้อน

**บทเรียนในการประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย**

- ประเมินผู้ป่วย Case Elective ก่อนผ่าตัดทุกราย กรณี Case Emergency เยี่ยมประเมินในห้องผ่าตัด ผลการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 100 % และไม่พบอุบัติการณ์ ในผู้ป่วยที่ให้การระงับความรู้สึก
- พบปัญหาในผู้ป่วยสูติกรรมมีช่องทางติดต่อทางโทรศัพท์ระหว่างสูติแพทย์และวิสัญญีแพทย์
  1. พบผู้ป่วยหลังคลอดปกติ 4 ชม. สูติแพทย์ SET ผ่าตัดทำหมัน ผู้ป่วยมีภาวะชีพจรช้า (50-60 ครั้ง/นาที) จากภาวะพร่องน้ำและเลือด รายงานสูติแพทย์เพิ่มปริมาณสารน้ำ ตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) เลื่อนเวลาทำการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ stable ผลการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยปลอดภัย
  2. ตรวจเยี่ยมก่อนผ่าตัดและประเมิน Mallampatiทุกราย เนื่องจากมีวิสัญญีพยาบาล 1 คน เพื่อเตรียมทีมให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (GA) ดังนี้
    - วิสัญญีพยาบาลเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ , รถดมยาสลบเตรียมยาให้ยาระงับความรู้สึกและเฟียร์ะวังสัญญาณชีพพร้อม Monitoring
    - สูติแพทย์ช่วยใส่ ETT ก่อนจะล้างมือ และใส่ชุด Sterile

- ปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยอ้วนคอตันใส่ท่อหายใจ ลำบากเลี้ยงต่อภาวะแทรกซ้อน สติแพทย์ใช้วิธี Rapid sequence induction and cricoid pressure technique ขอความช่วยเหลือโดยมีพยาบาลวิชาชีพจากห้องคลอดมาช่วย 1 คน ใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถรับการผ่าตัดได้ตามกำหนดและปลอดภัยจากการระงับความรู้สึก

### บทเรียนในการใช้เตรียมความพร้อม และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม

1. ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้ คำแนะนำและข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก
3. ในกรณีที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็กเล็ก เด็กจะมีความหวาดกลัวเมื่อมาห้องผ่าตัด ทำให้การให้ยาระงับความรู้สึกไม่ราบรื่น เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองสามารถเข้ามาอยู่ใกล้ชิดกับเด็กได้ ภายในห้องผ่าตัด เพื่อลดความหวาดกลัวและอยู่เป็นเพื่อนจนเด็กหลับ จึงให้ผู้ปกครองออกจากห้องผ่าตัดได้ และเมื่อทำการผ่าตัดเสร็จสิ้นให้ผู้ปกครองเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนเด็กในห้องผ่าตัด ระยะพักฟื้นเพื่อมิให้เด็กเกิดความหวาดกลัวเมื่อฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้การให้ยาระงับความรู้สึกมีความราบรื่นมากขึ้น

### บทเรียนในการใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่นและปลอดภัย

- มีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม มีวิสัญญีพยาบาลเฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลาทุก 3-5 นาที พบปัญหาระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ความดันโลหิตตก ชีพจรเร็วหรือช้ากว่าปกติ ซึ่งสามารถช่วยกันแก้ไขปัญหาให้สัญญาณชีพเข้าสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### บทเรียนเกี่ยวกับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคคลที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก

- วิสัญญีพยาบาลอบรมฟื้นฟูวิชาการทุกปีปีละ 5 วันของราชวิทยาลัยวิสัญญี/ และมีการฟื้นฟูทักษะวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาล ปี 2555-2556 จำนวน 49 ราย
- มีการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพทุกปี

### บทเรียนในการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น

- ก่อนผ่าตัดให้ข้อมูลและลงบันทึกในแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก , ดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น และการบันทึกเวชระเบียนที่กำหนดและการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัย
- ประเมินผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยโดยใช้ PAR Score และสื่อสารข้อมูลการดูแล การเฝ้าระวัง

## บทเรียนและข้อจำกัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัย (เครื่องมือ วัสดุ ยา)

- ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบ เครื่องมือเฝ้าระวังต่าง ๆ Emergency cart อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการให้บริการวิสัญญีตามมาตรฐานราชวิทยาลัย
- มีแนวทางในการจัดเก็บ การใช้ และการเบิกยาควบคุมพิเศษและยาอันตรายต่าง ๆ
- มีการควบคุมการใช้ร่วมทีมเกสัช

## บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลการใช้ deep sedation

- ไม่ใช้เทคนิค deep sedation เนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์

## อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

- การทำผ่าตัดทางสูติกรรม คือ การทำหมันหญิงหลังคลอด ใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบชนิดทั่วไป โดยวิธีฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ (TIVA) เนื่องจากการทำหมันหญิงเป็นการผ่าตัดแบบ Minor operation ใช้เวลาทำประมาณ 10-20 นาที ยาที่ใช้คือ Ketamine ผลของ Ketamine ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจะกระตุ้นให้หลั่ง Catecholamine ที่สะสมไว้ในร่างกาย ทำให้มีผลเพิ่ม Sympathetic tone คือ Tachycardia , Hypertention แต่ในทางปฏิบัติพบว่าการเกิด Bradycardia กับ Hypotention โดยพบภาวะ Bradycardia 1 ราย ในปี พ.ศ. 2552 และพบภาวะ Hypotention 1 ราย ในปี พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ยังพบรายงานภาวะ Cardiac arrest ในโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอด โดยใช้ Ketamine วิสัญญีพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำการทบทวนความรู้เรื่องยา Ketamine พบว่าโดยตัวของ Ketamine มีผลกดการบีบตัวของหัวใจเรียกว่า “Negative Inotropic Effect ” จึงมีผลตรงกันข้ามกับอันดับแรก โดยปกติคนทั่วไปจะมีผลกระตุ้นหัวใจที่เด่นชัดกว่า จึงไม่เห็นผลของการบีบตัวของหัวใจ ผู้ป่วยบางรายที่เห็นผล “Negative Inotropic Effect ” ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ Catecholamine ในร่างกายมากจนเกินไปหรือหมดแล้วได้แก่ ผู้ป่วย Prolong shock, Sepsis , ผู้ป่วยที่คลอดบุตรทางช่องคลอด และมีภาวะพร่องน้ำพร่องเลือด จากความรู้นี้วิสัญญีพยาบาลจึงทำการปรับปรุง
- เรื่องการเตรียมผู้ป่วยทำหมันหญิงหลังคลอด โดยให้สูติแพทย์ Set ทำผ่าตัดได้หลังจากคลอดปกติแล้วอย่างน้อย 12 ชม. ร่วมกับการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยหลังคลอดต้องงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชม. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและสภาพร่างกายได้ปรับตัวสู่ภาวะใกล้เคียงปกติ ก่อนได้รับการระงับความรู้สึก จากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ไม่พบภาวะ Hypotention และภาวะ Bradycardia
- ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก เช่น เครื่องดมยาสลบที่มี Ventilator พร้อม Circuit ต่างๆ , Monitoring และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางวิสัญญีที่มีคุณภาพและปลอดภัย

### ผลการพัฒนางานที่สำคัญ

- แนวทางในการประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อค้นหาความเสี่ยง / ภาวะแทรกซ้อนและวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก
- แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นและส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย
- แนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยนอกและลงนามยินยอมก่อนผ่าตัด
- แบบประเมินผู้ป่วยสหสาขาวิชาชีพและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
81.การระงับความรู้สึก	3.0	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ปรับปรุง โครงสร้างห้องพักฟื้นก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย</li><li>2. จัดสรรบุคลากรเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยพยาบาล เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน</li><li>3. จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางวิสัญญี ในส่วนที่ขาดหรือชำรุด</li><li>4. จัดหน่วยให้บริการคำแนะนำก่อนทำการผ่าตัดและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด</li><li>5. pain Management ในงานวิสัญญี</li><li>6. พัฒนาการบันทึก PACU Score</li></ol>

### III.4.3 ข. การผ่าตัดทั่วไป

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ : ความปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
1. จำนวนอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน / ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง	0	0	0	0	0	0
2. จำนวนการเลื่อน/งดผ่าตัดจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
3. อัตราการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ						
- clean wound	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
- clean Contaminated wound	0 %	0 %	0 %	0 %	1 ราย (0.67%)	0
4. จำนวนครั้งของการมีสิ่งของหรืออุปกรณ์/เครื่องมือตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
5. จำนวนครั้งของการเกิดการบาดเจ็บ/อันตรายจากการจัดทำ	0	0	0	0	0	0

#### บริบท :

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแสงมี ห้องผ่าตัด 1 ห้องให้บริการผ่าตัดตาในช่วง 12.00-16.00 น. ทุกวัน โดยบริการผ่าตัดต่อกระจกในบ่ายวันจันทร์-พฤหัสบดี และผ่าตัดต่อเนื้อ และโรคทางตาอื่นๆ ในวันศุกร์หรือก่อนวันหยุดนักขัตฤกษ์ CASE ผ่าตัดทำหมัน จะทำหลังจากผ่าตัดตาเสร็จ ให้บริการผ่าตัดทำหมันอย่างเดียว เนื่องจากห้องผ่าตัดตา ต้องการความสะอาดของห้องและบาดแผลที่มีและการปนเปื้อนน้อยที่สุด

**บทเรียนในการประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

- การวางแผนการผ่าตัดจะมีการเตรียมคนไข้ก่อนผ่าตัด มีการซักประวัติ แจกผ้าพับเอกสารการทำหมันในปี 2556 มีการการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 100 % ครอบคลุม แต่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 1 รายทำให้มีการวางแผนหาข้อมูลทบทวนกระบวนการอีกครั้งในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทำหมันกับแพทย์

#### บทเรียนในการอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ

- ผู้ป่วยทำหมันหญิงไม่มีความเข้าใจเรื่องการทำหมันสามารถกลับมาตั้งครรถ์ได้จึงได้มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อรับทราบ การทำหมันมีโอกาสเชื่อมต่อของท่อนำไข่ 1000/3 (1000คนมีโอกาสตั้งครรถ์ 3 คน)
- ผู้ป่วยผ่าตัดทำหมันทุกรายได้รับการอธิบายข้อมูลการผ่าตัดและคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด มีการแจ้งปัญหาให้แพทย์ทราบ และวางแผนทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดทำหมันเราทำอะไรให้ การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ทบทวนพูดคุยซักถามประสานกับแพทย์ ตำแหน่งที่ตัดท่อนำไข่ ผูกท่อนำไข่ด้วย PLAIN NO.0 ตัดท่อนำไข่และจีด้วยไฟฟ้า

#### บทเรียนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดแล้ว ยังกลัวที่จะผ่าตัดบางคนร้องไห้ทีมผ่าตัดทบทวนปัญหาได้จัดบุคลากรไปอบรมสร้างความเข้าใจเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดการดูแลเรื่องความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
- พบการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความพร้อม 100 % การดูแลหลังผ่าตัดราบรื่นไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

#### บทเรียนในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

- Sign in เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดระบุ ตรงตัว ตรงคน ตรงตำแหน่งผ่าตัดและตรวจเช็ก่อนดมยา
- Time out ช่วยให้การผ่าตัดไม่เสียเวลา เพราะบางครั้งแพทย์ลงมิดได้สะดือสูงไปทั้งที่คนไข้คลอดได้ 3วันแล้วจึงต้องเปิดแผลกว้าง จึงเห็นประโยชน์ของTIME OUTการผ่าตัดทำหมัน SCRUB NURSE จะพูดให้แพทย์ทราบว่าคนไข้ G อะไร คลอดเมื่อไร เวลาอะไรผลการปฏิบัติที่ผ่านมา การผ่าตัดทำหมันง่ายขึ้น รวดเร็วขึ้น

#### บทเรียนในการจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด

- ระบบโครงสร้างกายภาพในห้องผ่าตัดไม่เป็น One way ได้ขอปรับปรุงการเคลื่อนย้ายโดยการตีเส้นแบ่งเขต case ผ่าตัดสะอาด ผ่าตัดเป็นลำดับแรก caseสกปรกผ่าตัดเป็นอันดับสุดท้าย
- สับเปลี่ยนเวลาในการเคลื่อนย้ายของสะอาดและของสกปรก ของติดเชื้อ ใช้ระบบClosed system หลังผ่าตัดจะมีการพักห้องเพื่อทำความสะอาดด้วย Alcohol 70% ทุกครั้งหลังเสร็จ CASE

#### บทเรียนในเรื่องแผลผ่าตัดหมันหญิงติดเชื้อในปี 2556

- เดือนพ.ค.2556 มีแผลผ่าตัดหมันหญิง ติดเชื้อ 1 ราย ในปี2556 เปิดแผลมีDISCHARGE สีเหลืองขุ่น ไหลซึม ระดับ SKIN จึงได้วิเคราะห์ ทบทวนการแก้ไข
  - 1) เน้นให้ทีมผ่าตัดปฏิบัติตามหลัก standard precaution อย่างเคร่งครัด โดยเน้นเรื่อง สถานที่ , บุคลากร , การตรวจ Check เครื่องมือ Sterile , น้ำยา
  - 2) ทีมผ่าตัดที่เข้าช่วยผ่าตัดต้องเป็นไปตามระบบ Sterile Technique
  - 3) ฝ้าระวัง Pt. ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- ผลลัพธ์ผ่าตัด TR ยัง ไม่พบอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

#### บทเรียนเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากบันทึกการผ่าตัด

- มีการบันทึกแยกส่วนกันระหว่าง วิทยาลัย และพยาบาลผ่าตัด เพราะเกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึกในใบ ANASTHETIC RECORD ผลลัพธ์ คือ มีกระบวนการพยาบาลที่เป็นหลักฐานในการดูแลผู้ป่วยเห็นได้ชัดเจนเป็นส่วนในส่วนของการพยาบาลวิทยาลัยและ SCRUB NURSE

#### บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัดและการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

- จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัด ผลลัพธ์ 0 % ปี 57

#### บทเรียนเกี่ยวกับการฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด

- ในปี 2556 พบแผลผ่าตัดTR ติดเชื้อ 1 ราย จากการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า บุคลากรปฏิบัติไม่ครบตามหลัก Sterile technique(เนื่องจากใช้เจ้าหน้าที่จากที่อื่นช่วยแทน) จึงมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดดังนี้
  - 1) เน้นให้ทีมผ่าตัดปฏิบัติตามหลัก standard precaution อย่างเคร่งครัด โดยเน้นเรื่อง สถานที่ , บุคลากร , การตรวจ Check เครื่องมือ Sterile , น้ำยา
  - 2) ทีมผ่าตัดที่เข้าช่วยผ่าตัดต้องไม่ละเมิดหลักSterile Technique ฝ้าระวังPt. ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- 3) เพิ่มเทคนิคการ Scrub ผิวหนัง ด้วย POVIDINE SCRUB ฟอกทำความสะอาดให้เอี่ยมทุกครั้ง อย่างน้อย 5 นาทีการควักจีไคลที่ติดตามขอบสะดือและฟอกสะดือให้สะอาดนำมาปรับปรุง
- 4) พัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติในห้องผ่าตัด
- 5) ผลหลังการดำเนินการ แผลผ่าตัดTR ไม่มีการติดเชื้อ

#### ผลการพัฒนาที่สำคัญ

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด TR
2. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
3. แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแยกตามหัตถการเช่น ทำหมันหญิงหลังคลอด /การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
4. แนวทางการให้ข้อมูลและคำแนะนำหลังผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบ OPD case ก่อนลงนามยินยอมผ่าตัด

มาตรฐาน	score	ประเด็นในแผนการพัฒนา1-2ปีข้างหน้า
82.การผ่าตัด	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพภายในห้องผ่าตัดให้เป็นระบบOne way</li> <li>2. จัดทำCPG ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในหัตถการที่ทำบ่อยและพบปัญหาในการดูแล</li> <li>3. ปรับปรุงห้องผ่าตัดเพิ่ม 1 ห้อง(ห้องผ่าตัดตา)รอกการขยับขยายเตียงและย้ายห้อง</li> <li>4. คัดเลือกบุคลากรพยาบาล scrub nurse 3 คนเพื่อรองรับการผ่าตัด คูงานภาคทฤษฎีและปฏิบัติ</li> </ol>

### III.4.3 ข.การผ่าตัดตา

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ : ความปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
1.จำนวนอุบัติการณ์ผ่าตัดตาคิดข้าง	0	0	0	1	0	0
2.จำนวนการเลื่อน/งคผ่าตัดจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
3.อัตราการเกิดแผลผ่าตัดตาดิดเชื้อ	0	0	0	0	0	0

#### บริบท :

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแสงมี ห้องผ่าตัด 1 ห้องให้บริการผ่าตัดตาในช่วง 12.00-16.00 น.ทุกวัน โดยบริการผ่าตัดต่อกระจกในป่วยวันจันทร์-พฤหัสบดี และผ่าตัดต้อเนื้อ และ โรคทางตาอื่นๆในวันศุกร์หรือก่อนวันหยุดนักขัตฤกษ์

#### บทเรียนในการประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

- ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกต้องได้รับการตรวจสุขภาพก่อนผ่าตัดทุกรายและมีการประเมินความเสี่ยง เช่นผู้ป่วยที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ให้ปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลว่าสามารถหยุดยาก่อนผ่าตัด 7 วัน ได้หรือไม่
- ปี 2557 มีผู้ป่วยนัดผ่าตัดต่อกระจกกับโรงพยาบาลชุมแสง แต่ไปรักษาโรคหัวใจและใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจมาก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ จึงเลื่อนการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยไปตามนัดโรคหัวใจเพื่อปรึกษาแพทย์ว่าสามารถผ่าตัดตาได้หรือไม่ แพทย์ผู้ดูแลบอกสามารถผ่าตัดได้ จึงทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วย และไม่พบภาวะแทรกซ้อน

#### บทเรียนในการอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ

- แพทย์จะเตรียมผู้ป่วยและญาติตั้งแต่วันตรวจเพื่อนัดผ่าตัด โดยแพทย์จะอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดจนถึง 1 เดือน ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน พร้อมกับแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด แพทย์จะให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการผ่าตัดเช่น ให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะผ่าตัดข้างไหนก่อน

#### บทเรียนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อน Admit ที่ OPD ตา มีการประเมินผู้ป่วยตามแบบบันทึกการพยาบาล ปี2557 มีการเลื่อนนัดผ่าตัด จาก DTX >200 mg%

#### บทเรียนในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

- ปี 2555 มีอุบัติการณ์ผ่าตัดเนื้อผิดข้าง แพทย์เขียนผ่าตัดต่อเนื้อข้างซ้าย แต่ผู้ป่วยบอกพยาบาลผู้ป่วยในว่าผ่าตัดข้างขวาพยาบาลจึงหยอดยาชาและ Marker ตาขวาเมื่อมาห้องผ่าตัดพยาบาลไม่ได้ Check ว่าแพทย์สั่งผ่าตัดข้างใด แต่แพทย์มาพบเมื่อเขียน Order เนื่องจากผู้ป่วยเป็นต้อเนื้อทั้งสองข้าง จึงมีผลกระทบไม่รุนแรง ทีมดูแลผู้ป่วยจึงจัดทำแนวทางระบุตัวผู้ป่วย การตรวจสอบซ้ำ ผลยังไม่พบการทำหัตถการตาผิดข้าง
- ปี 2557 พบอุบัติการณ์ เตรียมเลนส์ผิดเบอร์ แต่มีการตรวจพบก่อนที่จะใส่ผู้ป่วย เนื่องจากปฏิบัติตามแนวทางการใส่เลนส์ผู้ป่วย

#### บทเรียนในการจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด

- ระบบโครงสร้างกายภาพในห้องผ่าตัดไม่เป็น One way ได้ขอปรับปรุงการเคลื่อนย้ายโดยการตีเส้นแบ่งเขต case ผ่าตัดสะอาด ผ่าตัดเป็นลำดับแรก caseสกปรกผ่าตัดเป็นอันดับสุดท้าย
- สับเปลี่ยนเวลาในการเคลื่อนย้ายของสะอาดและของสกปรก ของติดเชื้อ ใช้ระบบClosed system หลังผ่าตัดจะมีการพ่นห้องเช็ดทำความสะอาดด้วย Alcohol 70% ทุกครั้งหลังเสร็จ CASE

#### บทเรียนเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากบันทึกการผ่าตัด

- ทีมการออกแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก, ต้อเนื้อและผ่าตัดทางตาอื่นๆ ประกอบด้วยข้อมูลการเตรียมพร้อมผู้ป่วยที่OPD ตาก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สามารถใช้เป็น Check list ในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม

#### บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัดและการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

- หลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาพบภาวะ เลนส์ตาเคลื่อน 1 ราย แล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แล้วจึงได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

**บทเรียนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด**

- มีแนวทางเฝ้าระวังภาวะอักเสบ ปวด ให้พบก่อนวันนัด

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ**

1. แบบบันทึกทางการแพทย์บาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก,ต้อเนื้อและผ่าตัดทางตาอื่นๆ
2. ปรับปรุงใบ Informed consent

มาตรฐาน	score	ประเด็นในแผนการพัฒนา-2ปีข้างหน้า
82.การผ่าตัด	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพภายในห้องผ่าตัดให้เป็นระบบ One way</li> <li>2. จัดทำCPG ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในหัตถการที่ทำบ่อยและพบปัญหาในการดูแล</li> <li>3. ปรับปรุงห้องผ่าตัดเพิ่ม 1 ห้อง(ห้องผ่าตัดตา)รอกการขยับขยายเตียงและย้ายห้อง</li> <li>4. คัดเลือกบุคลากรพยาบาล scrub nurse 3 คนเพื่อรองรับการผ่าตัดศูงานภาคทฤษฎีและปฏิบัติ</li> </ol>

**III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด**

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557

1. อัตราผู้รับบริการ ได้รับอาหารตรงตามเวลา	100%	N/A	N/A	100	100	100
2. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	90%	N/A	N/A	82	93	94
3. อัตราของผู้ได้รับบริการอาหารถูกคน ถูกโรค	100%	N/A	N/A	100	100	100
4. อัตราอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน	100%	N/A	N/A	100	100	100
5. การให้บริการอาหารตรงตามคำสั่งแพทย์	100%	N/A	N/A	100	100	100

## บริบท

งานโภชนาการโรงพยาบาลชุมแสง มีโภชนากร 2 คน ทำหน้าที่ดูแลการผลิตอาหารที่มีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และหลักโภชนาการ ถูกคน ถูกโรค สะอาด ปลอดภัย บริการตรงตามเวลา และเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ

## กระบวนการ

บทเรียนเกี่ยวกับระบบบริการอาหารเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วย

(เมนู เวลา การสั่ง การตรวจสอบ การติดตาม)

### 1. การจัดทำรายการอาหาร

- มีการจัดทำเมนูอาหารให้เหมาะสมตามโรคและคำสั่งแพทย์ เช่น อาหารอ่อน อาหารธรรมดาและอาหารเฉพาะโรค ได้แก่อาหารโรคเบาหวาน โรคความดันสูง อาหารโรคไตเสื่อม อาหารทางสายให้อาหาร มีการจัดเมนูสุขภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หมุนเวียนรายการอาหารทุกเดือน

### 2. การกำหนดเวลาการให้บริการ กำหนดการสั่งอาหารจากตึกผู้ป่วยและเวลาการบริการอาหารผู้ป่วย

- มื้อเช้า กำหนดการสั่งอาหาร 06.00-06.30 น. เวลาการบริการอาหาร 07.30-08.00 น.
- มื้อเที่ยง กำหนดการสั่งอาหาร 08.30-10.30 น. เวลาการบริการอาหาร 11.00 – 12.00 น.
- มื้อเย็น กำหนดการสั่งอาหาร 13.00-15.00 น. เวลาการบริการอาหาร 16.00-17.00 น.

### 3. ระบบการสั่งอาหาร

- แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย เป็นผู้กำหนดประเภทของอาหารผู้ป่วยในแต่ละรายโดยบันทึกไว้ในคำสั่งการรักษา พยาบาลผู้รับผิดชอบจะบันทึกลงใบเบิกอาหาร ทุกเวรตึกแล้วส่งให้กับงานโภชนาการในตอนเช้าเพื่อดำเนินการจัดอาหารให้ผู้ป่วยต่อไป

### 4. ระบบการตรวจสอบ

- ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร โดยหน่วยงานเภสัชกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุก 6 เดือน

- ตรวจสอบการปนเปื้อนในภาชนะอาหาร โดยงานสุขาภิบาล โรงพยาบาลชุมชนแสง ทุก 6 เดือน ผลไม่พบการปนเปื้อนในภาชนะอาหาร
- ตรวจสอบการแจกอาหารถูกคน ถูกโรค โดยโภชนากรโดยตรวจสอบจาก ชื่อคนไข้และประเภทอาหารที่ติดกับภาชนะใส่อาหารก่อนส่งอาหารหากพบข้อมูลไม่ตรงกับใบเบิกอาหารให้ตรวจสอบกับพยาบาลก่อนแจกอาหาร

##### 5. การประเมินติดตามการบริการและแก้ไขปรับปรุง

- ผลการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการมีความพึงพอใจร้อยละ 93 พบว่า ไม่พอใจ รายการอาหารรสชาติอาหาร ปรับปรุงโดย พัฒนารูปแบบรายการอาหารหมุนเวียนทุกเดือน

##### บทเรียนเกี่ยวกับการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

- งานโภชนากรดำเนินการวิเคราะห์ คำนวณพลังงานในสารอาหารให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการพื้นฐาน และภาวะโภชนาการตามโรคของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยมีแผล กำหนดพลังงานมาตรฐาน 1,800 กิโลแคลอรีและมีการเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนและวิตามินซี เช่นเพิ่มไข่ขาว และอาหารที่มีวิตามินซี
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการกำหนดพลังงานตามน้ำหนักส่วนสูงระยะของโรคที่เป็นอยู่เพื่อที่จะกำหนดพลังงานและโปรตีน และต้องจำกัดเกลือ เกลือแร่ด้วย

##### บทเรียนเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น

- จากการทบทวนพบว่า ขาดการประเมินภาวะ โภชนาการอย่างเป็นทางการ ปรับปรุงโดยการจัดทำประเมินภาวะโภชนาการ และวางแผนทางร่วมกันกับหอผู้ป่วย เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ หรือ โภชนาการเกิน จึงดำเนินการปรับอาหารให้สอดคล้องกับภาวะโรค

##### บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ

- กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ดูแลตามกระบวนการโภชนบำบัดจากการประเมินภาวะโภชนาการ ระบุปัญหาประมาณจำนวนแคลอรีที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค นำผลการวิเคราะห์มากำหนดในใบสั่งปฏิบัติงาน โดยอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน มีการจำกัดแป้งและน้ำตาล พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีน้ำตาลสูง/น้ำตาลต่ำ พัฒนา ปรับปรุงสื่อการสอน กิจกรรมสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและตระหนักในสำคัญเรื่องการควบคุมอาหารมากขึ้น
- กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากกระบวนการการประเมินภาวะโภชนาการ ระบุปัญหา คำนวณแคลอรีที่เหมาะสมกับโรค จำกัดปริมาณเครื่องปรุงที่มีโซเดียม มีการชั่ง ตวงเครื่องปรุง อย่างเข้มงวด ให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารลดเค็ม ที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

- กลุ่มผู้ป่วยอาหารทางสายให้อาหาร จัดทำอาหารทางสายให้มีปริมาณ และคุณค่าทางโภชนาการ ตามคำสั่งแพทย์ โดยการคำนวณ การคัดเลือกวัตถุดิบ การชั่งตวง ที่ตรงตามสูตรอาหาร และจัดให้มีการสอน และสาธิตวิธีการทำอาหารทางสายให้อาหารกับญาติผู้ป่วย สามารถนำไปปฏิบัติได้

#### บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร

- งานโภชนาการ โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก ครบ 30 ข้อ และได้นำหลักสุขาภิบาลอาหารมากำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ดังนี้
- การเลือกซื้อวัตถุดิบ มีคณะกรรมการจัดซื้อ/ตรวจรับอาหารทุกวัน โดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพ และสุ่มตรวจหาสารปนเปื้อนทุก 3 เดือน ผลการประเมินไม่พบการปนเปื้อน มีแนวทางการทำความสะอาด/คัดแยกวัตถุดิบ เพื่อกำจัดและลดการปนเปื้อนเชื้อโรค จัดเก็บวัตถุดิบสดพวกเนื้อสัตว์ ผัก ในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนดคืออุณหภูมิเนื้อสัตว์เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 0-2 องศาเซลเซียส ผักผลไม้เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 7 องศาเซลเซียส วัตถุดิบที่เป็นของแห้งสำเร็จรูปซื้อวันต่อวัน
- การจัดเตรียมและการประกอบอาหาร กำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ โดยมีใบสั่งงาน สำหรับจัดเตรียมอาหารและประกอบอาหารแต่ละประเภท แยกเป็นอาหารอ่อน อาหารธรรมดา อาหารเฉพาะโรค ให้สะอาด ถูกต้อง โดยมีโภชนาการกำกับดูแล
- การจัดเตรียมและการประกอบอาหารทางสายให้อาหาร กำหนดแนวทางปฏิบัติ กระบวนการทำอาหารปั่นผสม เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการเตรียมวัตถุดิบ การชั่ง ตวง ตามใบสั่งงาน ตามสูตรอาหารต่างๆ และปฏิบัติงานในห้องประกอบอาหารทางสายให้อาหาร เปลี่ยนการระบายละเอียดบนถุงอาหารทางสายให้อาหาร จากการเขียนด้วยปากกาเคมี เป็นการพิมพ์ป้ายสติ๊กเกอร์
- การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุง มีการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ผลการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกคนไม่พบผู้ที่เป็นโรคติดต่อ
- การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ มีการแบ่งพื้นที่การจัดอาหารปรุงสุกลงในภาชนะที่สะอาด แล้วลำเลียงใส่รถส่งอาหารที่มีการปกปิด จัดให้มีแนวทางการล้างภาชนะ และอุปกรณ์ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร มีการเก็บภาชนะแต่ละประเภทอย่างเป็นสัดส่วน
- การจัดการกับอาหารและภาชนะผู้ป่วยติดเชื้อ กำหนดแนวทางปฏิบัติตามหลัก IC ผู้ป่วยติดเชื้อได้ใช้ภาชนะประเภทใช้แล้วทิ้ง ส่วนการเก็บเศษอาหารให้มีภาชนะที่มีฝาปิดรองรับ และมีผู้มาเก็บเศษอาหารทุกวัน
- การรวบรวมขยะและการจัดการน้ำเสีย มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภท ได้แก่ ขยะเปียก ขยะแห้ง ขยะ

รีไซเคิล แยกทิ้งให้ถูกต้อง ลงในภาชนะที่ที่มีฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดทุกวัน การจัดการน้ำเสีย มีบ่อดักไขมัน และมีการดักไขมันทุก 3 วัน

- การทำความสะอาดโรงเรือนและการควบคุมแมลงและพาหะนำโรค มีมุ้งลวดติดตั้งทั้งโรงประกอบอาหาร มีการทำ 5 ส.ทุกวัน 15 นาทีก่อนเลิกงาน และทำ Big cleaning ในทุกวันที่ 15 ของเดือน

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ**

1. โฆษณำบำบัดกับผู้ป่วยและญาติในคลินิกโรคเบาหวาน
2. พัฒนาสื่อการสอนโรคไตเสื่อมเรื้อรัง

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
82.อาหารและโภชนำบำบัด	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบการคัดกรองปัญหาโภชนำการในผู้ป่วยเฉพาะโรค</li> <li>2. พัฒนาการส่งอาหารจากตึกผู้ป่วยทางระบบ Local LAN</li> </ol>

**III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การบำำบัดอาการเจ็บปวด**

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน						
ข้อมูลข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบ Palliative care	มากกว่า 80 %	N/A	N/A	67	90.5	95
2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย	มากกว่า 80 %	N/A	N/A	N/A	90.5	95
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว	มากกว่า 80 %	N/A	N/A	N/A	85.5	95

บริบท:

- โรงพยาบาลชุมแสงเห็นความสำคัญในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรมและ จัดทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายดูแลแบบองค์รวม โดยยึดถือความเชื่อด้านศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและผ่านพ้นช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตช่วงเวลาวิกฤติกับผู้ป่วยที่ป่วยหนัก และจากไปได้อย่างสงบ

### ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- หมายถึงบุคคลทุกวัยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตบุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือแพทย์ลงความเห็นว่าหมดทางรักษาบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองกำลังจะตายหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

### กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### กลุ่มเป้าหมายในการบำบัดอาการเจ็บปวด:

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และในหน่วยงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ป่วยคลอด ผ่าตัด ภายภาพ

### กระบวนการ:

#### บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- โรงพยาบาลชุมแสงเริ่มดำเนินการกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี 2555 และมีการอบรมทีมผู้ดูแลเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการดำเนินกิจกรรมเป็นการดูแลการเจ็บป่วยทางกาย ร่วมกับ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประสานแนวทางการดูแลให้กับหน่วยงานที่รับผู้ป่วย โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติตัดสินใจวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาและการตายหากผู้ป่วยและญาติทีมผู้ดูแลใช้ กระบวนการดูแลของ Dead and Dying และ Palliative Performance Scale
- มีการจัดอบรม พัฒนาศักยภาพให้กับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมเครือข่าย บริการสุขภาพ

## บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ)

- มีการจัดการความเจ็บปวดโดยใช้ pain score ประเมินจากความรุนแรง ระดับ 1 – 10
- การประเมินความเครียดของผู้ป่วยและญาติการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ใกล้ชิดในวาระสุดท้ายมีกระบวนการให้คำปรึกษา
- ในผู้ป่วยที่ Admi เปิด โอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
- ในกรณีที่ไม่มีชีวิตดูแลอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ให้อยู่ในมุมสงบหรืออนุญาตเข้าห้องพิเศษ ประเมินความต้องการและภาวะการรับรู้ของญาติและผู้ป่วยเพื่อให้ได้มีการวางแผนร่วมกันในการจัดการสิ่งสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ประกอบกรรมตามความเชื่อทางศาสนาเช่นการให้ผู้ป่วยถวายสังฆทานเช่นการตักบาตรให้พระภิกษุมาเยี่ยม ให้ปฏิบัติตามแนวทางชมรมจริยธรรม

## บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามไปที่ปอด ไม่ทราบระยะการเจ็บป่วยของตนเองจึงให้คำปรึกษากับญาติถึงความจำเป็นในการรับรู้ข้อมูลในการเจ็บป่วยของตนเอง ญาติมีความร่วมกันในการที่จะบอกข้อมูลการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยเอง สุดท้ายผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำให้ยากระตุ้นแรงดันเลือด ได้ให้คำปรึกษากับญาติอีกครั้งในเรื่องทางเลือกการรักษาต่อไปสุดท้ายผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ
- ในผู้ป่วยที่มีความประสงค์ขอเสียชีวิตที่บ้านวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว มีการประเมินสภาพประสานข้อมูลร่วมกับ รพสต. ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การทำแผล การใช้ออกซิเจน และการทำอาหาร ทำให้ญาติมีความพึงพอใจ

## การนำบัตรอาการเจ็บปวด

### บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินอาการเจ็บปวด

- การประเมินความเจ็บปวดด้วย pain score ใช้เครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด การใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวด เดิมแผนการใช้ยาหลากหลายเมื่อปวด องค์กรแพทย์ได้กำหนดใช้หลักการ WHO Analgesic ladder 1990 ในโรงพยาบาล / และอนุญาตให้ญาติมารับยา Morphine แทนได้ในกรณีที่ขอกลับเสียชีวิตที่บ้าน

### บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดในโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามไปห้องต้องมีอาการปวดท้อง Pain Score 8-10 คะแนน แพทย์ผู้รักษาให้ Morphine เมื่อมีอาการปวดแต่ต้องห่างกันทุก 4 – 6 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยมีอาการปวดประมาณทุก 2 ชั่วโมง จึงมีการจัดการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในเรื่องการบริหารยา Morphine เพื่อจัดการความเจ็บปวด ผู้ป่วยจึงได้รับการตอบสนองในการลดความเจ็บปวดตามความต้องการและจากไปอย่างสงบ
- การดูแลบำบัดอาการปวดในโรงพยาบาลในหน่วยงาน ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน สุติกรรม ผู้ป่วยใน ภายภาพ เมื่อมีการใช้ยาหรือการบำบัดมีการประเมินซ้ำ

### บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดซึ่งผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน

- กรณีผู้ป่วยได้รับยารับประทานเพื่อระงับปวด Morphine กลับบ้าน และติดตามการใช้ยาและอาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ติดต่อกับญาติเป็นระยะพบว่าใช้ยาถูกต้อง สามารถควบคุมความปวดได้

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
84. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	<ul style="list-style-type: none"><li>● พัฒนาแนวทางการดูแลให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังการ ประสานงานเครือข่ายบริการ ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่</li><li>● ในผู้ป่วยวาระสุดท้าย จัดทำกิจกรรมแสงสว่างทางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ</li></ul>
85. การบำบัดอาการเจ็บปวด	3	<ul style="list-style-type: none"><li>● ทบทวนแนวทางการบำบัดอาการปวด โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับการบริการ จัดทำแนวทางการดูแลภายใน โรงพยาบาลและสถานบริการในเครือข่าย</li></ul>

### III – 4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: วางแผน ฟื้นฟูสภาพ อย่างเหมาะสม						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำกายภาพบำบัด	0	N/A	N/A	N/A	2	1
ร้อยละผู้ป่วยที่มี Pain Score < 2	≥ 80 %	N/A	N/A	N/A	90	93.4
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยญาติและผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นได้	80%	N/A	N/A	90%	90%	97%
<p><b>บริบท:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>โรงพยาบาลชุมแสงให้บริการด้าน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน</li> </ul> <p><b>กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นฟู:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยระบบประสาท โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแสงส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ซึ่งเป็นโรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้รวดเร็วที่สุดตั้งแต่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ เป็นต้น โดยการให้การฟื้นฟูจะมีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมทั้งการฟื้นฟู</li> </ul>						

ผู้ป่วยในชุมชนด้วย

- ผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ผู้ป่วยโรคปวดหลัง ปวดเข่าซึ่งจะได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ เช่น Asthma COPD จะได้รับการฟื้นฟูทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

**กระบวนการ:**

- เป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงสิ้นสุดกระบวนการทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

**บทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึง การขยายความครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ**

- มีการขยายการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน โดยได้รับความร่วมมือจาก เจ้าหน้าที่เทศบาล และรพ.สต. ในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยและผู้พิการ โดยทีมจะสอน และให้คำแนะนำแก่ อสม.และญาติ ทำให้ผู้ป่วยและผู้พิการได้รับการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

**บทเรียนในการประเมินและวางแผนการให้บริการฟื้นฟูสภาพ**

- แพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัด และญาติจะร่วมกันวางแผนการฟื้นฟู สภาพตั้งแต่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล
- นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.และญาติจะวางแผนการรักษาร่วมกัน เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

**บทเรียนในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ**

- ผู้ป่วยระบบประสาทที่ได้รับการฟื้นฟูในปีงบประมาณ 2557 ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและในชุมชน ได้รับการรักษาฟื้นฟู 97% โดยมีคุณภาพชีวิตดี ขึ้น 63%และคงเดิม 37%
- ผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ได้รับการฟื้นฟูในปีงบประมาณ 2557 มีอาการดีขึ้น 93%จากแบบประเมิน pain scale โดยวัดผลที่ pain scale  $\leq 2$
- ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจเช่น Asthma COPD สามารถปฏิบัติตนเองได้หลังได้รับการสอนฟื้นฟูร้อยละ 100

**บทเรียนเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน**

- ผู้พิการจะได้รับการฟื้นฟูทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ ซึ่งผู้พิการส่วนใหญ่จะเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวโดยจะได้รับการเยี่ยมบ้านปีละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สตและ อสม.เมื่อพบว่าผู้พิการรายใดมีปัญหาที่ต้องได้รับการฟื้นฟูหรือจำเป็นต้องได้รับกายอุปกรณ์จะประสานมายัง

โรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาฟื้นฟูและจัดสรรกายอุปกรณ์ตามความเหมาะสม

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

1. การสร้างเครือข่ายแกนนำการฟื้นฟูสภาพในชุมชน
2. การฟื้นฟูสภาพเฉพาะรายในชุมชน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
86.การฟื้นฟูสภาพ	3	<ul style="list-style-type: none"><li>● พัฒนาระบบการฟื้นฟูสภาพ เช่นระบบส่งต่อกระบวนการค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้พิการทางการเคลื่อนไหว</li></ul> <p>รวมถึงกระบวนการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถวัดผลลัพธ์ในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้ชัดเจนมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● สร้างเครือข่าย อสม.เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัดให้มีความเข้มแข็งและเป็นรูปธรรมมากขึ้น</li></ul>