



ความตระหนัก และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**Nurses' Awareness and Practice on Pressure Ulcer Prevention
for Hospitalized Patients**

เรณู รุ่งพันธุ์

Raenoo Rungphan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์

ความตระหนัก และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้เขียน

นางสาวเรณู รุ่งพันธุ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจ็ย)

.....
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจ็ย)

.....
.....
(ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....
.....
(ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....
.....
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความตระหนัก และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้เขียน นางสาวเรณู รุ่งพันธุ์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตระหนัก ระดับการปฏิบัติของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคใต้ แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 382 ราย โดยให้ตอบแบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบประเมินความตระหนัก และแบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสถิติสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่าความตระหนักโดยรวม ($M = 3.93, SD = 0.31$) และการปฏิบัติกรพยาบาลโดยรวม ($M = 2.40, SD = 0.27$) ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง และการปฏิบัติกรพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับต่ำ ($r = .20, p < .01$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความตระหนักในเรื่องต่อไปนี้อยู่ในระดับต่ำคือ (1) การป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นบทบาทอิสระของการปฏิบัติพยาบาล และ (2) การป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลาน้อย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงปฏิบัติกรพยาบาลบางกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ คือ (1) การหลีกเลี่ยงการใช้ประสาธการณและการตัดสินใจของตนเองในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และ (2) การติดตามซึ่งนำหน้าผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงว่าความตระหนักเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาล ยังคงมีปัจจัยอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งจะต้องทำการศึกษาต่อไป และควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Thesis Title Nurses' Awareness and Practice on Pressure Ulcer Prevention
for Hospitalized Patients
Author Mrs. Raenoo Rungphan
Major Program Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year 2009

ABSTRACT

The objective of this study was to identify nurses' awareness and nurses' practice levels and examine the relationship between nurses' awareness and their practice in prevention of pressure ulcer development in hospitalized patients. The subjects (N = 382) were registered nurses worked in regional, provincial, and local hospitals, southern Thailand. Two sets of questionnaires, the Nurses' Practice Questionnaire and the Nurses' Awareness Questionnaire, were distributed to the subjects. The content validity of these questionnaires was examined by three experts and the reliability of these two questionnaires yielded Cronbach alpha coefficients of 0.81 and 0.80, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Pearson product-moment correlation.

The results showed that perception of nurses' awareness (M = 2.40, SD = 0.27) and nurses' practice (M = 3.93, SD = 0.31) of pressure ulcer prevention were at high levels. There was a weak, significant correlation between nurses' awareness and practice ($r = .20, p < .01$). However, when considering each item, it was found that subjects had a low level of awareness in the following items: (1) pressure ulcer prevention was an independent role of nurses and (2) pressure ulcer prevention was less time consuming nursing care. In addition, subjects still had a low level of practice in terms of (1) relying on experience, rather than using pressure ulcer risk assessment tool, to assess pressure ulcer risk and (2) assessing patients' body weight to monitor nutritional status.

These findings indicate that nurses' awareness is one factor related to nurses' practice in preventing pressure ulcer. Other relating factors need to be further explored. However, enhancing certain areas of nurses' practice that were at a low level is highly recommended in order to improve quality of nurses' practice for pressure ulcer prevention.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย และสิ่งสำคัญที่สุดคือการเอาใจใส่ติดตามความก้าวหน้าของวิทยานิพนธ์อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการให้กำลังใจ และการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วิ และคุณอุมา จันทวิเศษ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีคุณค่าและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยชี้แนะแนวทางและการเป็นแบบอย่างที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 28 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือ และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล หัวหน้าพยาบาลที่ให้ความกรุณาในการประสานงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความเรียบร้อยในการรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยดำเนินการรวบรวมแบบสอบถาม รวมทั้งพยาบาลทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขออุทิศประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ให้แก่นางจำปี รุ่งพันธุ์ มารดาที่ล่วงลับที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษา พี่ๆ ในครอบครัวที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา และขอขอบพระคุณคุณกมลรัตน์ ปานทอง ที่เป็นผู้สร้างแรงจูงใจในการเรียน เอื้อโอกาสและให้การสนับสนุนจึงทำให้ผู้วิจัยได้ศึกษาในครั้งนี้ คุณศรีพัชรา คำของ สำหรับความช่วยเหลือทุกอย่างรวมทั้งพี่ๆ น้องๆ ในแผนกฉุกเฉิน แผนกตรวจสวนหัวใจโรงพยาบาลกรุงเทพหาคีใหญ่ที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือในเรื่องการปรับเปลี่ยนเวลาทำงาน และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านสำหรับกำลังใจ ความรัก ความห่วงใยและคอยช่วยเหลือกันตลอดมา

เรณู รุ่งพันธุ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(6)
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี.....	5
สมมติฐาน.....	6
นิยามศัพท์.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....	7
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเรื่องแผลกตทัพบ.....	9
ความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกตทัพบ.....	22
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกตทัพบ.....	25
ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกตทัพบ.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	42
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
	(7)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	45
ผลการวิจัย.....	45
การอภิปรายผล.....	55
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	62
สรุปผลการวิจัย.....	62
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม.....	64
ภาคผนวก.....	73
ภาคผนวก ก ตารางแสดงการสุ่มตัวอย่าง.....	74
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
ภาคผนวก ค ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	83
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	84
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	100
ประวัติผู้เขียน.....	101

สารบัญญัตินำ

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน....	46
2	จำนวน และร้อยละตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการสนับสนุนด้าน สิ่งแวดล้อมและนโยบาย.....	47
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักในการป้องกันการเกิด แผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้าน.....	48
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับ.....	50
5	จำนวน และร้อยละตามการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องการปัญหาและอุปสรรคที่มีผล ต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ.....	51
6	ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดแผลกดทับด้าน.....	51
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดแผลกดทับ จำแนกตามโรงพยาบาล.....	52
8	เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระหว่างประเภทโรงพยาบาลทั้งสามประเภท.....	53
9	เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระหว่างประเภทโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายคู่.....	53
10	ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความ ตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามโรงพยาบาล.....	54
11	เปรียบเทียบความแตกต่างความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่าง ระดับโรงพยาบาลทั้งสามประเภท.....	54
12	เปรียบเทียบความแตกต่างความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่าง โรงพยาบาลทั้งสามประเภทจำแนกเป็นรายคู่.....	55
13	ตารางแสดงการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร.....	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักในการป้องกันการเกิด แผลกดทับพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้าน และรายชื่อ..... 87
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับ จำแนกตามรายด้าน และรายชื่อ..... 90
16	ความถี่ และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ต่อกิจกรรมความตระหนักในการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำแนกตามรายชื่อ..... 93
17	ความถี่ และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ต่อกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำแนกตามรายชื่อ..... 97
18	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา ประสบการณ์อบรม อายุการปฏิบัติงาน กับ ความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ..... 100
19	ความแตกต่างของประสบการณ์ทำงานกับการรับรู้ความตระหนักและการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบมี 1 ตัวแปร..... 100
20	ความแตกต่างของนโยบาย มาตรฐานการพยาบาล กรรมการเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับ และการกำหนดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลระหว่าง โรงพยาบาลสาม ประเภท ด้วยสถิติไครส์แควร์..... 101

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการศึกษาคความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ.....	6
2 แผนภาพแสดงกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาคใต้.....	37

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบได้ทั่วโลกในผู้ป่วยหลายกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากตัวอย่างการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักในประเทศเดนมาร์กพบตั้งแต่ร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 49 (Shahin, Dassen, & Halfens, 2008) ส่วนการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุภายในสองวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 6.2 (Baumgarten et al., 2006) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานพบถึงร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 32 (Salcido, Popescu, & Ahn, 2006) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศปี พ.ศ. 2534 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 8.5 (Danchaivijitr, Suthisanon, Jitruchue, & Tantiwatanapaibool, 1995) นอกจากนี้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ พบร้อยละ 11.18 (ชวลี และคณะ, 2544) สำหรับในภาคใต้ตอนบนจากการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 43.3 (ชญานิศ, รัตนา, วิลาวัลย์, วิไลลักษณ์, และชูศรี, 2542) และจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลังมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 47 ภายในสองสัปดาห์หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sea-sia, Wipke-Tevis, & Williams, 2005)

แผลกดทับทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยต้องได้รับความเจ็บปวดจากการรักษาแผล ไม่ว่าจะเป็นการทำแผลหรือการผ่าตัดตกแต่งแผล ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Bates-Jensen, 1999) ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับลึกต้องจ่ายค่ารักษาสูงมาก เป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ดังเช่นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลกดทับทั่วประเทศในปี 1991 มีมูลค่าถึงหกพันล้านดอลลาร์ (Salcido et al., 2006) หรือคิดเป็นเงินไทยมีมูลค่าประมาณสองหมื่นล้านบาท และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับสามถึงระดับสี่ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราชเป็นเวลาหนึ่งเดือน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำแผลประมาณ 30,000 บาทต่อแผล (หน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ

โรงพยาบาลศิริราช อ้างตามช่อผกา, ศิริอร, เกศรินทร์, จงจิต, และยงชัย, 2549) มีการศึกษาพบว่า การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำนายโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (Brown, 2003; Lyder et al., 2001) นอกจากนี้การเกิดแผลกดทับเรื้อรังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย การสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากกลัวบุคคลอื่นรังเกียจแผล และมองว่าตนเป็นบุคคลที่น่าสงสารทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Baharestani, 2004)

การเกิดแผลกดทับมีสาเหตุมาจากสองสาเหตุหลักคือสาเหตุจากภายนอกและสาเหตุจากภายใน สาเหตุภายนอกที่สำคัญคือ ความแรงและระยะเวลาของแรงกดทับ ส่วนสาเหตุภายใน คือ ความทนทานของเนื้อเยื่อที่สามารถทนทานต่อสาเหตุภายนอกที่มากระทำ (tissue tolerances) สิ่งที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อประกอบด้วย ปัจจัยบุคคล ได้แก่ อายุ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะอ้วนหรือผอม โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความพร่องในการรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหว ความพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ภาวะการไหลเวียนเลือดลดลง ภาวะไข้ การได้รับยาระงับความรู้สึกและยาเสพติดรอยด์ และสภาพจิตใจของผู้ป่วย (ชวลี และคณะ, 2544; Bergstrom, Braden, Laguzza, & Holman, 1987)

การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคในการให้การพยาบาลที่มีมาตรฐานซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย (ชวลี และคณะ, 2548) ในอดีตมีรายงานว่า การเกิดแผลกดทับเป็นปัญหาที่เลี่ยงไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวถูกละเลยในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ อย่างไรก็ตามปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการเกิดแผลกดทับร้อยละ 95 สามารถป้องกันได้ (Gould, 2000) ดังนั้นหลายองค์กรในต่างประเทศจึงได้กำหนดแนวทาง และมาตรฐานในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีหลักการสำคัญคือป้องกันสาเหตุหลักสองสาเหตุที่กล่าวแล้วข้างต้น โดยได้กำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยง การลดแรงกด แรงเสียดทานและแรงไถล การดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้น แต่ไม่เปียกแฉะ และการดูแลภาวะโภชนาการ การเฝ้าระวังและติดตามการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรก รับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนการบริหารร่างกาย รวมทั้งการให้ความรู้ในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับแก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการพยาบาล (Australian Wound Management Association, 2001; Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2007; National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP] 1992; Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society [WOCN], 2003) สำหรับในประเทศไทยแต่ละโรงพยาบาลก็มีการกำหนดแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับขึ้นใช้ในหน่วยงานของตนเองหรือมีโครงการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่า อุบัติการณ์เกิดแผลกดทับยังคงปรากฏอยู่

เป็นที่ทราบกันดีว่าการปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ เพื่อจะนำความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามมีหลักฐานระบุไว้ว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีหรือมีมาตรฐานได้ ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา

ของไลเดอร์และคณะ (Lyder et al., 2001) ที่ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน พบว่ายังมีการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยพบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 7.5 ที่ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับผู้ป่วย ร้อยละ 22.6 ที่มีการบันทึกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 34.3 ที่มีการปรึกษานักโภชนาการ และร้อยละ 66.2 ที่มีการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง สำหรับการศึกษาในประเทศไทยในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือของทิตยา และคณะ (2547) พบว่ายังมีกิจกรรมที่พยาบาลยังปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ เรื่องการจัดอุปกรณ์ลดแรงกดขณะผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง การจัดทำนั้เพื่อลดการลื่นไถลขณะผู้ป่วยนั่งรถเข็น การดูแลเรื่องภาวะขาดน้ำ และการติดตามซ้่งน้ำหน้าผู้ป่วยทุกหนึ่งสัปดาห์

การที่พยาบาลให้การพยาบาลไม่ได้ตามมาตรฐานนั้นอาจเกิดจากการที่พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ขาดการกำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจน ขาดการประสานงานที่ดีในองค์กร พยาบาลมีภาระงานมาก (Al-Kandari & Thomas, 2008; Lyder et al. 2001; Moore & Wise, 1997) นอกจากนี้เจตคติ ความเชื่อ และการให้ความสำคัญกับปัญหาหรือความตระหนักของพยาบาลก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติพยาบาล (Panagiotopoulou & Kerr, 2002) ดังที่บลูม (Bloom, 1956) กล่าวไว้ว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดได้จากการตั้งสมของการเรียนรู้ด้านพุทธิปัญญา (cognitive domain) (ได้แก่ จำ เข้าใจ วิเคราะห์ นำไปใช้สังเคราะห์ และประเมินค่า ในเรื่องนั้น ๆ) ตลอดจนบุคคลต้องมีเจตคติ (affective domain) (ได้แก่ ความตระหนัก ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ) ต่อเรื่องนั้นๆ ด้วย

ความตระหนักเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านเจตคติ ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของเรื่องนั้น ๆ และเลือกปฏิบัติที่จะนำความรู้ที่บุคคลมีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ (สุธาสินี, 2548; Cook, 2007; Good, 1973) ได้มีการศึกษาที่ผ่านมากล่าวว่าความตระหนักเป็นเจตคติที่สามารถพัฒนาหรือสร้างให้เกิดขึ้นได้ในตัวบุคคล (ชวลี และคณะ, 2548) หากพยาบาลมีความตระหนักในเรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ก็ส่งผลให้มีความเข้าใจ ให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตั้งใจที่จะให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ยั่งยืนได้ จากการศึกษาเรื่องความตระหนักต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลของศรีวรรณ (2539) พบว่าความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย โดยพบว่าพยาบาลที่มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงจะมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพต่อสิทธิผู้ป่วยในระดับสูงเช่นกัน จึงเห็นได้ว่าความตระหนักมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพยาบาล และมีการศึกษาว่าเมื่อบุคคลมีความตระหนักต่อเรื่องใดแล้ว จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน (ชวลี และคณะ 2548; ญัฐยา, 2549)

สำหรับการศึกษาเรื่องความตระหนักของพยาบาล กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับยังไม่มีปรากฏชัดเจน ถึงแม้การศึกษาของชวลี และคณะ (2548) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนา

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยในระยะแรกทีมผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพียงอย่างเดียว พบว่า ผลการศึกษายังไม่เป็นที่น่าพอใจเพราะลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่มีความแตกต่างจากก่อนทำการศึกษา ต่อมาผู้วิจัยได้ออกแบบการศึกษา โดยได้เพิ่มความตระหนักให้กับกลุ่มตัวอย่างควบคู่กับการให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงอย่างเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตามแม้ว่า การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยมุ่งให้ความสำคัญของความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพยาบาล แต่ในวิธีการดำเนินการวิจัยของการศึกษานี้ ยังไม่ได้มีการประเมินความตระหนักของพยาบาลโดยตรง จึงไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่าอุบัติการณ์แผลกดทับที่ลดลงนั้น เป็นผลจากการมีความตระหนักหรือไม่ และในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาในเรื่องของความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องของความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความตระหนัก เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยใจ มีความยินดี เต็มใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาระดับของการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาล

วิชาชีพ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความตระหนักกับการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

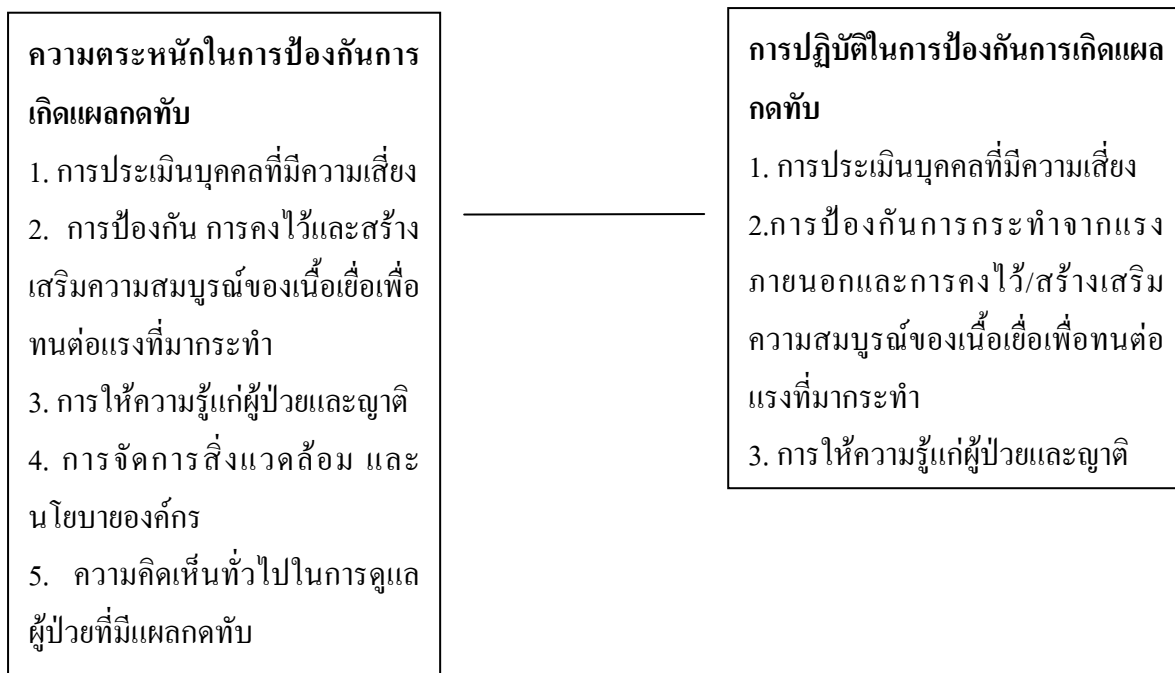
1. ความตระหนักในการป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับใด
2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับใด
3. ความตระหนักของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในระดับใด

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการทบทวนและสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคล (กันยา, 2540; ประภาเพ็ญ, 2526; Bloom, 1959; Good, 1973) และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ โดยมีหลักการสำคัญคือ การประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยง การป้องกัน การคงไว้และสร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งบลูมกล่าวว่า การเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย สาม องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญาซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านความรู้ ความจำเกี่ยวกับข้อเท็จจริง องค์ประกอบด้านเจตคติ เป็นองค์ประกอบด้านทัศนคติ ความรู้สึก ความเชื่อ ความตระหนัก การให้ความสำคัญ การให้คุณค่ากับสิ่งเร้านั้นๆ และ องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ เป็นทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

กระบวนการเกิดการปฏิบัติของบุคคลเกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้นความรู้สึกนึกคิด และบุคคลอาจมีประสบการณ์เดิม หรือใช้ความสามารถทางสติปัญญาเพื่อให้ได้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น และใช้ความรู้ ความเข้าใจนั้นเป็นองค์ประกอบในการให้ความสนใจ ให้ความสำคัญ เห็นคุณค่า และตัดสินใจยอมรับสิ่งเร้านั้น จนเกิดเป็นความรู้สึกตระหนักและแสดงการกระทำต่างๆ ออกมา (กันยา, 2540; ประภาเพ็ญ, 2526; Bloom, 1959; Good, 1973) ดังนั้นการตระหนักจะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นผลมาจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งเร้า และประสบการณ์เดิมในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอยู่ ซึ่งทั้งความรู้และการตระหนักจะนำไปสู่การกระทำของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้นๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการกระทำของบุคคลก็เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องต่อการกระทำของบุคคล (Good, 1973)

พยาบาลที่ได้เรียนรู้เรื่องแผลกดทับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการศึกษา การค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ จึงมองเห็นความสำคัญของการเกิดปัญหาดังกล่าวและก่อเกิดความตระหนักในการที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การคงไว้หรือการสร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและนโยบาย เช่น อัตรากำลังของบุคคลากร มาตรฐานหรือนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับที่กำหนดโดยองค์กร (Australian Wound Management Association, 2001; ICSI, 2007; NPUAP, 1992; WOCN, 2003) กรอบแนวคิดของการศึกษาเรื่องความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลได้แสดงไว้ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

สมมติฐาน

ความตระหนักของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

นิยามศัพท์

ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความสำคัญและให้ความสนใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยง การป้องกันการกระทำจากแรงภายนอกและการคงไว้หรือสร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมถึงการจัดการสภาพแวดล้อมและการดำเนินตามนโยบาย และความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความถี่ในการทำกิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับประกอบด้วย การประเมินบุคคลที่

มีความเสี่ยง การป้องกัน การป้องกันการกระทำจากแรงภายนอกและการคงไว้ สร้างเสริมความ
สมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการ
เกิดแผลกดทับ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาความตระหนัก
จนทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยใจ มีความยินดี เต็มใจในการแก้ปัญหาที่เกิดกับ
ผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่ยั่งยืน

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้รวบรวมสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเรื่องแผลกดทับ

1.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดแผลกดทับ

1.2 ระดับของแผลกดทับ

1.3 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.4 การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.1 ความหมายของความตระหนัก

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนัก

2.3 ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

3. การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3.1 ความหมายการปฏิบัติการพยาบาล

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล

3.3 การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

3.4 สถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวคิดเรื่องแผลกดทับ

แผลกดทับ คือบริเวณผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ได้รับการบาดเจ็บจากการถูกกดทับ ภายใต้อุปกรณ์กดจนเกิดการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อ จากการที่เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงอันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานานๆ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากแรงกด โดยมีแรงเฉือน และดึงรั้งเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ (NPUAP, 2007; Baranoski, 2006; Prentice, 2007) แผลกดทับเกิดส่วนใหญ่จะเกิดในบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับมากกว่าส่วนอื่นๆของร่างกาย เมื่อบุคคลนอนหรือนั่งจะมีแรงกดลงมายังผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกส่วนล่างซึ่งเป็นจุดที่ได้รับอันตรายมากที่สุดเพราะเป็นจุดเล็กที่รับน้ำหนักมากที่สุด (point pressure) โดยพบร้อยละ 95 ที่บริเวณส่วนล่างของร่างกาย ได้แก่กระดูกก้น (ischium) พบได้ร้อยละ 24 ที่กระดูกเหนือกระเบนเหน็บ (sacrum) พบได้ร้อยละ 23 ที่บริเวณปุ่มกระดูกโคนขา (trochanter) พบได้ร้อยละ 15 บริเวณสันเท้า (heels) พบได้ร้อยละ 8 และบริเวณกระดูกตาตุ่ม พบได้ร้อยละ 7 (ประไพพรรณ, 2543) นอกจากนี้ความรุนแรงของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ถูกกด และความทนทานของเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกด แรงกดที่เท่ากันจะส่งผลต่างกันต่อผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพต่างกัน โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในเรื่องความทนทานของเนื้อเยื่อ (tissue tolerance) ซึ่งความทนทานของเนื้อเยื่อหมายถึงความสมบูรณ์ของโครงสร้างของผิวหนัง และความสามารถของเนื้อเยื่อในการที่จะกระจายแรงที่เกิดจากผิวหนังไปยังกระดูกโดยที่ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ความทนทานของเนื้อเยื่อมีผลมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ แรงเฉือน แรงเสียดทาน อายุ โรคเบาหวาน ภาวะพร่องโภชนาการ ความผิดปกติของระบบประสาท และการผ่าตัด (Bergstrom et al., 1987; Kosiak as cited in Prentice, 2007)

สาเหตุและปัจจัยการเกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับมีสาเหตุมาจากสองสาเหตุหลักคือสาเหตุภายนอกและสาเหตุภายใน สาเหตุภายนอกที่สำคัญคือ ความแรงและระยะเวลาของแรงกดทับ แรงเฉือน และแรงไถล ส่วนสาเหตุภายในคือความทนทานของเนื้อเยื่อ ที่สามารถทนทานต่อสาเหตุภายนอกที่มากระทำ นอกจากนี้ยังมีผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย ซึ่งสามารถได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่

1.1 แรงกด (pressure intensity) เป็นแรงภายนอกที่มากระทำโดยตรงต่อส่วนต่างๆของร่างกาย จากการศึกษาด้านสรีรวิทยาพบว่าแรงกดที่มีมากกว่าแรงดันภายในหลอดเลือดแดงฝอยซึ่งมีค่าประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท จะมีผลขัดขวางการส่งผ่านของออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (Kosiak, 1959; Landis as cited in Pieper, 2007) ตามปกติร่างกายจะสามารถทนต่อแรงกดที่อาจสูงกว่าค่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยได้ หากแรงที่มากระทำต่อร่างกายนั้น

กระจายเท่ากันในทุกทิศทาง แต่ถ้าแรงที่กระทำนั้นกระทำเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งโดยเฉพาะบริเวณ ปุ่มกระดูก แรงนั้นจะกระทำผ่านจากผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกภายใน ทำให้เนื้อเยื่อทุกชั้นตั้งแต่ ผิวหนังจนถึงปุ่มกระดูกถูกกด รวมทั้งหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้ปุ่มกระดูกจะถูกกดทับ ด้วย บริเวณที่เป็นส่วนของปุ่มกระดูกเมื่อถูกแรงกดทับ จะมีผลต่อเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นในสุดที่ติดกับ กระดูกและขยายออกมาถึงพื้นผิวด้านนอก เป็นลักษณะรูปกรวย (Kosiak as cited in Pieper, 2007) เมื่อผู้ป่วยนอนหรือนั่งจะมีแรงกดลงมายังผิวหนังส่วนล่าง (โดยเฉพาะส่วนสะโพกและส้นเท้า) เป็น จุดที่ได้รับอันตรายมากเพราะเป็นจุดเล็กที่รับน้ำหนักมากที่สุด (point pressure) ทำให้มีการขัดขวาง การไหลเวียนของน้ำเหลืองและเลือด เวลาต่อมาเนื้อเยื่อในส่วนนั้นจะเกิดการขาดเลือด และตาย (Torrance 1983; Young & Dobranski as cited in Prentice, 2007) จากการที่เซลล์ขาดออกซิเจนและ อาหารมาเลี้ยง ทำให้เกิดสารพิษจากการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อจน สูญเสียความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือด ทำให้มีการสูญเสียสารน้ำจากหลอดเลือดไปอยู่ ที่ช่องว่างระหว่างเซลล์ จนเกิดการบวม ยิ่งทำให้การซึมผ่านออกซิเจนยากยิ่งขึ้น เซลล์ขาด ออกซิเจนมากขึ้น จนเกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับได้ในที่สุด (Dinsdale, 1974; Linder-Ganz, Engelberg, Scheinowitz, & Gefen, 2006; Pieper, 2007)

นอกจากความแรงของแรงกดแล้ว ระยะเวลาของการกดทับก็มีผลต่อการตายของเนื้อเยื่อ จากการศึกษาค้นคว้าของดินสเดล (Dinsdale, 1974) พบว่าถ้าใช้แรงกด 70 มิลลิเมตรปรอทนานเกินสอง ชั่วโมง จะมีการตายของเนื้อเยื่อเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินเดอ-แก็งซ์ และคณะ (Linder-Ganz et al., 2006) พบว่าแรงกดตั้งแต่ 32 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปจะทำให้การไหลเวียน ของเลือดในหลอดเลือดฝอยลดลง และถ้ากดนานกว่าสองชั่วโมงทำให้เกิดเซลล์ตายได้ ซึ่งแรง กดมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท กดทับเป็นเวลา 2-4 ชั่วโมงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ กรณี ของแรงกดที่มากแม้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ก็ทำให้เกิดอันตราย ต่อเนื้อเยื่อได้เท่ากับแรงกดน้อยๆ แต่ เป็นระยะเวลานาน หากมีแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังเกิดขึ้นซ้ำๆ เป็นระยะเวลาดิตต่อกันจะมีการ ทำลายของเนื้อเยื่อได้มากกว่าแรงกดที่กระทำอย่างไม่ต่อเนื่อง การศึกษาของโคเสค (Kosiak, 1959) ได้กล่าวไว้เช่นกันว่าการใช้แรงกด 60 มิลลิเมตรปรอทอย่างสม่ำเสมอเพียงหนึ่งชั่วโมง จะทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลงชนิดไม่กลับคืน แต่ถ้ามีการพลิกตัวที่บ่อยๆ คลายแรงกด สลับกันจะทำให้ช่วยป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อได้ดี ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความแรงและระยะเวลาของ การกดทับมีผลต่อเนื้อเยื่อ ซึ่งอาจทำให้เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงแบบชั่วคราวหรือถาวรได้ หาก เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงแบบถาวร แผลกดทับก็จะเกิดขึ้น (Kosiak, 1959; Kosiak as cited in Prentice, 2007)

1.2 แรงเฉือน (shearing) เป็นแรงสองแรงที่เกิดจากเนื้อเยื่อกระทำต่อผิวหนังของ เบาะหรือเตียงกระทำในทิศทางขนานกัน (Reichel as cited in Pieper, 2007) เช่น การจัดท่านอน ศีรษะสูงกว่า 30 องศา (Defloor, 2000) หรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน เมื่อผู้ป่วย

เลื่อนลงไปปลายเตียง น้ำหนักตัวส่วนบน จะถูกส่งผ่านมาตามแนวกระดูกสันหลังมาถึงกระดูกก้นกบ (sacrum) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกบีบและถูกครูดมากกว่าปกติ ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมาในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่ จึงเกิดแรงสองแรงที่กระทำในทางขนานกัน ทำให้หลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ไป การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นก็ลดลง ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลง เกิดสารพิษจากการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อจนสูญเสียความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือด ทำให้มีการสูญเสียสารน้ำจากหลอดเลือดไปอยู่ที่ช่องว่างระหว่างเซลล์ จนเกิดการบวม ยิ่งทำให้การซึมผ่านออกซิเจนยากยิ่งขึ้น เซลล์ขาดออกซิเจนมากขึ้น จนเกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับได้ในที่สุด (Pieper, 2007)

1.3 แรงเสียดทาน/แรงเสียดสี (friction) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ในทางตรงกันข้ามกันของพื้นผิวสองอย่างที่สัมผัสกัน (Makelbust as cited in Salcido et al., 2006) เช่น การเลื่อนผู้ป่วยโดยวิธีการดึงหรือลาก ทำให้มีการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ เกิดเป็นแผลถลอกอย่างใดก็ตามการเสียดสีอาจเกิดจากการลื่นไถลจากแรงโน้มถ่วงได้ด้วย ดังนั้นเมื่อมีการดึงรั้งย่อมมีแรงเสียดสีเกิดขึ้นเสมอ (Pieper, 2007) จากการศึกษาของมาลี (2545) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดแผลกดทับได้สูงสุดคือ การเพิ่มขึ้นของแรงเสียดสีและแรงเฉือนทำให้เกิดแผลกดทับมากกว่าไม่มีแรงเสียดสีและแรงเฉือนถึง 4.6 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไบรอันท์และชานนอน (Bryunt & Shannon อ้างตาม ชาลี และคณะ, 2548) ที่พบว่าถ้าไม่มีแรงเสียดสี ต้องใช้แรงกด 290 มิลลิเมตรปรอท จึงจะเกิดแผล แต่ถ้ามีแรงเสียดสี แรงกดเพียง 45 มิลลิเมตรปรอท ก็ทำให้เกิดแผลกดทับได้ ดังนั้นการเกิดแผลกดทับจึงมีมากขึ้นเมื่อมีแรงกด แรงเฉือนและแรงเสียดทานมากระทำต่อผิวหนังในเวลาเดียวกัน

2. ปัจจัยภายในบุคคล

เป็นปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อ ซึ่งหมายถึงความสมบูรณ์ของโครงสร้างของผิวหนัง และความสามารถของเนื้อเยื่อในการที่จะกระจายแรงที่กดจากผิวหนังไปยังกระดูกโดยที่ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ความทนทานของเนื้อเยื่อมีผลมาจากปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ ความพร่องในการรับรู้สีกและการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ โรคประจำตัว ความพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ภาวะอ้วนหรือผอม การไหลเวียนเลือดลดลง ภาวะไข้ และภาวะทางจิตของผู้ป่วย (ชาลี และคณะ, 2544; รัชนีพันธ์ และคณะ, 2544; วิจิตร และคณะ, 2547; Baumgarten et al, 2006.; Bergstrom et al., 1987; Pieper, 2007; Souza & Santos, 2007)

2.1 อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเสี่ยงต่อการเป็นแผลกดทับมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นชั้นไขมันใต้ผิวหนังบางลง หลอดเลือดมาเลี้ยงลดลงทำให้ผิวหนังเปราะบางและ

ศึกษาได้ง่าย จากการศึกษาของชวลี และคณะ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของรักษนันท์ และคณะ (2544) พบว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับมีอายุเฉลี่ย 61.7 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2545) พบว่าผู้ที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70 ถึง 79 ปี (ร้อยละ 41) และการศึกษาของวิจิตรและคณะ (2545) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีถึง 2 เท่า

2.2 ความพร้อมในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวมีส่วนช่วยให้มีการเพิ่มการไหลเวียน การรับรู้ความรู้สึกทำให้มีการรับรู้ต่อความปวดและความไม่สุขสบาย และตอบสนองความรู้สึกนั้นด้วยการเปลี่ยนท่าทางของตัวเอง (Bergstrom et al., 1987) แต่ในคนที่มีความพร้อมในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว เช่นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการรับรู้ เป็นต้น ทำให้การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลง และปัจจัยเสี่ยงสำคัญในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือผู้ที่นอนบนเตียงและเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ (Lyder et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2545) พบว่าผู้ที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบสมองและไขสันหลัง (ร้อยละ 30.8) ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก และการที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงจะทำให้เกิดแผลกดทับได้มากขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากแรงกดที่มากระทำหรือเพื่อลดแรงกด แรงเสียดสีที่กระทำต่อร่างกายได้ (รักษนันท์ และคณะ, 2544; วิจิตร และคณะ, 2547; Souza & Santos, 2007) และการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลังมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 47 ภายในสองสัปดาห์หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sea-sia, Wipke-Tevis, & Williams, 2005)

2.3 ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหาร โปรตีน อัลบูมิน ทำให้เซลล์บวม เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจนและของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ง่ายต่อการเกิดแผล จากการศึกษาของชวลี และคณะ (2544) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีระดับอัลบูมินน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์มีแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินสูงกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ประมาณ 2.6 เท่า เพราะอัลบูมินเป็นการวัดระดับโปรตีนค่าหนึ่งซึ่งบ่งบอกภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

2.4 โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย ผู้ป่วยบางคนที่ต้องได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยากล่อมประสาท หรือยารักษาโรคลมชัก

เป็นประจำ ยากล่อมประสาทและยาแก้ปวดบางชนิดทำให้วังงซึม ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง การตอบสนองต่อแรงกดและความสามารถที่จะเคลื่อนไหวเพื่อลดแรงกดที่มากระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับง่ายขึ้น จากการศึกษาของชวลี และคณะ (2544) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยากล่อมประสาท ยาแก้ปวดลดไข้ หรือยาเสตีรอยด์เกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยาเหล่านี้ และโรคประจำตัวบางชนิดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเสตีรอยด์ ซึ่งยาเสตีรอยด์มีผลยับยั้งการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการป้องกันเชื้อโรค และการสังเคราะห์เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำให้ผิวหนังนิ่มลง การรับรู้ลดลง การตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากแรงกดทับจึงน้อยลง การศึกษาของชวลี และคณะ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ตามมาด้วยโรคมะเร็งและการติดเชื้อ ส่วนการศึกษาของวิจิตร และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงประมาณ 1.7 เท่า

2.5 ความพร่องในการควบคุมการขับถ่าย ความบกพร่องในการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้ผิวหนังเปียกชื้นอยู่ตลอดเวลา และความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคของชั้นผิวหนังลดลง ทนต่อแรงกดและแรงเสียดสีลดลง ความเปียกชื้นที่ผิวหนังทำให้เพิ่มแรงเสียดสีและผิวหนังยุ่ยนิ่มลง (Baumgarten et al., 2006.; Pieper, 2007; Souza & Santos, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิจิตร และคณะ (2547) พบว่าปัจจัยที่ทำนายการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ และผู้ที่เคยมีอุจจาระร่วง กลุ่มผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ถึง 4.18 เท่า ส่วนการศึกษาของไลเดอร์ และคณะ (Lyder et al., 2001) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น งานวิจัยของช่อผกาและคณะ (2549) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ถึง 5 เท่า และน้ำปัสสาวะยังทำให้แรงเสียดสีของผิวหนังกับเสื้อผ้าเพิ่มขึ้นด้วย และการศึกษาของโดโนแวน และเดิร์ก (Donovan & Dirk อ้างตามวิจิตร และคณะ, 2545) พบว่าความอับชื้นที่เกิดจากปัสสาวะเปียกชื้นบนที่นอนทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงขึ้นถึง 4 เท่า

2.6 ภาวะอ้วนหรือผอม เนื่องจากภาวะอ้วนเนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อยทำให้มีแรงกดของเนื้อเยื่อกระดูกมากขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ผอมและมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (low body mass index) ยังบ่งบอกถึงภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการคงความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ (Baumgarten et al., 2006) และจากการศึกษา พบว่าทั้งผู้ที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ และมากกว่าเกณฑ์ต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ แต่ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์จะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากกว่า เนื่องจากในคนอ้วนจะมีไขมัน (ส่วนนอกหลอดเลือด) ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

เนื่องจากมีส่วนของเนื้อเยื่อและไขมันในการรองรับน้ำหนักมากกว่าคนผอม (Compher, Kinoshian, Ratcliffe, & Baumgarten, 2007)

2.7 การไหลเวียนเลือดลดลง เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อค ภาวะขาดเลือดเป็นระยะเวลานานจนผู้ป่วยมีอาการช็อค ทำให้ไม่อาจนำสารอาหาร ออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆ ได้เพียงพอ (Baranoski, 2006) จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุพบว่า ภาวะที่มีความโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากในภาวะที่ความดันโลหิตต่ำจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง และร่างกายสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เช่นระดับความรู้สึกรู้ตัว การทำหน้าที่ของระบบขับถ่าย ซึ่งต่างเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ (Souza & Santos, 2007)

2.8 ภาวะไข้ ทำให้เนื้อเยื่อต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากเดิม อุณหภูมิของร่างกายที่เพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส ทำให้เนื้อเยื่อมีการเผาผลาญ และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (Gosnell, 1987) ออกซิเจนจากการไหลเวียนปกติไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนง่ายต่อการเกิดแผล จากการศึกษาของชวลี และคณะ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีอุณหภูมิของร่างกาย มากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ

2.9 ปัญหาทางจิต ภาวะทางจิตของผู้ป่วย เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในตัวเอง การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของช่อผกา และคณะ (2549) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะมีความรุนแรงของแผลกดทับเป็น 2.2 เท่า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และนโยบาย

การมีนโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการติดตาม และการประเมินผลงานของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ รวมไปถึงการเฝ้าอำนาจ และส่งเสริมการค้นคว้าความรู้ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ความเพียงพอในการจัดอุปกรณ์ลดแรงกดทับ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน มีการสำรวจภาระงานของพยาบาลในประเทศคูเวต พบว่าพยาบาลมีภาระงานมากทำให้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย คือผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ (Al-Kandari & Thomas, 2008) นอกจากนี้การมีนโยบายให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก็มีความสำคัญอย่างมาก จากการศึกษาพบทวนอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางด้านร่างกายที่ต้องการการดูแลแบบทั้งหมด หรือต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่ ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่พยาธิสภาพที่สมอง ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อการรักษา ถึงแม้ว่าสาเหตุการเกิดแผลกดทับที่เกิดจากปัจจัยภายในจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากปัจจัยภายนอกสามารถ

ป้องกันได้โดยเฉพาะจากผู้ดูแล คือพยาบาล และญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกัน และการจัดการกับปัญหาเรื่องแผลกดทับในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (ICSI, 2008) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาถึงบทบาทของญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าญาติให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องคือยังมีการใช้ห่วงโดนัท และการนวดบริเวณกดทับที่มีรอยแดง (Kimura & Pacala, 1997; Lyder et al., 2001) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนอกจากจะค้นคว้าหาความรู้เพื่อปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับให้กับผู้ป่วยโดยตรงแล้ว อีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือบทบาทในการสอนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านมากกว่าบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ (Eisenberger & Zeieznik, 2004) การศึกษาของชาวลิ และคณะ (2548) พบว่าปัจจัยด้านนโยบายที่ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสอนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากเดิมร้อยละ 9.24 เหลือร้อยละ 4.98 ดังนั้นปัจจัยสิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ระดับของแผลกดทับ

องค์กรด้านแผลกดทับ (NPUAP, 2007) ได้แบ่งระดับของแผลกดทับขึ้นมาใหม่ โดยยังคงระดับเดิมที่สามารถระบุระดับของแผลได้มี 4 ระดับ และเพิ่มการแบ่งระดับใหม่ซึ่งเป็นลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (suspected deep tissue injury) และระดับที่ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในระดับใด (unstageable) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะแผลที่สามารถระบุระดับของแผลได้มี 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 (stage I) มีรอยแดงที่ผิวหนังที่ไม่มีการฉีกขาด การเปลี่ยนแปลงของสีผิวบางรายอาจมีสีผิวที่เข้มขึ้น สีจางลง อาจมีลักษณะอุ่น บวม แฉก หรือหยาบ

ระดับที่ 2 (stage II) มีการทำลายผิวหนังบางส่วน (partial-thickness skin loss) ของชั้นอีพิเดอรัล และหรือเดอรัลส แผลจะตื้นและมีลักษณะถลอก (abrasion) เป็นตุ่มน้ำ (blister) หรือเปิดออกเป็นแผลตื้น (shallow crater)

ระดับที่ 3 (stage III) มีการทำลายผิวหนังมาก (full-thickness skin loss) มีการทำลายหรือมีการตายของชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) อาจลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่หุ้มกล้ามเนื้อ (fascia) แต่ไม่ทะลุ มีลักษณะเป็นแผลลึกลงไปโดยอาจเจาะลามถึงเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง

ระดับที่ 4 (stage IV) มีการทำลายผิวหนังมาก (full-thickness skin loss) และการทำลายขยายกว้างขึ้น มีเนื้อตาย หรือทำลายถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก หรือเอ็นและเยื่อหุ้มข้อ อาจพบมีการกินลามลึกลงไป หรือมีช่องทางระบายหนอง (sinus tract)

ลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่

ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (suspected deep tissue injury) ผิวหนังในตำแหน่งที่ถูกกดมีสีม่วงคล้ำมีสีเปลี่ยนจากผิวหนังปกติ หรือมีสีซีดจากการที่มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงส่วนนั้นๆ ลดลง ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อด้านใน อาจมีอาการนำมาก่อน เช่น กดเจ็บ เนื้อแข็งด้านหรือนิ่ม, เปื่อยยุ่ย, ร้อนหรือมีสีที่ต่างจากผิวหนังบริเวณข้างเคียง ซึ่งเป็นการยากที่จะตรวจพบความผิดปกติได้จากการดูที่สีผิวเพียงอย่างเดียว อาจจะรวมไปถึงตุ่มพองที่อยู่บนรอยคล้ำของผิวหนังบริเวณที่ถูกกด บางครั้งแผลอาจจะพัฒนาจากรอยสะเก็ดของผิวหนังที่หลุดลอก

ระดับที่ไม่สามารถจะจำแนกได้ชัดเจน (unstageable) เป็นระยะที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อทั้งหมดและบาดแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย หรือรอยสะเก็ดที่ทำให้ยากแก่การเห็นเนื้อแผลที่แท้จริงจนกว่าจะมีการเอาส่วนของเนื้อตายนั้นๆ ออกจากปากแผลจนสามารถมองเห็นความลึก และระยะของแผลที่แท้จริง

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจะทำให้การประเมินนั้นมีหลักฐานที่น่ายอมรับ และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ จากการศึกษาของรัชชานันท์ (2547) ได้สนับสนุนว่า การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจะนำไปสู่การบริหารจัดการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ดี และมีความเหมาะสม ช่วยให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และทำให้สามารถคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยง และให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด เพราะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาเมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว (ชวันพิศ, ทิตยา และวาราลักษณ์, 2547) อันจะเป็นผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และต่อพยาบาลผู้ให้การดูแล เพราะแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการบริการพยาบาล

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ใช้กันทั้งในและต่างประเทศนั้นมีอยู่หลายรูปแบบ เช่น แบบประเมินของนอร์ตัน (Norton Scale) และแบบประเมินของกอสเนล (Gossnell Scale) แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (Waterlow Scale) แบบประเมินของบราเดน (Braden Scale)

เป็นต้น การที่องค์กรต่างๆ จะนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้นั้นจะต้องประเมินจากปัจจัยหลายๆอย่าง เพื่อให้เกิดความเหมาะสม และสะดวกแก่ผู้ใช้ แต่ปัจจัยสำคัญของการเลือกแบบประเมินก็คือจะต้องมีความตรง (validity) สูง ซึ่งแบบประเมินความเสี่ยงจะประเมินจากความไว (sensitivity) ในการทำนายโอกาสการเกิดแผลกดทับ และมีความจำเพาะ (specificity) สูงด้วย ได้มีผู้ศึกษาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินต่างๆเพื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าแบบประเมินของบราเดนมีความไว และความจำเพาะร้อยละ 57.1 และ 67.5 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับเครื่องมือแบบอื่นๆ ได้แก่ แบบประเมินของนอร์ตันมีความไว และความจำเพาะร้อยละ 46.8 และ 61 ส่วนแบบประเมินของวอเตอร์โลวมีความไวที่สูงคือ ร้อยละ 82.4 แต่มีความจำเพาะที่ต่ำ คือ ร้อยละ 27.4 (Lindgren, 2002; Pancorbo-Hidalgo, 2006) จากการศึกษาในประเทศไทยในโรงพยาบาลต่างๆ ใช้แบบประเมินของบราเดนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะแบบประเมินของบราเดน

แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden & Bergstrom, 1987) ใช้ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการมีแรงเสียดทานแรงเฉือน ในแต่ละด้านให้คะแนน 1 (ความเสี่ยงสูงมาก) ถึง 4 (ความเสี่ยงต่ำมาก) ยกเว้นแรงเสียดทานและแรงเฉือนให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 ถึง 23 คะแนน คะแนนน้อยแสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง คะแนนมากแสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่ำ ระดับคะแนนโดยทั่วไปที่ใช้ในการทำนายแผลกดทับ คือ 16 คะแนน แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) ระดับคะแนนที่ใช้ในการทำนายแผลกดทับ คือ 18 คะแนน ซึ่งรายละเอียดของแบบประเมินมีดังนี้

1. การรับรู้ความรู้สึก หมายถึงความสามารถในการแสดงอาการตอบสนองต่อความไม่สุขสบายจากแรงกดทับ มี 4 ระดับคะแนน

1.1 ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้โดยสิ้นเชิง ไม่สามารถแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้น ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียการรับรู้ หรือการได้ยากคประสาท (1 คะแนน)

1.2 มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกมาก สามารถรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดได้เพียงบางอย่างแต่ไม่สามารถพูด/สื่อสารได้นอกจากแสดงอาการกระสับกระส่าย ร้องครวญคราง (2 คะแนน)

1.3 มีความจำกัดในการรับรู้ความรู้สึกเล็กน้อย ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สุขสบาย หรือความต้องการในการเปลี่ยนท่าได้ (3 คะแนน)

1.4 ไม่มี ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก (4 คะแนน)

2. ความเปียกชื้นของผิวหนัง หมายถึงความมากน้อยของผิวหนังที่สัมผัสกับความเปียกชื้น มี 4 ระดับคะแนน

2.1 มีความเป็ยกขึ้นของผิวหนังตลอดเวลา ผิวหนังมีความเป็ยกขึ้นจากเหงื่อ
ปัสสาวะ และอุจจาระตลอดเวลา (1 คะแนน)

2.2 มีความเป็ยกขึ้นของผิวหนังเป็นส่วนใหญ่ ผิวหนังมีการเป็ยกขึ้นเกือบ
ตลอดเวลา มักต้องเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่มีการพลิกตัว (2 คะแนน)

2.3 ผิวหนังเป็ยกขึ้นเป็นบางครั้ง มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนผ้าวันละครั้ง
(3 คะแนน)

2.4 แทบจะไม่มีมีการเป็ยกขึ้นของผิวหนัง สภาพผิวหนังปกติ เปลี่ยนผ้าตามปกติ
(4 คะแนน)

3. การมีกิจกรรม หมายถึงระดับของการมีกิจกรรม มี 4 ระดับคะแนน

3.1 อยู่บนเตียงตลอด ถูกจำกัดให้อยู่บนเตียง (1 คะแนน)

3.2 นั่งเก้าอี้ได้ ความสามารถในการเดินเองได้น้อยมาก ไม่สามารถลงน้ำหนักได้
เต็มที่ และ/หรือต้องใช้รถเข็น (2 คะแนน)

3.3 เดินได้เป็นครั้งคราวเดินได้ระยะสั้นๆ อาจมีหรือไม่มีผู้ช่วยพยุง ใช้เวลาส่วน
ใหญ่นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ (3 คะแนน)

3.4 เดินได้บ่อยๆ เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน และเดินในห้องทุกๆ 2
ชั่วโมงในตอนกลางวัน (4 คะแนน)

4. การเคลื่อนไหว หมายถึงความสามารถในการเปลี่ยนหรือควบคุมท่าทาง มี 4 ระดับ
คะแนน

4.1 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้โดยสิ้นเชิง ไม่สามารถขยับส่วนใดของร่างกายได้
แม้แต่เพียงเล็กน้อย ต้องมีคนช่วย (1 คะแนน)

4.2 จำกัดการเคลื่อนไหวค่อนข้างมาก สามารถเปลี่ยนท่า หรือขยับแขนขาได้บ้าง
เล็กน้อย แต่ต้องมีคนช่วย (2 คะแนน)

4.3 จำกัดการเคลื่อนไหวเล็กน้อย สามารถเปลี่ยนท่าหรือขยับแขนขาได้มาก ต้อง
ใช้คนช่วยบ้าง (3 คะแนน)

4.4 ไม่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว (4 คะแนน)

5. ภาวะโภชนาการ หมายถึงแบบแผนการรับประทานอาหาร มี 4 ระดับคะแนน

5.1 รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่เคยรับประทานครบทุกมื้อ รับประทานได้น้อย
กว่า 1/3 ของอาหารที่ควรได้ในแต่ละวัน ได้อาหาร โปรตีน เช่นเนื้อวันละ 2 มื้อที่จัดให้หรือน้อยกว่า
หรืองดน้ำและอาหารอยู่ หรือไม่ยอมรับประทานอาหารเหลวที่จัดให้ (1 คะแนน)

5.2 ได้สารอาหารค่อนข้างน้อย รับประทานแทบจะไม่ครบทุกมื้อ และรับประทาน
ได้เพียง 1/2 ของอาหารที่จัดให้ ได้โปรตีนเช่นเนื้อเพียง 3 มื้อที่จัดให้ในแต่ละวัน รับประทานอาหารเสริม
บ้างเป็นครั้งคราว หรือได้รับอาหารทางสายยางน้อยกว่าที่ควรได้รับ (2 คะแนน)

5.3 ได้รับสารอาหารเพียงพอ รับประทานอาหารได้มากกว่า $1/2$ ของที่จัดให้ทุกมื้อ ได้อาหารโปรตีนทั้ง4มื้อในแต่ละวัน อาจปฏิเสธอาหารบางมื้อแต่ได้อาหารเสริม หรือได้รับสารอาหารทางสายยาง หรือทางหลอดเลือดดำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย (3 คะแนน)

5.4 ได้รับสารอาหารในปริมาณและคุณภาพที่ดีเยี่ยม รับประทานได้ครบและหมดทุกมื้อ ได้โปรตีนทั้ง 4 มื้อหรือมากกว่า บางครั้งรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ไม่ต้องการอาหารทดแทน (4 คะแนน)

6. .การมีแรงเสียดทานและแรงดึงรั้ง มี 3 ระดับคะแนน

6.1 ต้องการผู้ช่วยเหลือมากในการเคลื่อนไหว การยกตัวโดยที่ไม่ให้เกิดการถูไถ เป็นไปได้ยากมาก และมีการลื่นไถลตลอดเมื่อนอนหรือนั่งเก้าอี้ บ่อยครั้งที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างมากในการเปลี่ยนท่า มีการแข็งเกร็ง ชิดเกร็ง หรือมีอาการสับสนวุ่นวาย ทำให้มีการเสียดทานตลอด (1 คะแนน)

6.2 พบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหานี้ การเคลื่อนไหวต้องการการช่วยน้อย ขณะมีการเคลื่อนไหวผิวหนังอาจถูไถกับผ้า เก้าอี้ เครื่องผูกยึด หรืออุปกรณ์ต่างๆ ได้ เมื่อจัดทำให้นอนหรือนั่งสามารถอยู่ในท่านั้นได้เป็นส่วนมาก อาจมีการลื่นไถลได้บ้างเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)

6.3 ไม่พบปัญหานี้ สามารถเคลื่อนตัวได้ดี ทั้งขณะอยู่บนเตียงหรือนั่งอยู่ในท่าที่ถูกต้องได้ตลอดเวลา (3 คะแนน)

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบได้ทั่วโลกในผู้ป่วยหลายกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับยังสูงอยู่ดังการศึกษาในประเทศเดนมาร์ก พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักมีตั้งแต่ร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 49 (Shahin et al., 2008) ส่วนการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุภายในสองวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 6.2 (Baumgarten et al., 2006) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานพบถึงร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 32 (Salcido et al., 2006) สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี พบร้อยละ 11.18 (ชวลี และคณะ, 2544) และจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลังมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 47 ภายในสองสัปดาห์หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sea-sia et al., 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับนั้นเป็นปัจจัยที่มาจากสองสาเหตุหลักคือสาเหตุจากปัจจัยภายนอกและสาเหตุจากปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ ความแรงและระยะเวลาของแรงกดทับ ส่วนปัจจัยภายใน คือ ความทนทานของเนื้อเยื่อที่สามารถทนทานต่อสาเหตุภายนอกที่มากระทำ ดังการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าปัจจัยด้านอายุ การได้รับยากดภูมิประสาท ยาแก้ปวด ยาสเตียรอยด์ ระดับอัลบูมิน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งเกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว (ชาติ และคณะ, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว ได้แก่ ความปวด ระดับความรู้สึกตัว ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะการติดเชื้อ (Baumgarten et al, 2008) นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความพร้อมในการควบคุมการขับถ่าย และการมีแผลกดทับมาก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดและความรุนแรงของการมีแผลกดทับของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Baumgarten et al., (2006) เนื่องจากทำให้ผิวหนังเปียกชื้นอยู่ตลอดเวลา และความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคของชั้นผิวหนังลดลง ทนต่อแรงกดและแรงเสียดสีลดลง ความเปียกชื้นที่ผิวหนังทำให้เพิ่มแรงเสียดสีและผิวหนังยุบนิ่มง่ายขึ้น (Baumgarten et al.; Pieper, 2007; Souza & Santos, 2007) วัยที่สูงขึ้นทำให้ผิวหนังบางและยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวร่วมด้วยซึ่งส่งผลต่อข้อจำกัดอื่นๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว ปัจจัยหนึ่งจากการได้ยาที่มีฤทธิ์กดภูมิประสาท ยาแก้ปวด หรือการได้รับยาสเตียรอยด์จะมีผลต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของผิวหนัง และสังเคราะห์เนื้อเยื่อเกี่ยวพันทำให้ผิวหนังบางและนิ่มง่าย ระดับอัลบูมินที่ต่ำทำให้บวม ผิวหนังบางและนิ่มง่ายรวมทั้งการส่งผ่านออกซิเจนไปยังเซลล์ได้ลดลง นอกจากนี้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่นานแสดงถึงความซับซ้อนถึงการเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่ามีหลายองค์กรที่ได้กำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเนื้อหาของแนวปฏิบัติส่วนใหญ่ประกอบด้วยองค์ประกอบในเรื่องประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยง การลดแรงกด แรงเสียดทานและแรงไถล การดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้นแต่ไม่เปียกแฉะ และการดูแลภาวะโภชนาการ การเฝ้าระวังและติดตามการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนการบริหารร่างกาย รวมทั้งการให้ความรู้ในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับแก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ แม้จะ

มีมาตรฐานที่ดีในการป้องกันแผลกดทับแต่ยังพบจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่สูงอยู่ ดังเช่น การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักในประเทศเคนมาร์กพบตั้งแต่ร้อยละ 4 ถึง ร้อยละ 49 (Shahin et al., 2008) ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุภายในสองวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 6.2 (Baumgarten et al., 2006) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานพบถึงร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 32 (Salcido et al., 2006) สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี พบร้อยละ 11.18 (ชวลี และคณะ, 2544) และจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลังมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 47 ภายในสองสัปดาห์หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sea-sia et al., 2005) ดังนั้น จึงได้มีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานซึ่งพบได้หลากหลาย เช่น ภาระงานที่มากเกินไป การขาดความรู้หรือขาดการเข้าถึงแหล่งความรู้เชิงประจักษ์ ความไม่เพียงพอ อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับ ดังการศึกษาเรื่องภาระงานพยาบาลในคูเวต พบว่า พยาบาลมีภาระงานมากทำให้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย คือผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ (Al-Kandari & Thomas, 2008) การศึกษาเรื่องความรู้ของพยาบาลพบว่าพยาบาลขาดการเข้าถึงแหล่งความรู้ที่ทันสมัยเนื่องจากไม่มีเวลา (Ulrika & BjÖrn-Ove, 2009) และการศึกษาในประเทศไทยของทิตยา (2547) ถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในการป้องกันแผลกดทับ พบว่ากิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติน้อยคือการลดแรงกดทับโดยการวางเบาะรองนั่งก่อนให้นั่งทุกครั้ง การจัดทำน้มนวดเพื่อป้องกันการลื่นไถล การชั่งน้ำหนักผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จากกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานนี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล เช่นด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ความตระหนักของพยาบาลที่เห็นความสำคัญของการป้องกันแผลกดทับ และมีความตั้งใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ซึ่งจะนำไปสู่ความเต็มใจการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

ความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความหมายของความตระหนัก

มีผู้ให้ความหมายของความตระหนักไว้หลายท่าน โดยกล่าวว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการระลึกได้ จำได้ มีความคล้ายกับความรู้แต่ไม่เหมือนความรู้เพราะความตระหนักเป็นความรู้สึกที่บุคคลเริ่มให้ความสนใจ จึงเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของพฤติกรรมด้านเจตคติ แต่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่บุคคลแสดงออกถึงการระลึกได้ถึงความสำคัญ และเริ่มให้ความสนใจกับเหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์นั้น โดยต้องอาศัย ระยะเวลาประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อมในสังคม ช่วยให้เกิดความตระหนัก (กระจ่างจิต, 2549; ศรีวรรณ, 2539; สุชาติณี, 2548; Bloom, 1956) และมีอีกหลายท่านที่กล่าวว่า ความตระหนักเป็นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า และจะต้องอาศัยความรู้เป็นพื้นฐานในการเกิดความตระหนัก โดยมีผลเชื่อมโยงกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความตั้งใจ การเห็นคุณค่า การเข้าใจในคุณค่า และเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือการที่บุคคลมีความรู้ในงานประจำที่ทำ และสามารถนำความรู้ต่างๆ ไปใช้ในการดูแลบุคคลได้ และความตระหนักนี้เป็นสิ่งที่มองไม่เห็นแต่จะสรุปเอาจากพฤติกรรมที่แสดงออก (เพียรทอง, 2546; Cook, 2007; Good, 1973)

สรุปได้ว่าความตระหนักหมายถึงการที่บุคคลให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นความนึกคิด จนเกิดการยอมรับ และเห็นความสำคัญต่อสิ่งเร้านั้นซึ่งต้องอาศัยความรู้ในเรื่องนั้น หรือใช้ประสบการณ์เป็นองค์ประกอบในการก่อให้เกิดความตระหนัก เป็นผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมและเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา

ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนัก

ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนัก มีด้วยกันหลายปัจจัยซึ่งจากกรอบแนวคิดของบลูม (Bloom, 1956) กล่าวว่าการตระหนักเป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากการมีความรู้ กล่าวคือการที่บุคคลจะมีความตระหนักได้นั้นจะต้องมีความรู้เป็นพื้นฐาน แต่นอกจากการมีความรู้แล้วนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความตระหนักได้แก่ สิ่งแวดล้อม และนโยบายต่างๆ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความตระหนักอีกอย่างหนึ่ง (Good, 1973) สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. ความรู้ คือ ความสามารถเกี่ยวกับการให้คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี สิ่งที่เกิดจากข้อเท็จจริง ประสบการณ์ การสัมผัส เป็นต้น (ประภาเพ็ญ, 2526; Bloom, 1956) ความรู้สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับคือ เมื่อพยาบาลได้รับรู้สิ่งเร้าว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้จากที่ได้เคยเรียนรู้มา หรือจากประสบการณ์ต่างๆ ในการพิจารณาและให้ความสนใจว่าจะต้องกระทำ

กิจกรรมพยาบาลเพื่อที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนั้น ซึ่งแสดงว่าพยาบาลได้ใช้พื้นฐานความรู้ด้านการป้องกันแผลกดทับเหนี่ยวนำให้เกิดความตระหนักในเรื่องการป้องกันแผลกดทับ ได้มีการศึกษาว่าความรู้หรือการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตระหนัก ดังการศึกษาของคหวิ (2540) ที่ศึกษาเรื่องความรู้และความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลมีความรู้และความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับสูง หมายถึงความรู้และความตระหนักมีความสัมพันธ์กันในทางบวก คือเมื่อความรู้สูงจะส่งผลให้มีความตระหนักในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่มีความรู้ไม่สามารถที่จะทำนายถึงระดับความตระหนักได้ และที่สำคัญการมีความรู้เพียงอย่างเดียวก็ไม่สามารถที่จะทำนายได้ว่าบุคคลจะปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (เพียรทอง, 2546)

2. สิ่งแวดล้อม และนโยบายของหน่วยงาน หมายถึงวัตถุประสงค์ของ คน กิจกรรม โครงการ เหตุการณ์ต่างๆ รวมไปถึงวัฒนธรรม ประเพณีด้วย (กันยา, 2540) สิ่งแวดล้อม และนโยบายเป็นสิ่งเร้าซึ่งมีผลต่อความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ แบ่งเป็นสองประเภท คือ สิ่งเร้าภายนอก และสิ่งเร้าภายใน (กันยา)

2.1. สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ อุบัติการณ์ และความรุนแรงในการเกิดแผลกดทับที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนของหน่วยงาน การติดตามการปฏิบัติงานที่จริงจัง และการประเมินผลงานของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ รวมไปถึงการเอื้ออำนวย และส่งเสริมการค้นคว้าความรู้ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ความเพียงพอในการจัดอุปกรณ์ลดแรงกดทับ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน มีการสำรวจภาระงานของพยาบาลในประเทศคูเวต พบว่าพยาบาลมีภาระงานมากทำให้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย คือผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือได้รับยาไม่ตรงตามเวลา (Al-Kandari & Thomas, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของมอร์และไพรซ์ (Moore & Price, 2004) ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่าพยาบาลไม่มีเวลาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เช่น การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ แม้ว่าพยาบาลเหล่านั้นจะมีทัศนคติ ซึ่งหมายถึงเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูงก็ตาม (Moore & Price) วัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญสนับสนุน ติดตาม มีการส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการให้การยกย่องชมเชยและสิ่งตอบแทนต่างๆ

2.2. สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความรู้สึกรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และไม่เกิดแผลกดทับ รวมทั้งความรู้สึกรับผิดชอบต่อนักที่ หรือความต้องการเป็นผู้ได้รับการยกย่องชมเชยและสิ่งตอบแทนต่างๆ

ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

มีการศึกษาในเรื่องของความตระหนักต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคลในศาสตร์ต่างและพบว่าความตระหนักมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ดังเช่นศึกษาของพัทธริกา (2548) เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาล ลำปาง พบว่าบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ต่อเมื่อตระหนักว่าปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน เช่นเดียวกับการศึกษาของศรีวรรณ (2539) พบว่าการตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงจะมีการปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็นการเคารพต่อสิทธิผู้ป่วยในระดับสูงเช่นกัน ส่วนในเรื่องความตระหนักต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพนั้นมีการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ออกแบบการศึกษาโดยเพิ่มความตระหนักในการป้องกันแผลกดทับให้แก่พยาบาลด้วยการทำสัญลักษณ์ติดที่ปลายเตียงผู้ป่วยเดือนให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ปฏิบัติกรพยาบาลอย่างไม่ละเลย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้จริง (Frain, 2008) จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าในบางการศึกษาไม่ได้ศึกษาถึงความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยตรง แต่จะมีการศึกษาในเรื่องทัศนคติของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในด้านการปฏิบัติกรพยาบาลนั้นพบว่าพยาบาลยังไม่มีรูปแบบกรพยาบาลที่แน่นอนซึ่งจะขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติแต่ละคน รวมทั้งยังมีผลมาจากภาระงาน และอัตรากำลังของพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการที่พยาบาลจะได้เข้าถึงแหล่งของความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลป้องกันแผลกดทับจะมีผลทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยสรุปว่าการมีทัศนคติที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การปฏิบัติกรพยาบาลที่มีคุณภาพ สิ่งที่สำคัญในการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้พยาบาลจะต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้รู้สึว่าตนเองสามารถจะจัดการกับอุปสรรคต่างๆเหล่านั้นได้ (Moore & Price, 2002) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาระดับความตระหนักหรือทัศนคติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักกับการปฏิบัติกรพยาบาลโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ออกแบบการศึกษาโดยเพิ่มความตระหนักด้วยการมีกรรายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเพื่อให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการป้องกันแผลกดทับร่วมกับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้แก่พยาบาลซึ่งผลก็สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้เช่นกัน (ชวลี และคณะ 2548) จะเห็นได้ว่าการที่พยาบาลมีความตระหนักแล้วนั้นสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความหมายการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติ (สภาการพยาบาล, ม.ป.ป.) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและช่วยในกิจกรรมต่างๆที่จะทำให้บุคคลฟื้นหายจากความเจ็บป่วยหรือตายอย่างสงบ (สมจิต, 2553) กระบวนการเกิดการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เป็นผลมาจากการผสมผสานขององค์ประกอบต่างๆในตัวมนุษย์ แล้วจึงถูกกล่อมเกลาด้วยสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเห็นได้ว่าขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีองค์ประกอบหลายๆ ด้านประกอบกัน ได้แก่ (1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (cognitive domain) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ ความจำเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ทฤษฎีต่างๆที่พยาบาลได้เรียนรู้มา ไม่ว่าจะจากหนังสือ ตำรา จากหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือจากประสบการณ์ทำงาน แล้วเกิดการสังสมเป็นองค์ความรู้ที่ติดตัวของพยาบาล (2) องค์ประกอบด้านเจตคติ (affective domain) เป็นองค์ประกอบด้านทัศนคติ ความรู้สึก ความเชื่อ ความตระหนัก การให้ความสำคัญ และการให้คุณค่ากับสิ่งเร้านั้นๆ และ (3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) เป็นทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (กันยา, 2540; ประภาเพ็ญ, 2526; Bloom, 1956)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การที่พยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น มีขั้นตอน โดยเกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้นความรู้สึกนึกคิด ซึ่งสิ่งเร้านั้นอาจเป็นสิ่งแวดล้อม และนโยบายของหน่วยงานที่มีแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน และมีการติดตามงานอย่างจริงจัง รวมไปถึงการเอื้ออำนวย และส่งเสริมการค้นคว้าความรู้ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ความเพียงพอในการจัดอุปกรณ์ลดแรงกดทับ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน นอกจากนี้ยังเกิดจากการมีสิ่งจูงใจ ค่าตอบแทน หรือความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมนั้นๆ ของพยาบาลเองที่เกิดจากการเห็นปัญหาของผู้ป่วย และบุคคลอาจมีประสบการณ์เดิม หรือใช้ความสามารถทางสติปัญญาเพื่อให้ได้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น และใช้ความรู้ ความเข้าใจนั้นเป็นองค์ประกอบในการให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญ เห็นคุณค่า และตัดสินใจยอมรับสิ่งเร้านั้น จนเกิดเป็นความรู้สึกตระหนักและแสดงพฤติกรรมที่ต้องอาศัยทักษะต่างๆ ออกมา ดังนั้นความตระหนักจะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นผลมาจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งเร้า และประสบการณ์เดิมในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอยู่ ซึ่ง

ทั้งความรู้และความตระหนักจะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้นๆ (กันยา, 2540; ปรากฏพิณ, 2526; Bloom, 1959; Good อ้างตามกระจ่างจิต, 2549)

จากการศึกษาในเรื่องการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับจะพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติกรพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ได้แก่ ปัญหาด้านภาระงาน ความเพียงพอด้านอัตรากำลัง ความรู้ของพยาบาล ดังการศึกษาของมอร์และไพรซ์ (Moore & Price, 2004) ที่พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกรพยาบาลที่ดีเพื่อป้องกันแผลกดทับก็คือ การขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาล แม้ว่าพยาบาลจะมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ การศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติพยาบาลในประเทศกรีก พบว่าพยาบาลขาดความรู้เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือไม่เข้าใจในความรู้ที่ค้นพบจึงไม่สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีคุณภาพ เพราะขาดความมั่นใจ ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตนไม่เข้าใจอย่างแท้จริง (Brown et al., 2008; Panagiotopoulou & Kerr, 2002)

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับแยกตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลทั้งสามประเภทนี้จะมีความแตกต่างกันในเรื่องจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และความซับซ้อนของการเจ็บป่วย ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาระงานของพยาบาล และส่งผลโดยตรงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ดังการศึกษาถึงปัจจัยการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศสิงคโปร์ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับเนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อน ได้แก่ โรคทางหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีปัญหาพร่องโภชนาการ (Chan, Tan, Lee, & Lee, 2005) ทำให้พยาบาลอาจไม่มีเวลาในการให้การปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การปฏิบัติกรพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจำเป็นต้องปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันนี้ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไว้มากมาย ซึ่งได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ที่ช่วยให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ลดอุบัติเหตุ และป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) ที่กล่าวไว้ว่าคุณภาพของการพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็นสามด้าน คือคุณภาพด้าน

โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในการศึกษาครั้งนี้จะขอทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นการประกันคุณภาพด้านกระบวนการ

หลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับ (Australian Wound Management Association, 2001; ICSI, 2007; NPUAP, 1992; WOCN, 2003) ได้กำหนดแนวทางในการป้องกันแผลกดทับไว้มากมาย แต่สรุปโดยรวมแล้วมีแนวทางที่ใกล้เคียงกัน โดยเนื้อหาหลักเน้นเรื่อง การประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยง การคงไว้/สร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งการที่มีแนวทางที่กำหนดไว้ชัดเจนในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆจะทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน และยังส่งผลให้สามารถประเมินคุณภาพของการปฏิบัติได้ และผลลัพธ์ที่ออกมาคุณภาพสามารถวัดได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยง

ในการป้องกันแผลกดทับนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นเพราะจะช่วยให้อาพยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยสามารถประเมินได้จาก

1.1 ประวัติของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งจะมีผลต่อความแข็งแรงสมบูรณ์ของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อ ยาที่รับประทานเป็นประจำจะทำให้ทราบผลข้างเคียงของยาและคอยเฝ้าระวัง เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดประสาทร หรือยาเสตียรอยด์ เป็นต้น

1.2 การประเมินด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.2.1 การตรวจผิวหนังเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยต้องตรวจตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้าเพื่อตรวจหารอยแดงรอยช้ำ บาดแผล ผื่น การดึงตัว การยืดหยุ่นของผิวหนัง ความแห้ง ความชุ่มชื้นของผิวหนัง การแข็งหรือบวมของผิวหนัง ความสะอาดทั่วไป รอยพับและจุดอับชื้นของผิวหนัง รวมทั้งการตรวจอุณหภูมิของผิวหนัง

1.2.2 การประเมินด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การประเมินบริเวณที่สูญเสียความรู้สึกและสั่งการ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ รวมทั้งความสามารถในการรับประทานอาหาร หรือความพอเพียงในการรับสารอาหาร

2. การป้องกันการกระทำจากแรงภายนอกและการคงไว้หรือสร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ และการคงไว้และสร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ

ในประเด็นการป้องกันการกระทำจากแรงภายนอกและการคงไว้หรือสร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเพื่อทนต่อแรงที่มากระทำ และการคงไว้และสร้างเสริมความสมบูรณ์ของ

เนื้อเยื่อจะกล่าวเฉพาะการดูแลในเรื่องของการป้องกันแรงกดทับ แรงเฉือนหรือแรงดึงรั้ง ภาวะโภชนาการ (nutritional status) และการดูแลเรื่องผิวหนัง (skin care)

2.1 การป้องกันการกระทำจากแรงภายนอก ได้แก่ การป้องกันแรงกด แรงเฉือนหรือแรงดึงรั้ง การป้องกันและลดแรงกด (pressure relief) เป็นปัจจัยสำคัญ ปัจจัยหนึ่งในการลดการเกิดแผลกดทับแบ่งเป็นสองทางเลือกคือ การจัดทำผู้ป่วย และการเลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกด

2.1.1 การจัดทำผู้ป่วยเพื่อลดแรงกด การจัดทำเป็นหลักเบื้องต้นในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะการพลิกตะแคงตัว โดยควรพลิกตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ดังนี้

2.1.1.1 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุกสองชั่วโมง และควรมีการบันทึกไว้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับสูงสามารถ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้บ่อยกว่าทุกสองชั่วโมง หากพบว่าที่ผิวหนังมีรอยแดงเกิดขึ้น

2.1.1.2 การตะแคงตัวโดยให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงปุ่มกระดูกสะโพก (greater trochanter) ในการจัดท่านอนควรมีหมอนสอดไว้ระหว่างหัวเข่า และระหว่างตาคู่สองข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

2.1.1.3 การจัดท่านอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณสันเท้า โดยการใช้หมอนรองบริเวณน่อง หรือขาส่วนล่างให้สันเท้าลอยพ้นพื้นพื้นนอนไม่ให้อุณหภูมิ

2.1.1.4 จัดท่านอนศีรษะสูง ไม่ควรสูงเกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล และการกดทับ ยกเว้นจำเป็นต้องนอนศีรษะสูงเพื่อให้อาหารทางสายยาง หลังจากนั้นควรลดระดับลงเหลือ 30 องศา ภายหลังจากให้อาหารแล้วประมาณ 30 นาที ถึงหนึ่งชั่วโมง

2.1.1.5 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ควรอยู่ในท่านั่งได้ไม่เกินครึ่งละหนึ่งชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.1.2 การเลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกด ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เมื่อนอนอยู่บนเตียงการมีแรงกดจากน้ำหนักตัวจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดทำทางที่เหมาะสมแล้วก็ตาม ดังนั้นการเลือกใช้อุปกรณ์ที่ช่วยลดแรงกดจึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล

2.1.2.1 เลือกที่นอนที่ช่วยกระจายแรงกดของตัวผู้ป่วยกับที่นอนให้มากที่สุด โดยเลือกที่นอนฟองน้ำที่มีความหนาตั้งแต่ 3 นิ้วขึ้นไป

2.1.2.2 หลีกเลี่ยงการใช้ห่วงยาง (rubber ring / donut – type) และถุงมือยางใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก

2.1.2.3 การยกตัวผู้ป่วยควรใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้วิธีลาก และไม่ควรถือย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในรายที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง สามารถช่วยยกตัวได้โดยใช้มือดึงอุปกรณ์ช่วยโหนตัวที่ติดอยู่ที่หัวเตียง

2.1.2.4 ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากการบาดเจ็บของไขสันหลัง ควรนอนบนหมอนขวางที่วางเว้นปุ่มกระดูก และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งไม่ว่าจะเป็นรถเข็น หรือเก้าอี้ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตท่อนล่างควรมีการลดแรงกด โดยการยกกันครึ่งละหนึ่งนาทิตามทุกๆ ชั่วโมง หรือเอียงตัวให้ก้นด้านหนึ่งลอย หรือให้ญาติเข้าช่วยทางด้านหลังยกตัวผู้ป่วยให้ก้นลอย

2.1.2.5 การนั่งรถเข็น ควรสวมรองเท้า / รองเท้าหุ้มส้นทุกครั้ง และสายรัดกันเท้าตก เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นขณะเข็นรถได้

2.2 ภาวะโภชนาการ (nutritional status) การได้รับสารอาหารที่เพียงพอมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความแข็งแรงและสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ ดังนั้นจึงต้องเพิ่มอาหารประเภท โปรตีน เพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ระดับของโปรตีนที่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับต้องการ คือ 1.0-1.2 gm/kg/day รวมทั้งวิตามินซี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยรับทางปากได้น้อย ดูแลแนะนำอาหารอื่นๆ เช่น นม ไอศกรีม หรืออาหารเสริมสำหรับผู้ป่วยที่มีจำหน่ายทั่วไปเพื่อทดแทนสารอาหารและพลังงาน แต่ถ้ารับประทานอาหารทางปากไม่เพียงพอหรือไม่ได้ จะต้องเปลี่ยนเป็นให้อาหารทางสายยางให้อาหาร หรือทางหลอดเลือดดำแทน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

2.3 การดูแลผิวหนัง (skin care) การดูแลผิวหนังมีเป้าหมายเพื่อควบคุมและปรับปรุงเนื้อเยื่อที่ถูกกดให้มีความแข็งแรง และป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ

2.3.1 การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้ง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่นในการทำความสะอาดร่างกาย และควรเลือกใช้สบู่ทำ ความสะอาดร่างกายวันละครั้ง หรือตามความเหมาะสม

2.3.2 สำหรับผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้งควรเพิ่มการทำโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง ต่อวันถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้งต่อวัน

2.3.3 ในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้ง ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทาวาสลีนหรือ โลชั่นทุกครั้งเพื่อปกป้องผิวหนังในส่วนนั้นเป็นผลจากความเปียกชื้น

2.3.4 ควรหาสาเหตุของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และแก้ไข เช่นการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ และการฝึกขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

2.3.5 หลีกเลี่ยงไม่ให้บริเวณที่รับรู้ความรู้สึกได้น้อย หรืออ่อนแรงสัมผัสกับความร้อน เช่นการวางกระเป๋าน้ำร้อน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ถ้าจะใช้ ให้เลือกใช้ ถุงเจลร้อน (hot pack) และควรห่อผ้าขนหนูก่อนวาง พร้อมทั้งประคบความร้อนก่อนวางให้ผู้ป่วยทุกครั้ง และควรสังเกตรอยแดงหรือตุ่มพอง ที่อาจเกิดความร้อนที่ผิวหนังผู้ป่วยด้วย

2.3.6 หลีกเลี้ยงการนวดปุ่มกระดูก โดยเฉพาะที่มีรอยแดง การนวดปุ่มกระดูก จะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณนั้นลดลง และทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปได้รับอันตรายจากการกดนวด

2.3.7 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกล้ามเนื้อโดยให้ผู้ป่วยยกแขนขา และหมุนข้อต่างๆด้วยตนเองหากผู้ป่วยสามารถทำได้ แต่หากผู้ป่วยอัมพาต ไม่รู้สึกตัว พยายามหรือผู้ดูแลควรเป็นผู้ทำให้โดยควรทำการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง

2.3.8 ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผิวหนัง

2.3.9 ถ้ามีแผลกดทับระดับ 1-2 สามารถใช้เวชภัณฑ์ปิดแผลประเภทสังเคราะห์ ที่ให้ความชุ่มชื้นกับแผล (occlusive หรือ semi-permeable) ปิดแผลเพื่อควบคุมให้สิ่งแวดล้อมของแผล ให้ชุ่มชื้น

3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันและการจัดการกับปัญหาเรื่องแผลกดทับในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน การสอนผู้ป่วยและญาตินั้นควรเริ่มสอนตั้งแต่เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเนื้อการสอนนั้นจะต้องครอบคลุมถึงเรื่องการจัดท่า การประเมิน การดูแลผิวหนัง และการดูแลภาวะโภชนาการ (ICSI, 2008) มีการศึกษาถึงการได้รับความรู้ และการสอนการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแก่ญาติ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่ายังได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง (Kimura & Pacala, 1997; Lyder et al., 2001; Paquay, 2008) การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เพื่อให้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและญาติเอง ดังการศึกษาเรื่องการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้จะทำให้ลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นด้วย (Kalra et al., 2004; Keith, 2004)

สถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ยังไม่เป็นไปตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น รวมทั้งยังขาดความรู้เชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลของ

พยาบาลประเทศออสเตรเลีย พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ใช่แบบ ประเมินในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับแต่จะประเมินจากประสบการณ์ของตนเอง (Sharp et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลร้อยละ 40 ที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีความรู้ในการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่เพียงพอ โดยร้อยละ 49 มีการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับ เช่น เตียงลดแรงกดทับ แต่พบว่าร้อยละ 80 ไม่เคยทดสอบประสิทธิภาพการทำงานของตัวเองในการ ลดแรงกดทับที่ใช้อยู่ (Hallett, 1996) จากการเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติกร พยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์เพื่อป้องกันแผลกดทับระหว่างปี 1991 และ 1993 พบว่าแม้ว่า ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติกรพยาบาลโดยรวมของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับในปี 1993 จะดีกว่าความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลในปี 1991 แต่พยาบาลก็ยังมี การปฏิบัติกรพยาบาลที่ไม่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติกรพยาบาล คือยังมีการใช้ห้วง ยางในการป้องกันแรงกดทับ ไม่ได้ประเมินหรือจัดการภาวะขาดสารน้ำของผู้ป่วย (Duimel- Peeters, Hulsenboom, Berger, Snoeckx, & Halfens, 2006)

จากการศึกษาของมอร์และไพร์ซ (Moore & Price, 2004) พบว่าพยาบาลที่ทำงานใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหกแห่งในประเทศไอซ์แลนด์ มีการใช้แบบประเมินแผลกดทับไม่ถึง ร้อยละ 50 และแม้ว่าร้อยละ 70 ของพยาบาลจะระบุว่ามีการใช้แบบประเมินระดับของแผลกดทับ แต่ร้อยละ 78 ของพยาบาลเหล่านั้นไม่สามารถระบุชื่อของแบบประเมินนั้นได้ การศึกษานี้ยังพบว่า ร้อยละ 90 ของพยาบาลระบุว่ามีการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยภายใต้การดูแล แต่ระบุว่าไม่มีการบันทึกแผนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับและร้อยละ 21 ของพยาบาลกลุ่มนี้ไม่เคยปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผล กดทับ นอกจากนี้เมื่อพิจารณากิจกรรมพยาบาลที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วย พบว่าพยาบาลให้ ความสำคัญต่อกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับน้อยกว่ากิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ แม้ว่าพยาบาลเหล่านั้นจะมีทัศนคติ ซึ่งหมายถึงการเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกด ทับโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงก็ตาม (Moore & Price, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่า พยาบาลไม่ค่อยคำนึงถึงความสำคัญของการป้องกันแผลกดทับเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรม การพยาบาลอื่นๆ (Bostrom & Kenneth, 1992) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลขาดความตระหนักหรืออาจ ขาดความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เมื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคของการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าพยาบาลไม่มีเวลาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เช่น การพลิก ตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ แม้ว่าพยาบาลเหล่านั้น เห็นความสำคัญในการป้องกันแผลกดทับโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงก็ตาม จากการสำรวจภาวะ

งานของพยาบาลในประเทศคูเวต พบว่าพยาบาลมีภาระงานมากทำให้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ (Al-Kandari & Thomas, 2008) ดังนั้นสภาพสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีคุณภาพ นอกเหนือจากการมีความรู้และการมีความตระหนักของพยาบาล

สำหรับการศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาลในประเทศไทย ทิตยา และคณะ (2547) ได้ศึกษาถึงคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีกิจกรรมที่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ได้แก่ เรื่องการจัดอุปกรณ์ลดแรงกดขณะผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง การจัดทำนั่งเพื่อลดการสิ้น ไถลขณะผู้ป่วยนั่งรถเข็น การดูแลเรื่องภาวะขาดน้ำ และการติดตามซั้งน้ำหนักผู้ป่วยทุกหนึ่งสัปดาห์

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็น ได้ว่าการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ ยังไม่ได้เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติกรพยาบาล อาจเนื่องจากการได้รับความรู้ไม่เพียงพอ การขาดความตระหนัก หรือมีความตระหนักแต่มีปัญหาอุปสรรคทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักกับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

กระบวนการเกิดการปฏิบัติกรพยาบาลนั้น เป็นผลมาจากการผสมผสานขององค์ประกอบต่างๆในตัวมนุษย์ แล้วจึงถูกกล่อมเกลียดด้วยสิ่งแวดล้อม มีกระบวนการที่เริ่มจากการที่ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วจะนำไปสู่การเกิดการเข้าใจในสิ่งเร้านั้น และนำไปสู่การเรียนรู้เป็นขั้นตอนต่อไป และเมื่อบุคคลเกิดความรู้อในสิ่งนั้นแล้ว จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักในที่สุด และทั้งความรู้ และความตระหนักต่างก็นำไปสู่การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ (Bloom, 1956; Good, 1973)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมมีหลายปัจจัย แต่ในการศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะในส่วนของความตระหนัก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติด้านความรู้สึก เพราะเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก การที่บุคคลเลือกรับและให้ความสนใจ ให้ความสำคัญหรือตระหนักต่อสิ่งเร้านั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่บุคคลจะทำการศึกษา หรือหาข้อมูลต่อไปว่า สิ่งเร้านั้นมีผลกระทบอย่างไร หรือความจำเป็นที่เขาจะต้องตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นอย่างไร และความตระหนักเป็นพฤติกรรมด้านเจตคติที่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ในตัวบุคคล ดังที่มีการศึกษาต่างๆ ที่อ้างผลการศึกษาว่าผลการศึกษาที่ประสบความสำเร็จนั้นมีส่วนมาจากการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มตัวอย่าง (ชวตี และคณะ, 2548; วิจิตรและคณะ, 2547)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักกับพฤติกรรมกรพยาบาล ของศรีวรรณ (2539) พบว่าการตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็น

การเคารพสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงจะมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพต่อสิทธิผู้ป่วยในระดับสูงเช่นกัน ส่วนในศาสตร์สุขภาพด้านแผลกดทับ ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาที่ต้องการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับด้วยการเพิ่มความตระหนักเข้าไปในส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่าการเพิ่มความตระหนักด้วยวิธีการให้ความรู้ในเรื่อง อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การประเมินผิวหนังทุกวัน และการให้การพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับได้ (Frain, 2008) แต่อย่างไรก็ตาม นักวิจัยไม่ได้ทำการประเมินระดับความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนการศึกษาของมัวร์และไพร์ช (Moore & Price, 2004) ที่แม้จะพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งนักวิจัยประเมินความคิดเห็นในการป้องกันแผลกดทับโดยทั่วไปที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในเรื่องการประเมินปัจจัยเสี่ยง การคงไว้ซึ่งความทนทานของเนื้อเยื่อ และการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าพยาบาลเกิดการตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เฉพาะเรื่องหรือไม่

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย การศึกษาของชวลี และคณะ (2548) และ วิจิตร และคณะ (2547) ที่ได้จัดโครงการให้ความรู้และกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเนื้อหาประกอบด้วยความรู้และ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และผลกระทบของการเกิดแผลกดทับ หลังการจัดโครงการพบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง และการศึกษาของชวลี และคณะ ได้มีการติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับทุกหกเดือนเป็นเวลาหนึ่งปี ภายหลังจากจัดโครงการ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง แม้ว่าผู้วิจัยจากทั้งสองการศึกษาได้สรุปว่าอุบัติการณ์ที่ลดลงนั้นอาจเกิดเนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักที่เพิ่มขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่อย่างไรก็ตาม ทีมนักวิจัยไม่ได้ประเมินระดับความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างนี้ ทำให้ไม่ทราบว่าความตระหนักมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่ลดลงหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องของความตระหนัก และการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลภาคใต้

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งมีสาเหตุมาจากสองสาเหตุหลักคือสาเหตุภายนอก และสาเหตุภายใน สาเหตุภายนอกที่สำคัญคือแรงกด โดยมีแรงเฉือนและดึงรั้งเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญ ส่วนสาเหตุภายในจะพิจารณาถึงความทนทานของเนื้อเยื่อ ที่สามารถทนทานต่อสาเหตุภายนอกที่มากระทำ การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล แสดงถึงปัญหาและอุปสรรคในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ดังนั้นองค์กร

ต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศได้มีการกำหนดแนวทางและมาตรฐานในการป้องกันการเกิดแผลกดทับขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับยังคงสูงอยู่ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์ ส่วนการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการคือการปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรฐานที่กำหนดนั้น พบว่าพยาบาลยังปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลยังไม่ได้ตามมาตรฐาน หรือปฏิบัติได้ดีในระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น จึงได้มีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาล พบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลเป็นผลมาจากหลายปัจจัย โดยเป็นผลที่สืบเนื่องกัน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ การให้ความสนใจ และให้ความสำคัญ หรือความตระหนัก การเห็นคุณค่า ความเชื่อ ถึงแวดล้อมต่างๆ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือปัจจัยเรื่องความตระหนัก เพราะความตระหนักเป็นพฤติกรรมด้านเจตคติที่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ในตัวบุคคล และผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่อบุคคลเกิดการตระหนักแล้ว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้

ถึงแม้จะมีการศึกษาเรื่องความตระหนักและการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นผู้ป่วยและผลการศึกษาปรากฏแล้วว่าความตระหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักของพยาบาลกับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องของความตระหนัก และการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาระดับความตระหนัก ระดับการปฏิบัติการพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

ประชากรเป้าหมาย (target population)

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคใต้จำนวน 143 แห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชน แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ซึ่งมีทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 128 แห่ง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งสิ้น 11,571 คนซึ่งได้จากทะเบียนรายชื่อเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2550

กลุ่มตัวอย่าง (sample)

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยระบบประสาท และหออภิบาลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งหอผู้ป่วยเหล่านี้จะมีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับเข้ารับการรักษาอยู่ (ชญาณิช และคณะ, 2542; ชวลิ และคณะ, 2544) ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้กำหนดพยาบาลที่ทำงานประจำหอผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจะมีการหมุนเวียนการทำงานทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และคำนวณหาจำนวนตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด โดยใช้สูตรของทาโรยามาเน่ (Yamane, 1967) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่า 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 387 คน

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ e คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษากำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือนัยสำคัญที่ 0.05

N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด ได้แก่ ประชากรจำนวน 11,571 คน

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้นคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 387 คน

เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแล้วจึงทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่มีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อขนาดประชากร และมีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการถูกเลือก โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n_1 = \frac{nN_1}{N}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 387 คน

n_1 คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

N คือ จำนวนกลุ่มประชากรทั้งหมด ได้แก่ ประชากรจำนวน 11,571 คน

N_1 คือ จำนวนกลุ่มประชากรในแต่ละกลุ่ม

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้

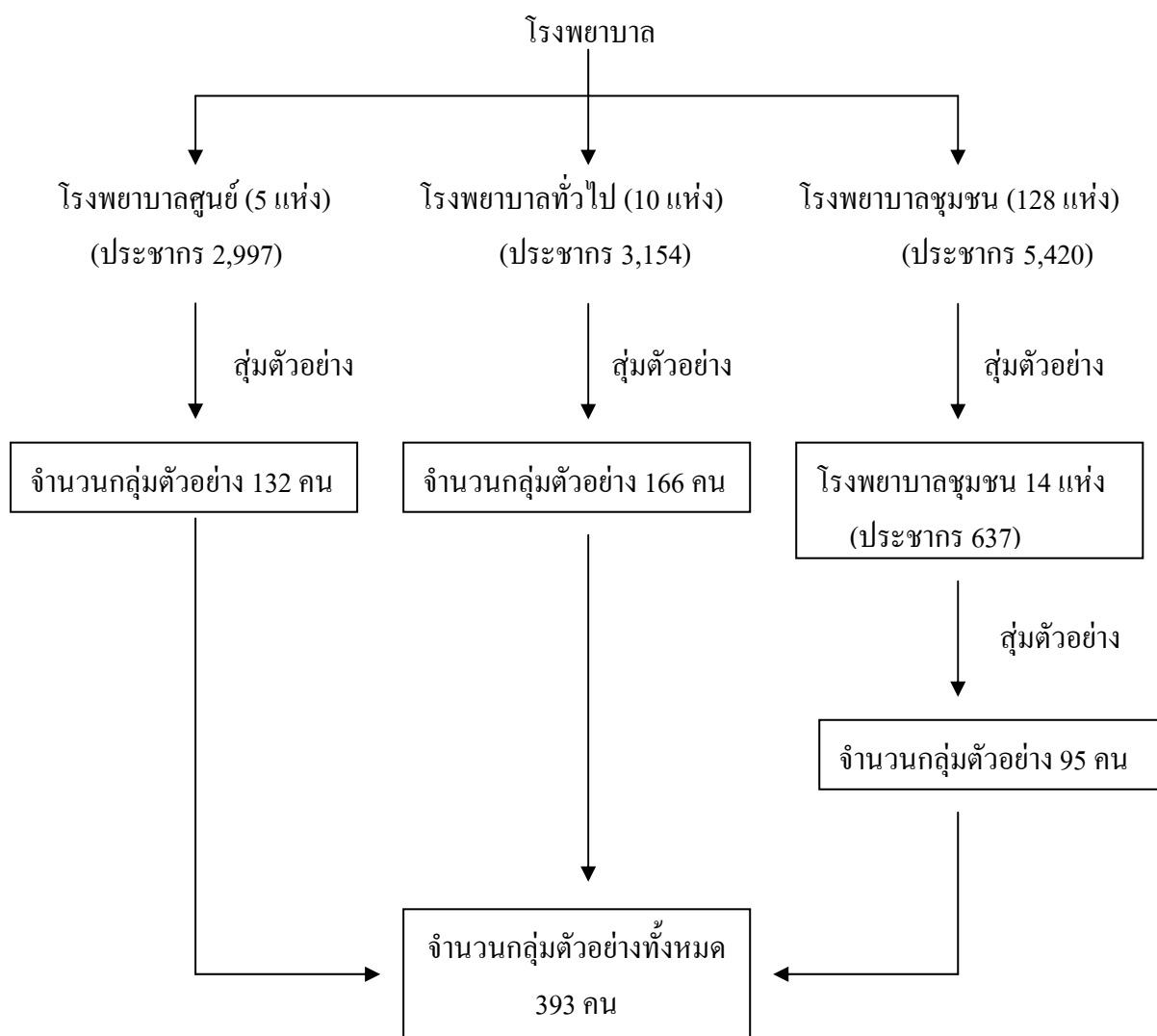
ขั้นตอนที่ 1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปจะเลือกกลุ่มตัวอย่างในทุกโรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงคือเลือกกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ และหออภิบาลผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองครั้ง (two-stage sampling) คือใช้การสุ่มตัวอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากในการเลือกโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดละหนึ่งแห่งเป็นตัวแทนในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลนาทวี โรงพยาบาลเขาชัยสน โรงพยาบาลนาโยง โรงพยาบาลควนกาหลง โรงพยาบาลยะหา โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง โรงพยาบาลกะปง โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลป่าตอง โรงพยาบาลกระบะบุรี โรงพยาบาลเกาะลันตา และโรงพยาบาลเชียรใหญ่ เมื่อได้รายชื่อโรงพยาบาลแล้วใช้การสุ่มตัวอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากในการเลือกพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลที่สุ่มแต่ละโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

จากการคำนวณตามสูตร และการสุ่มตัวอย่างแล้วจะได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดตามภาพ 2 และตาราง 13 ในภาคผนวก ก



ภาพ 2 กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณจากประชากรได้จำนวน 387 คน แต่จากการคำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล แล้วจะได้ค่าเป็นจุดทศนิยม ผู้วิจัยจึงปัดค่าจุดทศนิยมขึ้นทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจำนวน 393 คน แต่จากรายงานการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มักได้รับการตอบกลับของแบบสอบถามคืน ประมาณ ร้อยละ 75 (Fowler, 1993) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 465 ชุด ได้รับกลับคืน 390 ชุด คิดเป็นร้อยละ 83.87 และหลังจากพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างแล้ว คงเหลือกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ผลการวิจัย จำนวน 382 รายจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมดรวม 28 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลและหอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเข้าอบรมเรื่องแผลกดทับ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม นโยบายของโรงพยาบาลในการสร้างมาตรฐาน และการจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการและแบบเติมคำ จำนวน 13 ข้อ (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 การประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ด้านการป้องกันการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ (ภาคผนวก ข) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน (33) ข้อ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 33-99 คะแนน โดยเป็นคำถามเชิงบวก 19 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32 และข้อที่ 33) และเชิงลบ 3 ข้อ (ข้อที่ 13, 17, และข้อที่ 27) โดยคละข้อกันในส่วนของคำถามเชิงลบและเชิงบวก ข้อคำถามในแต่ละด้านมีดังนี้

1. ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14

2. ด้านการป้องกันการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 และ 30

3. ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 31, 32 และ 33 แบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ การเลือกตอบแต่ละระดับมีความหมายดังนี้คือ

ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ้าง แต่ขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติบ่อย	3	1
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	2
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	3

การแปลผลการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้คะแนนรวมของทุกข้อ โดยต้องกลับคะแนนข้อความเชิงลบก่อนรวมคะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การจัดกลุ่มดังนี้

คะแนนรวมการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับการปฏิบัติกรพยาบาล
77.01-99.00	2.34-3.00	สูง
55.01-77.00	1.67-2.33	ปานกลาง
33.00-55.00	1.00-1.66	ต่ำ

ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับการปฏิบัติกรพยาบาล
32.67-42.00	2.34-3.00	สูง
23.34-32.67	1.67-2.33	ปานกลาง
14.00-23.33	1.00-1.66	ต่ำ

ด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับการปฏิบัติกรพยาบาล
37.34-48.00	2.34-3.00	สูง
26.67-37.33	1.67-2.33	ปานกลาง
16.00-26.66	1.00-1.66	ต่ำ

ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับการปฏิบัติการพยาบาล
7.01-9.00	2.34-3.00	สูง
5.01-7.00	1.67-2.33	ปานกลาง
3.00-5.00	1.00-1.66	ต่ำ

2.2 การประเมินปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 3 ข้อ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้คะแนนที่ได้จากการประเมินในส่วนที่ 2.2 นี้จะไม่นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ แต่จะนำมาใช้ประกอบการอภิปรายผล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน (2) ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ (3) ด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง (4) ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ และ (5) ความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (ภาคผนวก ข)

คำถามความตระหนักทั้งหมด 31 ข้อ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 31-155 คะแนน โดยเป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29 และข้อที่ 30) และเชิงลบ 8 ข้อ (ข้อที่ 9, 11, 12, 14, 16, 27, 28 และข้อที่ 31) โดยคละข้อกันในส่วนของคำถามเชิงลบและเชิงบวก ประเมิน 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6
2. ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 7 และ 9
3. ด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และ 24
4. ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ จำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 25
5. ความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อ 26, 27, 28, 29, 30 และ 31

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบข้อเดียว แต่คำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยหรือให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยหรือให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนนความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้คะแนนรวมของทุกข้อ โดยต้องกลับคะแนนข้อความเชิงลบก่อนรวมคะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การจัดกลุ่มดังนี้

คะแนนรวมความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความตระหนัก
113.01-155.00	3.68-5.00	สูง
72.01-113.00	2.34-3.67	กลาง
31.00-72.00	1.00-2.33	ต่ำ

ด้านนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความตระหนัก
22.01-30.00	3.68-5.00	สูง
14.01-22.00	2.34-3.67	กลาง
6.00-14.00	1.00-2.33	ต่ำ

ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความตระหนัก
7.34-10.00	3.68-5.00	สูง
4.67-7.33	2.34-3.67	กลาง
2.00-4.60	1.00-2.33	ต่ำ

ด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความตระหนัก
58.68-80.00	3.68-5.00	สูง
37.34-58.67	2.34-3.67	กลาง
16.00-37.33	1.00-2.33	ต่ำ

ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความตระหนัก
3.68-5.00	3.68-5.00	สูง
2.34-3.67	2.34-3.67	กลาง
1.00-2.33	1.00-2.33	ต่ำ

ด้านความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความตระหนัก
22.01-30.00	3.68-5.00	สูง
14.01-22.00	2.34-3.67	กลาง
6.00-14.00	1.00-2.33	ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านแผลกดทับและด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพยาบาลผู้ชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดดำ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิด รวมทั้งความเข้าใจด้านภาษา หลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินไปทดสอบความเที่ยง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 25 ราย ในโรงพยาบาลทั่วไปคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินการตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีค่าเท่ากับ .81 และเท่ากับ .80 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงจากข้อมูลทั้งหมด 382 ชุด พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินการตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีค่าเท่ากับ .87 และเท่ากับ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี รับรองจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับการอนุเคราะห์เก็บข้อมูลแล้ว การเก็บข้อมูลมีสองรูปแบบคือการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง และการมีตัวแทนเป็นผู้เก็บข้อมูล

1.2.1 กรณีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยเดินทางไปแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยต่อหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล และขอรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างมาทั้งหมด เพื่อจัดส่งแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งติดตามเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตัวเอง

1.2.2 กรณีมีตัวแทนเป็นผู้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะติดต่อตัวแทนเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย จากนั้นจัดส่งแบบสอบถามให้ตัวแทนเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และจัดส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์

2. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยระบบประสาท และหออภิบาลผู้ป่วย ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน

2.2 แนบเอกสารแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการในการเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ (ภาคผนวก ค) และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

2.4 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และส่งเอกสารกลับมายังผู้ทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยสถิติความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

3. ข้อมูลด้านการตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-moment correlation coefficient) โดยก่อนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง การกระจายของข้อมูลทั้ง 2 ชุด และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ชุด พบว่ามีคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ชุดอยู่ในช่วงที่ต่ำมาก ทำให้การกระจายของข้อมูลในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่เป็น โคนึงปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อมูลทั้ง 8 ชุดออกจากกรวิเคราะห์ หลังจากทำการทดสอบใหม่ พบว่าชุดข้อมูลคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ มีการกระจายของข้อมูลเป็น โคนึงปกติ และพบว่าข้อมูลชุดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับชุดข้อมูลการรับรู้การตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความตระหนักและการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยระบบประสาท และหออภิบาลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 10 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง ทั้งหมดรวม 28 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 382 ราย เสนอผลการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย
3. ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
4. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
5. ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
7. การวิเคราะห์เพิ่มเติมเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความตระหนักและการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ จำนวน 382 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.7 อายุเฉลี่ย 34.8 ปี (SD = 7.0) ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.4 ปี (SD = 7.2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 34 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 44 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 22 โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน (N = 382)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	1.3
หญิง	377	98.7
อายุ (ปี) (M =34.8, SD= 7.0, Min =22, Max =57)		
20-30	210	55.0
31-45	137	35.9
≥ 46	35	9.1
โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	130	34.0
โรงพยาบาลทั่วไป	167	44.0
โรงพยาบาลชุมชน	85	22.0
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
อายุรกรรม	135	35.3
ศัลยกรรมทั่วไป	46	12.0
กระดูกและข้อ	54	14.1
หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	62	16.2
หอผู้ป่วยระบบประสาท	24	6.3
หอผู้ป่วยอื่นๆ	61	16.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าปริญญาตรี	357	93.4
ปริญญาโท	25	6.6
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี) (M =12.38, SD=7.2 , Min =0.4, Max =33)		
1 – 5	45	11.8
6 – 15	224	58.6
≥ 15	113	29.6

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าโรงพยาบาลที่ตนเองสังกัดมีการกำหนดนโยบายซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (hospital accreditation [HA]) ในด้านการป้องกันแผลกดทับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 96.9 ระบุว่าโรงพยาบาลมีนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.8 ระบุว่ากำหนดให้การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5 มีความคิดเห็นว่าการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนั้นมีไม่เพียงพอ (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย

(N = 382)

การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้าอบรมเรื่องแผลกดทับ	265	69.4	117	30.6
2. โรงพยาบาลมีนโยบายการจัดให้ความรู้เรื่องแผลกดทับ	118	30.9	264	69.1
3. นโยบายของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ	69	18.1	313	81.9
4. นโยบายของโรงพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	12	3.1	370	96.9
5. การมีแผนผัง (care - map) หรือมาตรฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	83	21.7	299	78.3
6. มีคณะกรรมการเฝ้าระวัง และรับรายงานการเกิดแผลกดทับ	64	16.8	318	83.2
7. การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล	20	5.2	262	94.8
8. นโยบายของหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ	36	9.4	346	90.6
9. การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	21	5.5	361	94.5
9.1 มี และเพียงพอ			153	40.0
9.2 มี แต่ไม่เพียงพอ			208	54.5
10. การทบทวนและค้นคว้าหาสาเหตุการเกิดแผลกดทับ	27	7.1	355	92.9

ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง ($M=3.93$, $SD = 0.31$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง 3 ด้านตามลำดับ คือ (1) ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ ($M=4.55$, $SD = 0.54$) ด้านนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน ($M=4.49$, $SD= 0.48$) (3) และด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง ($M=3.90$, $SD = 0.33$) ส่วนด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และด้านความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้าน (N = 382)

การตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	Min-Max	M	SD	ระดับ
ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ	1.00-5.00	1.00-5.00	4.55	0.54	สูง
ด้านนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน	1.00-5.00	2.67-5.00	4.49	0.48	สูง
ด้านการป้องกัน การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง	1.00-5.00	3.00-4.94	3.90	0.33	สูง
ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ	1.00-5.00	1.50-5.00	3.05	0.38	ปานกลาง
ความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ	1.00-5.00	1.33-3.67	3.62	0.52	ปานกลาง
คะแนนรวมทุกด้าน	1.00-5.00	2.87-4.35	3.93	0.31	สูง

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

จากการวิเคราะห์ความตระหนักรายข้อพบว่าข้อความที่กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในระดับสูงสุด ได้แก่ การให้ความรู้/สอนผู้ป่วยและญาติในการป้องกันแผลกดทับ ($M=4.55$, $SD=0.54$) ข้อความที่มีความตระหนักในระดับปานกลาง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนตะแคงให้ผู้ป่วยโดยสะโพกทำมุม 90 องศากับเตียง ($M=2.35$, $SD=1.14$) การพยายามเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นบทบาทที่ไม่อิสระของพยาบาล ($M=3.37$, $SD=1.49$) และการให้ความสำคัญในกิจกรรมพยาบาลอื่นๆ มากกว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($M=2.72$, $SD=1.27$) ส่วนข้อความที่มีความตระหนักอยู่ในระดับต่ำสุดสามอันดับแรก คือ 1) ควรทำการประเมินผิวหนังผู้ป่วยทุกส่วนไม่ใช่เฉพาะบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงสูง เช่น ก้นกบ หลัง สะโพก และส้นเท้าอย่างน้อยวันละครั้ง ($M=1.66$, $SD=0.87$) 2) การไม่ควรนวดบริเวณรอยแดง ($M=1.95$, $SD=1.11$) และ 3) พยาบาลไม่ต้องใช้เวลามากในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ($M=2.24$, $SD=0.98$) (ตาราง 14, ภาคผนวก ง)

จากการวิเคราะห์จำนวนพยาบาลในการให้ความคิดเห็นหรือความสำคัญต่อคำถามรายข้อในระดับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” พบว่าร้อยละ 56.2 มีความเห็นว่าการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นบทบาทที่ไม่อิสระของพยาบาล ร้อยละ 13.9 มีความเห็นที่ต้องใช้เวลาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้พยาบาลร้อยละ 33.2 ยังคงให้ความสำคัญในกิจกรรมพยาบาลอื่นๆมากกว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพยาบาลร้อยละ 10.7 ยังคงใช้ถุงมือยางหรือหวาง โคนันทรองกันผู้ป่วยเพื่อลดแรงกดทับ (ตาราง 16, ภาคผนวก ง)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง ($M=2.40$, $SD = 0.27$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพยาบาลมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูงสองด้าน คือ ด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง ($M=2.43$, $SD = 0.27$) และด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ($M=2.39$, $SD = 0.35$) ส่วนด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.25$, $SD = 0.51$) (ตาราง 4)

จากการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้าน (ตาราง 4) พบว่ามีคะแนนรวมอยู่ในระดับสูงทั้งหมด แต่เมื่อวิเคราะห์ตามรายข้อ พบว่ามีข้อความที่คะแนนอยู่ในระดับปานกลางสี่ข้อ ได้แก่ การติดตามซั่งน้ำหนักของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกสัปดาห์ ($M = 1.92$, $SD = 0.88$) การไม่นวดผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหลังจากนอนทับเป็นเวลานาน ($M = 1.90$, $SD = 0.68$) และการไม่ใช้หวางยางรองกัน หรือถุงมือยางใส่สำรองบริเวณปุ่มกระดูกให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ($M = 1.80$, $SD = 0.75$) และข้อที่มีคะแนนในระดับต่ำ 1 ข้อคือ

การไม่ใช้ประสบการณ์ และการตัดสินใจของท่านเองในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (M = 1.56, SD = 0.63) (ตาราง 15, ภาคผนวก ง)

จากการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.7 ระบุว่าใช้ถุงมือยางหรือห่วงโด้นั้ทรงกันผู้ป่วยเพื่อลดแรงกดทับ ร้อยละ 17.8 ยังคงนวดรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูก ร้อยละ 27.4 ไม่ได้ติดตามชั่งน้ำหนักผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกสัปดาห์ และร้อยละ 23 ไม่ได้ติดตามประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน (ตาราง 17, ภาคผนวก ง)

ตาราง 4

ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N = 382)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	Min-Max	M	SD	ระดับ
ด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ	1.00-3.00	1.00-3.00	2.25	0.51	ปานกลาง
ด้านการป้องกัน การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง	1.00-3.00	1.69-3.00	2.43	0.27	สูง
ด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ	1.00-3.00	1.21-3.00	2.39	0.35	สูง
คะแนนรวมทุกด้าน	1.00-3.00	1.61-2.88	2.40	0.27	สูง

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.7 ระบุว่ามีปัญหาเรื่องอัตรากำลังไม่เพียงพอ และร้อยละ 61.5 ระบุว่ามีการงานที่มากเกินไป ทำให้ไม่สามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ตามมาตรฐานทุกราย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.4 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่เพียงพอ (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละตามการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องการปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($N = 382$)

ปัญหาและอุปสรรค	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตรากำลังไม่เพียงพอ	112	29.3	270	70.7
มีภาระงานที่มากเกินไป	147	38.5	235	61.5
ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่เพียงพอ	239	62.6	143	37.4

ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ผลการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) พบว่าความตระหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับต่ำ ($r = .20, p = .00$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยจำแนกตามรายด้าน ($N = 392$)

หัวข้อ	ตระหนักด้าน ประเมิน	ตระหนักด้าน นโยบาย	ตระหนักด้าน ป้องกัน	ตระหนักด้าน ให้ความรู้	ตระหนัก ทั่วไป	ความตระหนัก โดยรวม
ปฏิบัติด้านประเมิน	0.14**	0.18**	0.15**	0.02	0.09	0.17**
ปฏิบัติด้านป้องกัน	0.05	0.17**	0.18**	0.09	0.15**	0.21
ปฏิบัติด้านให้ ความรู้	0.05	0.06	0.01	0.03	-0.7	0.00
การปฏิบัติโดยรวม	0.19**	0.11*	0.17**	0.05	0.11*	0.20**

* $p < 0.5$, ** $p < .01$

การวิเคราะห์เพิ่มเติมการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความตระหนักและการปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

1. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลพบว่าระดับการปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับสูงสุด ($M = 2.44$, $SD = 0.26$) รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ ($M = 2.43$, $SD = 0.25$) และโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับ ($M = 2.26$, $SD = 0.28$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ($N = 382$)

ระดับโรงพยาบาล	N	Min	Max	M	SD
โรงพยาบาลทั่วไป	167	1.73	2.88	2.44	0.26
โรงพยาบาลศูนย์	130	1.76	2.88	2.43	0.25
โรงพยาบาลชุมชน	85	1.61	2.82	2.26	0.28

$N =$ จำนวนตัวอย่าง, $M =$ ค่าเฉลี่ย, $SD =$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, $Min =$ ค่าต่ำสุด, $Max =$ ค่าสูงสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภท ที่ $F_{(2,379)} = 14.1$, $p = .00$ (ตาราง 8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลทั้งสามประเภท

แหล่งความแปรปรวน	SS	MS	df	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	2180.34	1090.17	2	14.71	0.00
ภายในกลุ่ม	28087.60	74.11	379		
รวม	30267.94	381			

เมื่อวิเคราะห์ Post hoc พบว่ามีความแตกต่างของระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามของพยาบาลวิชาชีพที่สังกัด โรงพยาบาลศูนย์กับ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไปไม่มีความความแตกต่างกัน (ตาราง 9)

ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเภทโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายคู่

	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
โรงพยาบาลศูนย์	0		
โรงพยาบาลทั่วไป	-0.42	0	
โรงพยาบาลชุมชน	5.91**	5.49**	0

** $p < .01$

2. ความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ระดับความตระหนักเมื่อจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลที่มีระดับความตระหนักสูงสุดคือโรงพยาบาลทั่วไป ($M = 4.00$, $SD = 0.29$) รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ($M = 3.88$, $SD = 0.28$) และโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ ($M = 3.86$, $SD = 0.39$) (ตาราง 10)

ตาราง 10

ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามโรงพยาบาล ($N = 382$)

ระดับโรงพยาบาล	N	Min	Max	M	SD
โรงพยาบาลทั่วไป	167	3.42	4.65	4.00	0.29
โรงพยาบาลศูนย์	130	3.10	4.74	3.86	0.39
โรงพยาบาลชุมชน	85	3.45	4.61	3.88	0.28

N = จำนวนตัวอย่าง, M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลทั้งสามประเภทด้วยสถิติการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่าความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภท ที่ $F_{(2,379)} = 9.36, p = .00$ (ตาราง 11)

ตาราง 11

เปรียบเทียบความแตกต่างความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างโรงพยาบาลทั้งสามประเภท

แหล่งความแปรปรวน	SS	MS	df	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	2180.34	1090.17	2	9.36	0.00
ภายในกลุ่ม	28087.60	74.11	379		
รวม	35984.32	381			

เมื่อวิเคราะห์ Post hoc พบว่ามีความแตกต่างของระดับความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่สังกัด โรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชนไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 12)

ตาราง 12

เปรียบเทียบความแตกต่างความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างโรงพยาบาลทั้งสามประเภทจำแนกเป็นรายคู่

	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
โรงพยาบาลศูนย์	0		
โรงพยาบาลทั่วไป	4.55**	0	
โรงพยาบาลชุมชน	0.90	3.65**	0

** $p < .01$

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ จะอภิปรายตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้ ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความตระหนักของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องจากปัจจัยที่สำคัญทั้งภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น ด้านความรู้ของบุคคลตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1956) และกู๊ด (Good, 1973) ที่กล่าวว่าความตระหนักเป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากการมีความรู้ กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีความตระหนักได้นั้นจะต้องมีความรู้เป็นพื้นฐาน และจากผลการศึกษานี้ในด้านความรู้ของบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.6 (ตาราง 5) ระบุว่าได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพียงพอถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะระบุว่าได้เข้ารับการอบรมเรื่องแผลกดทับเพียงร้อยละ 30.6 (ตาราง 2) แสดงว่าความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไม่ได้เกิดจากการอบรมเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากช่องทางอื่นๆ เช่นจากการอ่านหนังสือ ทางสื่อความรู้ออนไลน์ หรืออาจร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับกรณีตัวอย่างจากการทำงาน หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้จากพยาบาลรุ่นพี่ ทำให้มีความรู้ที่ดีในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ความตระหนักของพยาบาลอยู่ในระดับสูง นอกจากการมีความรู้แล้ว ประสิทธิภาพจากการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนัก (Cook, 2007) เพราะการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับที่ปฏิบัติอยู่เป็นกิจวัตรประจำของการทำงาน จะทำให้พยาบาลเกิดทักษะความชำนาญจากประสบการณ์ในเชิงเทคนิควิชาชีพที่สะสมมา ดังผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพในการทำงานมาเฉลี่ย 12 ปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญถึงผลกระทบที่รุนแรงจากการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ตนดูแลจึงเกิดความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับขึ้น โดยจะเห็นได้จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีระดับความตระหนักสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) (ตาราง 19, ภาคผนวก ง.) สอดคล้องกับการศึกษาของเพชร (2548) ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานน้อยกว่าหนึ่งปีมีทักษะในการปฏิบัติงานน้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมากกว่าหนึ่งปี เพราะประสบการณ์จะช่วยให้เกิดการคิดและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมหรือนโยบายที่ดีก็จะส่งผลให้เกิดความตระหนักเช่นกัน (Good) ผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างระบุว่าโรงพยาบาลมี

นโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 89.2 ดังนั้น ปัจจัยด้านนโยบายจึงเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในระดับสูง ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความตระหนักในด้านนโยบายในระดับสูง ($M = 4.49$, $SD = 0.48$) นอกจากนี้ การให้ความสำคัญด้านปัญหาการเกิดแผลกดทับก็เป็นปัจจัยสนับสนุนความตระหนัก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.6 (ตาราง 2) รายงานว่าหน่วยงานมีการทบทวนค้นหาสาเหตุการเกิดแผลกดทับ และมีแนวทางแก้ไขเมื่อมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเกิดขึ้น ซึ่งก็ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับที่ดีได้

จากการวิเคราะห์ความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับรายด้าน พบว่าพยาบาลมีความตระหนักในระดับสูงสามด้าน คือด้านบทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ ด้านนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน และด้านการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง ส่วนด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และด้านความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่ามีบางข้อคำถามในด้านการป้องกันส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง และด้านการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ที่กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการจัดทำนอนหงายควรจัดให้ผู้ป่วยศีรษะสูงกว่า 30 องศา การหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณรอยแดง การหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น ลูกมือยาง หรือ ห่วงยางรองกันใ้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินผิวหนังผู้ป่วยทุกส่วนไม่เฉพาะบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงสูง ได้แก่ ก้นกบ หลัง สะโพก และส้นเท้าอย่างน้อยวันละครั้ง การที่กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องดังกล่าวในระดับที่ต่ำ อาจเกิดจากการไม่ได้รับความรู้ที่ทันสมัย ดังผลการศึกษารั้ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างระบุว่าได้รับการเข้าอบรมเรื่องแผลกดทับเพียงร้อยละ 30.6 (ตาราง 2) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานมาเฉลี่ยประมาณ 12 ปี จึงมีความเชื่อมั่นและยึดมั่นในความคิดของตนเองสูง การยอมรับการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว (Skyrme, 2002) หรือการขาดการเข้าถึงแหล่งสืบค้นความรู้ที่ทันสมัย เนื่องจากมีภาระงานมาก (ร้อยละ 61.5) และอัตราค่าจ้างไม่พอ (ร้อยละ 70.7) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงโอกาสการได้ข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ระบุว่าพยาบาลยังยึดติดรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยแบบเก่าๆ (Halfens, Abu-Saad, & Kok, 2004) และการที่ไม่ได้ติดตามความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย จากการไม่มีเวลาไปสืบค้นที่บ้านหรือห้องสมุดเนื่องจากภาระงานมาก และสถานที่ทำงานไม่ได้อำนวยความสะดวกให้พยาบาลเข้าถึงแหล่งสืบค้นได้ง่าย เช่น การสืบค้นออนไลน์ (Funcasson, Anbacken, & Ek, 2007)

ส่วนความตระหนักในด้านความคิดเห็นทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (ตาราง 16, ภาคผนวก ง) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นบทบาทที่ไม่อิสระของพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ และคณะ (Brown et al., 2008)

ที่พบว่าพยาบาลประมาณร้อยละ 40 แสดงความคิดเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับไม่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ต้องรอแผนการรักษาจากแพทย์ ทำให้พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจที่จะนำการวิจัยใหม่มาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง และ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.0 ระบุว่า พยาบาลให้ความสำคัญในกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ มากกว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าพยาบาลไม่ค่อยคำนึงถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ (Bostrom & Kenneth, 1992) นอกจากนี้ จากการที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีการระงับมากในการดูแลผู้ป่วย ก็อาจเป็นสาเหตุให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ มากกว่ากิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 69.3 (ตาราง 2) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานมาเฉลี่ยประมาณ 12 ปี จึงมีความเชื่อมั่นและยึดมั่นในความคิดของตนเองสูง การยอมรับการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว (Skyrme, 2002) หรือการขาดการเข้าถึงแหล่งสืบค้นความรู้ที่ทันสมัย เนื่องจากมีภาระงานมาก (ร้อยละ 61.5) และอัตราค่าจ้างไม่พอ (ร้อยละ 70.7) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงโอกาสการได้ข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ระบุว่าพยาบาลยังยึดติดรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยแบบเก่าๆ (Halfens, Abu-Saad, & Kok, 2004) และการที่ไม่ได้ติดตามความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย จากการไม่มีเวลาไปสืบค้นที่บ้านหรือห้องสมุด ภาระงานมาก และสถานที่ทำงานไม่ได้อำนวยความสะดวกให้พยาบาลเข้าถึงแหล่งสืบค้นได้ง่าย เช่น การสืบค้นออนไลน์ (Funcasson, Anbacken, & Ek, 2007)

เมื่อวิเคราะห์ระดับความตระหนักแยกตามประเภทโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลที่มีระดับความตระหนักสูงสุดคือโรงพยาบาลทั่วไป รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ อาจอธิบายได้ว่ามีปัจจัยสนับสนุน สองประการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลและนโยบายของโรงพยาบาล เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปมีประสิทธิภาพการทำงานที่มากกว่าโรงพยาบาลอีกสองแห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปก็มีนโยบายการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกรายที่เข้ารับการรักษา มีนโยบายการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีการกำหนดมาตรฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่แตกต่างจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$, $p = .02$ ตามลำดับ) (ตาราง 20, ภาคผนวก ง)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากสาเหตุหลายปัจจัย ปัจจัยแรกคือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน คือ การมีนโยบายต่างๆ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.2 ระบุว่าโรงพยาบาลมีนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อย

ละ 98.5 ระบุว่าเกิดการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการพยาบาล ร้อยละ 78.3 ระบุว่าไม่มีแผนผังหรือมาตรฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และร้อยละ 95.4 ระบุว่ามีความตระหนักการติดตามการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ ดังนั้นองค์ประกอบเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้พยาบาลไม่ละเลยในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและปฏิบัติจนเป็นงานประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของดีลาต และคณะ (Delaat et al., 2006) ที่ระบุว่าถ้ามีนโยบายที่ดีจะทำให้การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับการศึกษาของมยรี (2547) พบว่าการมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนด้านการได้รับการอบรมเรื่องแผลกดทับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.1 ระบุว่าโรงพยาบาลมีนโยบายการจัดการจัดให้ความรู้เรื่องแผลกดทับ และร้อยละ 62.2 ระบุว่ามีความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพียงพอ และจากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าประสบการณ์การเข้ารับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาล ($p = .01$) (ตาราง 18, ภาคผนวก ง) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีอายุการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีถึงร้อยละ 88.2 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1956) และกู๊ด (Good, 1973) ที่กล่าวว่ากรกระทำที่ดีเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์รายชื่อ พบว่ามีการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันแรงกดทับที่ยังไม่เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการใช้ห่วงยางโดนัท และถุงมือใสน้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก (ICSI, 2007; NPUAP, 1992) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.8 ยังปฏิบัติอยู่ (ตาราง 17, ภาคผนวก ง) รวมทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.3 ยังคงปฏิบัติกรพยาบาลในเรื่องนวดปุ่มกระดูกหลังจากนอนทับเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นกิจกรรมพยาบาลที่ไม่ควรปฏิบัติ (Australian Wound Management Association, 2001) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดการเข้าถึงความรู้ที่ทันสมัย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.4 ไม่ได้รับการอบรมเรื่องแผลกดทับ จึงทำให้ไม่ได้ติดตามความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าพยาบาลขาดการเข้าถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังการศึกษาเรื่องกรปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าพยาบาลก็ยังมีกรปฏิบัติกรพยาบาลที่ไม่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิก คือยังมีการใช้ห่วงยางโดนัทในการป้องกันแรงกดทับ (Duimel-Peeters et al., 2006) และปฏิบัติกรพยาบาลตามแนวปฏิบัติเก่าๆที่สืบทอดกันมา (Funcasson et al., 2007) ดังนั้นพยาบาลควรติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับทั้งจากการเข้ารับการอบรม หรือการเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ต่างๆจากการค้นคว้าด้วยตนเอง เนื่องจากการที่พยาบาลได้รับการฟื้นฟูความรู้ทั้งจากการเข้ารับการอบรมหรืออ่านค้นคว้าด้วยตนเองในเรื่องการป้องกันแผลกดทับหลังจบการศึกษาสามารถเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องดังกล่าวได้ (Pieper & Mott, 1995)

นอกจากนี้ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ การติดตามซั้งน้ำหนักของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกสัปดาห์ ($M = 1.92, SD = 0.88$) สอดคล้องกับการศึกษาของทิตยา และคณะ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ายังมีกิจกรรมที่พยาบาลยังปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่ เรื่องการติดตามซั้งน้ำหนักรายวันของผู้ป่วยทุกหนึ่งสัปดาห์ การจัดอุปกรณ์ลดแรงกดขณะผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง การจัดทำนึ่งเพื่อลดการลื่นไถลขณะผู้ป่วยนั่งรถเข็น และการดูแลเรื่องภาวะขาดน้ำ และข้อความที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องมากที่สุด โดยมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือ การใช้ประสบการณ์และการตัดสินใจของตนเองในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ใช้แบบประเมินในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับแต่จะประเมินจากประสบการณ์ของตนเอง (Sharp et al., 2005) การศึกษาของมอร์และไพรซ์ (Moore & Price, 2004) พบว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหกแห่งในประเทศไอซ์แลนด์ มีการใช้แบบประเมินแผลกดทับไม่ถึงร้อยละ 50 และแม้ว่าร้อยละ 70 ของพยาบาลจะระบุว่ามีการใช้แบบประเมินระดับของแผลกดทับแต่ร้อยละ 78 ของพยาบาลเหล่านั้นไม่สามารถระบุชื่อของแบบประเมินนั้นได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าพยาบาลอาจขาดความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ หรือจากการที่พยาบาลมีอัตรากำลังไม่เพียงพอและมีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาในการติดตามซั้งน้ำหนักรายวัน หรือไม่เห็นความสำคัญของการติดตามซั้งน้ำหนักรายวัน เนื่องจากภาระงานมากเช่นกัน ดังที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ระบุว่ามีการทำงานมากและอัตรากำลังไม่เพียงพอ

ปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลอีกปัจจัยหนึ่งคือความตระหนักในการป้องกันแผลกดทับซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ระดับความตระหนักของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยรวมอยู่ในระดับสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับที่ดีได้ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทัศนคติและความตระหนักเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ประภาเพ็ญ, 2526) สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่าความตระหนักมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($p = .00$) (ตาราง 18, ภาคผนวก ง) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายด้านพบว่าความตระหนักด้านนโยบาย และความตระหนักด้านการป้องกันแผลกดทับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพยาบาลด้านการประเมิน และการปฏิบัติพยาบาลด้านการป้องกันแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตาราง 6)

เมื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแยกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่าระดับการปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมา

คือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ และพบว่ามีความแตกต่างของระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตาราง 9) ส่วนโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไปไม่มีความแตกต่างกัน ความแตกต่างของระดับการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามประเภทนี้อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย แต่ปัจจัยหนึ่งที่สามารถเป็นไปได้ คือ การกำหนดนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งต้องกำหนดเป็นกิจกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพการพยาบาล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สังกัดทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไประบุว่าโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดโรงพยาบาลชุมชน มีคณะกรรมการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับด้วยสัดส่วนมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน และมีการกำหนดให้แผลกดทับเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้วยสัดส่วนที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) (ตาราง 20, ภาคผนวก ง)

สาเหตุที่โรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุนในด้านนโยบายน้อยกว่าโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง เนื่องจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจึงสั้นกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยพบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนอนเท่ากับ 2.43 วัน (“สถิติจำนวนวันนอนเฉลี่ย”, 2550) และจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลาเท่ากับ 5.61 วัน (“สถิติจำนวนวันนอนเฉลี่ย”, 2549) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน (Chan et al., 2005) จึง ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับนั้นมีน้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และเมื่อพยาบาลมีความคิดเห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับไม่ได้เป็นปัญหาที่สำคัญในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นในการที่จะต้องกำหนดนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังการศึกษาของเมย์เลอร์ (Maylor, 2001) ที่กล่าวพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการดูแลปัญหาที่คุกคามกับชีวิตผู้ป่วยมากกว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความตระหนักมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งสอดคล้องกับกับสมมติฐานการศึกษาในครั้งนี้ที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของกู๊ด (Good, 1973) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความตระหนักในเรื่องนั้นๆสูง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนได้ ดังการศึกษาของศรีวรรณ (2539) พบว่าการตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิ

ผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงจะมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็น การเคารพต่อสิทธิผู้ป่วยในระดับสูง อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลมี ความสัมพันธ์กับความตระหนักในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ใน ระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายๆด้านที่ไม่ได้ศึกษาในคั้งนี้ เช่นการมีนโยบายเป็น ตัวกำหนดจนทำให้พยาบาลปฏิบัติจนเป็นงานประจำ การมีความรู้ในการป้องกันแผลกดทับของ พยาบาล นอกจากนี้การที่พยาบาลได้รับการถ่ายทอดการปฏิบัติการพยาบาลจากรุ่นพี่ รวมไปถึงการ ใช้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าปฏิบัติหรือไม่ ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบให้มีคะแนนสูง จึงอาจ ทำให้ความตระหนัก และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำได้เช่นกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตระหนักและการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยระบบประสาท และหออภิบาลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 382 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย (2) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ (3) แบบประเมินการตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่าน และเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิจัย

1. ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง
2. การรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง
3. ความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ

ข้อจำกัดในการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบให้มีคะแนนสูง และผู้วิจัยไม่สามารถจะเห็นการปฏิบัติที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในด้านเครื่องมือที่ใช้ทำการศึกษาในครั้งนี้ที่มีบางข้อคำถามมีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน และบางข้อคำถามไม่มีความชัดเจนซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจไม่ตรงกันในประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยต้องการ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติ ควรมีการส่งเสริมความรู้และความตระหนักในการป้องกันแผลกดทับ ในกิจกรรมที่พยาบาลยังไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยการนำหลักหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันแผลกดทับ ได้แก่ การใช้แบบประเมินความเสี่ยงแทนการใช้ประสบการณ์ของตนเองในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณรอยแดงหลังจากที่ผู้ป่วยนอนทับเป็นเวลานาน การหลีกเลี่ยงการใช้ถุงมือใส่น้ำ หรือห่วงยางรองกัน การติดตามซึ่งนำหนักผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง การส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการอบรมทางวิชาการในระยะสั้น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือจัดมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการในทีมสหวิชาชีพ เช่น การทำกลุ่มค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ (journal club) เป็นต้น

2. ด้านการวิจัย ควรมีการปรับปรุงเครื่องมือในการประเมินความตระหนัก และการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ใช้ในการวิจัยที่เหมาะสม โดยตัดความซ้ำซ้อนของเนื้อหา และปรับปรุงข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน ใช้วิธีการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลแทนวิธีการให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่เป็จริงมากกว่า และศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การจัดอัตรากำลัง ภาระงานที่มีผลต่อการป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น รวมทั้งสนับสนุนให้มีการทำวิจัยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหน่วยงาน (Routine to Research)

3. ด้านการบริหาร ควรมีการกำหนดนโยบายการป้องกันแผลกดทับ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีนโยบายเพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี และให้การสนับสนุนระดับนโยบายในเรื่องการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและกำหนดระบบการติดตามผลที่ชัดเจน

บรรณานุกรม

- กระจำจิด แก้วชล. (2549). *การพัฒนาชุดฝึกอบรม เรื่อง การอนุรักษ์น้ำ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4*. วิทยานิพนธ์ศึกษามหาบัณฑิต (สาขาวิชาการมัธยมศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- กัญชลี เจตยานนท์, ภิญญา เป็ี่ยนบางช้าง, และ ปิยะรัตน์ นิมพิทกพงศ์. (2550). ผลของการอบรมเชิงบรรยายต่อความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการควบคุมโดยชีววิธีด้วยไรโซแบคทีเรียที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของพืช ของเกษตรกรจังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย. *วารสารเกษตร*, 23(1), 67-77.
- กันยา สุวรรณแสง. (2540). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: รวมสาริน.
- ข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา. (2549). *สถิติจำนวนวันนอนเฉลี่ย*. Retrieved 25 May 2010, From <http://www.sk-hospital.com/index.php?pagemode=gen>
- คหวิ ศรีสิทธิรักษ์. (2540). *ความรู้และความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวลี เข้มวงษ์, ประคอง อินทรสมบัติ, สุภาณี กาญจนจारी, จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, ปานจิตร โชคพิชิต, สมณี กรุงทองจันทร์, และคณะ. (2544). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 3(1), 12-26.
- ชวลี เข้มวงษ์, ประคอง อินทรสมบัติ, จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, สุภาณี กาญจนจारी, ปานจิตร โชคพิชิต, ปภาภรณ์ นิลวิเศษ, และคณะ. (2548). การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ: รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(1), 33-48.
- ชฎานิส ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช, วิลาวัลย์ ผลพลอย, วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ, และชูศรี ด้วงสกุล. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(2), 17-29.
- ชัยณรงค์ แก้วจางง. (2545). *พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีนอามัย จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์, ศิริอร สิ้นธุ, เกศรินทร์ อุทธิยาประสิทธิ์, จงจิต เสน่หา, และบงชัย นิละนนท์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 12(4), 56-67.

- ชวนพิศ วงศ์สามัญ, ทิตยา พุฒิกามิน, และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ ไพบูล. (2547). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 27(1), 26-33.
- ณัฐยา พัวทัต. (2549). ความตระหนักในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้านเกษตรตำบลป่าไผ่ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิตยา พุฒิกามิน, ทองสมัย ยุรชัย, ชวนพิศ วงศ์สามัญ, จิราพร เขียวอยู่, เขียวลักษณ์ หาญวัชรพงศ์, จรี ชูติธาดา, และคณะ. (2547). การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพกิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. ค้นเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2553, จาก http://www.ora.kku.ac.th/res_kku/Abstract/AbstractView.asp?Qid=-1351170624
- ชนพร เลื่อนประไพ. (2547). ความรู้และความตระหนักต่อการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากครัวเรือนของแม่บ้านชุมชนบ้านเด่นสามัคคี เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นารีกันต์ พรหมนง. (2544). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ความตระหนักของผู้บริหารและการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของโรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร. นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- บุญยานุช เดชบริบูรณ์. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พีระพัธนา.
- ประไพพรรณ จิรินทร. (2543). การพยาบาลเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. ใน สุปราณี เสนาคิสัย (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 10 หน้า 109-164). กรุงเทพมหานคร: จุฑทองจำกัด.
- พัทธริกา ศรีบุญมาก. (2548). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียรทอง ชันติพงษ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการของเสียและความตระหนักในปัญหาของเสียของผู้ประกอบการร้านอาหาร กับการจัดการของเสียร้านอาหาร ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พงษ์เดช ศรีเล็กดี. (2543). การรับรู้และทัศนคติต่อบทบาทของนักแสดงที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศในละครโทรทัศน์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตร์ธุรกิจ) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพมหานคร.
- ภาคภูมิ สดาสุรัตน์. (2543). ความรู้และความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตเขื่อนภูมิพล. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลี งามประเสริฐ. (2545). ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- รักษนันท์ ขวัญเมือง. (2547). การป้องกันการเกิดแผลกดทับ: การผลงานวิจัยเพื่อการปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(2), 8-17.
- รักษนันท์ ขวัญเมือง, อรพรรณ โตสิงห์, มยุรี แก้วจันทร์ และสรนิต ศิลธรรม. (2544). การศึกษาความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการมีกิจกรรม. *สารศิริราช*, 53, 906-915.
- ลักขณา กุ๋ส่วง. (2546). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองลำพูน. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์การเมือง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิกรม อารีราษฎร์. (2547). ความพร้อมของพนักงานบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) ในการย้ายที่ทำการจากท่าอากาศยานสากลกรุงเทพ (ดอนเมือง) ไปสู่ท่าอากาศยานสากลสุวรรณภูมิ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพ.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, จิตตราภรณ์ จิตรีเชื้อ, ถัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, และมาลินี วัฒนากุล. (2547). การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. *พยาบาลสา*, 31(4), 68-85.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, ประทีน ไชยศรี, สมหวัง คำนชัยวิจิตร, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, และจิตตราภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2545). การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *พยาบาลสาร*, 29(2), 1-12.
- วีระ ธีระวงศ์สกุล. (2540). ความรู้และพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในที่อยู่อาศัยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองลำปาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศรีวรรณ มีบุญ. (2539). *ศึกษาการตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยขอพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็น การเคารพสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลป่าบอน. (2550). จำนวนวันนอนเฉลี่ย. ค้นเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2553, จาก <http://www.pbhc.moph.go.th/reportpb.php>
- สภาการพยาบาล. (ม.ป.ป.). *จรรยาบรรณวิชาชีพ*. ค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2553, จาก <http://www.tnc.or.th/knowledge/know03.html>
- สาตี บุญศรีรัตน์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และนฤมล อนุมาศ. (2544). ผลของโปรแกรมการลดการ เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลหาดใหญ่ *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 21(1), 29-35.
- สุธาดา จารุสาร. (2541). *พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค: กรณีศึกษาญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย วัณโรค ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุธาสินี อินทร์ผูก. (2548). *ความตระหนักในปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมกรนำขยะ มูลฝอยแห้งกลับมาใช้ซ้ำของประชาชนในเขตเทศบาลนครลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปาณี เสนาดิษฐ์. (บรรณาธิการ). (2543). *การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาทอง.
- สุเมธ เดียวอิสเรศ. (2527). *พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: รุ่งวัฒนาการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). จากการศึกษาการพยาบาลขั้นพื้นฐานสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: ความสำเร็จของวิชาชีพการพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี (บรรณาธิการ), *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 1-11). กรุงเทพฯ: จุฬาทอง.
- สมพร เหว่าไว. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทัศนสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ศึกษากรณี : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ ศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลใน โรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- Al-Kandari, F., & Thomas, D. (2008). Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses' workload in medical and surgical wards of selected hospitals in Kuwait. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 581-590.
- Australian Wound Management Association. (2001). *Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers*. Perth, Australia: Cambridge Publishing.
- Baharestani, M., M. (2004). Quality of life and ethical issues. In S. Baranoski & E.A. Ayello (Eds.), *Wound care essentials: Practice principles* (pp. 2-18). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Bale, S., & Jones, V. (1997). *Wound care nursing :A Patient-Centred Approach*. New York: Churchill Livingstone.
- Baranoski, S. (2006). Pressure ulcer: A renewed awareness. *Journal of Nursing*, 36(8), 37-42.
- Barbara, M. & Jensen, B. (2001). Quality indicators and management of pressure ulcer in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, 135, 744-751.
- Bates-Jensen, B. M. (1999). Chronic wound assessment. *Nursing Clinics of North America*, 34, 799-845.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinoshian, B., et al. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61, 749-754.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinoshian, B., et al. (2008). Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: A nested case-control study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64, 408-413.
- Bergquist, S. (2005). The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care. *Applied Nursing Research*, 18, 148-154.
- Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36, 205-210.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals, handbook II: Affective domain*. New York: David Mckay.
- Bostrom, J, & Kenneth, H. (1992). Staff nurse knowledge and perceptions about prevention of pressure sores. *Dermatology Nursing*, 4, 365- 378.

- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2008). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based at academic medical center. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 371-381.
- Brown, G. (2003). Long term outcomes of full-thickness pressure ulcers: healing and mortality. *Ostomy Wound Care Management, 49*(10), 42-50.
- Calianno, C. (2007). Quality improvement strategies to prevent pressure ulcer. *The Nurse Practitioner, 32*(7), 10-15.
- Chan, E. Y., Tan, S. L., Lee, C. L., & Lee, J. Y. (2005). Prevalence, incidence and predictors of pressure ulcers in a tertiary hospital in Singapore. *Journal of Wound Care, 14*, 383-388.
- Clarkem, C., & Kadhom, H. M. (1988). The nursing prevention of pressure sores in hospital and community patients. *Journal of Advanced Nursing, 13*, 365-373.
- Cook, R. (2007). *Awareness and influence in health and social care*. Oxon UK: Radcliffe Publishing.
- Compher, C., Kinosian, B. P., Ratcliffe, S. J., & Baumgarten, M. (2007). Obesity reduces the risk of pressure ulcers in elderly hospitalized patients. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological sciences and medical sciences, 62*, 1310-1312.
- Danchaivijitr, S., Suthisanon, L., Jitruchue, L., & Tantiwatanapaibool, Y. (1995). Effects of education on the prevention of bedsores. *Journal of Medicine Association Thailand, 78*(1), 1-6.
- Defloor, T. (2000). The effect of position and mattress on interface pressure. *Applied Nursing Research, 13*(1), 11-20.
- Dinsdale, S. M. (1974). Decubitus ulcers: Role of pressure and friction in causation. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 55*, 147-52.
- Donabedian A. (1980). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association, 260*, 1743-1760.
- Duimel-Peeters, I. G. P., Hulsenboom, M. A., Berger, M. P. F., Snoeckx, L. H. E., & Halfens, R. J. G. (2006). Massage to prevent pressure ulcers: knowledge, beliefs and practice. A cross-sectional study among nurses nurses in the Netherlands in 1991 and 2003. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 428-435.
- Eisenberger, A., & Zeieznik, J. (2004). Care planning for pressure ulcers in hospice: The team effect. *Journal of Palliative & Supportive Care, 18*, 283-289.

- Fowler, F., J. (1993). *Survey research methods* (2 nd ed.). Newbery Park, CA,: Sage.
- Frain, R. (2008). Decreasing the incidence of heel pressure ulcer in long-term care by increasing awareness: result of a 1-year program. *Ostomy Wound Management*, 54(2), 62-67.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill Book.
- Gosnell, D. J. (1973). An assessment tool to identify pressure sore. *Nursing Research*, 71, 55-59.
- Gosnell, D. J. (1987). Assessment and evaluation of pressure sores. *Clinics of North America*, 22, 399-416.
- Gould, D. (2000). Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sore: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 163-177.
- Halfens, R. J. G., Abu-Saad, H. H., & Kok, G. (2004). Pressure ulcer prevention in nursing homes: Views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 668-676.
- Hallett, A. (1996). Managing pressure sores in the community. *Journal of Wound Care*, 5, 105-107.
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2007). *Skin safety protocol risk assessment and prevention of pressure ulcers*. Retrieved April 20, 2008, from <http://www.Skin Safety Protocol Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.htm>
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2008). *Health care protoco : Pressure ulcer treatment*. Retrieved March 26, 2009, from <http://www. Icsi.org>
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., & Knapp, M., et al. (2004). Training cares of stroke patients: randomised controlled trial. *Archives of British Medical Journal*, 328, 1199-1136.
- Keith, I. (2004). Training Informal Caregivers of Stroke Patients Makes a Difference. *Journal Watch General Medicine*, 328, 1102-1136
- Kosiak, M. (1959). Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 40, 62-69.

- Linder-Ganz, E., Engelberg, S., Scheinowitz, M., & Gefen, A. (2006). Pressure–time cell death threshold for albino rat skeletal muscles as related to pressure sore biomechanics. *Journal of Biomechanics*, *39*, 2725 – 2732.
- Lindgren, M. (2002). A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, *38*, 190-199.
- Lyder, C. H., Preston, J., Grady, J. N., Scinto, J., Allman, R., & Bregstrom, N., et al. (2001). Quality of care for hospitalized Medicare patients at risk for pressure ulcer. *Archives of Internal Medicine*, *161*, 1549-1554.
- Maklebust, J., & Sieggreen M. (2000). Pressure ulcers guidelines for prevention and management. Philadelphia: Springhouse.
- Maylor, M. (2001). Control beliefs of orthopaedic nurses in relation to knowledge and prevalence of pressure ulcers. *Journal of Orthopaedic Nursing*, *5*, 180-185.
- Moore, S. M., & Wise, L. (1997). Reducing nosocomial pressure ulcers. *Journal of Nursing Administration*, *27*(10), 28-34.
- Moor, Z., & Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing*, *13*, 942-951.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (1992). *Statement on Pressure Ulcer Prevention*. Retrieved April 20, 2008, from [http://www.National Pressure Ulcer Advisory Panel \(NPUAP\).html](http://www.National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).html)
- Panagiotopoulou, K., & Kerr, S. M. (2002). Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *Journal of Advanced Nursing*, *40*, 285-296.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *54*, 94-110.
- Paquay, L., Wouters, R., Defloor, T., Buntinx, F., Debailie, R., & Geys, L. (2008). Adherence to pressure ulcer prevention guideline in home care: a survey of current practice. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 627-636.
- Pieper, B. (2007). Mechanical forces: Pressure, shear, and friction. In D. Perry & K. Borchert (Eds.) *Skin safety protocol: Risk assessment and prevention of pressure ulcer* (pp. 205-233). St. Louis, MO: Mosby.
- Pieper, B., & Mott, M. (1995). Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. *Advanced Wound Care*, *38*, 40-48.

- Prentice, J. (2007). *Wound Care Nursing A Guide to Practice*. Melbourne: Ausmed Publication.
- Reuben, D. B., Shekelle, P. G., & Wenger, N. S. (2003). Quality of care for older persons at the dawn of third millennium. *Journal of American Geriatrics Society*, 51, 346-350
- Robert, V., Krejcie, R. W., & Morgan, E. V. (1970). *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Salcido, R., Popescu, A., & Ahn, C. (2006). Animal models in pressure ulcer research. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 30, 107–116.
- Sea-sia, W., Wipke-Tevis, D. D., & Williams, D. A. (2005). Elevated sacral skin temperature (T_s): a risk factor for pressure ulcer development in hospitalized neurologically impaired Thai patients. *Applied Nursing Research*, 18, 29-35.
- Shahin, E. S. M., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2008). Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. *Nursing in Critical Care*, 13, 71-79.
- Sharp, C., Burr, G., Broadben, M., Cummins, M., Casey, H., & Merriman, A. (2005). Clinical variance in assessing risk of pressure ulcer development. *British Journal of Nursing*, 14 (6), 4-12.
- Souza, D. M. S. T., & Santos, V. L. C. G. (2007). Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 958-964.
- Torrance, C. (1983). *Pressure sores: Aetiology, treatment and prevention*. London: Croom Helm.
- Ulrika, K., & BjÖrn-Ove, S. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – A survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 334-341.
- Wound Ostomy Continence Nurses Society. (2003). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. Retrieved April 20, 2008, from <http://www.wocn.org>.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตารางแสดงการสุ่มตัวอย่าง

ตาราง 13

ตารางแสดงการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	711	30
โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	646	28
โรงพยาบาลตรัง	380	20
โรงพยาบาลหาดใหญ่	760	32
โรงพยาบาลยะลา	500	22
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	307	16
โรงพยาบาลระนอง	214	14
โรงพยาบาลพังงา	373	18
โรงพยาบาลกระบี่	320	16
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	371	18
โรงพยาบาลพัทลุง	345	18
โรงพยาบาลสงขลา	374	18
โรงพยาบาลสตูล	176	12
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	420	22
โรงพยาบาลปัตตานี	254	14
โรงพยาบาลนาทวี	66	8
โรงพยาบาลเขาชัยสน	37	6
โรงพยาบาลปะเหลียน	42	7
โรงพยาบาลควนกาหลง	45	7
โรงพยาบาลยะหา	52	7
โรงพยาบาลโคกโพธิ์	72	8
โรงพยาบาลเจาะไอร้อง	28	6
โรงพยาบาลกะปง	23	6
โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์	73	8

ตาราง 13 (ต่อ)

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลป่าตอง	64	8
โรงพยาบาลกระบี่	40	6
โรงพยาบาลเกาะลันตา	11	5
โรงพยาบาลนาบอน	36	6

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 2.1 แบบประเมินความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

10. โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
 (.....) ไม่มี
 (.....) มี
11. โรงพยาบาลของท่านมีแนวทาง (care - map) หรือมาตรฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 (.....) ไม่มี
 (.....) มี
12. โรงพยาบาลของท่านมีคณะกรรมการที่เฝ้าระวัง และรับรายงานการเกิดแผลกดทับเป็นระยะ เช่น ทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน
 (.....) ไม่มี
 (.....) มี
13. การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดหลักตัวหนึ่งของฝ่ายการพยาบาล
 (.....) ไม่ใช่
 (.....) ใช่
14. หอผู้ป่วยของท่านมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ
 (.....) ไม่มี
 (.....) มี
15. หอผู้ป่วยของท่านมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น เบาะ ที่นอนลมให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกราย
 (.....) ไม่มี โปรดระบุเหตุผล.....
 (.....) มี โปรดระบุอุปกรณ์ที่มี.....
 (.....) เพียงพอ
 (.....) ไม่เพียงพอ
16. หอผู้ป่วยของท่านมีการทบทวน และค้นหาสาเหตุของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางป้องกันและพัฒนาต่อเนื่อง
 (.....) ไม่มี
 (.....) มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 2.1

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามนี้มีข้อความให้ท่านตอบจำนวน 34 ข้อ แต่ละข้อจะมีตัวเลือกที่แสดงถึงความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดย

ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ้าง แต่ขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

กรุณาอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องตัวเลือกที่ท่านต้องการ

ข้อความ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
ท่านทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้ง ในผู้ป่วยต่อไปนี้			
1. ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี			
2. ที่ เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ในขณะที่นอนบนเตียงหรือนั่งบนรถเข็น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เป็นต้น			
3. ที่มีโรคประจำตัวและ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวายในวันแรกที่เข้ารับการรักษา			
4. ที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระไม่ได้			
5. ที่มีภาวะทุพโภชนาการ			
29. ท่านประเมินปริมาณการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกมื้อ			
30. ท่านติดตามซั่งน้ำหนักของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกสัปดาห์ (ในผู้ป่วยสามารถยืนได้)			

ข้อความ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
31. ท่านมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและญาติโดยมี เนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการประเมินความเสี่ยง การคงไว้/สร้างเสริมความ สมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ			
32. ท่านมีการใช้อุปกรณ์การสอน เช่น แผ่นพับในการสอน และแจกให้กับ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหรือญาติ			
33. ท่านได้ทำการสอนบุคลากรในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ			

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด
แผลกดทับ

กรุณาอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ตรงช่องตัวเลือกที่ท่านต้องการ

1. หอผู้ป่วยของท่านมีปัญหาเรื่องอัตรากำลังไม่เพียงพอ
(.....) ใช่
(.....) ไม่ใช่
2. หอผู้ป่วยของท่านมีการะงานที่มากเกินไปทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
การเกิดแผลกดทับตามมาตรฐานทุกราย
(.....) ใช่
(.....) ไม่ใช่
3. หอผู้ป่วยของท่านมีอุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่นเตียงลม ไม่เพียงพอ
(.....) ใช่
(.....) ไม่ใช่
4. ท่านได้รับข้อมูล หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่เพียงพอ
(.....) ใช่ เหตุผล.....
(.....) ไม่ใช่ เหตุผล.....
5. ปัญหาอื่นๆ โปรดระบุ.....
.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คำชี้แจง 1. ข้อความต่อไปนี้กล่าวถึงสาระเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

2. แบบสอบถามนี้มีข้อความให้ท่านตอบ จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ
3. โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงไร

ถ้าท่านเห็นด้วยหรือให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมากที่สุด	กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ถ้าท่านเห็นด้วยหรือให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมาก	กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เห็นด้วย
ถ้าท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ไม่แน่ใจ
ถ้าท่านไม่เห็นด้วยหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อความนั้น	กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ไม่เห็นด้วย
ถ้าท่านไม่เห็นด้วยหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง	กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. หอผู้ป่วยควรมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับภายใน 24 ชั่วโมง					
2. หอผู้ป่วยควรมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้ง					
3. หอผู้ป่วยควรมีคณะกรรมการที่เฝ้าระวัง และรับรายงานการเกิดแผลกดทับให้กับโรงพยาบาล รวมถึงรายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลให้ทราบเป็นระยะ					
4. เมื่อมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยควรมีการทบทวน และหาสาเหตุเพื่อการพัฒนาต่อ					

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

(คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย)

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวเรณู รุ่งพันธุ์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง การตระหนักรู้และการรับรู้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการตระหนักรู้การรับรู้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาการตระหนักรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งต้องการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่คัดเลือกรวมจากพยาบาลในภาคใต้

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ขอเชิญท่านซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กระดูกและข้อ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยระบบประสาท ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินจำนวน 2 ชุด ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการรับรู้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ และการให้ข้อมูล หรือการปฏิเสธการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายต่อตัวท่านในเรื่องส่วนตัว โดยข้อมูลส่วนตัวของท่านจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและคำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม และใช้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้รวมถึงสิทธิของท่าน สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเรณู รุ่งพันธุ์ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ โทรศัพท์ 074-365780-9 ต่อ 2200 หรือเบอร์ 086-7487503

.....
(.....)
ผู้ร่วมวิจัย

.....
(นางสาวเรณู รุ่งพันธุ์)
ผู้วิจัย

.....
(วัน/เดือน/ปี)

.....
(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้าน และรายข้อ (N = 382)

ด้านที่	ข้อที่	ความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	M	SD	ระดับ
บทบาทการสอนผู้ป่วยและญาติ	25	การให้ความรู้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและญาติ	4.55	0.54	สูง
นโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงาน (ข้อที่ 1 – -6)	4	การทบทวน และหาสาเหตุการเกิดแผลกดทับเพื่อการพัฒนาต่อ	4.58	0.53	สูง
	6	การเกิดแผลกดทับควรเป็นตัวชี้วัดหลักตัวหนึ่งของฝ่ายการพยาบาล	4.58	0.57	สูง
	5	การมีแนวทาง (care - map) หรือมาตรฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.56	0.55	สูง
	3	การมีคณะกรรมการที่เฝ้าระวัง และรับรายงานการเกิดแผลกดทับให้กับโรงพยาบาล	4.49	0.56	สูง
	2	การมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้ง	4.40	0.67	สูง
	1	การมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับภายใน 24 ชั่วโมง	4.33	0.81	สูง
การส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง (ข้อที่ 8, 10 –24)	19	การทำความสะอาดผิวหนังให้แห้งทันทีทุกครั้งหลังจากผู้ป่วยปัสสาวะและอุจจาระ	4.63	0.52	สูง
	8	ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกรายควรได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติที่กำหนด	4.59	0.51	สูง

ตาราง 14 (ต่อ)

ด้านที่	ข้อที่	ความตระหนักในการป้องกันการเกิด แผลกดทับ	M	SD	ระดับ
	15	การหลีกเลี่ยงการลากตัวผู้ป่วยบนเตียง	4.57	0.61	สูง
	13	การใช้ เบาะหรือที่นอนลมในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับทุกราย	4.56	0.56	สูง
	22	การเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน และวิตามินซี หรือ วิตามินเอในผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	4.52	0.57	สูง
	17	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีการ เคลื่อนไหวตัว หรือข้อต่างๆมาก	4.51	0.56	สูง
	20	การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ไม่ให้แห้งและทาโลชั่นบริเวณผิวหนัง	4.47	0.76	สูง
	21	การดูแลให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้รับน้ำ ที่เพียงพอ	4.47	0.62	สูง
	24	การปรึกษานักโภชนาการเมื่อผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด	4.47	0.54	สูง
	23	แผลกดทับมีปัญหาเรื่องโภชนาการ การประเมินการปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับได้รับทุกมื้อ	4.40	0.59	สูง
	10	การพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือยกกัน ลอกจากเตียงหรือรถเข็นทุก 10-15 นาที	4.38	0.64	สูง
	12	การหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนตะแคงให้ผู้ป่วยโดย สะโพกทำมุม 90 องศากับเตียง	2.35	1.14	ปาน กลาง
	11	การหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนหงายควรจัดให้ผู้ป่วยศีรษะ สูงกว่า 30 องศา	2.10	1.06	ต่ำ
	16	การหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณรอยแดง	1.96	1.00	ต่ำ
	14	การหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น ถุงมือ ยาง หรือ ห่วงยางรองกัน ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล กดทับ	1.95	0.54	ต่ำ
การประเมินความ เสี่ยงในการเกิด แผลกดทับ (ข้อที่ 7, 9)	7	การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวัน ละครั้งหรือเมื่อผู้ป่วยมี อาการเปลี่ยนแปลง	4.42	0.69	สูง

ตาราง 14 (ต่อ)

ด้านที่	ข้อที่	ความตระหนักในการป้องกันการเกิด แผลกดทับ	M	SD	ระดับ
	9	การหลีกเลี่ยงการประหมื่นผิวหนังผู้ป่วยเฉพาะบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงสูง ได้แก่ ก้นกบ หลัง สะโพก และส้นเท้า อย่างน้อยวันละครั้ง	1.68	0.87	ต่ำ
ความคิดเห็น ทั่วไปในการดูแล ผู้ป่วยที่มีแผลกด ทับ (ข้อที่ 26 – 31)	26	การเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถป้องกันได้	4.51	0.59	สูง
	29	การให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับมากกว่าการรักษาแผลกดทับ	4.49	0.61	สูง
	30	หอผู้ป่วยไม่ควรมีแผลกดทับเกิดขึ้น	4.41	0.74	สูง
	31	การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นบทบาทที่ไม่อิสระของพยาบาล	3.37	1.49	ปาน กลาง
	27	การให้ความสำคัญในกิจกรรมพยาบาลอื่นๆ มากกว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	2.72	1.27	ปาน กลาง
	28	ต้องใช้เวลาอย่างมากในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	2.31	1.83	ต่ำ

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำแนกตามรายด้าน และรายข้อ (N = 382)

ด้านที่	ข้อที่	การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	M	SD	ระดับ
ด้านบทบาทการ สอนผู้ป่วยและ ญาติ (ข้อที่ 31 – 33)	31	การให้ความรู้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และญาติ	2.48	0.53	สูง
	33	การสอนบุคลากรในเรื่องการป้องกันการเกิดแผล กดทับ	2.22	0.71	สูง
	32	การใช้อุปกรณ์การสอนกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับหรือญาติ	2.07	0.72	สูง
ด้านการส่งเสริม หรือคงไว้ซึ่ง ความสมบูรณ์ ของผิวหนัง (ข้อที่ 15 – 30)	25	การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำที่เพียงพอ	2.77	0.42	สูง
	15	การพลิกตัวผู้ป่วยทุกรายที่นอนบนเตียงและ เคลื่อนไหวดนเองไม่ได้ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	2.74	0.44	สูง
	26	การหลีกเลี่ยงการลากตัวผู้ป่วยบนที่นอน	2.73	0.47	สูง
	23	การทำความสะอาดผิวหนังทันทีทุกครั้งการดูแล ผิวหนังให้แห้งหลังจากผู้ป่วยปัสสาวะและอุจจาระ	2.68	0.49	สูง
	16	การใช้ เบาะหรือที่นอนลมในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับทุกราย	2.68	0.54	สูง
	20	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมี การเคลื่อนไหวย่อยๆมากขึ้น	2.63	0.50	สูง
	18	การจัดท่านอนหงายให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ โดยไม่ยกศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา	2.57	0.58	สูง
	19	การจัดท่านอนตะแคงให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ โดยให้สะโพกทำมุมไม่เกิน 30-45 องศากับเตียง	2.53	0.56	สูง
	28	การปรึกษาแพทย์ หรือ โภชนากรเพื่อให้ผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้รับประทานอาหารที่ มีโปรตีน วิตามินและแคลอรีอย่างเพียงพอ	2.42	0.67	สูง
	24	การทาโลชั่นให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หลังอาบน้ำทุกครั้ง	2.38	0.67	สูง

ตาราง 15 (ต่อ)

ด้านที่	ข้อที่	การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับ	M	SD	ระดับ
	22	การปรึกษากับทีมแพทย์เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่อง การปัสสาวะและอุจจาระเล็ดของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับ	2.38	0.66	สูง
	29	การประเมินปริมาณการรับประทานอาหารของ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกมื้อ	2.37	0.62	สูง
	30	การติดตามซั่งน้ำหนักรองของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับทุกสัปดาห์	1.92	0.88	ปาน กลาง
	27	การไม่นวดผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดงของผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หลังจากนอนทับเป็น เวลานาน	1.90	0.68	ปาน กลาง
	17	การไม่ใช้ ห่วงยางรองกัน หรือถุงมือยางรองบริเวณ ปุ่มกระดูกให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	1.80	0.75	ปาน กลาง
ด้านการประเมิน ความเสี่ยงในการ เกิดแผลกดทับ (ข้อที่ 1 – 14)	2	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่าง น้อยวันละครั้ง ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ ในขณะที่นอนบนเตียงหรือนั่งบนรถเข็น	2.85	0.38	สูง
	4	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่าง น้อยวันละครั้ง ในผู้ป่วยที่ ควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ / อุจจาระไม่ได้	2.73	0.48	สูง
	12	การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับอย่างน้อย วันละครั้งหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	2.65	0.50	สูง
	14	การใช้แบบประเมินในการประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับ	2.58	0.65	สูง
	1	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่าง น้อยวันละครั้งในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี	2.51	0.60	สูง
	10	การประเมินผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทุก วัน	2.49	0.59	สูง
	11	การประเมินผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทุก สัปดาห์	2.48	0.61	สูง

ตาราง 15 (ต่อ)

ด้านที่	ข้อที่	การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับ	M	SD	ระดับ
	5	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้งในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ	2.47	0.60	สูง
		การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้งในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวายในวันแรกที่เข้ารับการรักษา	2.43	0.61	สูง
		การประเมินผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทุกวัน	2.35	0.60	สูง
		การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้งในผู้ป่วยที่มีไข้สูงต่อเนื่องมากกว่า 24 ชั่วโมง	2.27	0.69	สูง
		การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน	2.09	0.71	สูง
		การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้งในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า	2.03	0.70	สูง
		ใช้ประสบการณ์ และการตัดสินใจของตนเองในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	1.56	0.63	ต่ำ

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 16

ความถี่ และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ต่อกิจกรรมความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
จำแนกตามรายชื่อ (N = 382)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หอผู้ป่วยควรมีนโยบาย ให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับ การประเมินความเสี่ยงการ เกิดแผลกดทับภายใน 24 ชั่วโมง	185	48.4	157	41.1	24	6.3	12	3.1	4	1
2. หอผู้ป่วยควรมีนโยบาย ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับ การประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับอย่าง น้อยวันละครั้ง	179	46.9	188	49.2	4	1	10	2.6	1	3
3. หอผู้ป่วยควรมีคณะ กรรมการที่เฝ้าระวัง รวมถึง รายงานอุบัติการณ์การเกิด แผลกดทับในโรงพยาบาล ให้ทราบเป็นระยะ	197	51.6	176	46.1	8	2.1	1	0.3	0	0
4. เมื่อมีอุบัติการณ์การเกิด แผลกดทับเกิดขึ้นในหอ ผู้ป่วยควรมีการทบทวน และหาสาเหตุ	229	59.9	146	38.2	7	1.8	0	0	0	0
5. หอผู้ป่วยควรมีมาตรฐาน การป้องกันการเกิด แผลกดทับ	223	58.4	151	39.5	7	1.8	0	0	0	0
6. การเกิดแผลกดทับควร เป็นตัวชี้วัดหลักตัวหนึ่ง ของฝ่ายการพยาบาล	235	61.5	135	35.5	10	2.5	2	0.5	0	0

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่ เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ควรมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้งหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	185	48.4	184	48.4	6	1.6	1	0.3	6	1.6
8. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกรายควรได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติที่กำหนด	230	60.2	149	39	3	0.8	0	0	0	0
9. ควรทำการประเมินผิวหนังผู้ป่วยเฉพาะบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงสูง ได้แก่ ก้น กบ หลัง สะโพก และสันเท้าอย่างน้อยวันละครั้ง	8	2.1	16	4.2	5	1.3	168	44	185	48.4
10. ควรพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือยกก้นออกจากเตียงหรือรถเข็นทุก 10-15 นาที	178	46.6	176	46.1	25	6.5	3	0.8	0	0
11. ในท่านอนหงายควรจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงกว่า 30 องศา	14	3.7	38	9.9	37	9.7	176	46.1	177	30.5
12. ในท่านอนตะแคงควรจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงให้สะโพกทำมุม 90 องศา กับเตียง	23	6	44	11.5	66	17.3	158	41.4	91	23.8

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	อย่างยิ่ง		อย่างยิ่ง				อย่างยิ่ง		อย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. ท่านเห็นความสำคัญว่า ควรจัดให้มีการใช้ที่นอน หรือเบาะในผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	255	58.9	150	39.3	4	1	3	0.8	0	0
14. ควรจัดให้มีการใช้ อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น ถุงมือยาง หรือ ห่วงยางรอง ก้นในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับ	25	6.5	16	4.2	28	7.3	188	41.1	155	40.6
15. ควรหลีกเลี่ยงการลาก ตัวผู้ป่วยบนเตียง	231	60.5	139	36.4	6	1.6	4	1.0	1	0.3
16. ควรมีการนวดบริเวณ รอยแดง	15	3.9	20	5.2	32	8.4	182	47.6	133	34.8
17. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีการเคลื่อนไหวตัว หรือ ข้อต่างๆมากๆ	202	52.9	174	45.5	3	0.8	3	0.8	0	0
18. ควรทำการปรึกษานัก กายภาพบำบัดในการช่วย ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล กดทับ	199	52.1	174	45.5	7	1.8	2	0.5	0	0
19. ควรทำการทำความสะอาด ผิวหนังให้แห้งทันที ทุกครั้งหลังจากผู้ป่วย ปัสสาวะและอุจจาระ	243	63.6	136	35.6	1	0.3	2	0.5	0	0

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20. ควรดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ไม่ให้แห้งและทาโลชั่น บริเวณผิวหนัง	319	57.3	143	37.4	6	1.6	9	2.4	5	1.3
21. ควรดูแลให้ผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้รับน้ำที่เพียงพอ	199	52.1	167	43.7	11	2.9	5	1.3	0	0
22. ควรเพิ่มอาหารประเภท โปรตีน และวิตามินซี หรือ วิตามินเอในผู้ป่วยเสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับ	210	55	161	42.1	9	2.4	2	0.5	0	0
23. ควรทำการประเมินการ ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้รับทุกมื้อ	173	45.3	191	50.0	17	4.5	1	0.3	0	0
24. ควรมีการปรึกษานัก โภชนากรเมื่อผู้ป่วยที่เสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับมี ปัญหาเรื่องโภชนาการ	187	49	187	49	8	2.1	0	0	0	0
25. ควรมีการจัดสอน เรื่องการประเมิน, การ ดูแลผิวหนังเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับให้กับ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับและญาติตั้งแต่ แรกเริ่ม	216	56.3	160	41.9	5	1.3	1	0.3	0	0

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่ เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	26. การเกิดแผลกดทับเป็น สิ่งที่พยาบาลสามารถ ป้องกันได้	121	55.5	154	40.3	15	3.9	1	0.3	0
27. ท่านให้ความสำคัญใน กิจกรรมพยาบาลอื่นๆ มากกว่าการป้องกันการเกิด แผลกดทับ	34	8.9	93	24.3	60	15.7	122	31.9	73	19.1
28. ท่านต้องใช้เวลาอย่าง มากในการดูแลเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกด ทับ	0	0	53	13.9	64	16.8	185	48.4	80	20.9
29. ควรให้ความสำคัญใน การป้องกันการเกิดแผลกด ทับมากกว่าการรักษาแผล กดทับ	206	53.9	160	41.1	12	3.1	4	1.0	0	0
30. หอผู้ป่วยไม่ควรมีแผล กดทับเกิดขึ้น	198	51.8	160	41.9	11	2.9	10	2.6	3	0.8
31. การพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับเป็น บทบาทที่ไม่อิสระของ พยาบาล	122	31.1	97	25.1	21	5.5	84	22.4	58	15.2

ตาราง 17

ความถี่ และ ร้อยละของกิจกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำแนกตามรายข้อ
(N = 382)

ข้อความ	ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน
การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละครั้ง ในผู้ป่วยต่อไปนี้						
1. ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี	216	56.5	146	38.2	20	5.2
2. ที่ เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ในขณะที่นอนบนเตียงหรือนั่งบนรถเข็น เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เป็นต้น	329	86.1	50	13.1	3	0.8
3. ที่มีโรคประจำตัวและ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคมุมิคุ้มกัน บกพร่อง โรคไตวายในวันแรกที่เข้ารับการรักษา	109	49.7	168	44.0	24	6.3
4. ที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระไม่ได้	282	73.8	95	24.9	5	1.3
5. ที่มีภาวะทุพโภชนาการ	203	53.1	157	41.1	22	5.8
6. ที่มีไข้สูงต่อเนื่องมากกว่า 24 ชั่วโมง	156	40.8	173	45.3	53	13.9
7. ที่มีอาการซึมเศร้า	101	26.4	193	50.5	88	23.0
8. ที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน	114	24.8	188	49.2	80	20.9
9. การประเมินผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ทุกเวอร์	159	41.6	197	51.6	26	6.8
10. ประเมินผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทุกวัน	206	53.9	158	41.4	18	4.7
11. ประเมินผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทุกสัปดาห์	209	57.0	149	39.0	24	6.3
12. การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ อย่างน้อยวันละครั้งหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	255	66.8	122	31.9	5	1.3
13. การไม่ใช้ประสบการณ์ และการตัดสินใจ ของท่านเองในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	29	7.6	156	40.8	197	51.6

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. การใช้แบบประเมินในการประเมินเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	257	67.3	91	23.8	34	8.9
15. การพลิกตัวผู้ป่วยทุกรายที่นอนบนเตียงและเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	282	73.8	100	26.2	0	0
16. การใช้ เบาะหรือที่นอนลมในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกราย	273	71.5	95	24.9	14	3.7
17. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ได้แก่ ห่วงยางรองกัน หรือถุงมือยางรองบริเวณปุ่มกระดูกให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	79	20.7	151	39.5	152	39.8
18. การจัดทำอนหงายให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยยกศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา (ยกเว้นเวลาให้อาหารทางสายยาง)	234	61.3	138	34.0	18	4.7
19. การจัดทำอนตะแคงให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยให้สะโพกทำมุม 30-45 องศากับเตียง	213	56.8	152	39.8	13	3.4
20. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีการเคลื่อนไหวข้อต่างๆมากขึ้น	245	64.1	133	34.8	4	1.0
21. การปรึกษานักกายภาพบำบัด/หรือท่านเป็นผู้ทำกายภาพ แก่ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย	190	49.7	151	39.5	41	10.7
22. การปรึกษากับทีมแพทย์เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องการปัสสาวะและอุจจาระเล็ดของผู้ป่วย	183	47.9	160	41.9	39	10.2
23. การทำความสะอาดผิวหนังทันทีทุกครั้ง หลังจากผู้ป่วยปัสสาวะและอุจจาระ และดูแลผิวหนังให้แห้ง	266	69.6	111	29.1	5	1.3
24. การทาโลชั่นให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หลังอาบน้ำทุกครั้ง	172	45.0	185	48.4	25	6.5

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
25. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำที่เพียงพอ	297	72.7	84	22.0	1	0.3
26. ท่านหลีกเลี่ยงการลากตัวผู้ป่วยบนที่นอน	281	73.6	97	25.4	4	1.0
27. การหลีกเลี่ยงการนวดผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดงของผู้ป่วยหลังจากนอนทับเป็นเวลานาน	68	17.8	206	53.9	108	28.3
28. การปรึกษาแพทย์ หรือ โภชนากรเพื่อให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน วิตามินและแคลลอรี่อย่างเพียงพอ	198	51.8	146	38.2	38	9.9
29. การประเมินปริมาณการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกมื้อ	168	44.0	186	48.7	28	7.3
30. การติดตามซั่งน้ำหนักของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกสัปดาห์ (ในผู้ป่วยสามารถยืนได้)	89	23.3	163	42.7	130	34.0
31. การให้ความรู้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและญาติโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการประเมินความเสี่ยง การคงไว้/สร้างเสริมความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ	189	49.5	189	49.0	6	1.6
32. การใช้อุปกรณ์การสอน เช่น แผ่นพับในการสอน และแจกให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหรือญาติ	114	29.8	180	47.0	88	23
33. การสอนบุคลากรในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	147	38.5	171	44.8	64	16.8

ตาราง 18

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา ประสบการณ์อบรม อายุการปฏิบัติงาน กับความตระหนักและการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($N = 382$)

	ความตระหนัก	การปฏิบัติ
อายุ	.13*	.05
การศึกษา	.10	-.11*
ประสบการณ์การอบรม	.17**	.20**
อายุการทำงาน	.12*	.07

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตาราง 19 ความแตกต่างของประสบการณ์ทำงานกับการรับรู้ความตระหนักและการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวแปร ($N = 382$)

ประสบการณ์ทำงาน	0-5 ปี		6-15 ปี		มากกว่า 15 ปี		P-Value
	M	SD	M	SD	M	SD	
ความตระหนัก	120	9.1	121.2	9.7	123.5	9.9	.05
การปฏิบัติกรพยาบาล	78.21	8.95	79.06	9.15	79.8	9.2	.52

ตาราง 20

ความแตกต่างของนโยบาย มาตรฐานการพยาบาล กรรมการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ การกำหนดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลสามประเภท ด้วยสถิติไครส์เคิร์ฟ (N = 382)

ประเภทโรงพยาบาล	โรงพยาบาลศูนย์		โรงพยาบาลทั่วไป		โรงพยาบาลชุมชน		P-Value
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. การมีนโยบายในการป้องกันแผลกดทับ	14 10.8	116 89.2	21 12.6	146 87.4	34 40.0	51 60.0	.00
2. การมีมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ	22 16.9	108 83.1	33 19.8	134 80.2	28 32.9	57 67.1	.02
3. การมีกรรมการเฝ้าระวังเรื่องแผลกดทับ	6 4.6	124 95.4	15 9.0	152 91.0	43 50.6	42 49.4	.00
4. การกำหนดให้การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล	2 1.5	128 98.5	0 0	167 100	18 21.2	67 78.8	.00

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบของเครื่องมือวิจัย

1. ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ พยาบาลชำนาญการ 9
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรนภา คู่พันธ์วิ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณอุมา จันทวิเศษ พยาบาลชำนาญการ 8
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวเรณู รุ่งพันธุ์
รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010421039
วุฒิการศึกษา
วุฒิ ชื่อสถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2546

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่