

บรรณาธิการบริหาร  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล  
ดร.หรรษา เทียนทอง

บรรณาธิการ  
นางสาวนิตดา โชคบุญยสิทธิ์

กองบรรณาธิการ  
นางสาวอรพินท์ โปธาเจริญ  
นางอารีย์ กุณณะ  
นางประไพพันธ์ วงศ์เครือ  
นางสาวพัชรี จันท์อินทร์  
นางสาวเอื้องทิพย์ คำปัน  
นางนงลักษณ์ อินตา  
นายขรรค์ชัย เกตุสอน  
นายสำราญ พุ่มวีระ  
นางณัฏวีร์ ไหวศรี  
นางธิดา เดโชสว่าง

ฝ่ายรูปเล่ม  
นางสาวสุรีย์ ศิริสุภา

ฝ่ายธุรการ  
นางสาวณิชนันท์ เมืองคำ

ปก  
นางธิดา เดโชสว่าง

ภาพปก  
นายวีรพงษ์ ธนวงศ์อุดม



## วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม -มิถุนายน 2559

ISSN 0899 - 2993

### บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลสวนดอก ได้ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องเป็นปีที่ 22 แล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานของบุคลากรทางการพยาบาล ทั้งด้านงานวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นปัญหาหน้างาน นวัตกรรมทางการพยาบาลที่เน้นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งสาระอื่น ๆ

สำหรับฉบับนี้มีผลงานวิจัยที่น่าสนใจมานำเสนอ อาทิ เรื่องเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาการทำควมสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล ซึ่งการล้างมือเป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ดีที่สุด โปรแกรมพัฒนาการทำควมสะอาดมือได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักในการล้างมือมากยิ่งขึ้น เรื่องต่อไปเป็นเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการและวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก สำหรับผลงานด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล ได้นำเสนอ 3 เรื่องคือ กล้องเก็บเลือดของหอผู้ป่วยสังเกตอาการ การใช้แท่งประคบเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยกระดูกงอกหัก และที่นอนเจล นอกจากนี้ยังคอลัมน์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง เรียนรู้จากผู้ป่วย สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจอร์ับภาพหลุดที่เข้ารับการผ่าตัดใส่แก๊ส ซึ่งได้มีการพัฒนานวัตกรรมการดูแลตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน อีก 1 เรื่อง เป็นเรื่องของงานพยาบาลคัลยศาสตร์ ที่บอกเล่าเรื่องของชุมชนนักปฏิบัติ Cop supply surg ปิดท้ายด้วยเรื่องราวดี ๆ บุคคลเด่นวันนี้ และคนเด่น GenY ของฝ่ายการพยาบาล

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาต่าง ๆ จะเกิดประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่าน ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือนำไปต่อยอดเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

บรรณาธิการ

เจ้าของ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
พิมพ์ที่ : หน่วยสนับสนุนวิชาการ งานบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



---

## สารบัญ

---

|  |    |
|--|----|
| วิจัย : ผลของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล  | 1  |
| เจนจิรา สมโน, ลดาวัลย์ เกาธรรม, จุไรรัตน์ นันทาภิวัฒน์, ชยุต ใหม่เขียว และ<br>ผศ.ดร.เดชา ทำดี                                |    |
| วิจัย : ประสพการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก<br>ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยรังสีรักษา | 13 |
| อัมภวรรณ ใจเปี้ย   |    |
| KM : ชุมชนนักปฏิบัติ CoP supply surg   | 21 |
| นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และคณะ   |    |
| KM: เรียนรู้จากผู้ป่วย สร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ   | 27 |
| สุรภี แสนสมบัติ  |    |
| นวัตกรรม การใช้แท่งประคบเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยกระดูกงูหัก   | 31 |
| วรัญญา มุรินทร์ และคณะ   |    |
| นวัตกรรม กล้องเก็บเลือด หอผู้ป่วยสังเกตอาการ   | 35 |
| กัลยกร มะหิงษา และ นัทธมน วงศ์แพทย์  |    |
| นวัตกรรม ที่นอนเจล   | 39 |
| เอมมิภา ทองนอก และคณะ  |    |
| บุคคลต้นวันนี้ งานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง   | 43 |
| พัชรินทร์ เนตรสว่าง  |    |
| บนเส้นทาง >>>> พยาบาลยุคใหม่ หัวใจ Y   | 47 |
| งานพยาบาลพิเศษทั่วไป “หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9”   |    |
| รัตติยาภรณ์ เมฆมณฑิธร  |    |

**\*\* คนสวนดอก**

ค = คุณภาพเด่น

น = เน้นนวัตกรรม

ส = สร้างสรรค์สามัคคี

ว = วจีจับใจ

น = น้ำใจมากล้น

ด = ดำรงตนเป็นตัวอย่าง

อ = องค์การแห่งการเรียนรู้

ก = กตัญญูคู่คุณธรรม

# ผลของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วย พิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เจนจิรา สมโน\* ลดาวัลย์ เกาธรรม\*  
จุไรรัตน์ นันทาภิวัฒน์\* ชยุต ใหม่เขียว\*  
และ ผศ.ดร.เดชา ทำดี\*\*

## บทคัดย่อ

การทำความสะอาดมือที่ถูกต้องของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ผลของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัตถุประสงค์และหลังการดำเนินการวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เจ้าหน้าที่บุคลากรหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ระหว่างที่ดำเนินการทำวิจัยจำนวน 16 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้การทำความสะอาดมือ แบบบันทึกการสังเกตการทำความสะอาดมือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ แนวทางการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือ ก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 9.95 (SD.=1.56) ซึ่งน้อยกว่าหลังการให้โปรแกรมฯ ซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 12.19 (SD.=1.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) การทำความสะอาดมือก่อนการให้โปรแกรมฯ พบว่าไม่ปฏิบัติตามร้อยละ 74.0 ทำแต่ทำไม่ถูกต้องร้อยละ 15.1 และทำถูกต้องเพียงร้อยละ 11.2 และหลังการให้โปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติตามร้อยละ 16.5 ทำแต่ทำไม่ถูกต้องร้อยละ 29.6 และทำถูกต้องร้อยละ 53.7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการแก้ไขในการทำความสะอาดมือและกิจกรรมการพัฒนานั้น

พบว่าปัญหาและแนวทางการแก้ไขดังนี้ 1) การขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ซึ่งควรแก้ไขด้วยการอบรม ทดสอบการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องด้วย black light และสร้างแรงจูงใจโดยให้รางวัลบุคคลตัวอย่าง 2) ปัญหาความเร่งรีบ / ภาระงานมาก ควรแก้ไขด้วยการสร้างเสริมการใช้ alcohol hand rub 3) ปัญหาอ่างล้างมืออยู่ไกล ควรแก้ไขด้วยการเพิ่มขวดใส่ alcohol hand rub ทุกหน้าห้องผู้ป่วยตรวจเช็คความพร้อมใช้ทุกเวรเช้า และบริเวณจัดเตรียมยาและอุปกรณ์ให้น้ำเกลือและบริเวณตู้เก็บของ sterile และ 4) ปัญหาจากการลืมของกลุ่มตัวอย่าง ควรแก้ไขด้วยการใช้วิธีเตือน พี่เตือนน้อง เพื่อนเตือนเพื่อน ให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล และภาพรวม และ pre-conference ตอนเข้าบ่อยๆ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับของผลการกระตุ้นในแต่ละกิจกรรมการพัฒนาของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ มีความเห็นว่ากิจกรรมการอบรมมีผลกระตุ้นการทำความสะอาดมือระดับมากที่สุดร้อยละ 62.5 การจัดเพิ่มขวดใส่แอลกอฮอล์มีผลกระตุ้นการทำความสะอาดมือระดับมาก ร้อยละ 81.25 การติดโปสเตอร์เตือนมีผลกระตุ้นการทำความสะอาดมือระดับปานกลางร้อยละ 68.75การให้ข้อมูลย้อนกลับมีผลกระตุ้นการทำความสะอาดมือระดับมากที่สุดร้อยละ 43.75และการให้รางวัลมีผลกระตุ้นการทำความสะอาดมือระดับมากที่สุดร้อยละ 37.50 ดังนั้นโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือช่วยให้บุคลากรทำความสะอาดมือมากขึ้นจึงควรส่งเสริมให้ใช้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

\* หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 งานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่นับวันจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เช่น การผ่าตัด การรักษาที่มีผลลดภูมิคุ้มกันโรค และการรักษาที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายผู้ป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเข้าร่างกายมากขึ้น การสำรวจจากโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยจำนวน 42 แห่ง ในปี พ.ศ. 2544 พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 6.4 โดยพบสูงสุดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 7.5) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ (Danchai-vijitr, 2002) การติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ โดยทำให้เพิ่มอัตราการตายและอัตราเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการวินิจฉัยและค่ายาในการรักษามากขึ้น การศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล 42 แห่งในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลเสียชีวิตร้อยละ 9.7 โดยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตโดยตรงร้อยละ 6 ดังนั้นประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลประมาณปีละ 1,560 ล้านบาทและมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล 18,408 ราย (สมหวัง ด่านชัยวิจิตรและอรธรร นานา, 2544) นอกจากนี้การติดเชื้อในโรงพยาบาลยังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรวมทั้งบุคลากรอาจติดเชื้อจากผู้ป่วย ดังนั้นการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

การแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปยังผู้ป่วยอีกรายหนึ่งผ่านทางมือของบุคลากร เป็นกลไกการแพร่เชื้อที่พบได้มากที่สุด เนื่องจากแหล่งของเชื้อโรคที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญคือผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อและแหล่งเชื้อโรค

จากสิ่งแวดล้อมเช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ดังนั้นการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญคือ การทำความสะอาดมือ เนื่องจากการทำความสะอาดมือของบุคลากรที่ถูกต้องทำให้อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง (Boyce & Pittet, 2002) แนวทางการทำความสะอาดมือจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) Guidelines on Hand Hygiene in Health Care และ WHO ได้มีข้อบ่งชี้การทำมือของบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีต่างๆ ดังนี้ 1) เมื่อมือเปื้อนสิ่งสกปรก เลือด หรือสารคัดหลั่ง 2) ก่อนการใส่ถุงมือเพื่อทำหัตถการที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายผู้ป่วย 3) ก่อนและหลังการสัมผัสตัวผู้ป่วย 4) ก่อนและหลังการทำแผล 5) เมื่อมือเปื้อนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง หลังสัมผัสผิวหนังที่มีแผล สิ่งขับถ่ายจากบริเวณที่ติดเชื้อของผู้ป่วย 6) หลังสัมผัสอุปกรณ์ที่มีการปนเปื้อนเลือด สิ่งคัดหลั่ง หรือสิ่งขับถ่ายจากบริเวณที่ติดเชื้อผู้ป่วย 7) เมื่อเปลี่ยนจากการทำกิจกรรมที่สกปรกไปทำกิจกรรมที่สะอาด และ 8) หลังถอดถุงมือ (World Health Organization, 2007) การส่งเสริมการทำความสะอาดมือเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่ต้องมีหลายวิธีการดังเช่นการวิจัยของวิลาวุธ พิเชียรเสถียรและสมหวัง ด่านชัยวิจิตร (2547) ศึกษาผลกิจกรรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้ การติดโปสเตอร์เตือน การเพิ่มขวดใส่แอลกอฮอล์ในการทำมือ การให้รางวัลและการให้ข้อมูลย้อนกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของมาลินี วัฒนากุล (2551) ศึกษาประสิทธิภาพของการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นเช่นกัน

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตภาคเหนือ และหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัยและทุกโรค ซึ่งมีการรักษาหลากหลายรวมถึงการผ่าตัดต่าง ๆ ที่ซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อ เฉลี่ย 0.93 ต่อผู้ป่วยจำหน่าย 100 วันนอน และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดมือของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีการทำความสะอาดมือก่อนทำกิจกรรมแต่ละปีเฉลี่ย ร้อยละ 78.81, 87.48, 72.27, 80.16 และ 64.4 ตามลำดับ และจากผลการวิจัยถึงพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 ของสุทธลักษณ์ อาษาไวยกุล (2555) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับหลักการล้างมืออยู่ในระดับระดับสูงเท่ากับร้อยละ 13.33 ปานกลางเท่ากับร้อยละ 60 และระดับต่ำเท่ากับร้อยละ 26.67 มีทัศนคติในระดับดีมากร้อยละ 66.67 ระดับดีร้อยละ 20 และระดับปานกลาง ร้อยละ 13.33 มีพฤติกรรมกรรมการล้างมือก่อนทำกิจกรรมใช้น้ำยาเหมาะสมกับหัตถการถูกต้องร้อยละ 100 ฟอกขัณฑ์มือให้ทั่วทุกด้าน ทำถูกต้องครบขั้นตอนร้อยละ 25 เวลาที่ใช้ในการฟอกมือทำถูกต้องร้อยละ 6.67 ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือ จึงได้จัดทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อเพิ่มความรู้และการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อ ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการทำ ความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำ ความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไขในการทำ ความสะอาดมือและกิจกรรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือในพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## ขอบเขตการวิจัย

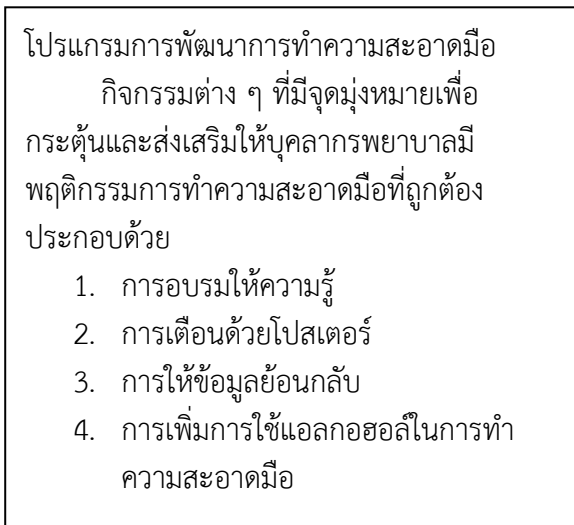
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2557

## นิยามศัพท์

**โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องตามที่กำหนดทั้งปริมาณและคุณภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การเตือนด้วยโปสเตอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับและการเพิ่มการใช้แอลกอฮอล์ในการทำ ความสะอาดมือ

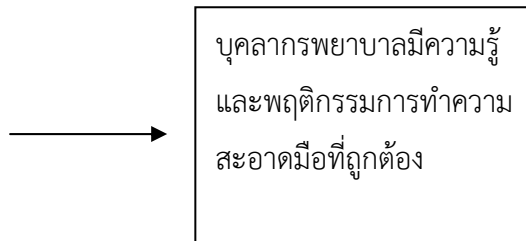
**บุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่** หมายถึง พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



1.1 โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีพฤติกรรมการทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง ประกอบด้วยการอบรม

- 1) ให้ความรู้การเตือนด้วยโปสเตอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเพิ่มการใช้แอลกอฮอล์ในการทำความสะอาดมือ



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งการทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาในกลุ่มเดียว ก่อนและหลัง (one group pre-post test design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ระหว่างที่ดำเนินการทำ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองของวิลาวัลย์ พิเชียรเสถียรและสมหวัง ด้านชัยวิจิตร (2547) ประกอบด้วย

- 2) สาดิตและสาดิตย้อนกลับการทำความสะอาดมือและการใช้เครื่อง black light เพื่อทดสอบ

1.2 แนวทางการพิจารณาการทำความสะอาดมือ ใช้แนวทางของ Hand Hygiene Guideline ของ WHO ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งกำหนดข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือดังนี้

- เมื่อมือเปื้อนสิ่งสกปรกหรือเลือดและสารคัดหลั่ง
- ก่อนการใส่ถุงมือเพื่อทำหัตถการที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายผู้ป่วย
- ก่อนและหลังการสัมผัสตัวผู้ป่วย
- ก่อนและหลังทำแผล
- เมื่อมือเปื้อนเลือด สิ่งคัดหลั่ง ผิวน้ำที่มีรอยแยก สิ่งขับถ่าย เยื่อเมือกและผ้าปิดแผล
- หลังสัมผัสอุปกรณ์ที่มีการปนเปื้อนเลือด สิ่งคัดหลั่ง สิ่งขับถ่ายหรือสิ่งขับหลังของผู้ป่วย



- เมื่อเปลี่ยนจากการทำกิจกรรมที่สกปรกไปกิจกรรมที่สะอาด

- หลังถอดถุงมือ

วิธีทำความสะอาดมือแบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่

1. การล้างด้วยน้ำกับสบู่ (normal hand washing) ใช้ในการทำมือสะอาดมือทั่วไปได้แก่ ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ก่อนทำแผล หลังถอดถุงมือ โดยใช้น้ำกับสบู่ธรรมดาฟอกทั้งมือ ทั้งนิ้วมือ ง่ามมือและซอกเล็บ อย่างน้อย 15 นาที

2. ล้างมือด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือสบู่ที่ผสมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (hygienic hand washing) เช่น 7.5% povidone iodine, 4% chlorehexidine gluconate เป็นต้น ใช้ในการทำมือสะอาดมือในกรณีหลังทำกิจกรรมที่มือสกปรก หรือก่อนทำหัตถการ หรือกิจกรรมที่ต้องทำความสะอาดปราศจากเชื้อ

3. การถูด้วยแอลกอฮอล์ (alcohol-based hand rub) ใช้ในการทำมือสะอาดมือในกรณีมือไม่เปื้อนสิ่งสกปรก เลือดหรือสารคัดหลั่งอย่างเห็นได้ชัด ใช้แอลกอฮอล์ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ใส่ฝ่ามือและถูมือให้ทั่วฝ่ามือ หลังมือ นิ้วมือ จนกระทั่งแอลกอฮอล์ระเหยจนแห้ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 วินาที

1.3 แนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยหัวข้อหลัก หัวข้อย่อยและคำถามเจาะลึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ปัญหา และการแก้ไขปัญหาในการทำมือสะอาดมือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของ วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียรและสมหวัง ด้านชัยวิจิตร (2547) ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 การเคยเข้ารับการอบรม/ ประชุม/ สัมมนา เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการทำความสะอาดมือ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

2.2 แบบบันทึกการสังเกตการณ์ทำความสะอาดมือ เป็นแบบตรวจสอบรายการประกอบด้วย วันและเวลาที่บันทึกข้อมูล ประเภทของบุคลากร ประเภทของกิจกรรมที่ทำ ชนิดของการทำความสะอาดมือ และการปฏิบัติการทำความสะอาดมือ โดยระบุ A กรณีที่ทำมือสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ และ HA กรณีที่ทำมือสะอาดด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ ร่วมกับการทำเครื่องหมาย/ กรณีที่ทำมือสะอาดมือถูกต้อง คือ ทั่วมือและระยะเวลาตามที่กำหนด ทำเครื่องหมาย x กรณีที่ไม่ทำความสะอาดมือ และ NA กรณีที่ทำมือสะอาดแต่ไม่ถูกต้อง คือไม่ทั่วมือและระยะเวลาไม่นานพอ

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการทำความสะอาดมือประกอบด้วยคำถามในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้นในการพัฒนาการทำความสะอาดมือ การดำเนินการพัฒนาต่อไป และการใช้แอลกอฮอล์ในการทำมือสะอาด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

2.4 แบบวัดความรู้การทำมือสะอาดมือของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนมือ การแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านมือของบุคลากรสุขภาพ ข้อบ่งชี้ในการทำมือสะอาดมือและวิธีการทำความสะอาดมือ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว จำนวน 15 ข้อ ให้ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด

#### การควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยของ วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียรและสมหวัง ด้านชัยวิจิตร (2547) ซึ่งผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และแบบวัดความรู้การทำมือสะอาดผ่านการหาความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.7 ผู้วิจัยได้อบรมพยาบาลที่เป็นผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ให้เก็บข้อมูลการสังเกต โดยอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการ

สังเกต การใช้แบบสังเกตและการสุ่มการสังเกต ใช้เวลาอบรม 3 ชั่วโมง ให้ผู้สังเกตมีความคุ้นเคยกับแบบบันทึก ลักษณะของเหตุการณ์ที่สังเกต เทคนิคการสังเกตและการสุ่มสังเกต แล้วทำการสังเกตพร้อมกับผู้วิจัยในการทำความสะอาดมือของบุคลากรจำนวน 10 กิจกรรม ประเมินให้มีความตรงกัน (interrator agreement) เท่ากับ 1

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานและการประเมินผลงานใด ๆ ทั้งสิ้น โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผ่านกรรมการจริยธรรมคณะแพทย์

### วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ใช้เวลา 1 เดือน เริ่ม 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของบุคลากรพยาบาล โดยผู้วิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแก่บุคลากรพยาบาลด้วยตนเอง

2. สังเกตการณ์ปฏิบัติการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสังเกตการณ์ทำความสะอาดมือทั้งจำนวนครั้ง ระยะเวลาและขั้นตอน การสังเกตทำโดยผู้สังเกต 3 คน ที่ผ่านการอบรมแล้ว ทำการสังเกตการณ์ปฏิบัติการทำความสะอาดมือทั้งเวลาเข้า บ่ายและดึก ใช้วิธีการการสุ่มเหตุการณ์โดยการสุ่มอย่างง่าย ดังนั้นบุคลากรพยาบาลคนหนึ่งอาจถูกสังเกตซ้ำได้หลายครั้ง ทุกครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับบุคลากรพยาบาลเพื่อรวบรวมความคิดเห็นต่อการทำความ

สะอาดมือ ปัญหา อุปสรรคและวิธีการแก้ไขในการทำความสะอาดมือ การสนทนาทำในสัปดาห์แรกเมื่อสิ้นสุดการสังเกต โดยจัดให้มีบุคลากรพยาบาลเข้าร่วมกลุ่มสนทนากลุ่มละ 10-12 คน รวมทำกลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จดบันทึกข้อมูล ใช้เวลาสนทนาประมาณ 1 ชั่วโมง

### ระยะที่ 2

การดำเนินการโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลใช้เวลา 5 เดือน คือเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

1. การอบรมเรื่องการทำความสะอาดมือ ผู้วิจัยเป็นผู้จัดการอบรมบุคลากรพยาบาลทุกคน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10-12 คน พร้อมทั้งนำเสนอผลการสังเกตการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลที่ได้ในข้อมูลพื้นฐาน

2. การติดโปสเตอร์เตือน เป็นการนำเสนอถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือ การจัดบอร์ดนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทำความสะอาดมือโดยภาพรวมและเอกสารความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ

3. การจัดเพิ่มขวดแอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ โดยใส่แบบกด วางไว้หน้าห้องผู้ป่วยบริเวณที่ทำงานของบุคลากร และเพิ่มอุปกรณ์การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อให้มีใช้อย่างเพียงพอ

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับ ระหว่างดำเนินการพัฒนาการทำความสะอาดมือ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเรื่องการทำความสะอาดมือแก่บุคลากรพยาบาลโดยภาพรวมและเป็นรายบุคคลแก่บุคลากรพยาบาลเป็นประจำทุกสิ้นเดือนเพื่อให้เกิดผลกระทุนการปฏิบัติอย่างยั่งยืน

**ระยะที่ 3** การประเมินผล ใช้เวลา 4 เดือน คือเดือน มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง เมษายน พ.ศ. 2557

เมื่อดำเนินการโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือในระยะที่ 2 ไปได้ 5 เดือน ผู้วิจัยทำการประเมินผลโดย การเก็บข้อมูลการสังเกตการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลโดยใช้วิธีการ

เดียวกับที่เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและให้ข้อมูลย้อนกลับด้วย และรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการทำความสะอาดมือโดยการแจกแบบสอบถามแก่บุคลากรพยาบาลทุกคน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและความคิดเห็นต่อการพัฒนาการทำความสะอาดมือนำมาแจกแจงเพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความรู้ของบุคลากรพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือโดยใช้สถิติ paired t-test
3. เปรียบเทียบการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือด้วยสถิติเชิงพรรณนา
4. ข้อมูลปัญหา อุปสรรคการทำความสะอาดมือของบุคลากรจากการสนทนากลุ่มใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

### ผลการวิจัย

พบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร้อยละ 56.25 อายุการทำงานอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 56.25 ระดับการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตร้อยละ 50.00 ประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 เคยอบรมเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 และไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ผลการ เปรียบเทียบความรู้และการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=16)

| ข้อมูล   | จำนวน (ร้อยละ) |
|--|----------------|
| ตำแหน่งการทำงาน  |                |
| พยาบาล   | 9 (56.25)      |
| ผู้ช่วยพยาบาล  | 4 (25.00)      |
| พนักงานช่วยการพยาบาล                                   | 3 (18.75)      |
| อายุ (ปี)  |                |
| ≤ 20   |                |
| 21 – 30  | 9 (56.25)      |
| 31 – 40  | 1 (6.25)       |
| 41 – 50  | 1 (6.25)       |
| 51 – 60  | 5 (31.25)      |
| $\bar{X} = 34.5, 50 SD. = 12.12$                       |                |
| การศึกษา   |                |
| ปริญญาโท   | 1 (6.25)       |
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต                                      | 8 (50.00)      |
| ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล                             | 4 (25.00)      |
| อื่น ๆ   | 3 (18.75)      |
| ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยพิเศษ (ปี)                |                |
| < 1  | -              |
| 1 – 5  | 8 (50.00)      |
| 6 – 10   | 4 (25.00)      |
| 11 – 15  | -              |
| 16 – 20  | 4 (25.00)      |
| $X = 11.12, SD. = 11.09$                               |                |
| ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล |                |
| มี   | 16 (100.00)    |
| ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ               |                |
| มี   | 0              |

1. จากทดสอบด้วย black light ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 91.60 (SD.= 3.81) หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 95.17 (SD.= 1.62) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.002) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2.** เปรียบเทียบคะแนนความสมบูรณ์ของการทำความสะอาดมือ จากทดสอบด้วย Black light ของบุคลากรพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการอบรมการทำความสะอาดมือโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ โดยใช้ pair + test

| ลักษณะที่ศึกษา   | ก่อนการได้รับโปรแกรม |      | หลังการได้รับโปรแกรม |      | p-value |
|--|----------------------|------|----------------------|------|---------|
|  | Mean                 | SD.  | Mean                 | SD.  |         |
| ความสมบูรณ์ของการทำความสะอาดมือ จากทดสอบด้วย black light | 91.60                | 3.81 | 95.17                | 1.62 | 0.002   |

**ตารางที่ 3.** เปรียบเทียบความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ

| ลักษณะที่ศึกษา                                 | ก่อนการได้รับโปรแกรม |      | หลังการได้รับโปรแกรม |      | p-value |
|--|----------------------|------|----------------------|------|---------|
|  | Mean                 | SD.  | Mean                 | SD.  |         |
| ความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล | 9.94                 | 1.56 | 12.19                | 1.05 | <0.001  |

**ตารางที่ 4.** เปรียบเทียบการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ

| การทำความสะอาดมือ | ก่อนการพัฒนา                | หลังการพัฒนา                |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                   | (จำนวนครั้งที่สังเกต = 204) | (จำนวนครั้งที่สังเกต = 145) |
|                   | จำนวน (ร้อยละ)              | จำนวน (ร้อยละ)              |
| ไม่ทำ             | 150 (73.5)                  | 24 (16.5)                   |
| ทำแต่ไม่ถูกต้อง   | 31 (15.2)                   | 43 (29.6)                   |
| ทำถูกต้อง         | 23 (11.3)                   | 78 (53.7)                   |

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้คะแนนเฉลี่ยเรื่อง การทำความสะอาดมือของบุคลากร หอผู้ป่วยพิเศษ เฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 9.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.56 หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 12.19 (SD.= 1.05) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

3. กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดมือก่อน การให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ พบว่าไม่ทำร้อยละ 75.0 ทำแต่ไม่ถูกต้องร้อยละ

15.0 และทำถูกต้องร้อยละ 11.2 และหลังการให้ โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ทำร้อยละ 16.5 ทำแต่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 29.6 และทำถูกต้องร้อยละ 53.7 (ตารางที่ 4)

4. การทำความสะอาดมือที่ถูกต้องของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือพบว่าก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 4.8 หลังสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 18.3 ก่อนสวมถุงมือเพื่อ ทำกิจกรรมกับผู้ป่วยร้อยละ 19.3 หลังมือเปื้อน เลือดร้อยละ 11.1 และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้ป่วยร้อยละ 5.0 และหลังการให้โปรแกรมการ

**ตารางที่ 5.** เปรียบเทียบการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องของบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ

| กิจกรรมที่ปฏิบัติ  | ก่อนการพัฒนา     |        | หลังการพัฒนา     |        |
|--|------------------|--------|------------------|--------|
|  | จำนวน<br>(N=204) | ร้อยละ | จำนวน<br>(N=145) | ร้อยละ |
| ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ก่อนการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย เช่น วัดสัญญาณชีพ ก่อนสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย ก่อนการเตรียมยาผู้ป่วย | 4/84             | 4.8    | 8/38             | 21.0   |
| หลังสัมผัสตัวผู้ป่วย หลังการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย หลังการสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย หลังการทำแผล                          | 11/60            | 18.3   | 26/46            | 56.5   |
| ก่อนสวมถุงมือเพื่อทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ก่อนทำแผล  | 6/31             | 19.3   | 12/19            | 63.1   |
| หลังมือเปื้อนเลือด สิ่งคัดหลั่ง อุจจาระ ปัสสาวะ สิ่งปนเปื้อนเชื้อของผู้ป่วย  | 1/9              | 11.1   | 12/19            | 63.1   |
| หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย   | 1/20             | 5.0    | 20/23            | 86.9   |

หมายเหตุ ตัวเลขเศษ คือ จำนวนครั้งของการทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง  
ตัวเลขส่วน คือ จำนวนครั้งของการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทั้งหมด

พัฒนาการทำความสะอาดมือพบว่าก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 21.0 หลังสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 56.5 ก่อนสวมถุงมือเพื่อทำกิจกรรมกับผู้ป่วยร้อยละ 63.1 หลังมือเปื้อนเลือดยังร้อยละ 63.1 และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยร้อยละ 86.9 (ตารางที่ 5)

5. ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไขในการทำความสะอาดมือและกิจกรรมการพัฒนา

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไขในการทำความสะอาดมือและกิจกรรมการพัฒนา พบว่าปัญหาการขาดความรู้ / ความตระหนัก ควรแก้ไขด้วยการอบรม ทดสอบการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องด้วย black light และสร้างแรงจูงใจโดยให้รางวัลบุคคลตัวอย่าง ปัญหาความเร่งรีบ / ภาระงานมาก ควรแก้ไขด้วยการสร้างเสริมการใช้ alcohol hand rub ปัญหาอ่างล้างมืออยู่ไกล ควรแก้ไขด้วยการเพิ่มขวดใส่ alcohol hand rub ทุกหน้าห้องผู้ป่วยตรวจเช็คความพร้อมใช้ทุกเวรเช้า และบริเวณจัดเตรียมยาและอุปกรณ์ให้น้ำเกลือ และบริเวณตู้เก็บของ sterile และปัญหาจากการลืม

ของกลุ่มตัวอย่าง ควรแก้ไขด้วยการใช้วิธีเตือน พี่เตือนน้อง เพื่อนเตือนเพื่อน ให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล และภาพรวม และ Pre-conference ตอนเข้าบ่อย ๆ (ตารางที่ 6)

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับของผลการกระตุ้นในแต่ละกิจกรรมการพัฒนาของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ มีความเห็นว่ากิจกรรม การจัดเพิ่มขวดใส่แอลกอฮอล์ การอบรม การติดโปสเตอร์เตือนการให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้รางวัลมีผลกระตุ้นการทำความสะอาดมือระดับมาร้อยละ 81.25, 62.5, 31.25, 43.75 และ 37.50 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

### การอภิปรายผล

ความสมบูรณ์ของการทำความสะอาดมือ จากทดสอบด้วย black light ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 91.60 (SD.= 3.81) หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 95.17 (SD.= 1.62) มีความแตกต่างกันอย่างมี

**ตารางที่ 6.** ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไขในการทำความสะอาดมือและกิจกรรมการพัฒนา

| ปัญหาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล | แนวทางแก้ไข   |
|--|---|
| ขาดความรู้ / ความตระหนัก               | - การอบรม<br>- ทดสอบการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องด้วย black light<br>- สร้างแรงจูงใจโดยให้รางวัลบุคคลตัวอย่าง   |
| เร่งรีบ / ภาระงานมาก                   | - สร้างเสริมการใช้ alcohol hand rub   |
| อ่างล้างมืออยู่ไกล                     | - เพิ่มขวดใส่ alcohol hand rub ทุกหน้าห้องผู้ป่วยตรวจเช็คความพร้อมใช้ทุกเวรเช้า และบริเวณจัดเตรียมยา และอุปกรณ์ให้น้ำเกลือและบริเวณตู้เก็บของ sterile |
| ลืม                                    | - ใช้วิธีเตือน พี่เตือนน้อง เพื่อนเตือนเพื่อน<br>- ให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล และภาพรวม<br>- pre-conference ตอนเข้าบ่อย ๆ                          |

**ตารางที่ 7.** จำนวนและร้อยละของบุคลากรพยาบาลที่แสดงความคิดเห็นต่อระดับของผลการกระตุ้นในแต่ละกิจกรรมการพัฒนา (n = 16)

| กิจกรรม                    | ระดับของผลการกระตุ้นในแต่ละกิจกรรมการพัฒนา |            |           |
|----------------------------|--|------------|-----------|
|                            | มาก  | ปานกลาง    | น้อย      |
| การอบรม                    | 10 (62.5)                                  | 6 (37.5)   | -         |
| การจัดเพิ่มขวดใส่แอลกอฮอล์ | 13 (81.25)                                 | 3 (18.75)  | -         |
| การติดโปสเตอร์เตือน        | 5 (31.25)                                  | 10 (68.75) | -         |
| การให้ข้อมูลย้อนกลับ       | 7 (43.75)                                  | 9 (56.25)  | -         |
| การให้รางวัล               | 6 (37.50)                                  | 5 (31.25)  | 5 (31.25) |

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.002) กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดมือก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือ พบว่าไม่ทำร้อยละ 75.0 ทำแต่ทำไม่ถูกต้องร้อยละ 15.0 และทำถูกต้องร้อยละ 11.2 และหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ทำร้อยละ 16.5 ทำแต่ทำไม่ถูกต้องร้อยละ 29.6 และทำถูกต้องร้อยละ 53.7 การทำความสะอาดมือที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือพบว่าก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 4.8 หลังสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 18.3 ก่อนสวมถุงมือเพื่อทำกิจกรรมกับผู้ป่วยร้อยละ 19.3 หลังมือเปื้อนเลือดร้อยละ 11.1 และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ผู้ป่วยร้อยละ 5.0 และหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือพบว่าก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 21.0 หลังสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 56.5 ก่อนสวมถุงมือเพื่อทำกิจกรรมกับผู้ป่วยร้อยละ 63.1 หลังมือเปื้อนเลือดร้อยละ 63.1 และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยร้อยละ 86.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรพยาบาลได้รับการอบรมความรู้ในการทำความสะอาดมือซึ่งเป็นปัจจัยชักนำภายในตัวบุคคลที่จะกระตุ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือ ซึ่งเห็นได้จากความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 9.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.56

หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือเท่ากับ 12.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.05 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

นอกจากนี้ในขณะอบรมมีการสาธิตย้อนกลับ โดยให้บุคลากรทดลองล้างมือและตรวจสอบด้วยเครื่องแบล็คไลท์ (black light) ทำให้เห็นและเข้าใจมากขึ้น การเพิ่มขวดใส่แอลกอฮอล์ที่เพียงพอทำให้สะดวกในการใช้งาน การติดโปสเตอร์เตือนเป็นการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือและการทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง การให้รางวัลและการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านบวกเป็นวิธีการเสริมแรงด้านบวกให้เกิดความร่วมมือในการทำทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัดย์ พิเชียรเสถียรและสมหวัง ด่านชัยวิจิตร (2547) ศึกษาผลกิจกรรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้ การติดโปสเตอร์เตือน การเพิ่มขวดใส่แอลกอฮอล์ในการทำความสะอาดมือ การให้รางวัล

และการให้ข้อมูลย้อนกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของมาลินี วัฒนากุลและคณะ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นเช่นกัน

### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. โปรแกรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือช่วยกระตุ้นให้บุคลากรมีการทำความสะอาดมือมากขึ้น
2. กิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำความสะอาดมือมากขึ้นด้วยการจัดให้มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น
3. การสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลแก่บุคคลตัวอย่างเหมาะสมกับการนำมาส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำความสะอาดมือมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- Boyce, J. M. & Pittet, D.(2002) Guideline for hand hygiene in healthcare setting: Recommendations of Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/ SHEA/ APIC/ IDS A Hand Hygiene Task Force. *American Journal of Infect Control*, 30(8),: S1- S36.
- Danchaivijitr, S. Thamlikitkul, V. Rongrungrueng,(2002,July17-19). Y. *Impact of nosocomial infection in Thailand*. 2001.In the sixteenth workshop on nosocomial infection control; Ayuttaya, Thailand: Krungsri River Hotel
- World Health Organization (2005). *WHO Guidelines on hand hygiene in healthcare [Online]*. [http://www.WHO.int/patient\\_safety.html](http://www.WHO.int/patient_safety.html).
- มาลินี วัฒนากุล. (2551). *ประสิทธิผลของการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วย พิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* (รายงานผลการวิจัย): คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วิลาวัดย์ พิเชียรเสถียรและสมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (2547). *การพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* (รายงานผลการวิจัย): คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิลักษณ์ อาชาโนยกุลและคณะ. (2555). *พฤติกรรมล้างมือก่อนให้การพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลหอผู้ป่วย พิเศษเฉลิมพระบารมี 9* (รายงานผลการวิจัย): คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมหวัง ด่านชัยวิจิตรและอรรด นานา. (2544). *การติดเชื่อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินหายใจ*. ใน: สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (บรรณาธิการ). *โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*. (น 197-214) . กรุงเทพฯ: แอล ทีเพลส.





ประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก  
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยรังสีรักษา  
(Experience and Management of Symptoms among Cancer Patients  
Undergoing Chemotherapy at Radiotherapy Ward)

อัมภวรรณ ใจเปีย\*

บทคัดย่อ

**ความสำคัญ :** มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นโรคที่อยู่ในตำแหน่งซ่อนเร้นจึงทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการของระยะแพร่กระจาย การรักษา มะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยเคมีบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคมะเร็งและไม่กลับมาเป็นซ้ำ ควบคุมโรคให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกลางหรือไม่โตขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติทั่วไปและการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ให้สามารถดูแลจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยทนต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงจัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกต่อไป

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยรังสีรักษา

**รูปแบบศึกษา สถานที่และผู้ป่วย :** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 45 ราย ที่หอผู้ป่วยรังสีรักษา ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2557-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

**วิธีการวัดผล :** ใช้แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการที่พบบ่อย และ การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ

**ผล :** ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับเคมีบำบัด ความถี่ของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอาการที่มีตลอดเวลาสูงสุด 5 อันดับแรกคือ 1) เหนื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 22.2) 2) ปากแห้ง/คอแห้ง (ร้อยละ 22.2) 3) รับประทานอาหารไม่รู้สึกรสชาติ (ร้อยละ 22.2) 4) กลืนลำบาก (ร้อยละ 17.8) 5) ผม่วง (ร้อยละ 15.6) อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ริมฝีปากแห้ง/ปากแห้ง/คอแห้ง รongลงมาคือ 2) เหนื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยง่าย 3) เบื่ออาหาร/ไม่อยากทานอาหาร 4) ผม่วง และ 5) รับประทานอาหารไม่รู้สึกรสชาติ อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ 1) อาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้า 2) อาการเบื่ออาหาร 3) อาการคลื่นไส้/อาเจียน 4) มีแผลในปาก และ 5) อาการปากแห้ง/คอแห้ง สำหรับการจัดการอาการรบกวน แต่ละอาการจะมีวิธีจัดการหลากหลาย แต่พบว่ามีการใช้วิธีจัดการตามลำดับอาการ ดังนี้ 1) การพักผ่อน/นอนหลับ 2) การรับประทานอาหารที่ละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง 3) การรับประทานยา 4) การบ้วนปาก และ 5) การบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น

\* หัวหน้าหอผู้ป่วยรังสีรักษา (กานดาวิบูลย์สันติ) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

| อาการรบกวน                   | N (45) | ร้อยละ | วิธีการจัดการ (ที่พบมาก)                     | ร้อยละ |
|------------------------------|--------|--------|--|--------|
| 1. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า | 21     | 46.67  | พักผ่อน/นอนหลับ                              | 80.95  |
| 2. เบื่ออาหาร                | 17     | 37.78  | การรับประทานอาหารที่ละน้อย ๆ<br>แต่บ่อยครั้ง | 35.29  |
| 3. คลื่นไส้/อาเจียน          | 13     | 28.89  | การรับประทานยาแก้คลื่นไส้<br>อาเจียน         | 53.85  |
| 4. มีแผลในปาก                | 11     | 24.44  | การบ้วนปาก                                   | 45.45  |
| 5. ปากแห้ง/คอแห้ง            | 9      | 20.0   | การบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น                | 88.89  |

**ข้อยุติและการนำไปใช้ :** ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่พบว่าอาการที่มีความถี่มากที่สุดคืออาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า และความรุนแรงมากที่สุด คือ มีอาการปากแห้ง คอแห้ง แต่พบว่าอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด คืออาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า จึงได้นำผลการวิจัยมาจัดทำโครงการจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

**คำสำคัญ :** มะเร็งหลังโพรงจมูก ประสบการณ์อาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน เคมีบำบัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์อาการและวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยรังสีรักษา

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) หมายถึง การให้ยาเพื่อทำลายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคมะเร็งและไม่กลับมาเป็นซ้ำ ควบคุมโรคให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงหรือไม่โตขึ้น และไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น บรรเทาอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็งเท่านั้น จึงอาจส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติทั่วไปและการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ (Kertney & Richartson A, 2006) ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากอักเสบ เบื่ออาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ ท้องเสีย ผอมลง ซึ่งอาการเหล่านี้จะมากหรือน้อยขึ้นกับชนิดของยา ความแข็งแรงของร่างกาย และความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่

สามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ไม่สบายใจ กลัว สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ท้อแท้ ปฏิเสธการรักษา การรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่ได้ผล ส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น

จากการศึกษาของ นราวดี ประเสริฐวิทยาภิจ (2542) เรื่องการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ รongลงมา คือ ผลต่อระบบเลือด ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ อันดับสามคือ ผลต่อระบบผิวหนัง และเล็บ อันดับสี่ คือ ผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับผลของการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (ยุพิน เพ็ชรมงคล และณัฐวรรณ สุวรรณ, 2551) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและรุนแรงที่สุดคือ ผอมลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และผู้ป่วยยังมีความหงุดหงิด ท้อแท้ เบื่อหน่าย กลัว เครียดวิตกกังวล ทรมาณ ไม่สุขสบาย กลัวตายจากโรคมะเร็ง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัดนั้นมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่

อ่อนเพลีย ซีด เหนื่อย ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง (สุวิพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2548) นอกจากนี้ปัญหาทางกายแล้ว จากการศึกษาของมิทเชล (Mitchell T, 2007) เรื่อง สังคมและอารมณ์ ขณะได้รับยาเคมีบำบัดในมุมมองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกไม่ดี เหมือนถูกตีตราในขณะที่ได้รับการรักษา จะเห็นได้จากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการจัดการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ดอดด์และคณะ (Dodd, et al, 2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (symptom management model) ขึ้นในแบบจำลองนี้ กล่าวถึงอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงรุนแรง เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อให้ผลจากการจัดการบรรเทาหรือดีขึ้น ผู้ป่วยพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโรคและการรักษาตามการรับรู้ของตนเอง อย่างไรก็ตาม การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกของผู้ป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการอาการนั้น ๆ ซึ่งการจัดการอาการหมายถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการ องค์ประกอบของการจัดการขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ คือ ด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน นอกจากนี้ จากการสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ามีความใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการอาการที่แตกต่างกัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ให้สามารถดูแลจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยทนต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษา รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาใน

ฐานะเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรังสีรักษาได้สนใจศึกษาถึงประสบการณ์อาการที่พบบ่อย ระดับความรุนแรงของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และศึกษาวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และป้องกันไม่ให้เกิดอาการนั้นได้นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในอนาคตต่อไป

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาถึง ประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วยรังสีรักษา งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2557-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**ประสบการณ์อาการ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ครอบคลุมในเรื่อง ความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต

**ความถี่ของอาการ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้หรือประเมินว่า อาการนั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในรอบ 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

**ความรุนแรงของอาการ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้หรือประเมินว่า อาการนั้นมีความรุนแรงของอาการนั้นว่ามีความมากน้อยเพียงใดในรอบ 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

**อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นรบกวนการดำเนินชีวิต ในรอบ 3-4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

สำหรับความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต ประเมินจากแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ผู้ศึกษาตัดแปลงจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการของ อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ (2547) และ สุจิรา พึ่งเฟื่อง (2550)

**วิธีการจัดการกับอาการ** หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้เพื่อแก้ไข ควบคุมหรือบรรเทาอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ว่ามีการปฏิบัติอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับอาการตามวิธีการดังกล่าวว่าดีขึ้นหรือไม่ หรือเหมือนเดิม

**ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำมาแล้ว 3-4 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยรังสีรักษา

### วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการรบกวน ของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วยรังสีรักษา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยรังสีรักษา งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยรังสีรักษา งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.

2557 – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 จำนวน 45 ราย คำนวณโดยใช้สูตร Yamane ( $n=N/1+Ne^2$ ) มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำมาแล้ว 3-4 สัปดาห์
2. สามารถสื่อสารด้วยการพูด เขียน อ่านภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา
4. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก
5. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เป็นผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ การจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน (3-4 สัปดาห์)

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิบัตรในการรักษา
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด แหล่งข้อมูลข่าวสารการรักษาและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้รับ
3. แบบบันทึกประสบการณ์อาการที่พบบ่อยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนการดำเนินชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประเมินความถี่ของอาการที่พบบ่อยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีอาการ มีอาการนาน ๆ ครั้ง มีอาการเป็นพัก ๆ มีอาการเกิดขึ้นเป็นประจำ และมีอาการตลอดเวลา สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ คือ 0-10 โดยที่คะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง อาการที่มีไม่รบกวนการดำเนินชีวิต คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่าอาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตมากขึ้น และให้กลุ่ม

ตัวอย่างระบุชนิดของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก

4. แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการจัดการอาการ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ว่ามีวิธีปฏิบัติอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตามวิธีดังกล่าวว่าดีขึ้นเหมือนเดิม หรือไม่ดีขึ้น

#### การหาความเชื่อมั่นทางเครื่องมือ

1. ค่าความตรงของเนื้อหา อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.85

2. การหาความเชื่อมั่น ทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.96

#### การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมดังนี้

1. ทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตในการทำการศึกษาวิจัย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการประสานงาน

3. คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัยและขอความร่วมมือผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในการร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

4. ในวันที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยจะทำการแจกแบบสอบถามหรือบทสัมภาษณ์

5. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลประสบการณ์อาการที่พบบ่อย ค่าความถี่ของอาการรบกวน นำมาหาค่าร้อยละ และระดับความรุนแรงของอาการรบกวนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในการจัดการอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก โดยวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (simple content analysis) โดยหาค่าความถี่ และอัตราร้อยละ

#### ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 47.9 ปี (SD. = 11.85) โดยพบว่าอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุสูงสุด 73 ปี มีสภาพสมรส (ร้อยละ 88.9) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.8) ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44.4) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 28.9) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาท ส่วนมากไม่มีรายได้ (ร้อยละ 24.4) ใช้สิทธิที่ใช้ในการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 64.4) รองลงมาได้แก่เบิกตรง (ร้อยละ 26.7) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 37.8) รองลงมาคือจังหวัดลำพูน (ร้อยละ 20)

#### 2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีระยะความรุนแรงของโรครอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 64.4 และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือมากที่สุดมีก้อนที่คอ ร้อยละ 64.5 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.1 ไม่มีโรคประจำตัว มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 66.7 และสูตรเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ ซิสพลาตินร่วมกับ

ไฟว์เอพยู ร้อยละ 84.5 และ เป็นการบำบัดก่อนการฉายแสง ร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 1)

### 3. ความถี่และความรุนแรงของอาการ

ผลการวิเคราะห์ความถี่ของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าอาการที่มีความถี่ตลอดเวลาสูงที่สุด เท่ากัน 3 อาการคือ 1) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) ริมฝีปากแห้ง/ปากแห้ง/คอแห้ง 3) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ กลืนลำบาก และ ผمร่วง ร้อยละ 17.8 และ ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ส่วน อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ริมฝีปากแห้ง/ปากแห้ง/คอแห้ง (mean = 4.00 SD.= 3.57) รองลงมาคือ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (mean = 3.80 SD.= 3.48) 3) เบื่ออาหาร/ไม่อยากทานอาหาร (mean = 3.31 SD.= 2.86) 4) ผมร่วง (mean = 3.22 SD.= 3.80) และ 5) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ (mean = 3.78 SD.= 3.78) ส่วนอาการที่ไม่พบเลย คือ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ หรือความรู้สึกทางเพศ

### 4. อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก

จากการประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและความรุนแรงของอาการที่พบตามลำดับดังนี้ จัดเป็นอันดับแรกคือ 1) อาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้า พบ 21 ราย ร้อยละ 46.67 2) อาการเบื่ออาหาร พบ 17 ราย ร้อยละ 37.78 3) อาการคลื่นไส้/อาเจียน พบ 13 ราย ร้อยละ 28.89 4) มีแผลในปาก พบ 11 ราย ร้อยละ 24.44 และอันดับ 5) อาการปากแห้ง/คอแห้ง พบ 9 ราย ร้อยละ 20

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (n = 45)

| ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล    | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------------------|----------------|
| ระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) |                |
| ระยะที่ 1                             | 0 (0.00)       |
| ระยะที่ 2                             | 8 (17.8)       |
| ระยะที่ 3                             | 8 (17.8)       |
| ระยะที่ 4                             | 29 (64.4)      |
| อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล            |                |
| มีก้อนที่คอ                           | 29 (64.5)      |
| มีเลือดออกจากจมูก/เลือดกำเดาไหล       | 5 (11.1)       |
| ปวดศีรษะ/เจ็บคอ                       | 5 (11.1)       |
| อื่น ๆ เช่น ชาบริเวณใบหน้า/หนองไหล    | 6 (13.3)       |
| ออกจากหู                              |                |
| โรคประจำตัว                           |                |
| ไม่มี                                 | 32 (71.1)      |
| ความดันโลหิตสูง                       | 6 (13.3)       |
| เบาหวาน                               | 3 (6.7)        |
| อื่น ๆ                                | 4 (8.9)        |
| สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ                |                |
| Cisplatin/5FU                         | 38 (84.5)      |
| Docetaxel/Cisplatin/5FU               | 6 (13.3)       |
| Carboplatin/5FU                       | 1 (2.2)        |
| ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด         |                |
| ครั้งที่ 2                            | 30 (66.7)      |
| ครั้งที่ 3                            | 11 (24.5)      |
| ครั้งที่ 4                            | 2 (4.4)        |
| ครั้งที่ 5                            | 2 (4.4)        |
| การได้รับการฉายรังสีรักษา             |                |
| ได้รับแล้ว                            | 24 (53.3)      |
| ไม่ได้รับ                             | 21 (46.7)      |

5. ประสบการณ์การจัดการอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์การจัดการอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ตามอาการที่เกิดขึ้น มีดังนี้

5.1 อาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้า ส่วนใหญ่ ใช้วิธีการจัดการโดยการพักผ่อน/นอนหลับ และ การออก

กำลังกาย/เดินเล่น ร้อยละ 80.95 และ 14.28 ตามลำดับ โดยมีผู้ช่วยเหลือส่วนใหญ่ คือครอบครัว/ญาติ

5.2 อาการเบื่ออาหาร ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการโดยรับประทานอาหารที่ละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ร้อยละ 35.29 และใช้วิธีการจัดการโดยการรับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 23.53 โดยมีผู้ช่วยเหลือส่วนใหญ่คือครอบครัว/ญาติ

5.3 อาการคลื่นไส้/อาเจียน ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการโดยรับประทานยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 53.85 รองลงมาใช้วิธีการจัดการโดยการบ้วนปาก ร้อยละ 23.08 มี

5.4 มีแผลในปาก ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการโดยการบ้วนปาก ร้อยละ 45.45 รองลงมาใช้วิธีการจัดการโดยการบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.28

5.5 อาการปากแห้ง คอแห้ง ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการโดยการบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 88.89

### สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการและวิธีการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยรังสีรักษาตามแบบจำลองของดอดด์และคณะ (Dodd, et al, 2001) ในกลุ่มตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 45 ราย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 47.9 ปี (SD. = 11.85) โดยพบว่าอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุสูงสุด 73 ปี มีระยะความรุนแรงของโรค อยู่ในระยะที่ 4 มากที่สุด จำนวนร้อยละ 64.4 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 จำนวนเท่ากันคือร้อยละ 17.8 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ มีก้อนที่คอ ร้อยละ 64.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 71.1 มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 66.7 เคมีบำบัดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคือ สูตร ซิสพลาตินร่วมกับไฟว์เอฟยู ร้อยละ 84.4 ได้รับเคมีบำบัดก่อนการฉายแสง ร้อยละ 53.3 สำหรับประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความถี่ของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าอาการที่มีความถี่ตลอดเวลาสูงที่สุด 5 อันดับแรกคือ 1) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) ริมฝีปากแห้ง/ปากแห้ง/คอแห้ง 3) รับประทานอาหารไม่รู้สึกรสชาติ 4) กลืนลำบาก และ 5) ผม่วง อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ 1) ริมฝีปากแห้ง/ปากแห้ง/คอแห้ง รองลงมาคือ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) เบื่ออาหาร/ไม่อยากทานอาหาร 4) ผม่วง และ 5) รับประทานอาหารไม่รู้สึกรสชาติ ส่วนอาการที่ไม่พบเลยและไม่มี ความรุนแรงคือ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือความรู้สึกทางเพศ ส่วนอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างจัดเป็นอันดับแรกคือ 1) อาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้า 2) อาการเบื่ออาหาร 3) อาการคลื่นไส้/อาเจียน 4) มีแผลใน และอันดับ 5) อาการปากแห้ง/คอแห้ง และการจัดการอาการรบกวนมีวิธีการจัดการตามลำดับอาการ ดังนี้ การพักผ่อน/นอนหลับ การรับประทานอาหารที่ละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง การรับประทานยา การบ้วนปาก และการบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับประสบการณ์อาการและวิธีการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล โดยประเมินอาการและหาวิธีการจัดการกับอาการ รวมทั้งป้องกันหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยคือ ครอบครัว / ญาติ และตัวผู้ป่วยเองดังนั้นในการให้คำแนะนำ การสอน ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในทุกอาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- นราวดี ประเสริฐวิทย์กิจ. (2542). การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต เภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- ยุพิน เพียรมงคล, ณัฐวรรณ สุวรรณ. (2551). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (รายงานผลการวิจัย) คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). การเจ็บป่วยเรื้อรัง แนวทางการช่วยเหลือด้วยครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 16(2). 3-16.
- สุจิตรา พุ่งเฟื่อง. (2550). ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด ในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล)
- สุริพร ธนศิลป์ และ พิษญาดา คงศักดิ์ตระกูล. (2548). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 9:306-315.
- อภิรดี ลดาอารักษ์. (2546). การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์), สงขลา
- Dodd, M. Janson S.Facione N” Faucett J, Froilicher ES, Humphrey J” et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurse*;33: 668-676.
- Kearney N& Richardson A. (2006). *Nursing patients with cancer: principle and practice*. Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Mitchell T. (2007). The social and emotional toll of chemotherapy- patients’ perspectives. *Eur J Cancer Care (Engl)}* 16:39-47.
- WHO. (2013). International Agency for Research on cancer. สืบค้นจาก [http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf) สถิติทั่วโลก เมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2557.
- Yabro CH, Frogge MH, Godman M. (2004). *Cancer symptom management 3<sup>rd</sup> ed*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett.



## ชุมชนนักปฏิบัติ CoP supply surg

นฤมล วงศ์มณีโรจน์ ผู้ตรวจการพยาบาล\*

นับเป็นเวลานานเกือบครบ 4 ปี แล้วสินะ จากการประชุมครั้งแรกเมื่อเดือนพฤศจิกายนในปี 2554 นำมาสู่การจัดกลุ่ม CoP supply surg ในวันนี้ เริ่มมาจากปัญหาในการเบิกจ่ายวัสดุการแพทย์ เพื่อให้มีใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ 16 แห่ง ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยศาสตร์ นำมาสู่การล้อมวงพูดคุยกันระหว่าง ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าผู้ช่วยพยาบาล 16 คน และพยาบาลอีก 4 คน ทั้ง ๆ ที่ทุกคนล้วนทำงานอยู่ในงานการพยาบาลศัลยศาสตร์ แต่ก็ยังไม่คุ้นเคยกันมากนัก ในช่วงแรก ๆ จึงมีเพียงคุณอำนวย (ผู้ตรวจการ) และสมาชิกอีก 2-3 คน เป็นผู้พูด ในขณะที่สมาชิกส่วนใหญ่สมัครใจเป็นเพียงผู้ฟัง บรรยายากจึงค่อนข้างเครียด แต่เมื่อได้พบกันเป็นประจำทุกเดือนมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น มีผู้ถามปัญหา ผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าช่วยกันตอบ มีโอกาสทำงานและรับรู้ความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน ทำให้ ณ.ที่ชุมชนนักปฏิบัติแห่งนี้ CoP supply surg กลายเป็นแหล่งที่มีเรื่องราวความรู้ต่าง ๆ ถ่ายทอดจากคนสู่คน จากคนสู่สังคมออนไลน์ โดยผ่านการพูดคุย การทำเป็นตัวอย่างการทดลองปฏิบัติการ ทบทวนปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ร่วมกันโดยมี คุณลิขิตเป็นผู้ช่วยรวบรวมและบันทึกไว้ เพื่อให้สมาชิกและบุคคลภายนอกสามารถเข้าชมผลงาน และเรียนรู้ได้ด้วยตนเองในเว็บไซต์ Knowledge management ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่

ในการดำเนินกิจกรรมได้นำแนวทางการดำเนิน กระบวนการจัดการความรู้ของ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช มาใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดย 1) การ กำหนดความรู้หลักที่จำเป็นในงานต่อการปฏิบัติ หน้าที่ของหัวหน้าผู้ช่วยพยาบาล ที่ต้องรับผิดชอบ ในการดูแลวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์การแพทย์ ตลอดจนการดูแลสิ่งแวดล้อม 2) การเสาะหาความรู้ ที่ต้องการ ซึ่งได้แก่ ความรู้ในการจัดเก็บและบริหาร วัสดุคงคลังให้มีการหมุนเวียนอย่างพอเพียงและไม่ เกิดความสูญเปล่า 3) การปรับปรุง ดัดแปลง หรือ สร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งาน 4) การ ประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน 5) การนำ ประสบการณ์จากการใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มาบันทึกไว้ 6) การจดบันทึก ชุมความรู้ แก่นความรู้ สำหรับไว้ใช้งาน โดยมีผู้ดำเนินการจัดการความรู้ CoP supply surg มีดังต่อไปนี้

1. หัวหน้างานการพยาบาล เป็นผู้กำหนดตัว บุคคลที่จะทำหน้าที่ “คุณเอื้อ (ระบบ)” ของ KM เป็นผู้ให้นโยบายการจัดการความรู้ด้านการบริหารจัดการ supply และเป็นผู้ให้แรงสนับสนุน ให้ กำลังใจในการดำเนินงาน

2. คุณเอื้อ (Chief Knowledge Officer: CKO) และคุณอำนวย (Knowledge Facilitator: KF) เป็นผู้ตรวจการที่ดูแลด้านวัสดุ และอุปกรณ์การแพทย์ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ กำหนด “เป้าหมาย” ในระดับย่อย ๆ ของ “คุณกิจ/ ผู้ปฏิบัติงาน”, คอยเชื่อมโยง “หัวปลา” เข้ากับวิสัยทัศน์

\* งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ขององค์กร, จัดการประชุม สร้างบรรยากาศ ร่วม share ทักษะ ในการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อประโยชน์ ในการดำเนินการจัดการความรู้โดยตรง พร้อมคอย เชื่อมโยงการจัดการความรู้เข้ากับกิจกรรมสร้างสรรค์ อื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร, ติดตามความ เคลื่อนไหวของการดำเนินการ ให้คำแนะนำบางเรื่อง และแสดงท่าที ชื่นชมในความสำเร็จ อาจจัดให้มีการ ยกย่องในผลสำเร็จและให้รางวัลที่อาจไม่เน้นสิ่งของ แต่เน้นการสร้างความรู้ความภาคภูมิใจในความสำเร็จ

3. คุณกิจ (Knowledge Practitioner: KP) เป็นหัวหน้าผู้ช่วยพยาบาลจากหอผู้ป่วย 16 หอ ผู้ป่วย สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ เป็นผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบในการดูแล จัดเก็บวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษา พยาบาล เป็นผู้ที่มีความรู้ (explicit knowledge & tacit knowledge) และมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้ หา สร้าง แปลง ความรู้เพื่อการปฏิบัติให้บรรลุถึง “เป้าหมาย” ที่ตั้งไว้

4. คุณประสาน (Network manager) เป็น พยาบาล IC 2 คน และพยาบาลผู้ประสานงาน 2 คน เป็นผู้ที่คอยประสานเชื่อมโยงเครือข่ายการจัดการ ความรู้ระหว่างหน่วยงาน ให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในวงที่กว้างขึ้น เกิดพลังร่วมมือทางเครือข่าย ในการเรียนรู้และยกระดับความรู้แบบทวีคูณ รวมทั้งเป็นผู้บันทึกความรู้ เรื่องราว และเหตุการณ์ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใน CoP supply surg นำสู่สมาชิก และบุคคลภายนอกชุมชนนักปฏิบัติ

**ในช่วงเริ่มตั้ง CoP supply surg มีการตั้ง เป้าหมายไว้ 3 ประเด็นหลัก คือ**

1. พัฒนาระบบการจัดการ supply และอุปกรณ์ ปลอดภัยให้มีมาตรฐานเดียวกัน
2. สนับสนุนการดำเนินการเรื่อง 5 ส ในห้อง supply ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสนับสนุน และจัดพื้นที่

3. สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการจัดการวัสดุและอุปกรณ์ปลอดภัย

โดยมีกำหนดร่วมกันว่า KPI คะแนน 5 ส บริเวณห้อง supply จะเพิ่มมากขึ้น จำนวนอุปกรณ์ ปลอดภัยที่มีการส่งทำให้ปลอดภัยซ้ำมีจำนวนลดลง มีวัสดุการแพทย์หมุนเวียนใช้อย่างพอเพียง และ วัสดุอุปกรณ์การแพทย์จะมีมาตรฐานเดียวกัน ใน การพบกันเดือนละ 1 ครั้ง จะมีการนำปัญหาที่เกิดขึ้น ในการจัดการ supply ของผู้ปฏิบัติงานใน supply แต่ละแห่งของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์เข้า มาร่วมเรียนรู้ โดยใช้มาตรฐานและหลักการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของฝ่ายการ พยาบาลและ หลักการ 5 ส ร่วมกับการวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในวิธีการแก้ปัญหา รวมทั้ง สอดแทรกให้ความรู้/แนวคิดในเรื่อง Patient safety, Internal survey, Dialogue, Knowledge management, Appreciative Inquiry และความรู้เรื่องการ พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เป็นระยะ ๆ มีการ ร่วมกันดำเนินโครงการลดการส่งอุปกรณ์ทำให้ปลอดภัยซ้ำ (resterile) โครงการการจัดการ supply อย่างพอเพียง เพื่อกระตุ้นและปลุกเร้าให้ผู้ปฏิบัติมีความตระหนักและใส่ใจในการจัดการ supply อย่าง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และมีการเยี่ยมผู้ปฏิบัติ หน่วยงานโดยสมาชิกในทีมทำ site visit โดยเชื่อมโยง ทิศทางการพัฒนาคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งทำ AAR หลังการทำ site survey เพื่อสรุป บทเรียนในแต่ละครั้ง

โดยสอดคล้องกับแนวคิดในการจัดการความรู้ ตามโมเดลเซกิ (SECI Model) ซึ่งนำเสนอโดย โนนา กะ กับ ทาเคอูชิ (Nonaka และ Takeuchi, 1995) ชุมชนนักปฏิบัติ Cop supply surg ได้มีการแบ่งปัน ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เฉพาะเรื่องเฉพาะ พื้นที่ นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (socialization) ต่อมา มีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 5 ส กลุ่มการจัดการครุภัณฑ์ กลุ่มจัดซื้ออุปกรณ์ การแพทย์ และกลุ่มจัดการใช้ sterile tape และการปิดป้ายอุปกรณ์ปลอดภัย แต่ละกลุ่มจะมีสมาชิก

4 คน เพื่อให้แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาในการทำงาน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่มีสภาพแวดล้อมเดียวกันได้อย่างทั่วถึง ในช่วงนี้ได้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมา เช่น แนวทางในการปิด sterile tape เพื่อป้องกันเชื้อที่ส่งทำให้ปลอดเชื้อ แนวทางการจัดซื้อสำหรับทำหัตถการ 10 ชุด (cut down, ICD, เจาะปอด เป็นต้น) ซึ่งทำให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่เกิดขึ้น และเกิดผลอื่น ๆ ตามมา เช่น ลดจำนวนในการเก็บ stock ชุดทำแผล มีการใช้ sterile tape ตามความจำเป็น ซึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายสำหรับ sterile tape มีการจัดระเบียบห้อง supply รวม ตามหลักการ 5 ส ทำให้การจัดเก็บอุปกรณ์ปลอดเชื้อถูกต้องตามหลักมาก่อนใช้ก่อน “first in first out” สภาพแวดล้อมในห้องถูกสุขลักษณะ และสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น หลังจากนั้นได้สรุปวิธีการปฏิบัติงาน รวบรวมความรู้ที่ได้จัดเป็นเอกสารในรูปของคู่มือและแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสกัดความรู้ออกจากตัวคน (Externalization) E : Tacit to Explicit จากนั้นแต่ละกลุ่มจะมีการนำเสนอและสื่อสารเพื่อแบ่งปันฐานความรู้ใหม่ให้กับสมาชิกอีก 12 คน ใน CoP supply surg เพื่อให้มีวิธีการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นจากที่ปฏิบัติอยู่เดิม พร้อมทั้งจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย 16 แห่งในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ร่วมกับนำเสนอสู่ภายนอก CoP supply surg ผ่านเว็บไซต์ Knowledge management ของฝ่ายการพยาบาล เป็นการรวบรวมความรู้ (Combination) C : Explicit to Explicit

ในช่วงนี้ได้เริ่มมีการนำเอาโปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐาน Microsoft excel เข้ามาช่วยในการลดระยะเวลาการเบิกจ่ายวัสดุการแพทย์ แทนการเขียนเบิกด้วยมือในการกระดาษ ทำให้มีการเรียนรู้ในการใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และแลกเปลี่ยนสอนงานกันในระหว่างสมาชิกที่มีประสบการณ์และทักษะมากไปยังสมาชิกที่ยังขาดประสบการณ์และทักษะน้อย เวลาผ่านไป 5-6

เดือนสมาชิกจึงสามารถใช้โปรแกรมการเบิกจ่ายวัสดุงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ได้ ทำให้ลดระยะเวลาในการเบิกวัสดุแต่ละเดือน สมาชิกมีความสะดวกสบายและความพึงพอใจมาก และได้เผยแพร่การใช้งานโปรแกรมการเบิกจ่ายวัสดุไปยังงานการพยาบาลอื่นในฝ่ายการพยาบาลอีก 2 แห่ง

การดำเนินกิจกรรมในปี พ.ศ. 2556 สมาชิก CoP supply surg ได้ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการลดค่าใช้จ่ายในการเบิกวัสดุการแพทย์ของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ลงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2555 โดยมุ่งลดจำนวนวัสดุคงค้างใน stock ตามแนวคิด lean ของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า ค่าใช้จ่ายในการเบิกวัสดุการแพทย์ของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ลดลงเป็นจำนวนเงิน 1,026,028.09 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.62 บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

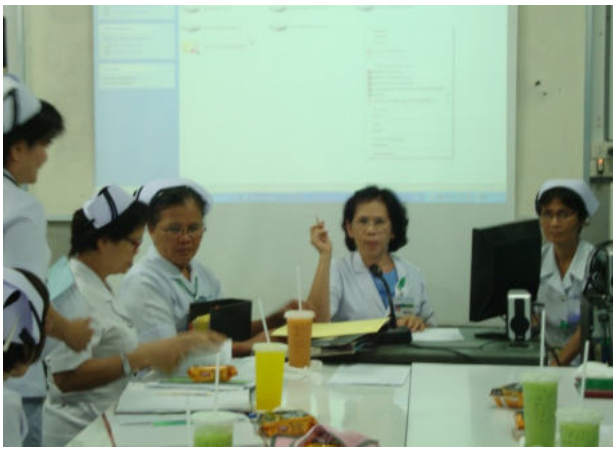
CoP supply surg มีการดำเนินกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี สมาชิกบางคนเกษียณอายุราชการ มีสมาชิกที่เป็นหัวหน้าผู้ช่วยพยาบาลคนใหม่มารับผิดชอบดูแลงาน supply ของหอผู้ป่วยแทน ได้มีการเรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติจากเอกสารที่จัดทำขึ้น เรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานจากการสอน บอกเล่าของสมาชิกเก่า รวมทั้งมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนในกลุ่มของหัวหน้าผู้ช่วยพยาบาลที่อยู่ในงานการพยาบาลอื่น ๆ มีการนำเอาความรู้การจัดการ stock จากหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาเพื่อบริหารจัดการวัสดุการแพทย์คงคลัง และดูแล stock ภายในหอผู้ป่วย ภายในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ซึ่งส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากร (วัสดุการแพทย์ คน เวลา) อย่างคุ้มค่าคุ้มทุน ลดความสูญเปล่าจากวัสดุหมดอายุก่อนการใช้งานลง จนในปัจจุบันได้นำฐานความรู้ในการจัดการวัสดุการแพทย์ที่ได้มาจากปฏิบัติและการปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหา มาสร้างกระบวนการใหม่ในการบริหารจัดการเบิกจ่ายและควบคุมวัสดุใน stock โดยร่วมมือกับ

หน่วยสารสนเทศของโรงพยาบาลจัดทำโปรแกรม sub stock ส่งผลให้สามารถบันทึกรายการเบิกจ่ายวัสดุ เชื่อมโยงกับการใช้วัสดุในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในการเปลี่ยนผ่านและการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรมได้ดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน CoP supply surg อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการส่งต่อความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) สู่ความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) แล้วมีการนำไปใช้ในระดับบุคคล ครอบคลุมการเรียนรู้และลงมือทำ และเปลี่ยนเป็นความรู้ฝังลึกในระดับบุคคลซึ่งเป็นทรัพย์สินที่มีค่ายิ่งขององค์กร เป็นการผนึกฝังความรู้ (Internalization) I : Explicit to Tacit

บทเรียนที่ได้รับจากการทำกิจกรรมตลอดระยะเวลา 3 ปีกว่า ๆ พบว่าการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานลักษณะเดียวกัน จะสร้างโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของคนในหน่วยงานโดยเน้นเป้าหมายเดียวกันคือมุ่งปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศ (best practice) ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาและพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น และยังเป็นช่องทางหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเอง ทั้งด้านความกล้าในการนำเสนอผลงานให้กับผู้บริหารภายในและภายนอกองค์กร การวิพากษ์ การเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพัฒนาคน พัฒนางาน เกิดเป็นบรรยากาศที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ ความกระตือรือร้นในการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะส่งผลต่อการปลูกฝังความรู้สึกรักมั่นผูกพันต่อองค์กรในระยะยาว





## รายชื่อสมาชิก CoP supply surg ในปัจจุบัน

|                   |              |   |
|-------------------|--------------|---|
| 1. นางสาวนฤมล     | วงศ์มณีโรจน์ | ผู้ตรวจการพยาบาล  |
| 2. นางอรพินธ์     | วงศ์กิติ     | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1              |
| 3. นางสาวอัมพร    | ไชยวุฒิ      | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2              |
| 4. นางพิทยพร      | หมื่นโพธิ์   | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3              |
| 5. นางมณีพร       | คุณยศยิ่ง    | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1             |
| 6. นางนิภาพรรณ    | ภู่อว้าง     | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2             |
| 7. นางสาวศรีพรรณ  | สุจาศรี      | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 3             |
| 8. นางรัตนา       | แช่มมณี      | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก หัวใจฯ |
| 9. นางผ่องนภา     | ตาสา         | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก หัวใจฯ      |
| 10. นางจำเนียร    | คำเมืองใจ    | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท        |
| 11. นางสมจิต      | สมพัทธ์      | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท             |
| 12. นายสุวรรณ     | ทาวงค์       | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป         |
| 13. นางภาณี       | แก้วผา       | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน       |
| 14. นางอุไรวรรณ   | ทาวงค์       | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ    |
| 15. นางสีทอง      | ธรรมชั้นแก้ว | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท         |
| 16. นายธวัช       | หนูคำป็น     | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก          |
| 17. นางจินตนา     | ซัชวาลย์     | หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจฯ  |
| 18. นางสาวณัฐภรณ์ | ศิรินิยมชัย  | พยาบาลหอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก                              |
| 19. นางสาวนงนุช   | ดวงสร้อย     | พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป                             |
| 20. นางสาวฤดีมาศ  | โลหะชัยพร    | พยาบาลประสานงานฯ  |
| 21. นางสาวรุจิพร  | เทพอำพันธ์   | พยาบาลประสานงานฯ  |

# เรื่อง เรียนรู้จากผู้ป่วย สร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

สุรภี แสนสมบัติ หัวหน้างานการพยาบาลพิเศษเฉพาะทาง\*

## แนวคิด

จากการที่หอผู้ป่วยพิเศษ สุจินโณ 12 ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางตา ที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก้วในผู้ป่วยจอร์รับภาพหลุดลอก เห็นความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบายจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต้นคอ ไหล่ หลัง ในผู้ป่วยจอร์รับภาพหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก้ว ที่มีแผนการรักษาให้นอนคว่ำหน้าตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามแผนการรักษา ส่งผลต่อการรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ ทางหอผู้ป่วยจึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมเรื่อยมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมาน สิ่งหนึ่งที่หอผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญคือ ความคิดเห็น คำบอกเล่าจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยและญาติ ทำให้หอผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ตลอดเวลา สิ่งนี้มีความสำคัญมาก นำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดีที่สุด ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ

## เรื่องเล่า

จากการที่หอผู้ป่วยพิเศษสุจินโณ 12 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจอร์รับภาพหลุดลอก ซึ่งเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยโรคตาที่มารับบริการในหอผู้ป่วยเฉลี่ยจำนวน 15 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยตาทั้งหมดในหอผู้ป่วย เป็นโรคที่มีความสำคัญเพราะมีความเสี่ยงในการรักษา มักจะทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้รวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว อีก

ทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเพราะต้องใช้เครื่องมือที่ละเอียดและทันสมัย จำเป็นต้องรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมการพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางด้านจอร์รับภาพ เพื่อให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่แก้ว แพทย์จะมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยคว่ำหน้า หรือต้องอยู่ในท่าที่แพทย์กำหนดเป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานไม่สุขสบายจากการคว่ำหน้า จากอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอ ไหล่ และหลังอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวให้อยู่ในท่าที่แพทย์กำหนดได้ ซึ่งทำให้การรักษาไม่บรรลุผล ในผู้ป่วยบางรายต้องมีการผ่าตัดซ้ำ ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นการผ่าตัดชนิดนี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่แพทย์ต้องการให้ได้ตามแผนการรักษา ทางหอผู้ป่วยจึงได้คิดสร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยขึ้น

ในปี พ.ศ. 2548 หอผู้ป่วยได้จัดทำนวัตกรรม “โต๊ะคลายเมื่อย” เก็บข้อมูลประเมินผลพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับมากร้อยละ 85 ผู้ป่วยสามารถใช้โต๊ะคลายเมื่อยนั่งคว่ำหน้าบนเตียง หรือเปลี่ยนมานั่งข้างเตียงโดยสามารถอยู่ในท่าคว่ำหน้าได้ตามการรักษา และได้เผยแพร่นวัตกรรมแก่หอผู้ป่วยจักษุ 1 และ จักษุ 2 แต่พบว่าความพึงพอใจต่อการบรรเทาความปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย

\* งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปี พ.ศ. 2549 ได้พัฒนาการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ต้องนอนคว่ำหน้าโดยการบรรเทาความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโดยการนวดแผนไทยในผู้ป่วยจอร์รับภาพหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก๊สและเก็บข้อมูลติดตามประเมินผล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการนวดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 75 ประเมินระดับความเจ็บปวดที่มี pain score < 3 คิดเป็นร้อยละ 70 ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือผู้ป่วยบางคนไม่ชอบการนวดและมีข้อจำกัดในความแตกต่างทางเพศระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

จากปัญหาและอุปสรรคที่พบ หอผู้ป่วยจึงได้จัดทำนวัตกรรมประคบร้อนด้วยถุงธัญพืชในผู้ป่วยจอร์รับภาพหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก๊สในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งได้แนวคิดมาจากผู้ป่วยนำถุงประคบร้อนจากต่างประเทศมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดท้องแล้วได้ผลดีทางหอผู้ป่วยจึงได้ประดิษฐ์นวัตกรรมถุงประคบร้อนธัญพืชขึ้นมา โดยใช้วัสดุจากเมล็ดข้าวโพดที่หาได้ง่ายในห้องถิ่น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการประคบร้อนด้วยถุงธัญพืชในระดับมากร้อยละ 87.5 ระดับของความเจ็บปวดที่ลดลงร้อยละ 100 ทางหอผู้ป่วยได้คำนึงถึงสุขอนามัยที่ดีของผู้ป่วย จึงได้จัดทำปลอกหุ้มถุงประคบ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและง่ายต่อการทำความสะอาด ซึ่งได้นำเสนอผลงานนี้ในรูปแบบโปสเตอร์งานวันพยาบาลแห่งชาติ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 รวมทั้งได้เผยแพร่นวัตกรรมนี้ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ

และในปี พ.ศ. 2557 ได้สร้างนวัตกรรม “ไม้กระดานคว่ำหน้า” ขึ้น โดยเรียนรู้จากอุปกรณ์คว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอร์รับภาพหลุดลอกที่กลับไปอยู่บ้านแล้ว ได้ประดิษฐ์ ไม้กระดานเจาะรู

เพื่อใช้สำหรับการนอนคว่ำหน้าที่บ้าน และได้ส่งรูปมาให้ทางหอผู้ป่วย โดยแจ้งว่าสามารถใช้ได้ผลดีมาก สะดวกสบาย ทำให้นอนคว่ำหน้าได้เป็นระยะเวลาที่นานมากขึ้น ทางหอผู้ป่วยจึงได้เกิดแนวคิดที่จะประดิษฐ์เป็นไม้กระดานคว่ำหน้าขึ้นเอง และนำไปใช้ในหอผู้ป่วยเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 และมีโครงการจะให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปใช้ต่อที่บ้านได้ ซึ่งนับว่าเป็นการสร้างสรรคนวัตกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเกือบ 10 ปี

### สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการดูแลใส่ใจอย่างใกล้ชิด จะทำให้เราได้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยซึ่งเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเรียนรู้นั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วย สามารถนำมาปรับใช้ โดยผ่านที่บททวนทดสอบและประเมินผลทั้ง process และ outcome ก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ขึ้นภายในหอผู้ป่วย การมีความคิดสร้างสรรค์ สามารถนำมาขยายผล ก่อให้เกิดสิ่งดี ๆ กับผู้ป่วยและญาติ ในสถานการณ์จริง ดังนั้น การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล จึงมีความสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ ต้องการให้เกิดการสุขสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (efficiency) เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีประสิทธิผล (effectiveness) ผู้ให้การดูแลเกิดความภาคภูมิใจ มีความสุขที่ได้ทำสิ่งดี ๆ ให้กับผู้ป่วย เป็นการเพิ่มคุณค่าของคนทำงาน (value on staff)



การพัฒนา นวัตกรรม

เรียนรู้จากผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ปี พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน โต๊ะคว่ำหน้า



ปี 2549 - ปี2553 นวดแผนไทย



ปี 2553 -ปัจจุบัน ถูงประคบสมุนไพร



ปี 2557 กระจกคว่ำหน้า







**ข้อมูลนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์**  
**ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**  
**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

**ชื่อนวัตกรรม** การใช้แท่งประคบเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยกระดูกงูมุกหัก

**ชื่อผู้ประดิษฐ์** วรัญญา มุรินทร์ และคณะ

**ลักษณะนวัตกรรม**

- เป็นผลงาน วิธีการ กระบวนการใหม่ หรือ องค์ความรู้ใหม่
- เป็นผลงาน วิธีการ กระบวนการที่มีอยู่แล้ว แต่นำมาปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอด
- จากโครงการ / นวัตกรรม เรื่อง \_\_\_\_\_

**ชื่อหน่วยงาน/สังกัด** หน่วยผ่าตัดเล็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน

**ที่มาของการทำนวัตกรรม** ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากกระดูกงูมุกหักหรือยุบมักจะมีเลือดออกจากงูมุก ดั้งงูมุก เบี้ยวหรือยุบทำให้หายใจไม่สะดวกและสูญเสียภาพลักษณ์ การประคบเย็นทันทีหลังการตัดกระดูกงูมุกหักให้ เข้าที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดในการทำหัตถการ ลดภาวะเลือดออกและลดอาการบวมได้

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อประเมินผลการใช้แท่งประคบเย็นต่ออาการปวดในผู้ป่วยกระดูกงูมุกหัก  
2. เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ

**วันที่เริ่มทำนวัตกรรม** 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556

**ระยะเวลาดำเนินการ** 4 เดือน

**ขั้นตอนและวิธีการ**

1. ใช้กล่องพลาสติกรูปทรงกระบอกขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 ซม. ความสูง 5 ซม. ใส่น้ำสะอาด และแช่เย็นจนเป็นน้ำแข็งซึ่งลักษณะของรูปทรงทำให้ สะดวกกับการใช้

2. เมื่อจะใช้ นำผ้าสะอาดพันรอบแท่งประคบ บริเวณด้านข้างงูมุกทั้ง 2 ข้าง นาน 20 นาที พัก 10 นาที ประคบ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมานจากอาการปวดหลังทำหัตถการ

**วิธีการดำเนินงาน**

ศึกษาในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากกระดูกงูมุกหัก หรือยุบที่เข้ารับการรักษาด้วยการตัดกระดูกงูมุกหัก ให้เข้าที่ (closed reduction of nasal fracture) ณ ห้องผ่าตัดเล็ก 2 ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2558 จำนวน 63 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้แก่ มาตรฐานวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating

Scale: NRS) (Ahlers et al, 2008) มาตรฐานวัดแบบบรรยายการรับรู้ความปวดที่ลดลง (ประยุกต์จาก Sloman, Wruble, Rosen & Rom, 2006) และแบบประเมินความพึงพอใจ

หลังผ่าตัดจะมีการประเมินระดับความปวดทันที และประเมินด้วยแห่งประเมินบริเวณสองข้างของดั้งจมูกนาน 20 นาที หลังจากนั้นประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำ

### สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีประคบเย็นด้วยแห่งประคบเย็นเพียงอย่างเดียว จำนวน 59 ราย มีระดับความปวดลดลง โดยลดลงทั้งหมดร้อยละ 27.12 ลดลงปานกลางร้อยละ 57.63 ลดลงเล็กน้อยร้อยละ 15.25 และมีความพึงพอใจต่อการจัดการอาการระดับมากที่สุดร้อยละ 20.34 ระดับมากร้อยละ 67.8 และระดับปานกลางร้อยละ 11.86 การจัดการความปวด ความปวดจากการผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน (acute pain) ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยการสอนหรือให้ข้อมูล ซึ่งเป็นวิธีเพิ่มการรับรู้ในระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกปวดและเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความ สามารถในการเผชิญกับปัญหาและการควบคุมสถานการณ์ ในระยะผ่าตัด การจัดการอาการปวดเป็นแบบใช้ยาได้แก่การใส่ nasal packing ด้วย gauze drain ชุบ 10% cocaine 3 cc. และการฉีด intranasal ด้วย 1% xylocaine with adrenaline 10 cc. และไม่ใช้ยาได้แก่ การฝึกการหายใจ การปลอมโยน การสัมผัส ในระยะหลังผ่าตัดมีการประเมินระดับความเจ็บปวดและประเมินด้วยแห่งประเมินทันทีบริเวณ 2 ข้างของดั้งจมูก 20 นาที และได้มีการประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำหลังประคบเย็น 20 นาที ซึ่งความเย็นช่วยลดการนำกระแสประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งทำให้เกิดอาการชา ลดภาวะเลือดออก

และลดอาการบวมได้ ส่วนการใช้ถุงเจลประคบเย็นมักมีขนาดไม่เหมาะสม การวางทาบบริเวณใบหน้ามักจะทำให้เกิดอาการชาที่บริเวณแก้ม และต้องระมัดระวังห้ามวางพาดบริเวณสันจมูก เนื่องจากกระดูกอ่อนที่จมูกอาจเกิดการยุบตัวลงได้อีก เนื่องจากยังสมานกันไม่แข็งแรง และความเย็นมักจะลดลงตามอุณหภูมิกายทำให้การประคบไม่ได้ผลดี

### การขยายผลของนวัตกรรม

การประคบเย็นด้วยแห่งประคบเย็นเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการปวดแบบ acute pain หลังผ่าตัดตัดกระดูกจมูกหักให้เข้าที่ได้อย่างเหมาะสม และได้ผลดี หลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยไม่จำเป็น และหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยา

**คำสำคัญ** กระดูกจมูกหัก แห่งประคบเย็น อาการปวด

**งบประมาณที่ใช้ (ถ้ามี)** ไม่มี

### การขยายผลของนวัตกรรม

- มีการใช้ / ประยุกต์ใช้เฉพาะหน่วยงาน
- มีการใช้ / ประยุกต์ใช้นอกหน่วยงาน ได้แก่ (ระบุชื่อหน่วยงาน) \_\_\_\_\_
- มีการใช้ / ประยุกต์ใช้นอกโรงพยาบาล / คณะฯ ได้แก่ (ระบุชื่อหน่วยงาน) \_\_\_\_\_
- ได้รับรางวัลระดับประเทศ/ นานาชาติ ได้แก่ (ระบุชื่อรางวัล / สถาบันที่มอบรางวัล / ได้รับเมื่อใด)

### สรุปผลการดำเนินการ

1. ปัญหา/ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ - ไม่มี
2. กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น การใช้ถุงเจลประคบเย็นมักมีขนาดไม่เหมาะสม การวางทาบบริเวณใบหน้ามักจะทำให้เกิดอาการชาที่บริเวณแก้ม และต้องระมัดระวังห้ามวางพาดบริเวณสันจมูก

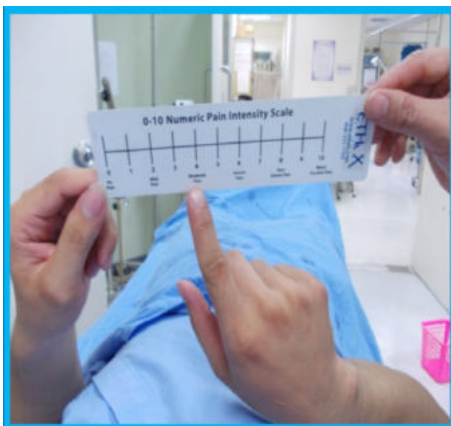
เนื่องจากกระดูกอ่อนที่จมูกอาจเกิดการยุบตัวลงได้อีก เนื่องจากยังเสมอกันไม่แข็งแรง และความเย็นมักจะลดลงตามอุณหภูมิกายทำให้การประคบไม่ได้ผลดี

3. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนืองต่อไป การประคบเย็นด้วยแท่งประคบเย็นเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วย

บรรเทาอาการปวดแบบ acute pain หลังผ่าตัดกระดูกจมูกหักให้เข้าที่ได้อย่างเหมาะสมและได้ผลดี หลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยไม่จำเป็น และหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยา



แท่งประคบเย็น



### เอกสารอ้างอิง

- Ahlers, S. J., Gulik, L. v., Veen, A. M. , Dongen, H. P. v., Bruins, P., Belitser, S. V., et al. (2008). Comparison of different pain score systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care, 12*, 1-8.
- Sloman, R., Wruble, A. W., Rosen, G., & Rom, M. (2006). Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Management Nursing, 7*(4), 153-158.



ข้อมูลนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อนวัตกรรม กล่องเก็บเลือด หอผู้ป่วยสังเกตอาการ

ลักษณะนวัตกรรม  เป็นผลงาน วิธีการ กระบวนการใหม่ หรือ องค์ความรู้ใหม่  
 เป็นผลงาน วิธีการ กระบวนการที่มีอยู่แล้ว แต่นำมาปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอด  
จากโครงการ / นวัตกรรม เรื่อง \_\_\_\_\_

ชื่อเจ้าของนวัตกรรม นางสาวกัลยกร มะหิงษา และนางสาวนันทมน วงศ์แพทย์

ชื่อหน่วยงาน/สังกัด หอผู้ป่วยสังเกตอาการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน

รายชื่อสมาชิก

1. นางสาวกัลยกร มะหิงษา
2. นางสาวนันทมน วงศ์แพทย์

#### หลักการและเหตุผล

การให้เลือด เป็นหัตถการที่พบบ่อย และมีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยสังเกตอาการ โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มาให้เลือด 1,649, 1,721, 1,765 รายต่อปี (สถิติหอผู้ป่วยสังเกตอาการ 2553-2555) บางช่วงเวลามีผู้ป่วยมารับบริการให้เลือดพร้อมกันหลายคน จากการสังเกตพบว่ามี การนำถุงเลือดที่รอให้ผู้ป่วย นำไปเก็บไว้ในตู้เย็นรวมกันซึ่งในตู้เย็นมีทั้งยาและถุงเลือด บุคลากรพยาบาลมีการหยิบเลือดหลายครั้งเพื่อตรวจสอบ ทำให้ใช้เวลานานขึ้นในการค้นหาถุงเลือดเพื่อต่อ กรณีเลือดถุงแรกหมด ทำให้พยาบาลต้องรีบนำเลือดไปต่อ ทำให้มีโอกาที่จะระบุนชนิดของเลือดผิดได้ มีรายงานการเกิดอุบัติเหตุการต่อเลือดถุงที่สองผิดพลาด 2 รายต่อปี

ดังนั้นเพื่อเป็นการช่วยลดอุบัติเหตุการต่อเลือดผิดในผู้ป่วยที่มารับเลือด โดยใช้หลักการของการควบคุมด้วยสายตา (visual control) เป็นระบบการเตือนลดข้อผิดพลาดจากข้อจำกัดของคนทำงานจึงได้คิดค้นและประดิษฐ์กล่องเก็บเลือดขึ้น เพื่อใช้แยกบรรจุถุงเลือดแต่ละชนิด ช่วยสื่อสาร เตือนใจบุคลากรทางการพยาบาล ลดความผิดพลาด ลดเวลาการค้นหาถุงเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการต่อเลือดถุงต่อไปได้เร็วขึ้นและปลอดภัย

#### วัตถุประสงค์

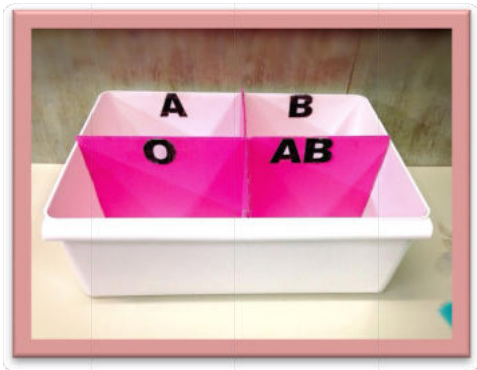
1. เพื่อช่วยลดอุบัติเหตุการให้เลือดผิดคน
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจ ในการใช้กล่องเก็บเลือด

วันที่เริ่มทำนวัตกรรม มกราคม พ.ศ. 2557

ระยะเวลาการดำเนินการ ประเมินผลปฏิบัติการรายปี

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เตรียมกล่องพลาสติกแข็งขนาด 10x15 นิ้ว จำนวน 1 กล่อง
2. แบ่งกล่องพลาสติกออกเป็นสี่ส่วนเท่า ๆ กัน
3. นำพลาสติกชนิดแข็งมาติดกันระหว่างกลางที่แบ่งครึ่งไว้
4. ติดสัญลักษณ์ชนิดของกรุ๊ปเลือด A, B, O, AB ลงในช่องแต่ละช่อง
5. ราคารวมกล่องละ 200 บาท



### วิธีใช้งาน

1. เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการการให้เลือด ก่อนให้เลือดจะมีการ double check ด้วยพยาบาล 2 คน จะมีการบอกชื่อ-นามสกุล, HN, กรุ๊ปเลือด, number เลือด และจำนวนเป็นซีซี
2. ก่อนที่จะให้เลือดกับผู้ป่วยจะมีการถาม ชื่อ, นามสกุล, กรุ๊ปเลือด ก่อนทุกครั้ง

3. ผู้ป่วยที่ต้องเติมเลือดมากกว่า 1 ถุง จะมีการเก็บเลือดที่เหลือไว้ตามช่องของแต่ละกรุ๊ปเลือด ภายในกล่องที่มีการจัดเตรียมไว้และเก็บไว้ในตู้เย็น เมื่อมีการนำเลือดไปให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลจะหยิบถุงเลือดที่อยู่ในช่องตามกรุ๊ปเลือด และนำมาตรวจสอบตามมาตรฐานการให้เลือด ทุกครั้ง



### ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ

1. อุบัติการณ์การต่อเลือดผิดพลาด
2. บุคลากรพึงพอใจ ในการใช้กล่องเก็บเลือด เพื่อเก็บถุงเลือด ในตู้เย็น

### ผลลัพธ์

1. อุบัติการณ์การต่อเลือดผิดพลาด จากเดิมปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 1 ครั้ง ปี พ.ศ. 2558 ไม่มีอุบัติเหตุ
2. ความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้กล่องเก็บเลือด เพื่อเก็บถุงเลือดในตู้เย็น ร้อยละ 100



ตัวชี้วัดผลสำเร็จของนวัตกรรมและผลลัพธ์ (กรณีที่มีการเทียบเคียง ให้ระบุตัวชี้วัดที่ใช้และสถาบันที่เทียบเคียง)

| ตัวชี้วัด<br>(KPI)                           | เป้าหมาย<br>(Target) | ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้        |                                       |                                       |  |
|--|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
|  |                      | ผลลัพธ์ก่อน<br>การดำเนินการ | ผลลัพธ์หลังการ<br>ดำเนินการครั้งที่ 1 | ผลลัพธ์หลังการ<br>ดำเนินการครั้งที่ 2 | ผลลัพธ์หลังการ<br>ดำเนินการครั้งที่..... |
| 1. อุบัติการณ์การต่อเลือดผิด                 | 0                    | 2                           | 1                                     | 0                                     |  |
| 2. บุคลากรพึงพอใจ ในการ<br>ใช้กล่องเก็บเลือด | 100%                 | -                           | 100%                                  | 100%                                  |  |

งบประมาณที่ใช้ 200 บาท/กล่อง

### สรุปผลการดำเนินการ

#### การขยายผลของนวัตกรรม

- มีการใช้ / ประยุกต์ใช้เฉพาะหน่วยงาน
- มีการใช้ / ประยุกต์ใช้นอกหน่วยงาน ได้แก่ (ระบุชื่อหน่วยงาน) \_\_\_\_\_
- มีการใช้ / ประยุกต์ใช้นอกโรงพยาบาล / คณะฯ ได้แก่ (ระบุชื่อหน่วยงาน) \_\_\_\_\_
- ได้รับรางวัลระดับประเทศ / นานาชาติ ได้แก่ (ระบุชื่อรางวัล / สถาบันที่มอบรางวัล / ได้รับเมื่อใด)

1. ปัญหา/ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ -
2. กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น
  - ช่วยลดอุบัติเหตุการต่อเลือดผิด ในผู้ป่วยที่มารับเลือด
  - ระบบการเตือน ลดข้อผิดพลาดจากข้อจำกัดของคนทำงาน
  - เตือนใจบุคลากรทางการแพทย์ ลดความผิดพลาด
  - ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการต่อเลือดถูกต้องไป得更เร็วขึ้นและปลอดภัย
3. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนืองต่อไป -





**ข้อมูลนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์**  
**ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**  
**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

**ชื่อนวัตกรรม**            **ทีนอนเจล**

**ลักษณะนวัตกรรม**    [ ] เป็นผลงาน วิธีการ กระบวนการใหม่ หรือ องค์ความรู้ใหม่  
                                  [ / ] เป็นผลงาน วิธีการ กระบวนการที่มีอยู่แล้ว แต่นำมาปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอด  
                                  จากโครงการ / นวัตกรรม เรื่อง    ทีนอนवलนุช

**ชื่อเจ้าของนวัตกรรม**    นางเอมมิภา ทองนอก

**ชื่อหน่วยงาน / สังกัด**    หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์

**รายชื่อสมาชิก**

1. นางสาวศศิธร    ปิ่นแก้ว                    2.    นางวรวลัญชัญ    วงศ์สายใจ
3. นางบานเย็น    พรหมเสพสีก

**ที่มาของการทำนวัตกรรม**

เนื่องด้วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มโรคได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคไตและกลุ่มโรคเลือด ซึ่งในบางกลุ่มโรคนั้นผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนาน โอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ สูงเช่น การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น นอกจากนี้ทีนอน Alpha bed มีจำนวนจำกัดไม่พอเพียงกับจำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังในการเกิดแผลกดทับจำนวนมาก

**หลักการและแนวคิด**

การรองรับแรงกดอย่างคงที่ด้วยเทคโนโลยีระดับต่ำ (low technology constant pressure support; LCP)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย

**วันที่เริ่มต้นทำนวัตกรรม** ตุลาคม ปี พ.ศ. 2555

**ระยะเวลาการดำเนินการ** 3 เดือน

**ขั้นตอนการดำเนินงาน**

(กรณีเป็นสิ่งประดิษฐ์ให้แสดงวิธีการประดิษฐ์ พร้อมรูปประกอบ อย่างน้อย 1 - 2 รูป)

1. รวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ และอัตราการนอนนานในหอผู้ป่วย
2. ค้นหาข้อมูลกระบวนการที่มีอยู่แล้ว แต่นำมาปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอด จากนวัตกรรมเรื่อง ที่นอนนวลนุช

**วิธีการดำเนินงาน / วิธีการใช้งานสำหรับนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (พร้อมรูปประกอบ)**

1. เตรียมผ้าฝ้ายที่ใช้ทำที่นอนเจล นำมาเย็บเป็นถุงช่อง สำหรับใส่เจล
2. นำเจลที่ได้จากการทำความเย็นขณะเคลื่อนย้ายมาวางให้ละลายเป็นอุณหภูมิห้อง แล้วนำมาล้างทำความสะอาด ตกให้แห้ง
3. ใส่เจล ลงตามช่องในที่เย็บไว้ (ดังรูป) นำไปปูที่เตียงผู้ป่วย คลุมด้วยผ้ายาง และผ้าขวางเตียง พร้อมใช้งาน

**ตัวชี้วัดผลสำเร็จของนวัตกรรมและผลลัพธ์** (กรณีที่มีการเทียบเคียง ให้ระบุตัวชี้วัดที่ใช้และสถาบันที่เทียบเคียง)

| ตัวชี้วัด (KPI)                 | เป้าหมาย (Target) | ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้    |   |  |  |
|---------------------------------|-------------------|-------------------------|---|--|--|
|                                 |                   | ผลลัพธ์ก่อนการดำเนินการ | ผลลัพธ์หลังการดำเนินการครั้งที่ 1       | ผลลัพธ์หลังการดำเนินการครั้งที่ 2          | ผลลัพธ์หลังการดำเนินการครั้งที่.....     |
| 1. การเกิดแผลกดทับ.             | 0 ราย/เดือน       | 1-2 ราย/เดือน           | ตุลาคม<br>ใช้ 3 คน<br>ไม่เกิดอุบัติเหตุ | พฤศจิกายน<br>ใช้ 2 คน<br>ไม่เกิดอุบัติเหตุ | ธันวาคม<br>ใช้ 5 คน<br>ไม่เกิดอุบัติเหตุ |
| 2. ความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรม | 100%              | -                       | 100%                                    | 100%                                       | 100%                                     |

**งบประมาณที่ใช้ (ถ้ามี)**

ผ้าฝ้ายสำหรับทำที่นอนเจล รวมค่าเย็บฝืนละ 200 บาท

**การขยายผลของนวัตกรรม**

- [  ] มีการใช้ / ประยุกต์ใช้เฉพาะหน่วยงาน
- [  ] มีการใช้ / ประยุกต์ใช้นอกหน่วยงาน ได้แก่ (ระบุชื่อหน่วยงาน) \_\_\_\_\_
- [  ] มีการใช้ / ประยุกต์ใช้นอกโรงพยาบาล / คณะฯ ได้แก่ (ระบุชื่อหน่วยงาน) \_\_\_\_\_
- [  ] ได้รับรางวัลระดับประเทศ / นานาชาติ ได้แก่ (ระบุชื่อรางวัล / สถาบันที่มอบรางวัล / ได้รับเมื่อใด)

**สรุปผลการดำเนินการ**

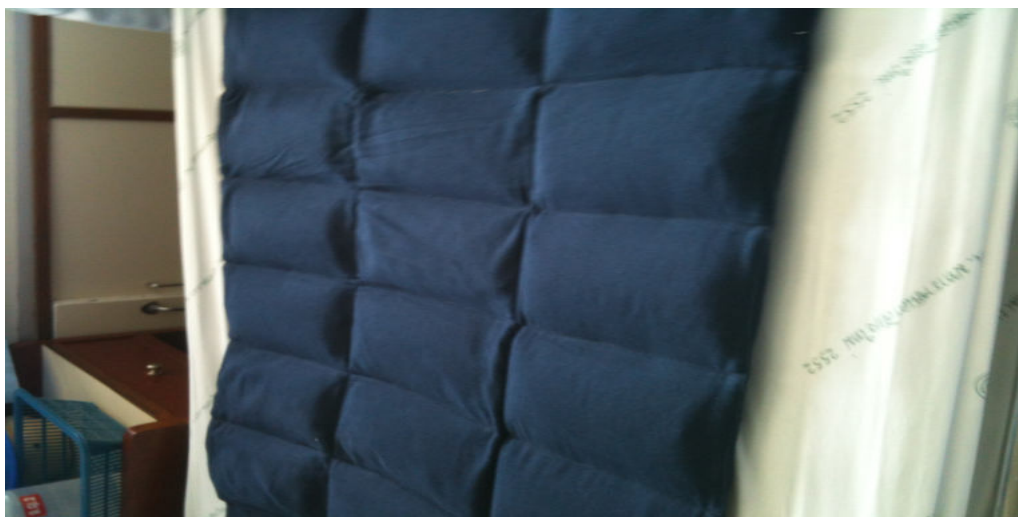
1. ปัญหา/ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการที่นอนเจล ค่อนข้างหนัก
2. กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลได้จากการที่จะต้องซื้อที่นอน Alpha bed และผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ
3. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป ทำที่ป้องกันแผลกดทับที่เกิดในตำแหน่งอื่น ๆ เช่น ตาตุ่ม ไบหู เป็นต้น



เจล และ ฟีนอน



### วิธีใส่เจล



ที่นอนเจลที่พร้อมใช้

## บุคคลในวันนี้



นางพัชรินทร์ เนตรสว่าง

พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### สถานที่ทำงานในปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษบุญสม 7 งาน  
การพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### วุฒิการศึกษา

- วุฒิมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วุฒิบัตร APN สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการควบคุมการติดเชื้อ

### ประวัติการทำงาน

- เริ่มรับราชการ เมื่อวันที่ 15 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2537 ตำแหน่ง พยาบาล 3 ระดับ 3 สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยพิเศษบุญสม 7 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การทำงานในหอผู้ป่วย มีการประสานสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีม และสร้างทีมงานที่ก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีกับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้มาติดต่อกับงานด้วย ความมีมนุษยสัมพันธ์ดีกับทุกคน มีส่วนร่วมในโครงการทำ Nursing Round ผู้ป่วยระหว่างส่งเวรผู้ป่วยทุกเช้า ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ สื่อสาร สร้างความเข้าใจอันดีกับผู้ร่วมงานและผู้มารับบริการ รวมทั้งสามารถติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ โภชนากร เป็นต้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และผู้มารับบริการ มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีความรู้ วิริยะ อุตสาหะ และมีความตั้งใจที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษบุญสม 7 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทางด้วยความอดทน ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคปัญหาในงาน และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยตนเอง และภายใต้การดูแลของผู้บังคับบัญชา โดยมีการนำผลการวิจัยและนวัตกรรม



มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน มีระเบียบวินัยในการทำงาน ประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากรทุก ๆ ระดับ

#### ประสบการณ์/ความเชี่ยวชาญพิเศษ

ทำหน้าที่อนุกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล และประธาน

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง ร่วมขับเคลื่อนนโยบายการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาสู่การปฏิบัติ

#### การศึกษาดูงานต่างประเทศ

- วันที่ 24 พฤษภาคม- 24 มิถุนายน พ.ศ. 2553  
ศึกษาดูงานด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ณ Sayama Goodwill Hospital เมืองไซตามะ ประเทศญี่ปุ่น ในระหว่าง

- วันที่ 5 พฤศจิกายน- 4 ธันวาคม พ.ศ. 2557  
ศึกษาดูงานด้านการพยาบาล ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโกเบ เมืองโกเบ ประเทศญี่ปุ่น ในระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน – 4 ธันวาคม พ.ศ. 2557







รางวัลค่านิยมคนสวนดอก ประจำปีพุทธศักราช 2557

### กิจกรรมคุณภาพ

1. กิจกรรมโครงการพัฒนาคุณภาพ ทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน ดังนี้

1.1 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

1.2 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอด เลือดดำส่วนปลายโดยใช้ชุดการดูแล งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในการประชุมวิชาการ ICN forum ครั้งที่ 8 IC update 2013 : the winning way to IC ความสำเร็จในงาน IC ในวันที่ 20-22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จ. เชียงใหม่ และการประชุมวิชาการประจำปี 2556 ของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

1.3 ผู้ร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้ชุดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ไม่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

1.4 ผู้ร่วมโครงการวิจัยเรื่อง Promoting Evidence-Based Practices in the management of Peripheral Intravascular Devices among Thai Nurses ที่ทำร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



1.5 ประธานโครงการส่งเสริมการทำ ความสะอาดมือแก่ผู้ป่วย และญาติที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ โดยดำเนินกิจกรรมทุกปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551

1.6 ประธานโครงการส่งเสริมการทำ ความสะอาดมือในบุคลากร งานการพยาบาลผู้ป่วย พิเศษเฉพาะทาง โดยดำเนินกิจกรรมทุกปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554

1.7 ประธานโครงการให้ความรู้แก่ พนักงานทำความสะอาด งานการพยาบาลผู้ป่วย พิเศษเฉพาะทาง โดยดำเนินกิจกรรมทุกปี ปีละ 2 ครั้ง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554

1.8 ร่วมโครงการประกันคุณภาพการ ดูแลผู้ป่วย ตาม Top 5 ของหอผู้ป่วยพิเศษบุญสม

7 ได้แก่ ผู้ป่วย Colorectal cancer, CA breast, Renal calculi และกลุ่มผู้ป่วย High risk high cost ได้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตและตับ

## 2. วิทยากร

2.1 วิทยากรในการปฐมนิเทศบุคลากร พยาบาลใหม่ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษใน หัวข้อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน

2.2 วิทยากรในงาน IC สัญจร ประจำปี ของหน่วยควบคุม และป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

2.3 วิทยากรโครงการ KM เรื่อง “การ จัดการความรู้ในการลดการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ” ในวันเสาร์ที่ 18 มกราคม 2557 ณ กรีน เลค รีสอร์ท เชียงใหม่

## คนเด่น GEN Y : งานการพยาบาลพิเศษทั่วไป

### “หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9”

รัตติยาภรณ์ เมฆมณเฑียร, พยาบาล (ผู้เขียน)

“เรียนดี ... มีมารยาทงาม” คติประจำใจของหนุ่มสาวชาววัฒโนทัยพายัพทุกคน และหนึ่งในนั้นก็ คือดิฉันเอง น.ส.รัตติยาภรณ์ เมฆมณเฑียร นักเรียนโรงเรียนวัฒโนทัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้พากเพียรพยายาม ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน ณ. แดนดินถิ่นฟ้าขาวที่ฉันรัก โดยสามารถทำคะแนนเฉลี่ยสะสมได้สูงสุดติดอันดับเรียนดี 1 ใน 5 ของระดับชั้น อีกทั้งยังเป็นสมาชิกชมรมนาฏศิลป์ของโรงเรียน ซึ่งเป็นแหล่งรวมคนที่มีใจรักและศรัทธาในศิลปวัฒนธรรมของชาวล้านนา มุ่งมั่นและทุ่มเทในการสืบสานสิ่งดีงามของชนชาวล้านนาไว้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ดิฉันเองได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นตัวแทนของประเทศไทย ในนามของชมรมนาฏศิลป์ โรงเรียนวัฒโนทัยพายัพ เดินทางไปเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรมที่ประเทศเกาหลี นับว่าเป็นความภูมิใจสูงสุดในช่วงชีวิตวัยรุ่น ทำให้ดิฉันรู้สึกสนุกและใช้ชีวิตได้คุ้มค่ามาก ๆ สามารถเรียนรู้ศิลปศาสตร์วิชาการ ไปพร้อมกับการเติมเต็มกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิตอีกด้วย

ถ้าหากจะพูดถึงชีวิตส่วนตัวของดิฉันก่อนที่จะเข้ามาเรียนในระดับอุดมศึกษา ดิฉันเป็นคนชอบเรียนรู้ อ่านหนังสือ ชอบอะไรที่มีความเป็นเหตุเป็นผล มีขั้นตอน มีกระบวนการที่มาชัดเจน จึงทำให้ดิฉันชอบเรียนวิชาคณิตศาสตร์ และเลือกเรียนแผนการเรียนวิทยาศาสตร์ – คณิตศาสตร์ เป็นผลต่อเนื่องมาในช่วงปลายมัธยมศึกษาปีที่ 6 ช่วงเวลาที่ทุกคนจะต้องเลือกทางเดินของชีวิตตัวเอง ต้องถามตัวเองว่าอยากจะเป็นอะไร อยากจะเรียนคณะอะไร คำถามเหล่านี้ทำให้ดิฉันได้ฉุกคิด ว่าตัวฉันชอบเรียนคณิตศาสตร์มาก อยากเรียนอะไรที่เกี่ยวข้องกับ

ตัวเลข ในใจจึงคิดถึงคณะบริหารธุรกิจ และบอกกับตัวเองว่า นี่แหละคือคำตอบของดิฉัน คือสิ่งที่ดิฉันอยากจะทำ เรียน แต่พอถึงเวลาสมัครสอบคัดเลือกดิฉันเองกลับเลือกคณะที่ตนเองไม่เคยคิดจะเลือกเลย นั่นก็คือ “คณะพยาบาลศาสตร์” ด้วยเพราะเหตุผลจากที่ คุณพ่อเคยป่วย ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ จึงได้เห็นการทำงานของพี่ ๆ พยาบาล ทำให้รู้สึกประทับใจในหน้าที่การพยาบาล และอยากได้เรียนรู้การเป็นพยาบาล เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือ ดูแลผู้อื่น และดูแลพ่อแม่ได้ด้วย ดิฉันเลือกเพื่อดูแลคุณพ่อ แต่ก็ไม่มีสิ่งที่จะเลือกคณะบริหารธุรกิจเพื่อตัวเอง เมื่อถึงเวลาประกาศผลการคัดเลือก ดิฉัน ก็ได้ทราบว่าเพื่อน ๆ ที่โรงเรียน ส่วนใหญ่ผ่านการคัดเลือกให้เรียนคณะพยาบาลศาสตร์กัน ซึ่งดิฉันเองก็ผ่านการคัดเลือกให้เรียนในคณะพยาบาลศาสตร์เช่นกัน พอบอกให้คุณพ่อทราบ คุณพ่อดีใจมาก ๆ อาจเพราะดิฉันได้เรียนในคณะที่พ่อต้องการ อยากให้ลูกได้เป็นพยาบาล คอยดูแลท่านในยามแก่เฒ่า

พอเข้าสู่ช่วงชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในตอนที่เรียนอยู่นั้น ดิฉันรู้สึกสนุกมาก สบาย ๆ เพราะเป็นช่วงน้องใหม่ปี 1 มีเวลาว่างไปเดินเที่ยว เล่นกับเพื่อน บางวันมีเรียนวิชาเดียว ยิ่งเป็นวิชาเนื้อหาบรรยาย ท่องจำก็ยิ่งสบาย ๆ แต่พอมาถึงช่วงปี 3 ขึ้นปี 4 ความรู้สึกของดิฉันเริ่มเปลี่ยนไปมาก ดิฉันต้องเริ่มเรียนรู้การฝึกปฏิบัติจริง เริ่มเจอสถานการณ์จริง ผู้ป่วยจริง ๆ ความเข้มงวด ปะปนในจิตใจของอาจารย์บ้าง ปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติบ้าง บอกได้เลยว่าบางวันก็สนุกมาก ๆ แต่บางวันก็

เหนื่อยมาก เหนื่อยจนท้อ จะยืน จะเดินแทบไม่ไหว เครียดมาก จนต้องการมีเวลานั่งเงียบ ๆ คนเดียว เพื่อคิดพิจารณาตัวเองอย่างมีสติ ถามตัวเองว่า ดิฉัน เหมาะที่จะเรียนพยาบาลจริง ๆ ใช่มั้ย ? ดิฉันจะรับ หน้าที่เป็นพยาบาลได้จริงไหม ? ฉันได้แต่คิดแล้ว ถามย้อนทบทวนตัวเอง นึกย้อนกลับไปช่วงเวลาที่มีการทดสอบสอบแต่ละครั้ง ดิฉันรู้สึกสนุกและรู้สึกดี มาก ๆ เพราะฉันมีเพื่อนสนิทเยอะ ดิฉันชอบที่จะ แลกเปลี่ยนความรู้ของตัวเองให้กับเพื่อน แลกเปลี่ยนกัน ในช่วงก่อนสอบ เรียกได้ว่าทุกครั้งก่อนสอบ ดิฉันก็จะทำโน้ตสรุปของตัวเอง และไม่ลืมที่จะแบ่งปัน ความรู้ให้เพื่อน ๆ อยู่ตลอด ซึ่งในวันนี้แบบ ทดสอบของจริงที่ทดสอบดิฉันนั้น มันไม่ง่ายเหมือน ในข้อสอบเลย แต่ดิฉันก็เชื่อมั่นในศรัทธาวิชาชีพ พยาบาล อดทนต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นในระหว่างการฝึกปฏิบัติ จนมาถึงวันที่ดิฉัน และทุก ๆ คนในครอบครัวภูมิใจ คือการได้ “สำเร็จ การศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ เกียรตินิยม อันดับ 1” และสามารถผ่านการทดสอบมาตรฐาน ความรู้ทางวิชาชีพของสภาพยาบาลได้เป็นบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างเต็มภาคภูมิ

เมื่อผ่านช่วงชีวิตของการเป็นนักศึกษาพยาบาล มาแล้ว ประตุสู่การเริ่มต้นชีวิตพยาบาลก็ได้เปิดขึ้น ให้ดิฉันได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จนทำให้รู้สึกว่าเป็นเหมือน “แมวตื่นบ้านใหม่” เพราะงานใหม่ ๆ สถานที่ใหม่ เพื่อนร่วมงานใหม่ ๆ กับดิฉันเองซึ่งเป็นแค่เด็กเพิ่งจบ ทำอะไร ก็ดูยาก และน่ากลัวไปเสียทุกอย่าง แรงแ บันดาลใจ พลังศรัทธาเริ่มหดหายไป ทำให้รู้เลยว่า ไม่ว่าจะคนเราทุกคน ไม่ว่าจะจบด้วยเกียรตินิยมอันดับ 1 มา หรือจบด้วยผลการเรียนอะไรมา ทุกคนต่าง ต้องมาเริ่มที่การเรียนรู้และการปรับตัว ช่วงชีวิตอัน แส่นยากลำบากนั้นผ่านไปเรื่อย ๆ แต่ละบทบาท หน้าที่ แต่ละเวรที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ดิฉันได้ เรียนรู้ ได้พยายามตั้งใจทำงานเดิมให้ดีขึ้นยิ่งขึ้น เรียนรู้งานใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น และเป็นโชคดีของดิฉัน มากที่มีพี่เลี้ยงแสนดีหลายคน คอยให้กำลังใจ

รับขวัญน้องพยาบาลคนใหม่กันทุกเวร ทำให้รู้สึก ผ่อนคลาย ไม่กดดันกับการทำงานมากมายนัก กำลังใจในการทำงานเริ่มมีมากขึ้นอยู่เรื่อย ๆ

ตั้งแต่สมัยที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ดิฉันมีปม เล็ก ๆ ในใจมาอยู่เสมอเลยคือ “การเปิดเส้น” ซึ่งเคย ได้มีประสบการณ์ได้ลองทำแค่ 3 ครั้ง และบอกได้ เลยว่า การเปิดเส้นแต่ละครั้งนั้น ทำไม่สำเร็จเลยสัก ครั้งเดียว ซึ่งพอมาทำงานใหม่ ปมเล็ก ๆ นี้ก็ทำให้ฉัน กังวลและกลัวสุด ๆ ยิ่งไปกว่านั้น คือได้รับหน้าที่ให้ ดูแลผู้ป่วยพิเศษแล้ว เรายังรู้สึกกดดัน ตื่นเต้น ลน ลาน แต่เพราะมีพี่ ๆ ที่มากด้วยประสบการณ์คอย แนะนำ และสอนเทคนิคให้จนดิฉันสามารถจับมือทำ ผู้ป่วยครั้งแรกแล้ว สามารถเปิดเส้นได้เลย นับครั้ง ต่อ ๆ ไปเราก็ก็นึกหวั่นๆมากขึ้น พี่ ๆ ที่คอยมายื่นให้ กำลังใจในขณะที่ฉันทำช่วยให้ดิฉันมั่นใจและสามารถ ทำได้จริง ๆ ฉันรู้สึกปลื้มปริ่มในหัวใจมาก ทำให้มี กำลังใจ และคิดว่า “ฉันเองก็ทำได้ มีแววเป็น พยาบาลกับเค้าเหมือนกันนะ”

เมื่อเวลาผ่านไป การสั่งสมประสบการณ์ที่ได้ เรียนรู้เริ่มมากขึ้น ฉันเองเริ่มต้นจากการเป็น member เวนเช้า ค่อย ๆ พัฒนามาลองฝึกเป็น Med nurse ลองฝึกขึ้นเป็น Team leader เวนบ่าย – ดึก โดยมีพี่เลี้ยง จวบจนมาถึงเวลาที่ต้องได้รับหน้าที่ ความรับผิดชอบตนเองอย่างสมบูรณ์ ยิ่งโดยเฉพาะ เวนดึกนั้น เป็นอะไรที่ทำทรมานมาก ต้องมาคอยลุ้นว่า คืนนี้ จะมีผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดกี่คน ต้องใส่หน้ากาก ก็ คน เรียกได้ว่าช่วงเวรดึกแรก ๆ ที่ได้ทำงานโดยไม่มีพี่ เลี้ยง ดิฉันกังวลจนเกือบร้องไห้คนเดียวอยู่หลายครั้ง เวลาเริ่มงานก็เริ่มก่อนพี่ ๆ แต่ว่าก็มักจะเสร็จทีหลังพี่ เสมอ อีกทั้งยังต้องให้พี่มาช่วยเปิดเส้นให้ในบางกรณี อีก ทำให้รู้สึกว่าตัวเองเป็นตัวภาระ คอยถ่วงให้พี่ ๆ เขามาลำบากด้วย ซึ่งนิสัยส่วนตัวของฉันแล้ว เป็น คนที่มีความคาดหวังค่อนข้างสูง อยากจะทำอะไรให้ ได้สำเร็จตามที่หวัง เมื่อไม่เป็นไปตามนั้นก็เลยรู้สึก ผิดหวังบ้าง แต่เป็นโชคดีที่ชีวิตการทำงานมีเพื่อนที่ คอยรับฟังความทุกข์ของเรา และคอยให้กำลังใจเรา มันทำให้เราได้ระบายความทุกข์ที่สะสมในหัวใจ ทำ

ให้สบายใจมากขึ้น มีกำลังใจที่จะทำงานและพัฒนาตัวเอง ช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด ในเรื่องที่ต้องใช้การตัดสินใจสำคัญ ๆ หรือเวลาคุยติดต่อกับแพทย์ การติดต่อหน่วยงานอื่น ๆ ยังต้องอาศัยพี่ ๆ ที่ประสบการณ์มากกว่ามาช่วย พี่ ๆ ที่ทำงานร่วมกันก็ใจดี ไม่เคยละเลย เวลาเราทำอะไรไม่ได้ หรืออะไรที่เราไม่รู้ ก็จะช่วยแนะนำอยู่เสมอ ทำให้เราทำงานได้ดีขึ้น สามารถปรับตัวบริหารเวลาการทำงานเวรบายดีก ที่จะต้องเป็นทั้ง Med nurse ได้ดีขึ้น โดยไม่ต้องลำบากเหมือนเมื่อก่อน เรียกได้ว่าไม่ต้องหัวฟู ๆ หน้ามัน ๆ ริมมานั่งส่งเวรให้พี่อีกแล้ว

อีกสิ่งหนึ่งที่ฉันภูมิใจ คือ ผลงานชิ้นโบว์แดงในช่วงชีวิตการพยาบาลที่ได้มาแบบไม่รู้ตัวคือ “การเขียนบทความเรื่องเล่า” ซึ่งเป็นเรื่องจริง ประสบการณ์จริง ที่เขียนด้วยภาษาที่เรียบง่าย มีใจความสั้น ๆ เกี่ยวกับ “วิชาชีพพยาบาล วิชาชีพแห่งชีวิต” ที่บอกเล่าเรื่องที่ผมได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยท่านหนึ่งซึ่งมีอาการถ่ายไม่ออก มาเป็นระยะหนึ่งแล้ว ฉันจึงทำการพยาบาลโดยใช้วิธีการสวนถ่ายให้ จากนั้นจึงเข้าไปติดตาม ประเมินผลว่าผู้ป่วยถ่ายได้หรือยัง ซึ่งจุดประเด็นสำคัญที่ทำให้เรื่องเล่านี้ได้กลายมาเป็นเรื่องเล่าที่ได้รับรางวัลที่ 1 อาจเพราะด้วยประโยคของผู้ป่วยที่ว่า “ถ่ายแล้ว ...ถ่ายออกมาเยอะเท่ากับข้าวผัดจาน 80 แหนะ” ฉันก็เลยใช้เป็นจุดนำเสนอให้ผู้อ่านได้เห็นภาพจากสถานการณ์นั้นจริง ๆ และยิ่งไปกว่าการได้รับรางวัลที่ 1 คือการที่ได้รับเกียรติให้ขึ้นพุดนำเสนอบทเวทีในงานเสวนาใหญ่ของทางโรงพยาบาล มีอาจารย์แพทย์ พยาบาล ผู้ใหญ่ในวงการแพทย์ ผู้เข้าร่วมเสวนามากมาย ซึ่งเมื่อดิฉันได้นำเสนอเรื่องเล่าถึงตอนประโยคเด็ดดังกล่าว ทุกคนที่ฟังก็พากันอึ้ง หัวเราะ ขำกันยกใหญ่ เมื่อจบการนำเสนอ ผู้เชี่ยวชาญก็ทำการวิพากษ์งานเขียนของฉันพร้อมกับให้ข้อเสนอแนะ สะท้อนคิด ชื่นชมฉันว่า “คุณเป็นพยาบาลที่ดีคนหนึ่งเลย” ทำให้ฉันรู้สึกภาคภูมิใจและนำคำชื่นชมจากผู้ใหญ่มาเป็นเครื่องเตือนสติ ยึดเหนี่ยวจิตใจในการทำงานพยาบาลทุก ๆ วัน

มาจนถึงวันนี้ การทำงานในทุก ๆ วัน การขึ้นเวรของฉัน ซึ่งคิดว่าตัวเองเป็นน้องใหม่ มีพลังงาน มีเรี่ยวแรงมากมาย ขยันต่อเวรอย่างไม่รู้จักเหนื่อย ทำงานไปทำงานมา กลับรู้สึกที่ไม่เคยต้องมานั่งนับถอยหลังเลยว่าเมื่อไรหนอจะได้พักสักที เราทำงานมาทีไรวันนะ ยังไม่ได้หยุดเลยนะ สุดท่ายแล้วในบางครั้ง ฉันก็กลับมานั่งดูตารางเวรของตัวเองก็ทำให้ประหลาดใจว่า “อ้าว ... เราขึ้นมันผ่านมาหมดแล้วนะ ... เวิร์ดต่อเนื่องกันหลายเวรเลยนะเนี่ย” ความรู้สึกแรก ๆ คิดเสียว่า ฉันต้องแหย่แค้น แต่ที่ไหนได้ ฉันก็ผ่านมันมาได้ และยังเป็นเรื่องปกติของพี่ ๆ พยาบาลทุก ๆ คน เพราะคนทำงานล้วนแต่มีใจรักในความเป็นพยาบาล ร่วมด้วยช่วยกันอยู่เสมอ ไม่สร้างความเป็นเนื้อ ร้อนใจอะไรให้แก่เพื่อนร่วมงาน ทำให้ผลอแปบเดียวก็สิ้นเดือน เราก็ได้ผลตอบแทนเป็นรางวัลจากการทำงานอย่างหนัก ทำให้ฉันมีเงินออมพอเก็บได้ทุกเดือน ให้รางวัลกับตัวเอง มีแผนพักผ่อนกับครอบครัว หรือมีวันหยุดยาวช่วงเล็ก ๆ ได้ทานอาหารมื้อพิเศษกับคนที่ดิฉันรัก เป็นของขวัญทำให้พ่อแม่และครอบครัวได้มีความสุข เป็นความสุขที่ทำให้ดิฉันมีแรงจูงใจในการขึ้นเวรอย่างหนัก และอย่างน้อยฉันก็คิดเพียงว่า งานด้านการพยาบาล คือ งานที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี เป็นงานที่สร้างบุญให้พวกเราทุก ๆ คน ซึ่งต่อไปนี้การขึ้นเวรยาว ๆ ที่ต่อเนื่องกัน ก็จะไม่ใช่อุปสรรคให้เหนื่อยใจอีกแล้ว

และสุดท้าย ดิฉันระลึกอยู่เสมอว่า “ความสบายทำให้ทุกคนไม่อย่างที่จะมีความทุกข์” อาชีพพยาบาลก็เช่นกัน ไม่ใช่อาชีพที่สบาย เป็นอาชีพที่จะต้องเสียสละ ผ่อนคลายความทุกข์ให้คนอื่น ทำประโยชน์ให้กับคนอื่นไม่รู้จักก็ชีวิต วันหนึ่งไม่รู้จะยกใครต่อกัน ถ้าฉันลองจินตนาการดูง่าย ๆ คือ คนไข้เป็นแม่ค้าขายกับข้าว อาการดีขึ้นสามารถกลับไปทำงานได้ คนอื่นก็ได้ซื้อกับข้าวที่คนไข้ทำ และทำให้มีแรงทำงาน ทำประโยชน์เพื่อคนอื่น ๆ ต่อไปอีก พยาบาลจึงเปรียบเสมือนเป็นคนที่ย่อยช่วยเหลือคนอื่น ๆ ทางอ้อม ซึ่งตรงนี้นั่นก็คือ “ด้านสว่าง” ของวิชาชีพ

พยาบาล แต่เชื่อว่าถ้าหากลองมองด้านมืดบ้าง เราก็จะเห็นแต่ด้านมืด ความเหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย ทุกข์ระทมหัวใจของพยาบาล ก็จะทำให้ทุกคนไม่อยากเป็นพยาบาล แต่ถ้าลองมองให้ดูอย่างมีสติ ทุกสรรพสิ่งในโลกนี้ล้วนมีสองด้าน ชีวิตคนจริง ๆ มีทั้งวันที่มืดและวันที่สว่าง เหมือนกลางวันกับกลางคืน ซึ่งเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว แม้ในวันที่มืดที่สุดก็ยังมีแสงสว่างอยู่เสมอ ไม่มีใครที่ชีวิตจะมีแต่ความสุขไปสุดโต่ง หรือจะมีแต่ความทุกข์แสนสุดทรมานใจ ฉันทนเองก็เป็นคนหนึ่งที่เคยสิ้นหวัง เกือบจะล้มเลิก เดินหนีไปจากวิถีทางสายนี้แล้ว แต่ก็ยังสู้เพื่อผดุงเกียรติวิชาชีพพยาบาลที่ศรัทธาของพวกเราไว้อย่างสุดพลัง

จึงจะขอฝากกำลังใจให้กับทุก ๆ คน แม้จะเป็นเพียงดวงใจดวงน้อย แต่จะขอคอยส่งพลังไปให้กับพี่น้องร่วมวิชาชีพทุกคน อยากให้คิดถึงคนอื่น ๆ ที่ลำบากกว่าเรา อยากให้คิดว่าดีสักเท่าไรแล้วที่เราเกิดมา มีข้าวกินอิ่มท้อง มีที่พักพิงให้หลับนอน มีเสื้อผ้าให้สวมใส่ตามชอบใจ มีงานที่มีเกียรติให้ได้ทำ มีเงินให้ใช้ได้ มีโอกาสสร้างประโยชน์กับคนอื่น ๆ อย่างมากมาย ดีเสียกว่าคนที่เขาไม่มีโอกาส เพียงเท่านั้นก็อาจจะทำให้หัวใจดวงน้อยของพี่น้องเรา กล้าแกร่งขึ้น และพร้อมที่จะรับช่วงเวลาที่จะมีดีและสว่างต่อไป...

