บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาส่วนราชการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จะต้องพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญของคนให้เพียงพอแก่การปฏิบัติงาน สร้างความมีส่วนร่วมของบุคลากรให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ (อนุชิต สุนสวัสดิกุล, 2547) และยังเป็นการเพิ่มความได้เปรียบในการแข่งขัน เพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและเป็นผู้สร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (สมชาย ไตรรัตนภิรมย์, 2549) วิธีการพัฒนาองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้มีหลากหลายวิธี วิธีการหนึ่งที่เป็นวิธีซึ่งมีการนำมาใช้และได้รับการยอมรับในขณะนี้คือการนำเอาความรู้ฝังลึกหรือความรู้ที่ซ่อนเร้นในตัวบุคคล (tacit knowledge) ออกมาเป็นความรู้ที่ชัดแจ้งหรือความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) ซึ่งเรียกวิธีการนี้ว่าการจัดการความรู้ (knowledge management) โดยเน้นการทำงานใช้งานให้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้ที่เป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรมให้มากยิ่งขึ้นรวมทั้งช่วยสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (สมชาย นำประเสริฐชัย, 2548)

การจัดการความรู้ (Knowledge Management) (Wiig,1977: 13, อ้างใน บุญทิพย์ สิริธรังศรี 2549: 13-8) เป็นการดำเนินการอย่างเป็นระบบในการสร้างความรู้ จัดเก็บ แลกเปลี่ยนและการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล รวมทั้งหมุนเวียนมาเก็บและสร้างไว้เป็นคลังความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการยกระดับความรู้ขององค์กรเพื่อสร้างประโยชน์จากต้นทุนทางปัญญา (intellectual capacity) (วิจารณ์ พานิช, 2546) และเป็นการบริหารจัดการเพื่อให้คนที่ต้องการใช้ความรู้ได้รับความรู้ที่ต้องการใช้ในเวลาที่ต้องการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการทำงาน (สมชาย ไตรรัตนภิรมย์, 2549) ปัจจัยที่ทำให้ความรู้งอกเงยจะต้องมีการเชื่อมโยงเป็นโครงข่ายและมีการให้ความร่วมมือ (ประพนธ์ ผาสุขยืด, 2548) นอกจากนี้การจัดการความรู้ยังเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งแนวทางของการพัฒนาคุณภาพที่สมดุล (คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2547: 3) เป็นสมรรถนะหลัก (core competency) คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้กำหนดให้การจัดการความรู้เป็นมิติในการประเมินการปฏิบัติราชการ(คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548: 1) องค์กรต่างๆ

จึงต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการจัดการความรู้ (knowledge vision) มีการสร้างความรู้ แบ่งปันความรู้ (knowledge sharing) ระหว่างบุคคลในองค์กรและระหว่างองค์กร รวมทั้งมีการสร้างขุมหรือคลังความรู้ (knowledge asset) เพื่อนำมาสร้างนวัตกรรมองค์กรและยกระดับคุณภาพของผลผลิตและการบริการ มีการปรับใช้ความรู้อย่างเหมาะสม อาจบูรณาการเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่หรือการต่อยอดความรู้เดิม ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ใหม่ (บุญทิพย์ สิริธรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ, 2549: 13-20) ซึ่งความรู้ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 เป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล (tacit knowledge) มากกว่าความรู้ที่จับต้องได้ (explicit knowledge) วิจารณ์ พานิช, (2546) การจัดการความรู้มีหลายรูปแบบ อาทิ เช่น ทูน่าโมเดลเป็นรูปแบบการจัดการความรู้ของสถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม โมเดลไข่ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลบ้านตาก เป็นต้น ซึ่งความรู้ในองค์กรส่วนใหญ่แต่ละแบบจะดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการ อยู่ในกิจกรรมหรืองานประจำโดยไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกมีภาระเพิ่ม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2548: 297-8)

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าความรู้ส่วนหนึ่งของนักปฏิบัติเกิดจากประสบการณ์ที่สะสมจากการปฏิบัติ (Carper, อ้างใน อรพรรณ โตสิงห์, 2550) ผู้ที่สั่งสมประสบการณ์มากจนเกิดความชำนาญในสาขาวิชานั้นๆ เรียกว่า "ผู้ชำนาญ (expert)" โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในสาขาวิชาชีพปฏิบัติ (practice discipline) เช่น พยาบาล แนวคิดนี้สรุปว่าความรู้ของบุคคลมีความต่างกันตามระยะเวลาที่บุคคลนั้นๆ มีประสบการณ์ในสาขาวิชา ผู้ที่มีระยะเวลายาวนานในการสั่งสมประสบการณ์น้อยถือว่าเป็นผู้เริ่มเรียนรู้ (novice) ส่วนผู้ที่มีระยะเวลายาวนานในการสะสมประสบการณ์ถือว่าเป็นผู้ชำนาญ (expert) และมีความรู้ลึกในเรื่องนั้น บาร์บารา คาร์เปอร์ (Barbara Carper, 1978 อ้างใน อรพรรณ โตสิงห์, 2550) สรุปว่าความรู้ทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประจักษ์ (Empirical knowledge) วงการพยาบาลนิยมเรียกว่าศาสตร์ทางการพยาบาล (scientific of nursing) 2) ความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ (Aesthetic knowledge) นิยมเรียกว่าศิลปะทางการพยาบาล (art of nursing) 3) ความรู้ที่เป็นหลักจริยธรรมหรือจรรยาบรรณ (Ethical knowledge) มีผลต่อวิธีการตัดสินใจและให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของพยาบาล และ 4) ความรู้ที่เกิดภายในตนเอง (Personal knowledge) ความรู้ส่วนนี้จะทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเอง มีความเข้าใจผู้อื่น (Chinn & Kramer, 1999 อ้างใน อรพรรณ โตสิงห์, 2550)

การจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ (Nonaka & Takeuchi, 2004: 54-66) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ทั้งทางด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุขในการสร้างองค์ความรู้ด้วยการขยายผลจากความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลและความรู้ที่เปิดเผย (knowledge conversion process model) ซึ่งเป็นความรู้ที่บุคคลสั่งสมจากประสบการณ์

ตามที่คาร์เปอร์กล่าว โดยมีวงจรแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเกลียวความรู้ที่เรียกว่าเซกิ (SECI Model) ประกอบด้วย *1) Socialization* เป็นการแบ่งปันและสร้างความรู้จาก tacit knowledge ไปสู่ tacit knowledge *2) Externalization* เป็นการสร้างความรู้จากการแปลง tacit knowledge ไปสู่ explicit knowledge *3) Combination* เป็นการสร้างความรู้จาก explicit knowledge ไปสู่ explicit knowledge และ *4) Internalization* การสร้างความรู้จาก explicit knowledge ไปสู่ tacit knowledge มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเกลียวความรู้(knowledge spiral) การใช้ความรู้ทั้ง tacit knowledge และ explicit knowledge จะมีการแปรเปลี่ยน ถ่ายทอดไปตามกลไกต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดความรู้ การผสานความรู้ และการซึมซับความรู้ (ประพนธ์ ผาสุขยืด 2548) โดยกลุ่มคนที่สนใจเรื่องเดียวกันรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันจนเกิดเป็นชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices; CoPs) ด้วยเหตุนี้กระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิจึงเป็นรูปแบบหนึ่งในการจัดการความรู้ที่ดึงเอา tacit knowledge จากผู้ที่มีความรู้และผู้มีประสบการณ์ตรงออกมาได้ดีที่สุดซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานต่าง ๆ ได้ ดังมีผู้นำมาใช้ในวงการสาธารณสุข เช่น การจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการความรู้ในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขั้นตอนการปฏิบัติจึงเป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากการพัฒนาโดยผู้ปฏิบัติซึ่งเชื่อว่าน่าจะพัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตามที่ต้องการได้เหมาะสม

การช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced cardiac life support) ได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการนำไปใช้กับผู้ป่วย แนวปฏิบัติดังกล่าวฉบับนานาชาติ (International guideline for CPR) ได้มีการพัฒนาถึงฉบับที่ 5 ในปี พ.ศ.2548 โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการกดนวดหัวใจ (compression) และมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการช่วยหายใจ การใช้ยาในการกู้ชีพ การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillation) เป็นต้น เทคนิคดังกล่าวนอกจากการเรียนรู้จาก explicit knowledge แล้ว ประสบการณ์การปฏิบัติจากการช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เป็น tacit knowledge ของแต่ละบุคคลที่สำคัญ ประเทศไทยได้มีผู้นำมาสรุปเพื่อปรับใช้ในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ดังเช่น แนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตฉบับนานาชาติ ค.ศ.2005 (ทนันชัย บุญบูรพงศ์, 2550 โสภณ สงวนวงษ์, 2550 สุวรรณี สุรเศรณีวงศ์, 2550)

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้มีการกำหนดให้การช่วยชีวิตขั้นสูงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ โดยได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงเพื่อให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติทั้งในเรื่องของทีมและแผนปฏิบัติการ ผลการปรับปรุงแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (โรงพยาบาลมหาราช

นครศรีธรรมราช ปี 2000) พบว่าความคล่องตัวของการปฏิบัติทั้งในการปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงและการทดสอบทีมปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงในสถานการณ์จำลองยังมีส่วนที่ต้องพัฒนา ปี พ.ศ. 2548 ได้มีการพัฒนาทีมช่วยชีวิตโดยการปรับอัตรากำลังพยาบาลในการเข้าทีมทำให้ทีมมีความคล่องตัวมากขึ้น การปฏิบัติช่วยชีวิตขั้นสูงโดยอาศัยความรู้ความชำนาญจากการเป็นผู้ปฏิบัติในทีมช่วยชีวิต ตลอดจนความเชี่ยวชาญจากการเป็นวิทยากรในการสอนการช่วยชีวิตขั้นสูง ทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญในการเป็นผู้ปฏิบัติและผู้ถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในการช่วยชีวิตขั้นสูง นอกจากนี้หน่วยงานเห็นความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการช่วยชีวิตขั้นสูง โดยพยาบาลประจำการในหน่วยงานจะต้องสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการปฏิบัติและด้านการจัดเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จึงให้ความสำคัญในการพัฒนาบทบาทดังกล่าวของบุคลากรในทีมพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมของทีม มีการพัฒนาแนวปฏิบัติ พัฒนาทีม แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีการพัฒนาเป็นส่วนๆ ยังไม่ได้ดำเนินการให้เป็นรูปแบบอย่างสมบูรณ์ชัดเจนที่จะทำให้การช่วยชีวิตขั้นสูงมีประสิทธิภาพชัดขึ้น ประสบการณ์การปฏิบัติจนฝังลึกเป็น tacit knowledgeในบุคลากรผู้ปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ร่วมทีมซึ่งมีประสบการณ์ร่วมกันในการช่วยชีวิตโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมและดึงแนวปฏิบัติที่ดีของแต่ละบุคคลออกมาใช้อย่างเหมาะสม น่าจะนำมาซึ่งคุณภาพการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice)

ด้วยความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูง โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการภายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารหน่วยงานและบุคลากรในทีมช่วยชีวิตเห็นความสำคัญและความจำเป็นของกระบวนการจัดการความรู้ด้วยวิธีดังกล่าว โดยการวิเคราะห์สภาพการณ์และทบทวนแนวปฏิบัติรูปแบบเดิมทั้งด้านการปฏิบัติและการจัดการทีมที่มีอยู่ การพัฒนารูปแบบใหม่โดยการให้ผู้มีประสบการณ์ตรงสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำผลที่ได้มาประกอบการพัฒนารูปแบบ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิมามีส่วนร่วม เชื่อว่าจะได้ผลที่ต้องการและน่าจะช่วยให้ได้รูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 พัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

2.2 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูง ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิที่พัฒนาขึ้น

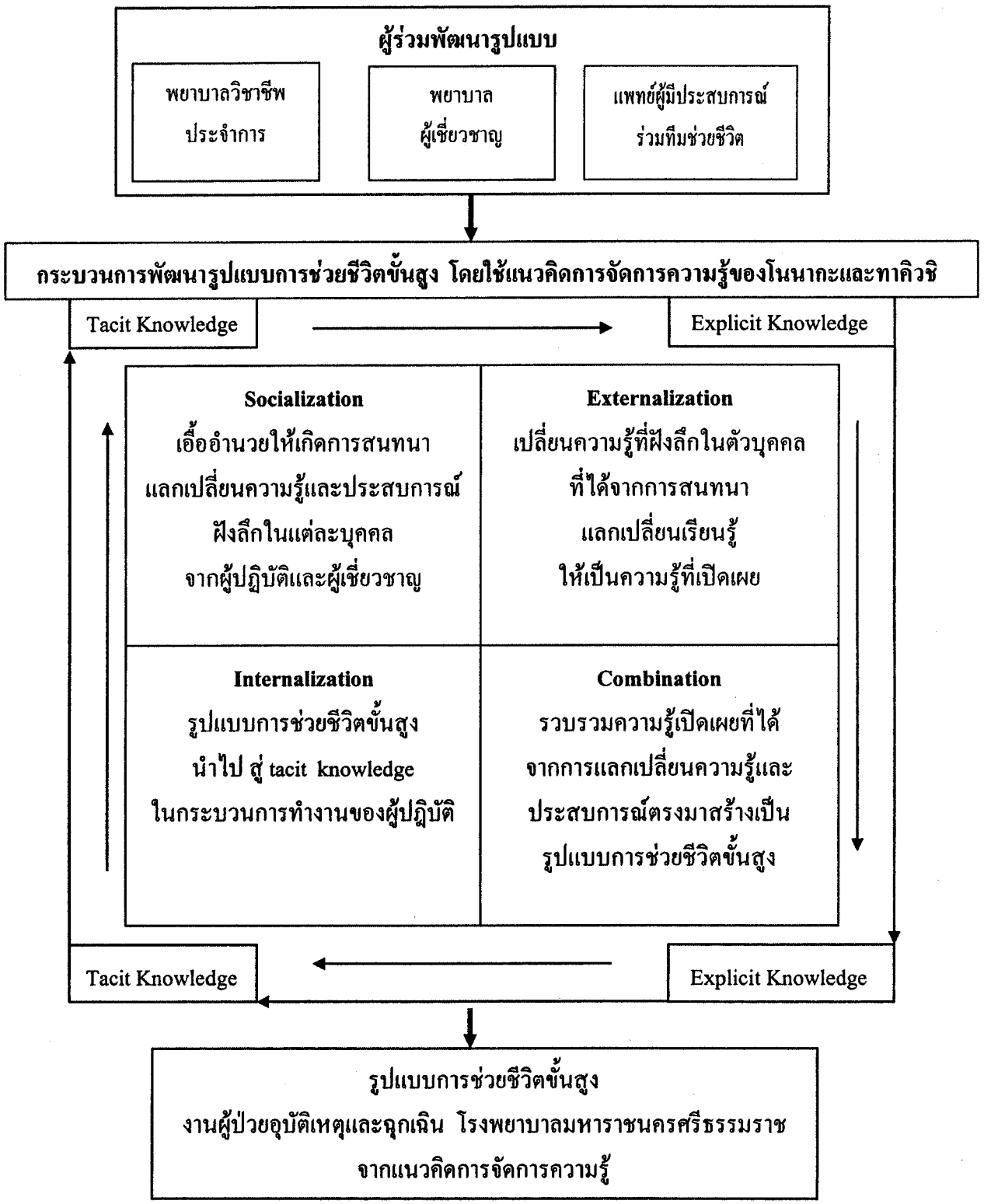
3. คำถามการวิจัย

3.1 รูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงจากแนวคิดการจัดการความรู้ มีลักษณะอย่างไร

3.2 รูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงจากแนวคิดการจัดการความรู้ มีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยกระบวนการจัดการความรู้ตาม SECI Model ของโนนากะและทาคิวชิ ประกอบด้วย รูปแบบการสร้างความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น โดยพัฒนาวงจรของ tacit knowledge และ explicit knowledge ใน 4 ขั้นตอน (four modes of knowledge conversion) ของโนนากะและทาคิวชิ (Nonaka &Takeuchi, 2004) แสดงตามกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทำการศึกษาจากผู้มีประสบการณ์ร่วมในทีมช่วยชีวิตขั้นสูงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทั้งในทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ผู้มีประสบการณ์ร่วมในทีมช่วยชีวิตขั้นสูงตามแนวคิดของกระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management) ตามแบบ SECI Model ของโนนากะและทาคิวชิ ประกอบด้วย กระบวนการ Socialization, Externalization, Combination และ Internalization (knowledge conversion process model)

6. ข้อจำกัดในการวิจัย

การนำรูปแบบไปใช้เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบ (Research and development) เฉพาะใน phase แรกคือการวิเคราะห์สภาพการณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงและนำผลมาประกอบการพัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงโดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ โดยยังไม่ได้ประเมินผลการปฏิบัติจากรูปแบบที่ได้นำไปใช้ในสถานการณ์จริง แต่ได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 การพัฒนารูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูง โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ หมายถึง การพัฒนาแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตขั้นสูง ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ให้มีความชัดเจนและเหมาะสมในการนำไปใช้ ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมและนำผลมาประกอบการพัฒนาเป็นรูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้นจากทีมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และผู้เชี่ยวชาญ

7.2 การจัดการความรู้ หมายถึง การใช้กระบวนการสนทนากลุ่มด้วยวิธีสุนทรียสนทนา (dialogue) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการดึงเอา tacit knowledge จากผู้มีประสบการณ์ตรง และผู้เชี่ยวชาญออกมาเป็น explicit knowledge และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบ

7.3 จัดการความรู้ตามแบบของโนนากะและทาคิวชิ หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ตาม SECI model คือ Socialization, Externalization, Combination และ Internalization คือ

7.3.1 Socialization ขั้นตอนการเอื้ออำนวยให้เกิดการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการบอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติของแต่ละบุคคลในการช่วยชีวิตขั้นสูง ระหว่างพยาบาลในหน่วยงานด้วยกัน พยาบาลในหน่วยงานร่วมกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลในหน่วยงานร่วมกับแพทย์ผู้มีประสบการณ์ร่วมทีมช่วยชีวิต อยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน บรรยากาศเป็นกันเอง

7.3.2 Externalization ขั้นตอนการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกในตัวบุคคลของผู้ร่วมสนทนาออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย โดยใช้การบันทึกลายลักษณ์อักษร (codified knowledge) หรือบันทึกความรู้จากการสนทนา ใช้การบันทึกเทปเสียงและการบันทึกภาพ การถอดเทปการสนทนารวบรวมเป็นหมวดหมู่ของประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร

7.3.3 Combination ขั้นตอนการรวบรวมประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการช่วยชีวิตขั้นสูงจากผู้ร่วมสนทนาผนวกกับความรู้ทางทฤษฎีเข้าด้วยกันเป็นความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยงาน

7.3.4 Internalization ขั้นตอนการนำความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือนวัตกรรม ใหม่ในการพัฒนาเป็นรูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยงาน นำไปสู่ tacit knowledgeในกระบวนการทำงานของผู้ปฏิบัติ

7.4 การช่วยชีวิตขั้นสูง หมายถึง กระบวนการปฏิบัติในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยอิงตามแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตฉบับนานาชาติ ค.ศ. 2005 (International Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation, 2005) โดยการให้ความสำคัญของการกดนวดหัวใจ ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติในการกดนวดหัวใจ การช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุกหัวใจ และการใช้ยาในการช่วยชีวิตขั้นสูง

7.5 รูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูง หมายถึง องค์ประกอบการช่วยชีวิตขั้นสูงที่พัฒนาเป็นรูปแบบตามกระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 4 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านทีมช่วยชีวิต การใช้แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิต การจัดเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และเวชภัณฑ์ช่วยชีวิต และปัจจัยเอื้อกระบวนการปฏิบัติช่วยชีวิต (Facilitating Factors)

7.6 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลประจำการผู้ร่วมปฏิบัติในทีมช่วยชีวิตขั้นสูงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มากกว่า 5 ปี รับผิดชอบการเป็นหัวหน้าทีมช่วยชีวิตและการสอนการปฏิบัติช่วยชีวิตขั้นสูง และมีความพร้อมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

7.7 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งหัวหน้างานและหัวหน้าตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีประสบการณ์ร่วมทีมช่วยชีวิตขั้นสูงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มากกว่า 5 ปี

7.8 แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง แพทย์ผู้มีประสบการณ์ร่วมทีมช่วยชีวิตขั้นสูงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มากกว่า 5 ปี มีความพร้อมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การช่วยชีวิต

7.9 การสนทนา หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การช่วยชีวิตขั้นสูงในกลุ่มผู้สนทนาด้วยวิธีสุนทรียสนทนา (dialogue) โดยการพูดคุยอย่างสร้างสรรค์จากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล

7.10 ความรู้เดิม หมายถึง ความรู้ที่ผู้ปฏิบัติช่วยชีวิตขั้นสูงได้ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตขั้นสูงก่อนมีการพัฒนารูปแบบ

7.11 ความรู้ใหม่ หมายถึง ความรู้ในเชิงปฏิบัติที่เกิดจากการปฏิบัติ (best practice) อาจเกิดจากการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคลจากการสั่งสมประสบการณ์หรือความรู้จากการร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยงานได้

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้รูปแบบการช่วยชีวิตขั้นสูงที่ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการช่วยชีวิตขั้นสูงของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

8.2 พัฒนาการช่วยชีวิตขั้นสูงให้ได้มาตรฐานหากได้มีการนำไปใช้ และส่งผลให้บริการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถขยายรูปแบบสู่หน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

8.3 ผู้สนใจสามารถนำแนวทางในการพัฒนารูปแบบไปประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบอื่นๆ ที่ต้องการศึกษา