KM การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดแผลเท้าเบาหวาน ที่เป็น Best Practice

นำเสนอโดย
นางเกษรา แก้วนิล
นางสาวอมรวรรณ กวีภัทรนนท์

หัวข้อนำเสนอ

1. บทสรุปของผู้บริหาร
2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรและหน่วยงาน
3. การเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวัง ของ "ลูกค้าของกระบวนการที่นำเสนอ"
4. กระบวนการและวิธีปฏิบัติในอดีต
5. กระบวนการและวิธีปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงใหม่
6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงาน และประโยชน์ที่ได้รับ
7. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไข
8. ความท้าทายต่อไป
9. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และความยั่งยืน
10. เอกสารอ้างอิง

1.บทสรุปของผู้บริหาร

1. จัดทำกลุ่ม KM เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มบุคลากรของสาขาการพยาบาลศัลยกรรม
2. เลือกกลุ่มเป้าหมายในบริบทของหน่วยงานศัลยกรรม 1 และ 2
3. จัดทำสื่อการสอนการฟื้นฟูสภาพภายหลังเข้ารับการผ่าตัด
4. ปฏิบัติตาม DM Foot Care Map (ฝึกการหายใจก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารเท้า ประเมินภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า ทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ตามแนวทาง) สอนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
5. ติดตามประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรและหน่วยงาน

ลูกค้าภายใน	ลูกค้าภายนอก
• บุคลากรภายในหน่วยงาน • ทีมสหสาขาวิชาชีพ	• ผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานที่เข้ารับการผ่าตัด

3. การเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของ "ลูกค้าของกระบวนการที่นำเสนอ"

การเรียนรู้

- สังเกต
- สอบถามความต้อง

ความต้องการ

- ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดติดเชื้อ ปอดแฟบ ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด
- ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ สามารถปรับตัวได้

4. กระบวนการและวิธีปฏิบัติในอดีต

- ขาดการเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- ใช้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
- ขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

5. กระบวนการและวิธีปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงใหม่

- ทำกลุ่ม KM เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มบุคลากรในสาขาการพยาบาลศัลยกรรม
- จัดทำสื่อการสอนการฟื้นฟูสภาพภายหลังเข้ารับการผ่าตัด
- กำหนดให้ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ
- ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
- ประเมินภาวะโภชนาการแรกรับ และติดตามทุก 7 วัน
- ส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ตาม DM Foot Care Map (ทำ Check list)
- ประเมินการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงานและประโยชน์ที่ได้รับ

- ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจลดลง = 1.88 (ปี 63 = 5.71)
- การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด = 85.87 (ปี 63 = 55.95)
- อัตราการ readmit ลดลง = 0.73 (ปี 63 = 5)

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงานและประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อ)

STICKER

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคแผลเท้าเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Diagnosis ..... แพทย์เจ้าของไข้ ( ) resident ..... ( ) พยาบ.....

อาจารย์แพทย์ ..... วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ..... หอผู้ป่วย .....

For Physician and nurse:

Discharge planning (แพทย์กรอกตั้งแต่วันแรกที่ admit)	Evaluation (แพทย์และพยาบาลกรอกและลงนาม)
1. Antidiabetic drugs O Insulin O Oral med. O Diet control only 2. Education O Diet O Foot care O Smoking cessation 3. Predicted length of stay.....days 4. Plan refer back to ..... 5. DM foot conference date ..... Plan..... 6. Consultation O Endocrine med. Date ..... Plan ..... O PM&R /rehabilitation/prosthesis Date..... Plan..... O Orthopedics Date..... Plan..... O Continuous nursing care Date..... Plan..... 7. Dressing method after D/C ..... 8. Plan d/c วันที่..... 9. นัดแผนก ..... วันที่..... ลงชื่อแพทย์เจ้าของไข้.....	SIR O No O Yes WIFI score..... Wegner score..... Pinprick/monofilament sensation O Normal O Impaired PAD O No O Yes O ABI Rt.....Lt ..... BW..... BMI..... Nutrition screening score Day 1 (แพทย์เจ้าของไข้ประเมิน) = ... (If normal: screening q 7 days โดยพยาบาล) Day 7..... Day 14..... Day 21..... Day 28..... ..... (If abnormal ≥ 2-> evaluate NAF) NAF: ..... Day..... (If normal NAF-> re-evaluate NAF q 7 days) NAF: ..... Day..... .... Depression screening: 2Q, 9Q (If 2Q ≥ 1), 8Q (If 9Q ≥ 7) screening day 1 (แพทย์ประเมิน) ..... pre-amputation (พยาบาลประเมิน) ..... before discharge (พยาบาลประเมิน) .....

DM foot caremap version 2.0 Page 1

กิจกรรม	Day 1-2 24-48 hr	Pre-operation	Operation	Post-operation/ Or after 3rd day	Discharge planning
Expected Outcome	ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างเหมาะสม KPI: -อัตราการตรวจ ABI 100% -Acute DM complication during hospital admission < 1% (severe hypoglycemia, DKA, HHS) -nutritional screening > 80%	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน KPI: -ได้รับการสอน breathing exercise ใน non-emergency case > 80% -Pre-op evaluation by endocrinologist and/or general med/cardiologist 100%	Operation safety KPI: -ผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง 100% -3 point MACE (AMI, stroke, CV death) < 5% (perop and 30 days post operation)	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน KPI: -Acute DM complication during hospital admission < 1% (severe hypo, DKA, HHS) -Contrast induced nephropathy < 15% -post-operative rehabilitation program > 80% - decrease amputation rate	ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการจำหน่าย KPI: -case conference or DM care team round > 80% - DM foot education 100%
Assessment	**แพทย์** As above	**แพทย์** 1. glycemic control 2. CAD evaluation 3. contrast induced nephropathy prevention (CIN) ***if GFR < 60 ml/min/1.73 m² consult nephrologist*** 4.consult ortho in Charcot's and unhealed osteomyelitis in cooperated patient	**แพทย์** 1. ประเมินถูกคน ถูกข้าง ก่อนทำการผ่าตัด	**แพทย์** 1. Glycemic control 2. CAD evaluation 3. Consult cardiac rehab if low EF, ABI 0.5-0.9 ที่ยังไม่สามารถทำ intervention และฟื้นได้ 4. Infectious control 5. Wound care 6. Improve nutrition 7. eGFR 24 ชม. หลังฉีด contrast 8. High intensity statin in ASCVD 9. Post-op rehab program (stump exercise/off load)	**แพทย์** Discharge planning as above 1. Case conference on Tuesday at noon 2. DM care team round วันพุธ 3. Glycemic control plan 5. กรณีที่ต้อง off-loading ให้นัดคลินิกกายอุปกรณ์หลัง D/C 2-4 สัปดาห์ สำหรับ amputation ให้ consult PM&R ทุกราย 6. Depression screening 7. High intensity statin (in ASCVD) 8. Education

DM foot caremap version 2.0 Page 2

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงานและประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อ)

	Day 1-2 24-48 hr	Pre-operation	Operation	Post-operation/ Or after 3rd day	Discharge planning
Ward nurse	**พยาบาล** ( ) Diabetic diet ( ) Observe hypoglycemia ( ) Notify endocrinologists ( ) Notify APN wound ( ) Notify NCM DM Foot ( ) Notify continuous nursing care ( ) Notify Nutritionist ( ) บันทึก % อาหารที่กินในใบ DTX ( ) สอน breathing exercise ใน non-emergency case	**พยาบาล** ( ) Depression screening (pre-amputation) ( ) Notify endocrine	**พยาบาล** ประเมินถูกคน (ward) ถูกข้าง (Op room) ก่อนทำการผ่าตัด	**พยาบาล** ( ) Observe hypoglycemia ( ) Infectious control ( ) post-operative DFU rehabilitation program (สอน stump exercise หาก amputation) ( ) *nutrition screening q 7 days, NAF (if score ≥ 2)* ( ) บันทึก % อาหารที่กินในใบ DTX	**พยาบาล/เภสัช** ( ) Depression screening ( ) DM care team round/ DM foot conference ( ) ทำนัดคลินิกกายอุปกรณ์ (PM&R) ในเคส amputation, off-loading ( ) ปรึกษา continuous nursing care ทุกราย (2-3 วันก่อนกลับ) ( ) Education เรื่อง .... ( ) สอนทำแผล ( ) ตรวจสอบยากลับบ้าน และสอนการใช้ยา ( ) Evaluate care giver ( ) Notify APN wound ( ) นัด NCM DM Foot วันที่ .....
APN wound NCM DM Foot	( ) รับ consultation Assessment .... Plan	NA	NA	( ) Problem assessment ( ) ประสานงานระหว่างแผนก	( ) Case conference ( ) DM care team round ( ) ประสานงานระหว่างแผนกและรพ. เครือข่าย ( ) Foot care education ( ) DM education ( ) ติดตามดูแลต่อเนื่อง

DM foot caremap version 2.0 Page 3

ติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย

แบบรายงานการ consult และแผนการนัดหมายเพื่อติดตามอาการหลังจำหน่าย

แผนก	Notify ก่อน D/C	วันนัด	หมายเหตุ
Endocrine แพทย์..... ว. ..... ◯ เขียน ◯ ส่ง ◯ ดู	**Notify ก่อน D/C** ◯ ระบุวันที่.....	**วันนัด F/U**	**รายการ Lab ที่ต้องการวัดนัด** ....
PM&R แพทย์..... ว. ..... ◯ เขียน ◯ ส่ง ◯ ดู	**Notify ก่อน D/C** ◯ ระบุวันที่.....	**วันนัด F/U**	**รายการ Lab ที่ต้องการวัดนัด** ....
นักโภชนาการ ◯ เขียน ◯ ส่ง ◯ ดู	**Notify ก่อน D/C** ◯ ระบุวันที่.....	**วันนัด F/U**	....
APN DM/ NCM DM ◯ เขียน ◯ ส่ง ◯ ดู	**Notify ก่อน D/C** ◯ ระบุวันที่.....	**วันนัด F/U**	....
HHC ◯ เขียน ◯ ส่ง ◯ ดู			....

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงานและประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อ)

Nutrition screening

1. น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ตั้งใจ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
2. ได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้เกินกว่า 7 วัน	ใช่	ไม่ใช่
3. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index BMI) < 18.5 หรือ > 25 กก./ตร.ม^2	ใช่	ไม่ใช่
4. มีภาวะวิกฤต หรือ กึ่งวิกฤตร่วมด้วย	ใช่	ไม่ใช่

NUTRITION ALERT FORM แบบประเมินภาวะโภชนาการ

ชื่อ-สกุล ชาย หญิง อายุ ปี HN วัน/เดือน/ปีที่รับ

การวินิจฉัยเบื้องต้น ข้อมูลจาก ผู้ป่วย ญาติ อื่นๆ

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องโดยเลือกเพียง 1 ช่องในแต่ละหัวข้อใหญ่และหัวข้อย่อย (ยกเว้น 6,8 เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง) และใส่คะแนนในช่อง

	คะแนน ครั้งที่ 1	คะแนน ครั้งที่ 2	คะแนน ครั้งที่ 3
1. ส่วนสูง/ ความยาวตัว/ ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span) วัดส่วนสูง ซม. วัดความยาวตัว ซม. Arm span ซม. ญาติบอก ซม.			
2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.)/ ส่วนสูง (ม.)^2)			
2.1 น้ำหนัก ☐ ชั่งในท่านอน (1) ☐ ชั่งในท่ายืน (0) ☐ ชั่งไม่ได้ (0) ☐ ญาติบอก (0)	น้ำหนัก กก.	น้ำหนัก กก.	น้ำหนัก กก.
2.2 BMI ☐ BMI < 17.0 กก./ ม^2 (2) ☐ BMI 17.0-18.0 กก./ ม^2 (1) ☐ BMI 18.1-29.9 กก./ ม^2 (0) ☐ BMI ≥ 30.0 (1)	BMI กก./ม^2	BMI กก./ม^2	BMI กก./ม^2
หากไม่ทราบน้ำหนัก ใช้ผล Albumin หรือ ผล Total Lymphocyte Count (TLC)			
2.1 ผล Albumin ☐ ≤ 2.5 g/dl (< 25 g/l) (3) ☐ 2.6-2.9 g/dl (26-29 g/l) (2) ☐ 3.0-3.5 g/dl (30-35 g/l) (1) ☐ >3.5 g/dl (35 g/l) (0)	Albumin g/dl	Albumin g/dl	Albumin g/dl
2.2 ผล TLC ☐ ≤ 1,000 cells/mm^3 (3) ☐ 1,001-1,200 cells/mm^3 (2) ☐ 1,201-1,500 cells/mm^3 (1) ☐ >1,500 cells/mm^3 (0) [TLC = (Total WBC X % Lymphocyte)/ 100] อย่างใดอย่างหนึ่ง	TLC cells/mm^3	TLC cells/mm^3	TLC cells/mm^3
3. รูปร่างของผู้ป่วย ☐ ผอมมาก (2) ☐ ผอม (1) ☐ อ้วนมาก (1) ☐ ปกติ-อ้วนปานกลาง (0)			
4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์ ☐ ลดลง/ผอมลง (2) ☐ เพิ่มขึ้น/อ้วนขึ้น (1) ☐ ไม่ทราบ (0) ☐ คงเดิม (0)			
5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา			
5.1 ลักษณะอาหาร ☐ อาหารน้ำๆ (2) ☐ อาหารข้นมากว่าปกติ (1) ☐ อาหารเหลวๆ (2) ☐ อาหารเหมือนปกติ (0)			
5.2 ปริมาณที่กิน ☐ กินน้อยมาก (2) ☐ กินมากขึ้น (0) ☐ กินน้อยลง (1) ☐ กินเท่าปกติ (0)			
6. อาการต่อเนื่อง > 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)			
6.1 ปัญหาทางการเคี้ยว/กลืนอาหาร ☐ ลำบาก (2) ☐ เคี้ยว/กลืนลำบาก/ได้อาหารทางสายยาง (2) ☐ กลืนได้ปกติ (0)			
6.2 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ☐ ท้องเสีย (2) ☐ ปวดท้อง (2) ☐ ปกติ (0)			
6.3 ปัญหาระหว่างกินอาหาร ☐ อาเจียน (2) ☐ คลื่นไส้ (2) ☐ ปกติ (0)			
7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร ☐ นอนติดเตียง (2) ☐ นั่งๆ นอนๆ (0) ☐ ต้องมีผู้ช่วยบ้าง (1) ☐ ปกติ (0)			
8. โรคที่เป็นอยู่ โดยต้องแจ้งให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง) โรคที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (3 คะแนน): ☐ DM (เบาหวาน) (3) ☐ CKD-ESRD (ไตเรื้อรัง) (3) ☐ Septicemia (ติดเชื้อในกระแสเลือด) (3) ☐ Solid cancer (มะเร็งทั่วไป) (3) ☐ Chronic heart failure (หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง) (3) ☐ Hip fracture (ข้อสะโพกหัก) (3) ☐ COPD (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง) (3) ☐ Severe head injury (บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง) (3) ☐ ≥ 2° of burn (แผลไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป) (3) ☐ CLD/Cirrhosis/Hepatic encaph (ตับเรื้อรัง) (3) ☐ อื่นๆ_____ (3) โรคที่มีความรุนแรงมาก (6 คะแนน): ☐ Severe pneumonia (ปอดบวมขั้นรุนแรง) (6) ☐ Critically ill (ผู้ป่วยวิกฤติ) (6) ☐ Multiple fracture (กระดูกหักหลายตำแหน่ง) (6) ☐ Stroke/CVA (อัมพาต) (6) ☐ Malignant hematologic disease/Bone marrow transplant (มะเร็งเม็ดเลือด/ปลูกถ่ายไขกระดูก) (6) ☐ อื่นๆ_____ (6) *หากไม่ตรงโรคที่มี ให้คะแนนตามความหนักเบา			
วันเดือนปี ครั้งที่ 1 คะแนนรวม A B C	วันเดือนปี ครั้งที่ 2 คะแนนรวม A B C	วันเดือนปี ครั้งที่ 3 คะแนนรวม A B C	

0-5 คะแนน (NAF – A : Normal-Mild malnutrition) ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร

6-10 คะแนน (NAF – B : Moderate malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผล

≥ 11 คะแนน (NAF – C : Severe malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผล

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงานและประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อ)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปรผล

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือ ว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า" ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปรผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

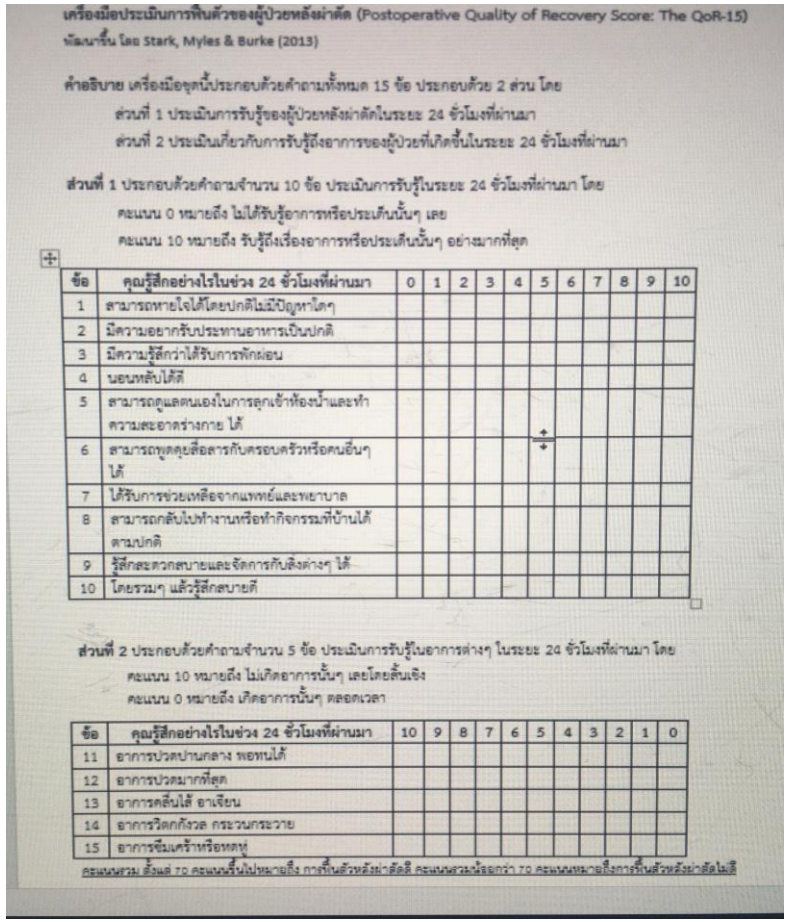
ลำดับคำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1.		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2.		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมารวมวันนี้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4.		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5.		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6.		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7.		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8.	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
		คะแนนรวมทั้งหมด		

คะแนนรวม	การแปรผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
≥ 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ถ้าคะแนน 8Q ≥ 17 ส่งต่อโรงพยาบาลมีจิตแพทย์ด่วน

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงานและประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อ)

- แบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Postoperative Quality of Recovery score, ของ Stark, Myles & Burke: 2013)



เครื่องมือประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Postoperative Quality of Recovery Score: The QoR-15)
พัฒนาขึ้น โดย Stark, Myles & Burke (2013)

คำอธิบาย เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน โดย
ส่วนที่ 1 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา
ส่วนที่ 2 ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ประเมินการรับรู้ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดย
คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้รับรู้อาการหรือประเด็นนั้นๆ เลย
คะแนน 10 หมายถึง รับรู้ถึงเรื่องอาการหรือประเด็นนั้นๆ อย่างมากที่สุด

ข้อ	คุณรู้สึกอย่างไรในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	สามารถหายใจได้โดยปกติไม่มีปัญหาใดๆ											
2	มีความอยากรับประทานอาหารเป็นปกติ											
3	มีความรู้สึกว่าได้รับการพักผ่อน											
4	นอนหลับได้ดี											
5	สามารถดูแลตนเองในการลุกเข้าห้องน้ำและทำความสะอาดร่างกาย ได้											
6	สามารถพูดคุยสื่อสารกับครอบครัวหรือคนอื่นๆ ได้											
7	ได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล											
8	สามารถกลับไปทำงานหรือทำกิจกรรมที่บ้านได้ตามปกติ											
9	รู้สึกสะดวกสบายและจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้											
10	โดยรวมๆ แล้วรู้สึกสบายดี											

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ ประเมินการรับรู้ในอาการต่างๆ ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดย
คะแนน 10 หมายถึง ไม่เกิดอาการนั้นๆ เลยโดยสิ้นเชิง
คะแนน 0 หมายถึง เกิดอาการนั้นๆ ตลอดเวลา

ข้อ	คุณรู้สึกอย่างไรในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
11	อาการปวดปานกลาง พอทนได้											
12	อาการปวดมากที่สุด											
13	อาการคลื่นไส้ อาเจียน											
14	อาการวิตกกังวล กระวนกระวาย											
15	อาการซึมเศร้าหรือหดหู่											

คะแนนรวม: ตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไปหมายถึง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี คะแนนรวมน้อยกว่า 70 คะแนนหมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี

7. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไข

- ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบเร่งด่วน
- กลุ่มผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยสับสนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้
- การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ทำให้ญาติมีการเรียนรู้ในระยะสั้น
- การสับเปลี่ยนผู้ดูแลทำให้การดูแลเรื่องอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลแผลเท้าไม่ต่อเนื่อง

8. ความท้าทายต่อไป

- กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเร่งด่วน/ กลุ่มผู้ป่วยสับสน
- Set ระบบของ Critical Point เช่น การปรึกษาแผนกที่เกี่ยวข้อง ผ่านระบบ CPOE / E-phis
- ปรับสื่อการสอนผู้ป่วยให้เฉพาะเจาะจงในการสอนผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานเป็น QR Code/ นำเข้าสู่ฐานข้อมูลของ รพ./ ปรับรูปแบบการสอนญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเป็น Teleconference
- ขยายผลไปยังทุกหน่วยงานในสาขาการพยาบาลศัลยกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน

9. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และความยั่งยืน

- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงาน
- ได้รับการสนับสนุนจากทีม TU-CDC ทำให้ได้รับความร่วมมือที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ
- การกำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลที่ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

10. เอกสารอ้างอิง

สุภาภรณ์ สังขวัฒน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน 72 ชั่วโมงแรกต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้อุดตัน.* วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Reeve J.& Boden I.(2016).The Physiotherapy Management of Patients undergoing Abdominal Surgery New Zealand. *Journal of Physiotherapy, 44(1)*, 33-49.

ถาม - ตอบ