

## การพัฒนาเครือข่ายสุพรรณบุรีเพื่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี

ชื่อผู้เขียน นพ.ชัชวาล เตชะมีเกียรติชัย  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม  
นางรสริน วรรณจิรวินัย  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ที่อยู่ 950 ถนนพระพินวษา ตำบลท่าพี่เลี้ยง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี  
0-3550-2784 โทรสาร 0-3551-1738  
E-mail : chutsuphan@gmail.com

### สรุป ประเด็นที่เป็น "วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยม"

1. การกำหนดเกณฑ์ (Criteria) ในการดูแลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงไม่ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง
2. การสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะ แก่เจ้าหน้าที่ในการดูแลและเยียวยาผู้ป่วย
3. การสร้างความรู้ความเข้าใจโดยตรงแก่ผู้เกี่ยวข้องและหรือผู้ป่วย
4. การสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งจังหวัดแบบเครือข่าย

### ประสิทธิภาพ

1. การเฝ้าระวังบาดเจ็บที่ศีรษะตรงตามเกณฑ์มาตรฐาน 100%
2. ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตหลังบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่า 80% ใน 3 เดือน
3. ความรู้ความเข้าใจสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปยังผู้เกี่ยวข้อง 100%



## ประวัติโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 602 เตียง ระดับ 3.1 เขต 4 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่ 950 ถนนพระพินวษา ตำบลท่าพี่เลี้ยง อำเภอเมืองสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

### วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของประชาชนที่ได้มาตรฐาน และคุณภาพเป็นเลิศ

### พันธกิจ (Mission)

1. เสริมสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและคุณภาพ
2. เป็นสถาบันร่วมในการผลิตแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
3. เสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และมีความสุขในการปฏิบัติงาน
4. เสริมสร้างระบบบริหารจัดการให้มีความโปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาล
5. สนับสนุนชุมชนและระบบเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง

### เป้าหมาย (Goals)

1. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและคุณภาพ
2. ร่วมผลิตแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
3. มีความเป็นเลิศในการดูแลรักษา โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคศัลยกรรมประสาท เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมากเป็นภาวะเร่งด่วนและต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางและทีมงานที่ชำนาญ
4. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุขในการปฏิบัติงาน
5. ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรมีความคุ้มค่า โปร่งใส ตรวจสอบได้

70 The 10<sup>th</sup> Symposium on TQM-Best Practices in Thailand

5. ชุมชน และระบบเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

จุดเน้น / เข้มมุ่งปี 2553

1. บริหารการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และเหมาะสม
2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน
3. เสริมสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง

กลุ่มงานศัลยกรรม

เป็นหนึ่งในกลุ่มงานตามภารกิจของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป	4	ท่าน
2. แพทย์ศัลยกรรมประสาท	3	ท่าน
3. แพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	2	ท่าน

ขอบเขตบริการ

ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมทั้งหมดตามศักยภาพ ประกอบด้วย

1. ตีกศัลยกรรมชาย 1	จำนวน	48	เตียง
2. ตีกศัลยกรรมชาย 2	จำนวน	35	เตียง
3. ตีกศัลยกรรมหญิงและเด็ก	จำนวน	48	เตียง
4. ตีกผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	จำนวน	10	เตียง
	รวม	141	เตียง

บทสรุปของผู้บริหาร

บทนำ

บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนคนไทยและคนทั้งโลกนานาประเทศ สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร อุบัติเหตุทั่วไปและอาชญากรรม การดูแลรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อ 10ปีที่แล้วของจังหวัดสุพรรณบุรี คำนึงถึงแต่การดูแลรักษาตามอาการของโรคและเป็นฝ่ายตั้งรับขาดการนึกถึงผลกระทบต่อทางด้านอื่นๆ ในระยะยาว จนพบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ปี 2542-2547) เสียชีวิตเพิ่มจาก 62 เป็น 192 ราย

ทีมงานได้เรียนรู้และตั้งใจพัฒนางานที่จะช่วยลดอัตราการตาย และ อัตราความพิการ โดยเฉพาะในรายที่สามารถช่วยได้ เพื่อลดอัตราการที่เป็นผลกระทบ ทีมงานตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์คุณภาพชีวิตหลังบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่า 80% ใน 6 เดือน เพื่อเป้าหมาย นี้ทีมงานต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ได้ผลสำเร็จ 100% พัฒนาระบบบริหารจัดการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยและพยายามเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเฝ้าระวังมิให้เกิดความเสี่ยงที่ป้องกันได้ แต่ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้ยังดีขึ้นไม่ถึง 80% ที่ตั้งไว้ ทีมงานติดตามประเมินผลและพยายามจัดการปัจจัยต่างๆ ต่อไป พบว่าความรู้ความเข้าใจรวมถึง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญ ทำให้เกิดการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งส่งกลับ รพ. เครือข่ายและหรือกลับบ้าน รวมถึงความสามารถและชำนาญของเจ้าหน้าที่และทีมงานที่เข้มแข็งต้องจัดการให้เกิดขึ้น

การดำเนินงานยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยเริ่มตั้งแต่จุดเกิดเหตุก่อนส่งตัวเข้า รพ. เครือข่ายต่างๆ ก่อนที่จะส่งต่อมายัง รพ. ศูนย์ ทีมงานได้พยายามคิดค้นจากเหตุการณ์จริง จากสถานการณ์จริง ๆ จนพบว่าต้องสร้างความรู้ความสามารถ และความชำนาญรวมถึงความพร้อมประสานงานเครือข่ายแก่ทีมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทีมส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นผู้ทำหน้าที่นี้เป็นประจำทุกคน ทีมแพทย์และพยาบาล ER, WARD, ICU ทุกคนโดยเริ่มจาก 1 รพ. จนเป็น 6 และครบ 10 รพ. หรือ เป้าหมายคือ 100% ของทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้องจริงๆ ทั้ง 10 รพ. ทีมงานจัดโครงการสัญจร เครือข่ายเพื่อสร้างเครือข่ายคุณภาพ เป็นที่พึ่งพาได้ของชาวสุพรรณบุรีและจังหวัดใกล้เคียง ร่วมจัดตั้งศูนย์ประสานส่งต่อเครือข่ายกับสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ EMS รวมถึงศูนย์สั่งการ จากกิจกรรมหลายๆ อย่าง ช่วยทำให้อัตราผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลถึงแม้จะเพิ่มขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยตาย ไม่เพิ่มขึ้น และได้ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตหลังบาดเจ็บที่ศีรษะใน 3 เดือนมากกว่า 86% ใน 3 ปีที่ผ่านมา มาพื้นที่การดูแลผู้ป่วยขยายมากขึ้นจากการที่บางจังหวัดขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางมีจังหวัดใกล้เคียงต้องส่งต่อผู้ป่วยมามากขึ้น ทีมงานประเมินผลการส่งกลับ รพ. เครือข่ายหรือศูนย์เยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยและหรือญาติขาดความต่อเนื่องการสร้างเสริมฟื้นฟูสุขภาพทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจริงๆ ทีมงานจัดทำโครงการสายใยแห่งสายใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าใจและร่วมมือกันเพื่อมุ่งเน้นผู้ป่วยอย่างแท้จริง มีการประชุมทีมเยี่ยมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมบ้านสำหรับผู้ป่วยก่อนกลับ และประสานปรึกษาศาสนา นอนามัย ไกลบ้านศูนย์ฟื้นฟูหรืออื่นๆ การเกิดภาคีเครือข่ายที่สามารถช่วยลดหรือป้องกันอุบัติเหตุได้ เช่น ตำรวจ หรือโรงเรียนเพื่อเกิดความเชื่อมโยงเชื่อมโยงประสานงานจนเกิดภาคีเครือข่ายในการช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอย่างยั่งยืน

บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยและนานาชาติ สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจรอุบัติเหตุอื่นๆ และอาชญากรรม การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ 10 ปีที่ผ่านมาของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยส่วนมากมักดูแลรักษาผู้ป่วยตามอาการของโรค และในลักษณะตั้งรับเท่านั้น มิได้คำนึงถึงผลกระทบด้านอื่นๆ ในระยะสั้นและระยะยาว จนพบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามตารางที่ 1

ปี พ.ศ.	2542	2543	2544	2545	2546	2547
จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	852	1236	1643	1554	1921	1692
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บที่ศีรษะ	62	89	102	145	189	192

ตารางที่ 1

อัตราการตายที่สูงขึ้นข้างต้น ทำให้ผู้บริหารของ รพ. ได้กำหนดนโยบายให้กลุ่มงาน ศัลยกรรมลดอัตราการตายที่เกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะลง ทีมงานร่วมกันศึกษาค้นคว้าหามาตรานางานที่จะลดอัตราการตายและความพิการ ร่วมกันกำหนดปัจจัยต่างๆ รวมถึงมิติด้านอื่นๆ ในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรายที่สามารถช่วยเหลือได้ แต่เนื่องจากอัตราการตายเกิดจากหลายเหตุหลายปัจจัย ทั้งความรุนแรงของการบาดเจ็บ และระยะเวลาที่จะมาถึงโรงพยาบาล จากการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต มีทั้งผู้ป่วยที่ถูกนำมาโรงพยาบาลศูนย์ของเราเองหรือผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากความรุนแรงของอุบัติเหตุหรือจากการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เพียงพอ ความรู้ความเข้าใจของทีมยังไม่ถูกต้อง ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่เหมาะสม เป็นต้น



เรื่องราวที่จะเล่าทั้งหมดจากนี้เป็นการพัฒนาเครือข่ายในจังหวัดสุพรรณบุรีเพื่อเปลี่ยนแปลงหรือช่วยผู้ป่วยให้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตและมีสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลตนเอง เป็นภาวะต่อญาติและสังคมน้อยที่สุดและสั้นที่สุด โดยใช้แบบบันทึกตาม Trauma Scoring (ตารางที่ 2) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ และเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานที่แวดวงสุขภาพใช้กัน

โดยจะแบ่งเรื่องราวที่จะเล่าทั้งหมดออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ก่อร่างสร้างฐานในโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 ผสานโยงใยในเครือข่าย

ตอนที่ 3 นำใจไม้ตรีออกนอกวิชาชีพ

**trauma scoring**

Glasgow Outcome Score		
Score	Rating	Definition
5	Good Recovery	Resumption of normal life despite minor deficits
4	Moderate Disability	Disabled but independent. Can work in sheltered setting
3	Severe Disability	Conscious but disabled. Dependent for daily support
2	Persistent vegetative	Minimal responsiveness
1	Death	Non survival

ตารางที่ 2 แบบบันทึก trauma scoring

คะแนน / หัวข้อ	ความหมาย
5 หายดี	กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ
4 พิกการเล็กน้อย	มีความพิการบ้างแต่ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำงานง่ายได้
3 พิกการมาก	รู้ตัวแต่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องพึ่งพาญาติในการมีชีวิตอยู่
2 เป็นผัก	ต้องนอนอยู่บนเตียง ญาติต้องให้อาหารทางสายยาง
1 ตาย	ไม่รอดจากโรงพยาบาล

**ตอนที่ 1 ก่อร่างสร้างฐานในโรงพยาบาล**

ตอนที่ 1.1 จากการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจนกระทั่งรุนแรง พบว่าอัตราการเสียชีวิต ความพิการมักเกิดจาก

1. ความรุนแรงของอุบัติเหตุ
2. จากการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เพียงพอ
3. ความรู้ ความเข้าใจของทีมยังไม่ถูกต้อง ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทีมงานเชื่อว่าน่าจะจัดการหัวข้อ 2 ได้ก่อน จึงได้เริ่มกำหนดสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

**เป้าหมาย (Care Outcome)**

เพื่อให้ได้ผู้ป่วยคะแนน 4-5 มากที่สุดและเร็วที่สุด ภายใน 3 เดือน  $\geq 80\%$

**ตัวชี้วัด (Output)**

อัตราการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ = 100 %

**กำหนดแผนตามนี้**

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับไว้ที่ตึกต้องไม่มีอาการทรุดลง หรือถ้ามีอาการทรุดลง จะต้องสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ (ต้องไม่ให้เกิดการมี Glasgow 's Coma Scale ลดลงมากกว่า 5 คะแนน โดยไม่มีกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล) ในช่วงนั้นพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลเป็นจำนวนมาก จึงต้องแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโดยนำผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมาดูแลใกล้ชิด เพื่อให้เฝ้าระวังให้ได้ตามแนวทางที่กำหนดและต่อเนื่องให้ได้ตามเกณฑ์ (Criteria)

**มาตรการ**

- จัดตั้งทีมทำงาน (พยาบาลวิชาชีพ และ ประสาทศัลยแพทย์ 3 ท่าน)
- จัดประชุมชี้แจง ทีมงานพยาบาล
- แบ่งเขต แยกผู้ป่วยที่ต้องการดูแลใกล้ชิด อย่างชัดเจน (Intensive Care Area)
- ชยัปเตียงให้มีระยะห่าง  $\geq 1.5$  เมตรเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก
- ติดป้ายเตือนระวังตกเตียง ลื่นล้ม ป้ายทางหนีไฟและแผนผัง ป้ายเตือนทางต่างระดับ
- จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นให้เพียงพอ พร้อมใช้ตลอดเวลา

**แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษโดยใช้ Criteria (Version 1.1) สำหรับผู้ป่วย**

- มีกระดูกศีรษะแตก (Fracture Skull)
- มีประวัติสลบหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้
- GCS จากการประเมินแรกรับ  $\leq 12$  คะแนน
- Multiple Injury ที่มี Maxillofacial Injury รวมด้วย
- มีประวัติตีศีรษะ

**ความถี่ในการ Monitor คือ**

1. ถ้ามี Criteria 1 ใน 5 ข้อ วัดทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ถ้าปกติให้สิ้นสุดการเฝ้าระวัง
2. ถ้ามี Criteria 2 ใน 5 ข้อ วัดทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ถ้า Stable ให้วัดทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้ง
3. ถ้ามี Criteria 3 ข้อขึ้นไปวัดทุก 1 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ถ้า Stable ให้วัดทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้ง

- ถ้า Stable ให้วัดทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ถ้าปกติให้สิ้นสุดการเฝ้าระวัง
- แต่ถ้า GCS ลดลง? 2 คะแนนให้เพิ่มความถี่ในการวัดเป็นทุก 30 นาที x 4 ครั้ง
- ถ้า Score ไม่ดีขึ้นให้ Notify แพทย์เจ้าของไข้

**การตรวจสอบ**

จากการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน เมษายน - กันยายน พ.ศ. 2548 ยังมีปัญหาในเรื่องของการลงบันทึก ยังไม่สามารถทำได้ตาม Criteria ที่ตั้งไว้ คณะทำงานจึงจัดการประชุมหารือกับแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาทได้ปรับปรุง Criteria ขึ้นใหม่ เพื่อให้การเฝ้าระวังและการบันทึกข้อมูลมีประสิทธิภาพ และได้จัดลำดับความสำคัญของ Criteria ใหม่ โดยเริ่มทำการเฝ้าระวังตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2548



**ปัญหา**

- Criteria ไม่ชัดเจน
- เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังตาม Criteria
- การบันทึกไม่ครบถ้วน

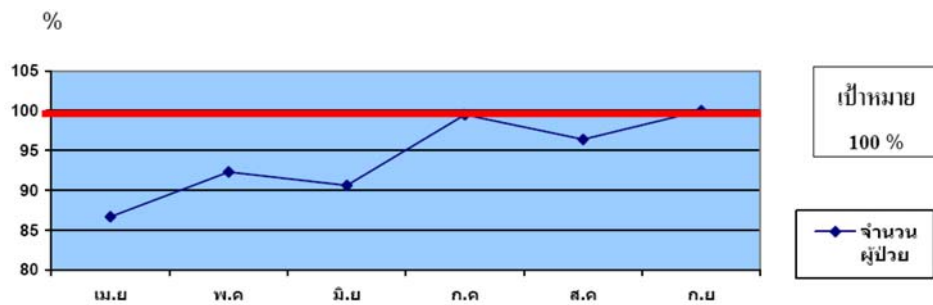
**แนวทางการปรับปรุง**

- จัด Criteria ของการเฝ้าระวังขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้อง เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมมากขึ้น
- จัดทำแบบฟอร์มการเก็บสถิติผู้ป่วยตามแผนการเฝ้าระวัง (แยกต่างหาก)
- จัดทำ Kardex ที่มี
- การชี้บ่งถึงประเภทผู้ป่วย - การเฝ้าระวังที่ต้องดูแล
- ประวัติที่สำคัญ - การประเมินผู้ป่วยด้วยสัญลักษณ์
- ทบทวนและติดตามผลทุกเดือน

**สรุป ตอนที่ 1.1**

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 482 ราย เข้า Criteria ทั้งหมด 158 ราย สามารถทำตาม Criteria ในการเฝ้าระวัง 146 ราย คิดเป็น 92.4 %
2. ผู้ป่วยมา Follow Up ที่ OPD 121 ราย มีคะแนน Glasgow Outcome Score 4, 5 จำนวน 79 ราย ใน 3 เดือนแรกคิดเป็น 65.29% สอบถามแพทย์ให้ความเห็นว่า GOS ไม่แตกต่างจากปีก่อน ๆ

กราฟแสดง จำนวน Case ที่ประสบผลสำเร็จตาม Criteria



จากการสรุปของการปรับปรุงตอนที่ 1.1 ทีมงานได้ความรู้ว่าการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ตรงตามเกณฑ์ทำให้ทำงานง่ายขึ้นแต่ยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายได้ ประกอบกับทางทีมงานผ่านการอบรม HNQA ได้เรียนรู้เรื่องสิ่งส่งมอบแก่ผู้ป่วยและญาติ ทีมงานคิดว่าปัจจัยเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ และความรู้ทักษะของทีมผู้ดูแลรักษา น่าจะมีผลต่อ Glasgow Outcome Score จึงได้เริ่มการปรับปรุงใหม่ดังต่อไปนี้

76 The 10<sup>th</sup> Symposium on TQM-Best Practices in Thailand

- ปรับปรุงแนวทางการใช้ Criteria version 2 ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นเพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
- สร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะ แก่ทีมผู้ดูแลรักษา (ตาราง 2 TICKS)
- สร้างความรู้ความเข้าใจและ ทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและหรือญาติ (แฟ้มเพื่อคุณ, 2 TICKS ผู้ป่วย/ ญาติ , มุมเพื่อคุณ , ใบคำแนะนำก่อนกลับบ้าน )

**ตัวชี้วัด**

1. อัตราผลสำเร็จการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตาม Criteria=100 %
2. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะแก่ทีมผู้ดูแลรักษา >= 80%
3. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ >= 80%

**มาตรการ**

**ระยะเวลาดำเนินการ**

1 ตุลาคม พ.ศ.2548 - 30 กันยายน พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยเข้า Criteria 233 ราย

1. จัด Criteria ของการเฝ้าระวังขึ้นใหม่ (Version 2)
2. ประกาศข้อกำหนดคุณภาพงานบริการ (ที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับ) (Service Specification)
3. สร้างองค์ความรู้และเรียนรู้การจัดการที่สำคัญ และจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
  - 3.1 สร้างหัวหน้างานให้เกิดการบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งกระบวนการและการควบคุมที่งานอย่างเป็นระบบ
  - 3.2 จัดทำตารางทบทวนความรู้และความเข้าใจที่สำคัญและจำเป็นต่องาน (2 Ticks เจ้าหน้าที่ทุกระดับ) เพื่อให้เกิดความเก็งคิด เก็งสมอง
  - 3.3 จัดทำตารางเพิ่มพูน พื้นฟู ทักษะที่สำคัญและจำเป็นต่องาน เพื่อให้เกิดความเก็งมือ เก็งหัตถการ
  - 3.4 ประเมินผลงานและจัดการฝึกอบรมสวนขาด (Training Needs) ปีละ 2 ครั้ง
4. จัดทำและสร้าง Knowledge Management ผู้ป่วยและญาติ
  - 4.1 แกร็บ ใช้แฟ้มเพื่อคุณ และการส่งมอบผลการตรวจ / วินิจฉัยและแผนการรักษาโรคเบื้องต้น
  - 4.2 ขณะนอนพักรักษา ใช้ตารางฝึกทักษะที่จำเป็น (2Ticks) ผู้ป่วยและญาติ มุมเพื่อคุณ (การฟื้นฟูความรู้ ออกกำลังกาย สุขศึกษา)
  - 4.3 จำหน่าย ใช้การวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า (Discharge Planning) ส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนหรือบ้าน

ประเมินทักษะการดูแลตนเอง  
ใบคำแนะนำก่อนจำหน่าย และ เอกสารแผ่นพับ  
การส่ง Home Health Care  
นัด Follow Up ที่ OPD





78 The 10<sup>th</sup> Symposium on **TQM-Best Practices in Thailand**

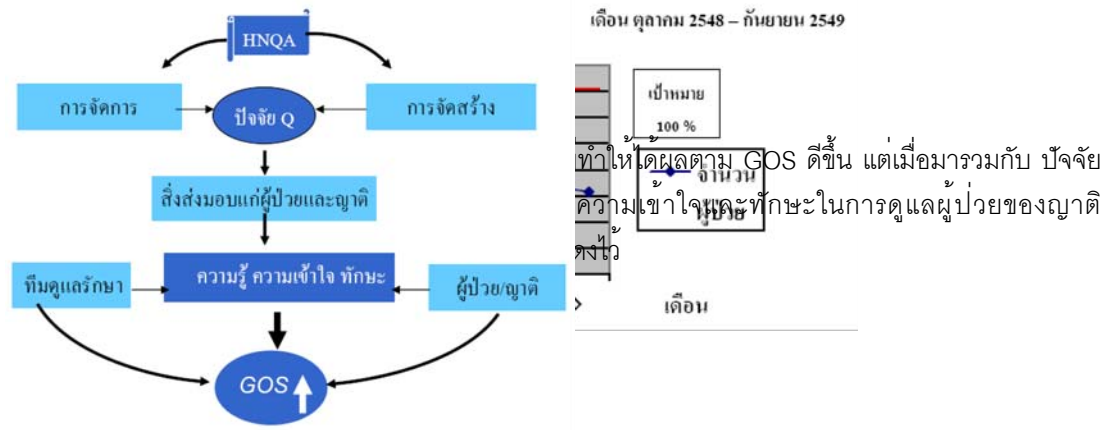


**การตรวจสอบ**

1. พบ Case ที่ไม่ทำตาม Criteria 10 ใน 233 ราย คิดเป็น 4.3%
2. ทำการทบทวน ความรู้และทักษะที่สำคัญและจำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ในการ ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ (ตาราง 2 TICKS) 10 เรื่อง พบว่าทำได้ผล 70 %
3. การบันทึก การฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติทำได้ 55 %

**สรุปการปรับปรุงงานตอนที่ 1.2**

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 820 ราย เข้า Criteria ทั้งหมด 233 ราย ไม่สามารถ ทำตาม Criteria เป็นจำนวน 10 ราย คิดเป็นผลสำเร็จ 95.67 %
2. ผู้ป่วยมา Follow Up ที่ OPD 218 ราย มี Glasgow Outcome Score คะแนน 4,5 จำนวน 170 ราย ใน 3 เดือนแรก คิดเป็น 78% สอบถามแพทย์ให้ความเห็นว่า Glasgow Outcome Score ดีขึ้นกว่าปีก่อน ๆ



## ตอนที่ 2 ผลงานโยงโยในเครือข่าย

ตุลาคม พ.ศ.2549 - กันยายน พ.ศ.2550

จากการติดตามและทบทวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2549 - มีนาคม 2550 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับโดยตรงภายในเขตและรับจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ ยังไม่ได้รับการดูแลรักษา และเฝ้าระวังที่เหมาะสมเพียงพอ ทางทีมงานเชื่อว่าถ้าสามารถสร้างการเชื่อมโยงการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่โรงพยาบาล เครือข่าย และโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงถึงโรงพยาบาลศูนย์ และการกลับสู่ชุมชน จะทำให้ผลลัพธ์ของ Glasgow Outcome Score 4, 5 ภายใน 3 เดือนเพิ่มขึ้น

การวางแผนการปรับปรุงตอนที่ 2

- จัดประชุมวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาลเครือข่าย
- ปรับ Criteria เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น

### ตัวชี้วัด

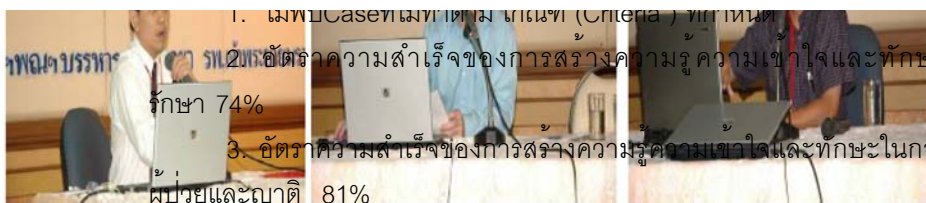
1. อัตราผลสำเร็จการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตาม Criteria= 100 %
2. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจ+ทักษะแก่ทีมผู้ดูแลรักษา  
>= 80%
3. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจ +ทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และญาติ >= 80%
4. จำนวนอุบัติเหตุการณของผู้ป่วย Refer ที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาตรงตาม CPG  
≤ 10 ราย

### มาตรการ

1. จัดประชุมวิชาการให้แก่เครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดใกล้เคียงเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. มีการเผยแพร่ความรู้วิชาการและแนวทางปฏิบัติ (CPG Head Injury, CPG C-Spine) การเฝ้าระวัง และการบันทึก Glasgow's Coma Scale
3. ปรับ Criteria ในการเฝ้าระวัง (Version 3)
4. จัดแบบฟอร์มบันทึก Neuro sign ใหม่ ( Glasgow ' s Coma Scale )
5. Audit On Site HNQA

ตารางเปรียบเทียบ GOS

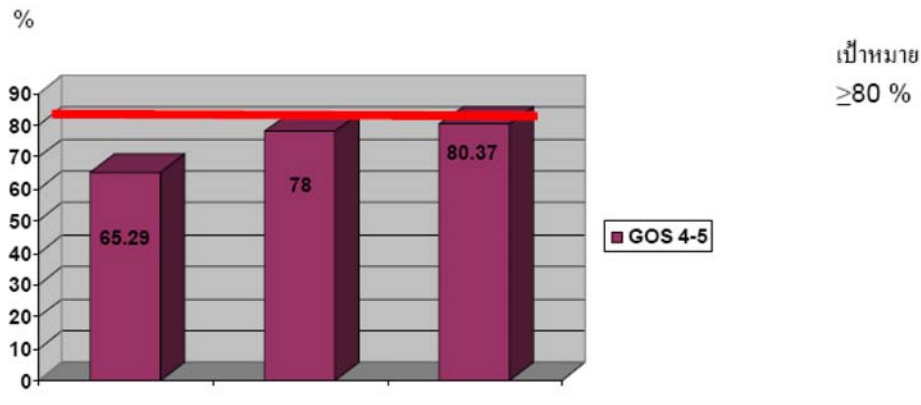
Plan	ตอนที่1.1	ตอนที่1.2	ตอนที่2
GOS 4-5	65.29	78.00	80.37



1. เปรียบเทียบ Case Study ตาม เกณฑ์ (Criteria) ที่กำหนด
2. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะแก่ทีมผู้ดูแลรักษา 74%
3. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ 81%



4. จำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วย Refer ที่ไปได้รับการดูแลรักษาตรงตาม CPG 25 ราย



### สรุปการปรับปรุงตอนที่ 2

ได้ความรู้ว่าการจัดการภายในโรงพยาบาลอย่างเดียวยังไม่สามารถเพิ่ม GOS ให้ได้ตรงตามเป้าหมาย ต้องพึ่งพามือทุกมือโดยเฉพาะมือที่สัมผัสผู้ป่วยเป็นมือแรกก่อนมาถึงโรงพยาบาลของเรา

### ปัญหาในช่องต่อมามี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัญหาความไม่พร้อมของผู้นำส่งคนไข้มารพ.

จากการติดตามและทบทวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ ตุลาคม 2550 - 2552 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับจากการส่งต่อโดยตรงภายในเขต และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ นอกเขตเช่น จังหวัดกาญจนบุรี ยังไม่ได้รับการดูแล รักษาและ เฝ้าระวังที่เหมาะสมเพียงพอ

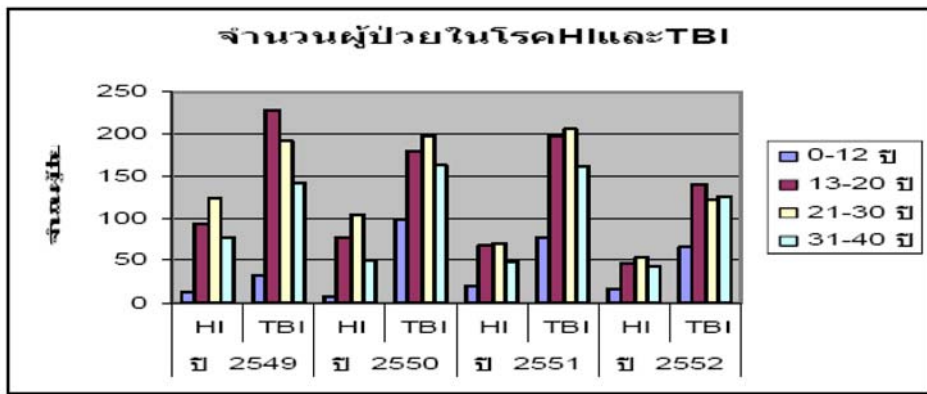
หลังจากที่ทางทีมงานได้ไปจัดประชุมวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และโรงพยาบาลเครือข่าย เรื่องการดูแล รักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการเผยแพร่ความรู้วิชาการแนวทางปฏิบัติ (CPG HI, CPG C-Spine) และการเฝ้าระวังและบันทึก Glasgow's Coma Scale เสร็จสิ้นไปแล้วได้มีการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่ที่มีอาการไม่รุนแรงจนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่ถูกนำมาโรงพยาบาลศูนย์ของเราเอง หรือผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากความรุนแรงของอุบัติเหตุ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เพียงพอหรือขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินรวมทั้งด้านจิตใจ/สังคม

และจากการที่ทีมงานจัดการอบรมให้ทางโรงพยาบาลเครือข่ายนั้น ทีมงานไม่ได้จัดอบรมแบบเฉพาะเจาะจงให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย



โดยตรงจึงทำให้มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับโดยตรงภายในเขต และ รับจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ ยังไม่ได้รับการดูแลรักษา และเผื่อระวังที่เหมาะสมเพียงพอ ทีมงานทราบว่า การที่จะให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยโดยตรง มีความรู้ความเข้าใจในระบบและ ดำเนินการส่งต่ออย่างมีศักยภาพนั้นเป็นเรื่องยาก ต้องใช้ระยะเวลาและกำลังกาย กำลังใจ เป็นอย่างมาก ทีมงานจึงสร้างระบบพี่เลี้ยง เพื่อเป็นที่ปรึกษาและสร้างกำลังใจ ทั้งก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ และ การติดตามผลหลังส่งผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ปัญหาจากพบสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในช่วงอายุน้อยเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรค Head Injury ( HI ) และ Traumatic Brain Injury ( TBI ) ตั้งแต่ พ.ศ.2549-2552



รวมถึงสาเหตุการตาย 5 อันดับโรคในปี 2550-2552

1. Stroke
2. Head Injury
3. Pneumonia
4. IHD
5. Septicemia

84 The 10<sup>th</sup> Symposium on TQM-Best Practices in Thailand

จากสถิติข้างต้นพบว่า วัยรุ่นช่วงอายุ 13-20 ปี มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุที่บาดเจ็บต่อสมองสูงขึ้นมากในปี 2549 และมีแนวโน้มที่จะมีอัตราสูงขึ้นอีกในปีต่อไป ทางทีมงานได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้จัดให้มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับเด็กอายุน้อยโดยตรง

จากข้อสรุปปัญหาที่พบทั้ง 2 ตอน ทีมงานเชื่อว่าถ้าสามารถสร้างการเชื่อมโยง การเฝ้าระวังผู้ป่วยได้อย่างมีศักยภาพโดยเริ่มตั้งแต่ โรงพยาบาลเครือข่าย และ โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงถึง โรงพยาบาลศูนย์ และการกลับสู่ชุมชนนั้น ต้องคำนึงถึง ตั้งแต่การป้องกันการส่งเสริมการรักษาและ การฟื้นฟู อย่างมีส่วนร่วมทั้งภาคีเครือข่าย จะทำให้ผลลัพธ์ ของ Glasgow Outcome Score 4,5 ภายใน 3 เดือนเพิ่มขึ้น

ตอนที่ 3 นำใจไม่ตรีออกนอกวิชาชีพ

- Prevention ร่วมกับงานสุขศึกษาภาคีเครือข่าย พัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย (กลุ่มเสี่ยง จุดอันตราย)
- Pre - Hospital ร่วมกับ E.R , E.M.S, กู้ชีพ (จุดเกิดเหตุ การส่งต่อ)
- HPH ร่วมกับงานเวชกรรมสังคม (การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ )

ตัวชี้วัด

1. อัตราผลสำเร็จการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตาม Criteria= 100 %
2. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะแก่ทีมผู้ดูแลรักษา >= 80%
3. อัตราความสำเร็จของการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ >= 80%
4. จำนวนอุบัติเหตุการณของผู้ป่วย Refer ที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาตรงตาม CPG <=10 ราย  
4 ข้อเหมือนเดิมและเพิ่ม
5. ความสำเร็จการสร้างภาคีเครือข่ายเชิงป้องกันตรงกลุ่มเป้าหมาย (เพื่อลดจำนวนและระดับความรุนแรง) ลดจำนวนผู้ป่วยเด็กลง 5%

ผู้ป่วย เกิดเหตุ

**แนวคิด**

1. จัดประชุมโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งในเครือข่ายจังหวัดสุพรรณบุรีให้ครบทั้ง 10 โรงพยาบาล เรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. จัดการอบรม โครงการหนึ่งโรงเรียนหนึ่งความรู้กู้ชีพ และ โครงการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาล เข้าสู่กลุ่มเป้าหมายที่เป็น นิสิต นักศึกษา ร่วมกับทางตำรวจจราจร ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การปฏิบัติตนเมื่อประสบเหตุ และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. เก็บสถิติรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรค Head Injury (HI) และ Traumatic Brain Injury (TBI) ตั้งแต่ พ.ศ.2549-2552 และเผยแพร่ไปตามผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

**มาตรการ**

1. พัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



1.1 การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ  
 • มีระบบการฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ให้กับหน่วยกู้ภัย อบต. อาสาสมัครต่างๆ ทุกปี โครงการหนึ่งโรงเรียนหนึ่งกู้ชีพ โดยประสานงานกับศูนย์ EMS หน่วยกู้ภัย และตำรวจ

- 1.2 มีศูนย์ EMS ประสานการช่วยเหลือและรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ
- 1.3 จัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสุพรรณบุรี
  - จัดทำคู่มือ ประสานการส่งต่อผู้ป่วยเครือข่ายจังหวัดสุพรรณบุรี
  - จัดประชุมโรงพยาบาลเครือข่าย (รัฐบาล+เอกชน) เพื่อรับทราบปัญหาและปรับปรุงแก้ไข การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

86 The 10<sup>th</sup> Symposium on TQM-Best Practices in Thailand

- เผยแพร่แนวทางการดูแลรักษาตามCPG บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาล  
เครือข่าย
- มีระบบ Referral Conference Case ( Two Ways ) ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์  
และเครือข่าย
- จัดประชุมวิชาการพัฒนาการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพของ  
ทีมงาน

1.4. การดูแลระหว่างการส่งต่อ

- จัดประชุมวิชาการให้แก่โรงพยาบาลเครือข่ายเรื่องการดูแล รักษา ผู้ป่วย  
บาดเจ็บที่ศีรษะ
- เผยแพร่ CPG บาดเจ็บที่ศีรษะ
- มีการติดตาม Case ที่ส่งมา รพ.ศูนย์ โดย รพ.เครือข่าย
- ติดตาม ผู้ป่วยที่มา Follow up ที่ OPD 3 ครั้งใน 3 เดือน
- ทบทวน Case ที่มี อุบัติการณ์ ทุกราย

รณรงค์ และสร้างความตระหนักในการป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยร่วมกับภาคี  
เครือข่าย (สถานีตำรวจ อบต. สสจ. สสอ. และองค์กรเอกชนอื่นๆ โดยประสานงานผ่านงาน  
อาชีวเวชกรรม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน)

รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย คาดเข็มขัดนิรภัย เปิดไฟ ใส่หมวกนิรภัย และ เมา ง่วงไม่ขับ -  
ขับไม้อีโรว์

- ติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เช่น เสียงตามสายโรงพยาบาล เสียงตามสายเทศบาล

สถานีวิทยุ

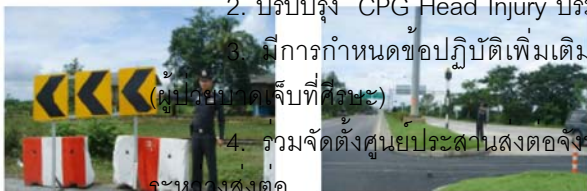


Feed Back ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจราจรไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานีตำรวจ  
เพื่อเพิ่มมาตรการในการกวดขัน เรื่อง วินัยจราจร และเฝ้าระวัง ติดป้ายเตือนจุดเสี่ยง จุด  
อันตรายที่มีการเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ และบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวด

2. ปรับปรุง CPG Head Injury ประจำจังหวัดสุพรรณบุรีขึ้นเพื่อครอบคลุมทั้งจังหวัด

3. มีการกำหนดข้อปฏิบัติเพิ่มเติมเมื่อมีการจะส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลศูนย์ (ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ)

4. ร่วมจัดตั้งศูนย์ประสานส่งต่อจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่ออำนวยความสะดวกดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ



การจัดการอบรม โครงการป้องกันอุบัติเหตุในโรงเรียนที่โรงเรียนสารพัดช่าง

5. ผู้ป่วยและญาติได้รับการฝึกทักษะ/การดูแลตนเอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายสู่โรงพยาบาลชุมชน และจากโรงพยาบาลชุมชนไปบ้าน รวมทั้งระบบไกลบ้าน-ไกลใจ (การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์)



6. สรปทบทวนสถิติผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อค้นหาข้อบกพร่องปัญหา และจัดประชุมกำหนดแนวทางปรับปรุงแก้ไข

7. ติดตามผู้ป่วย Follow Up 3 ครั้งติดต่อกัน ( มี ใบติดตามในโครงการHI )

8. จัดประชุมสอบถามเครือข่ายโรงพยาบาลสุพรรณบุรี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพแบบ HNQA อย่างต่อเนื่อง (ON SITE AUDIT HNQA)

9. การจัดการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไปต่อบทบาทของศูนย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care) และประสาน กับทีมงานในเชิงรุก

10. ประสานทีมงานสหสาขาวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันช่วยเหลือ

**การตรวจสอบผลลัพธ์**

1. ไม่พบ Case ที่ไม่ทำตาม Criteria
2. ทำการทบทวน ความรู้ ทักษะที่สำคัญและจำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ (ตาราง 2 TICKS) 10 เรื่อง พบว่าทำได้ผล 80 %
3. การบันทึก การฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ 85 %
4. ทบทวนขอเสนอแนะ ขอรองเรียนทุกเดือน ( ติดประกาศในบอร์ด คุณงาม - เรือดอบ )
5. ตรวจสอบอัตราความพึงพอใจ ( เกณฑ์  $\geq 80\%$  ) ได้ค่าเฉลี่ย 90 %

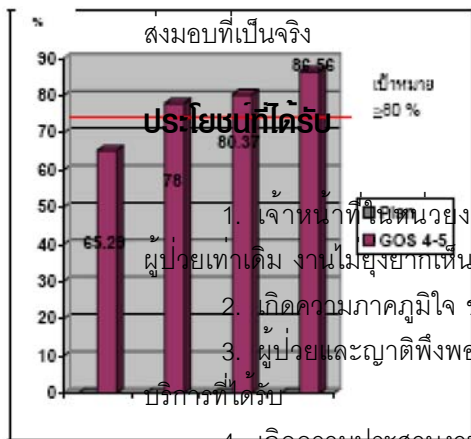
**สรุปการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องมีการวางแผนตั้งแต่ ก่อนเกิดเหตุ จนกระทั่ง สิ้นสุด การรักษาและกลับบ้านและชุมชน ทำให้ต้องใช้ความละเอียดซับซ้อน หลายขั้นตอนและ หลายหน่วยงานต้องเกี่ยวของ อย่างต่อเนื่อง ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะทำให้งานประสบ ผลสำเร็จ ต้องเริ่มจาก ใจของแพทย์ และ พยาบาล

ตารางแสดงเปรียบเทียบ

	PDCA
	GOS 4-5
	5 ภายใน 3 เดือน
2.	อัตราตายของผู้ป่วย
3.	การ Re-Operative
4.	การใส่ระวางผู้ป่วย ผู้ป่วย Grade 2
5.	ผู้ป่วยได้รับการดูแล ถูกต้อง
6.	ผู้ป่วยได้รับการดูแล
7.	อัตราเจ้าหน้าที่

- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง มุ่งมั่น ที่จะสร้าง งานดูแลรักษา และ สร้างสิ่งส่งมอบที่ดีๆ มีประโยชน์ ต่อผู้ป่วยและครอบครัว
- ต้องเริ่มจากใจ ที่จะคิดค้น วิธีการ ทบทวน ผลงานและตั้งเป้าหมาย เพื่อไปสู่ ผลสำเร็จ ของงาน
- ต้องเริ่มจากใจ ที่จะทำออกไปสู่ ผู้ป่วยและญาติ ด้วยมือและวิธีการต่างๆ เพื่อเกิดสิ่ง



1. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทำงานกันอย่างมีระบบมากขึ้น โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเท่าเดิม งานไม่ยุ่งยากเห็นผลลัพธ์ของงาน
2. เกิดความภาคภูมิใจ ของเจ้าหน้าที่ในการร่วมกันสร้างสิ่งที่ดี ๆ ให้เกิดขึ้น
3. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ในการดูแลที่ได้รับ และไว้วางใจ เชื่อมั่น ในคุณภาพงาน
4. เกิดความประสานงานที่ดีกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ และ เครือข่าย
5. มีการพัฒนางานที่เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย
6. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเป็นที่ยังพำได้ทั้งของผู้ป่วยและญาติ

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. การมองเห็นให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยการใส่ใจคิด + ใจทำ จนเกิดเครือข่ายที่เข้มแข็งยั่งยืน
2. นโยบายสนับสนุนของผู้บริหารทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง
3. การประสานงาน พร้อมๆ กันในเครือข่ายรวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. การสร้างทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่าย

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จและยั่งยืน

1. นโยบายและการสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาล
2. การสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีและเป็นต้นแบบ เป็นที่ยอมรับทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมทั้งภาคีเครือข่าย
3. การสร้างทัศนคติที่ดีแก่ทีมงานเครือข่าย เพื่อให้เกิดงานคุณภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน
4. ทีมงานที่เกี่ยวข้อง มุ่งมั่น ที่จะสร้าง งานดูแลรักษา และ สร้างสิ่งส่งมอบที่ดี ๆ ต่อผู้ป่วย และครอบครัว ต้องเริ่มจากใจ ที่จะคิดค้น วิธีการ ทบทวน ผลงานและตั้งเป้าหมาย เพื่อไปสู่ผลสำเร็จของงาน ต้องทำจาก ใจ ที่จะทำออกไปสู่ ผู้ป่วยและญาติ ด้วยความเก่งมือและเก่งสมอง จนเกิดเป็นกระบวนการต่างๆ เพื่อเกิดสิ่งส่งมอบดีๆ ที่เป็นจริงยั่งยืน

## ความท้าทายต่อไป

1. การปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาปัจจุบันแตกต่างจากอดีต โดยพัฒนาการบริหารจัดการจากปัจจัยคุณภาพ ที่มีภาวะวิเคราะห์ วางแผนงาน จัดกระบวนการ ติดตามประเมิน และการควบคุมอย่างมีระบบ ภายในหน่วยงานก่อน

การพัฒนาความเก่งของหัวหน้างานและลูกน้อง จากการเข้าร่วมพัฒนาคุณภาพ รพ. เครือข่ายทำให้เกิดการทำงานเชื่อมโยงครอบคลุม สามารถเกิดมุมมองมิติอื่นๆ ที่ต้องเกื้อหนุน ชี้นำ ชี้แนะและสามารถพึ่งพากันได้ จึงจะขยายสายงานสู่สายใจของทั้งผู้ให้และผู้รับได้เป็นอย่างดี

### แนวทางที่ยังต้องปรับปรุงต่อไปคือ

- งานประสานภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งภายในภายนอกองค์กรเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน
- การสร้างความเก่งต่อบุคลากรในภาวะขาดแคลนทุกหน่วยงาน
- การสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ให้ ...สิ่งส่งมอบดีๆ...แก่แผ่นดิน และเป็นที่พึ่งพาได้ของทุกคน



สิ่งส่งมอบดี ๆ ที่ให้แก่ผู้รับบริการ

1. Knowledge management of Patient / Care giver
  - Service Specification
  - จัดทำเพิ่มความรู้คุณ ความรู้ยา ป้ายเตือน
  - ทำกระบวนการกลุ่ม มุมความรู้เพื่อคุณ
  - ส่งเสริมสุขภาพ ( HPH )
2. Knowledge management เจ้าหน้าที่
  - การทบทวนความรู้ทักษะ (Competency) ที่สำคัญ / ที่จำเป็นต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
  - การทำ Conference ต่างๆ เพื่อส่งเสริมและทบทวนการดูแล เช่น C 3 THER , MM Conference , Interesting Case
  - การทำ Standardization
  - การทำ CQI
3. Safety Place and Environment and Equipment , Medication
  - การสร้างระบบควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลลัพธ์
4. Save Life เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง
  - มาตรฐานบริการสาธารณสุข และมาตรฐานสถานพยาบาล
  - แผนป้องกันอัคคีภัย



## เอกสารอ้างอิง

1. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.
2. <http://www.trauma.org/archive/scores/index.html>
3. Jennett B, Snoek J, Bond MR, Brooks N. Disability after severe head injury: observations on the use of the Glasgow Outcome Scale. J Neurol, Neurosurg, Psychiat 1981;44:285-293.



[www.ftqm.or.th](http://www.ftqm.or.th)