

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิด และทบทวนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมในเรื่อง ดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.1 ความหมายและเป้าหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.2 ประโยชน์ของบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.3 ขั้นตอนของบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้านและการเตรียมญาติผู้ดูแล

1.5 การดูแลและบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

2.2 กระบวนการหายของแผล

2.3 หลักการทำความสะอาดแผลกดทับ

2.4 หลักสะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน

2.5 การดูแลทั่วไป

3. มาตรฐานการพยาบาล

3.1 ความหมายและความสำคัญของมาตรฐานการพยาบาล

3.2 รูปแบบของมาตรฐานการพยาบาล

3.3 วิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของมาตรฐานการพยาบาล

3.4.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล

3.4.2 การศึกษาความเป็นไปได้ของมาตรฐานการพยาบาล

3.5 การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน

“การดูแลสุขภาพที่บ้าน” เป็นระบบบริการสุขภาพ ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีปัญหาซับซ้อน และต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่บ้าน ผู้ป่วยมะเร็ง เอ็ดส์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อดูแลตนเอง ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการจัดรูปแบบการดูแลตนเอง คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคลากรในทีมสุขภาพ มีความมั่นใจ ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นของครอบครัวในการที่ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก และตายอย่างสงบในครอบครัว อีกทั้งสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้ (ทัศนา บุญทอง, 2545, หน้า 47)

ความหมายและเป้าหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care หรือ Home Care) สมาคมการดูแลสุขภาพที่บ้านแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The National Association for Home Care; NAHC) ให้คำจำกัดความว่า เป็นบริการที่ให้กับคนพักฟื้น คนพิการ หรือคนป่วยเรื้อรังโดยให้การรักษา และ/หรือ การช่วยให้บุคคลนั้นสามารถทำหน้าที่ได้ภายใต้สิ่งแวดล้อมในบ้าน นอกจากนี้ การดูแลที่บ้านยังให้บริการกับผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับอันตรายจากการละเมิดหรือการทอดทิ้ง การดูแลที่บ้านเป็นบริการที่เหมาะสมกับคนที่ต้องการความช่วยเหลือแล้วไม่สามารถได้รับความช่วยเหลือนั้น จากครอบครัวหรือเพื่อน การบริการที่ให้เป็นที่ทั้งระยะเวลาดสั้นและระยะยาว (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996)

ไรซ์ (Rice, 1996) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดการบริการพยาบาลดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเป็นบริการช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเป็นครั้งคราว โดยที่ผู้รับบริการ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่บ้านจะถูกพิจารณาเป็นองค์ประกอบหลักในการประเมินถึงความสำเร็จของแผน โดยบริการสุขภาพที่ให้ เป็นบริการบนแนวคิดของแรงจูงใจ วัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว และพยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกผ่านวิธีการให้ความรู้ การพิทักษ์สิทธิ และการดูแลแบบการจัดการเฉพาะราย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ความเข้าใจในความต้องการการดูแล เกิดแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และยกระดับภาวะสุขภาพให้เข้าสู่ภาวะปกติหรืออยู่ในภาวะที่ดีที่สุด

ประพิน วัฒนกิจ (2542, หน้า 13) ได้ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่องให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการ และ

ครอบครัวที่บ้านหรือในสถานที่พักอาศัย โดยทีมสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพและการให้คงสภาวะสุขภาพที่ดี หรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุดและมีความพิการหรือความเจ็บป่วยเหลืออยู่น้อยที่สุด ซึ่งรวมทั้งการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องวางแผนประสานงานและให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน และแต่ละครอบครัว บริการที่ได้เหล่านี้ คือ การพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะ (Skilled Nursing Care) การสังคมสงเคราะห์ การรักษาพยาบาล การบำบัดต่าง ๆ และการบริการทางสังคม

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง (2544) ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นบริการร่วมกับครอบครัว ณ ที่บ้านของผู้รับบริการ และเป็นบริการที่ต่อเนื่องระหว่างสถาบันบริการสุขภาพและการดูแลที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ตามแผนการดูแลแบบสหวิชาการ พยาบาลเป็นผู้ให้บริการประสานงาน เป้าหมาย คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดและจำกัดความพิการจากปัญหาสุขภาพ พัฒนาบุคคลและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ภายใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของผู้รับบริการ

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า “การดูแลสุขภาพที่บ้าน” หมายถึง การให้บริการสุขภาพอนามัยที่บ้านของผู้รับบริการ แบบต่อเนื่องและผสมผสานทางด้านสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้บริการตามแผนการที่เตรียมไว้ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมทางสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการแต่ละคน เน้นให้บุคคล ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามความเหมาะสม และดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ “การดูแลสุขภาพที่บ้าน” หมายถึง บริการด้านสุขภาพอนามัยที่พยาบาลวิชาชีพไปให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแล ด้วยการเตรียมญาติผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การดูแลแผลกดทับ การดูแลทั่วไปทางด้านร่างกาย และการดูแลด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

เป้าหมายของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (ประพนธ์ วัฒนิกิจ, 2547)

1. เพื่อให้ประชาชนแต่ละครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม
2. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ลดความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ และช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ

3. ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และบุคคลในแต่ละครอบครัว

4. เพื่อให้บุคคลมีอิสระ สามารถเลือกที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

ประโยชน์ของบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและสถานบริการสุขภาพ ดังนี้ (สุคนธา รัตโน, 2543)

1. ผู้ป่วย และครอบครัว ได้ช่วยเหลือตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยอย่างเต็มภาคภูมิ โดยได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำ การปฏิบัติเมื่อเกิดโรคหรือให้ปลอดภัยจากโรค จากทีมงานสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษตรกร นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ อันเป็นแนวทางนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาผลการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้าน แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ ของวิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2540) โดยศึกษาใน ผู้ป่วยและครอบครัวที่โครงการดูแลสุขภาพที่บ้านเคยไปให้บริการ จำนวน 131 ราย พบว่าผู้ป่วยและญาติทุกรายมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ร้อยละ 91.2 และมีอาการทุเลาสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 55.5 และ จากการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย ของ ประพิน วัฒนกิจ (2542) พบว่า ประชาชนมีสภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 73 รวมทั้งมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มากที่สุดเกือบทุกด้าน

2. เพื่อฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่พิการ หรือมีโรคเรื้อรังที่มีอวัยวะบางอย่างสูญเสียหน้าที่ ให้สามารถใช้อวัยวะส่วนที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง โดยการฝึกทักษะ การใช้งานจนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่งที่บ้านที่จะเป็นการลดภาระของครอบครัวและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้พึ่งพาตนเองมากขึ้น

3. ช่วยให้เกิดความเสมอภาคแก่ประชาชน ทั้งในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ยากจน ที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้ เนื่องจากข้อจำกัดใดๆ ก็ตาม ระบบบริการสุขภาพที่บ้านสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มนี้ได้

4. ลดจำนวนผู้ป่วยและค่ารักษาของโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพียงแต่มีความต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำ และการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น (Humphrey, 1988)

5. ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้น เนื่องจากในขณะที่เจ็บป่วย ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ต้องการอยู่ที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล เพราะได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และอยู่ในสภาพแวดล้อม ที่คุ้นเคย ไม่ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ทำให้ความเครียดลดลง (Meneses & Burgess, 1993) มีขวัญกำลังใจที่ดี มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมทั้ง มีโอกาสสัมผัสกับ เชื้อโรคน้อยลง ทำให้หายจากโรคเร็วขึ้น (Haddad, 1992, p. 46)

ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาศัยการเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีสำคัญในการนำบริการ สุขภาพเข้าถึงผู้รับบริการในระดับบุคคล และครอบครัวได้มากที่สุด การกำหนดขั้นตอนให้บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน จะช่วยทำให้เกิดแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งในส่วนของ โรงพยาบาล และที่บ้านของผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2547; Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996, pp. 42-47)

1. ขั้นเตรียมการให้บริการ สิ่งที่ต้องดำเนินการ ได้แก่

1.1 การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ควรศึกษา ได้แก่ ชื่อ อายุ ที่อยู่ การวินิจฉัยโรค ภาวะสุขภาพ การรักษาที่ได้รับและเหตุผลในการส่งต่อ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนให้ความช่วยเหลือ (Bolla & Lyon, 1993, p. 145)

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวินิจฉัยปัญหาของ ผู้ป่วย โดยทั้งทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติต้องมีการวินิจฉัยปัญหาร่วมกัน

1.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่จะร่วมกันแสดงให้เห็นถึงแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยและญาติในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งด้านการสอน การให้ คำแนะนำปรึกษา การฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

1.4 การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการบริการ และเอกสารให้ความรู้ คำแนะนำ ได้แก่ กระเป๋าเยี่ยม ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น อุปกรณ์ตรวจร่างกาย สมุดบันทึก และแบบ บันทึกรายข้อมูลผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในการรักษาพยาบาล การสาธิต และการช่วยเหลือต่าง ๆ

1.5 การนัดหมายผู้ป่วยและญาติ ควรมีการนัดหมายผู้ป่วยและญาติล่วงหน้าก่อนการ ให้บริการทุกครั้ง โดยใช้วิธีการ โทรศัพท์ จดหมาย หรือไปรษณีย์บัตร ซึ่งการนัดหมายการ เยี่ยมที่ดีนั้น ต้องให้ผู้รับบริการ และครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจและยินดีที่จะให้เยี่ยมชมด้วย (Stanhope, 1996, p. 821)

1.6 การประชุมปรึกษาในทีมสุขภาพก่อนการให้บริการ เพื่อวางแผนให้บริการตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ควรมีการวางแผนการปฏิบัติงานของตนและมีการกำหนดกิจกรรมการเยี่ยมแต่ละครั้ง ทั้งรายวัน และรายสัปดาห์ (Rice, 1996, p. 24)

2. ขั้นการให้บริการ สิ่งที่ควรดำเนินการ ได้แก่

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ การปฏิบัติงานที่บ้านผู้รับบริการ พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพในการเยี่ยมครั้งแรกจะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปถึงการเยี่ยมครั้งต่อไป (Wendt, 1996, p. 94)

2.2 การติดตามผลการให้บริการในครั้งก่อนเพื่อประเมินผลว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามดูแลสุขภาพที่บ้านได้มากน้อยเพียงใด ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ทุกครั้งที่ให้บริการ โดยการสังเกต การซักถาม เนื่องจากข้อมูลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2.3 การให้บริการแก่ผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ โดยทีมสุขภาพที่ออกให้บริการจะเป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยและญาติเลือกปฏิบัติตามความรู้ ความสามารถ และทรัพยากรที่มีอยู่ โดยมีลักษณะดังนี้

2.3.1 การสอนและการให้คำแนะนำปรึกษา ควรเน้นเรื่องที่จำเป็น และเรื่องที่ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ตามความรู้ ความสามารถ

2.3.2 การให้การรักษายาบาลในรายที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติเลย เพื่อป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ

2.3.3 การสาธิตการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

2.3.4 การดัดแปลงอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ในครัวเรือนและในชุมชนมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงและนำสิ่งที่มีมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

2.4 การสรุปและการประเมินผลย้อนกลับ ซึ่งเป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพควรสรุปให้ผู้ป่วย และญาติทราบผลการให้บริการ ในเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย และพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องและ/หรือไม่ถูกต้อง เพื่อพัฒนาวิธีการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.5 การนัดหมายผู้ป่วยและญาติ ทีมสุขภาพควรนัดหมาย วัน เวลาในการให้บริการครั้งต่อไป เพื่อจะได้ติดตามผลการให้บริการในครั้งที่ผ่านมา

2.6 การทำความสะอาด และการเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ภายหลังการให้บริการ แล้วทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และสะดวกต่อการนำไปใช้ในครั้งต่อไป

2.7 การบันทึกรายงาน ต้องมีการบันทึกรายงานให้บริการ และผลการปฏิบัติงาน ทุกครั้งในเวชระเบียนรายงานและแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อเก็บรวบรวมไว้เป็นหลักฐาน

2.8 การประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพภายหลังการให้บริการ เพื่อสรุปผลการให้บริการที่ให้แก่ ผู้ป่วย และวางแผนการให้บริการในครั้งต่อไป ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อวางแผนสิ้นสุดการให้บริการด้วย

3. ขั้นตอนประเมินผลการให้บริการ การประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้น สามารถทำได้ทั้งในขณะให้บริการ ซึ่งเป็นการให้บริการและประเมินผลควบคู่กันไปพร้อมกันเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่ให้บริการ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ เพื่อให้ทราบข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละระยะของการให้บริการ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขการบริการในแต่ละระยะให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านและการเตรียมญาติผู้ดูแล

สภาพของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหา ยุงยากซับซ้อน บางรายไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์นำกลับไปใช้เพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป้าหมายของการพยาบาล คือ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ต่าง ๆ ทั้งทาง ด้านทฤษฎี ศาสตร์ทางการแพทย์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนพัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อที่จะรับบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (ทัศนา บุญทอง, 2545)

1. การปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice) ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การพยาบาลโดยตรงตามสภาพปัญหา เช่น การทำแผล การฉีดยา การใส่สายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการเปลี่ยนท่อเจาะคอช่วยหายใจ เป็นต้น (สุคนธา รัตโน, 2543) เพื่อมิให้ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ การประเมินครอบครัว ประเมินบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน ความรับผิดชอบ ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก ใครเป็นผู้นำการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ค่านิยม ความเชื่อ ฐานะเศรษฐกิจ การสนับสนุนของครอบครัว สภาพแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว ก็เป็นสิ่งสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาร่วมกับพยาบาล พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. บทบาทการสอน (Education) โดยให้การสนับสนุน และชี้แนะแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ที่บ้าน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. การให้คำปรึกษา (Consultant) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ขณะมาตรวจตามแพทย์นัดและทางโทรศัพท์ นอกจากนี้เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

4. การประสานความร่วมมือ (Collaborator) โดยทำงานประสานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ด้วยการนำข้อมูลปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้ผนวกกับนำความรู้ ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ไปยังแหล่งประโยชน์อื่น ๆ

5. นำปัญหาต่าง ๆ ที่พบในระบบการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการค้นคว้า วิจัย พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนพัฒนางานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน บทบาทที่สำคัญของการพยาบาลไม่ใช่บทบาทในการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย แต่พยาบาลจะมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ “การเตรียมญาติผู้ดูแล” หรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย โดยการสอน การชี้แนะ และการให้คำปรึกษา รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแล เนื่องจาก การสอนเป็นการแสดงถึงบทบาทอิสระที่ทำหายอย่างหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล (Sundeen et al., 1994) และการสอนญาติผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมนั้น พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการสอน และมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายและกระบวนการต่าง ๆ ในการสอน โดยมีผู้ที่ให้ความหมายของการสอนไว้ ดังนี้

เรดแมน (Redman, 1993) ได้กล่าวว่า การสอน หมายถึง การจัดกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้เรียน ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยการเน้นให้เห็นถึงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นหลัก และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อกัน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทิศทางที่ต้องการ

เบญจา เคากล้า (2541) ให้ความหมายของ การสอน ไว้ว่า เป็นการวางแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถดูแลตนเอง เพื่อให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บและความ

พิการ ซึ่งในการสอนผู้ป่วยแต่ละรายพยาบาลจะต้องวางแผนการสอนอย่างมีระบบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้ตามจุดประสงค์

สรุปได้ว่า “การสอน” หมายถึง การจัดสถานการณ์ ‘กิจกรรม หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ทั้งนี้การสอนจะต้องมีการวางแผนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยใช้วิธีการและสื่อในการสอนหลาย ๆ รูปแบบ

“การเตรียมญาติผู้ดูแล” ในลักษณะดังกล่าว จึงเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) อันมีรากฐานมาจากแบบจำลองการแก้ปัญหา (The Problem – Solving Model) โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1. ขั้นประเมิน เป็นการประเมินเกี่ยวกับผู้รับการสอนและสภาพแวดล้อมในการสอน โดยการประเมินผู้รับการสอน เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการในการเรียนรู้ และความพร้อมในการเรียน เพื่อนำไปวางแผนการสอนให้เหมาะสม ส่วนการประเมินสภาพแวดล้อม จะเป็นการประเมินทรัพยากรและการสนับสนุนต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการสอน

2. ขั้นวางแผน โดยแผนการสอนจะต้องประกอบด้วย

2.1 วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ การกำหนดวัตถุประสงค์นั้นจะต้องเขียนให้สามารถวัดได้และเป็นที่เข้าใจและยอมรับของผู้รับการสอนและเป็นไปได้ในเวลาที่กำหนด (Gessner, 1989)

2.2 เนื้อหา ควรแยกให้ชัดเจนว่า เนื้อหาใดที่ผู้รับการสอน จำเป็นต้องทราบ (Must Know) ควรทราบ (Useful to Know) และน่าจะทราบ (Nice to Know) รวมทั้ง ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่มีความจำเป็นต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2.3 กิจกรรมการสอน โดยกิจกรรมการสอนที่กำหนดไว้ จะต้องจัดให้เหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้ (Learning Style) ของผู้รับการสอน ในขณะเดียวกัน ก็ต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ด้วย

2.4 สื่อการสอน จะต้องระบุวัสดุอุปกรณ์และวิธีการต่าง ๆ ที่จะต้องใช้ประกอบการสอนอย่างเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้รับการสอนเกิดการเรียนรู้และบรรลุตามวัตถุประสงค์

2.5 การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับการสอน โดยวิธีการประเมินผลการเรียนรู้นั้น จะต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ที่กำหนด และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง

3. ขั้นตอนการ ในขั้นนี้จะเป็นการนำแผนการสอนไปสู่การปฏิบัติจริง โดยในขณะที่สอนพยาบาลอาจต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ เทคนิคการจูงใจ เทคนิคการตั้งคำถาม เทคนิคการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้รับการสอน

4. ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสอน ซึ่งพยาบาลสามารถกระทำได้เมื่อสิ้นสุดบทเรียนหนึ่ง ๆ หรือเมื่อสิ้นสุดบทเรียนทั้งหมด (Redman, 1993) เพื่อประเมินว่าผู้รับการสอนได้รับความรู้ความเข้าใจ หรือมีทักษะในสิ่งที่ได้รับการสอนมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น “การเตรียมญาติผู้ดูแล” หรือการสอนญาติผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จึงเป็นกระบวนการหลักของการศึกษาครั้งนี้ที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในการศึกษาครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า “การเตรียมญาติผู้ดูแล” หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน โดยครอบคลุมในเรื่องการดูแลแผลกดทับ การดูแลทั่วไปด้านร่างกาย และการดูแลด้านจิตสังคม โดยใช้การสอน การชี้แนะ การให้คำปรึกษา และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามมาตรฐานการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้น

การดูแลและบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ความหมายของการดูแล

“การดูแล” มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ ดังเช่น

การดูแล (Caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ละระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Kane & Kane, 2000, p. 321)

จอร์จ (Gorge, 1996) ให้ความหมายของ การดูแล ว่าหมายถึง ความช่วยเหลือที่ให้แกบุคคลอื่น เพื่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต

ศศิมา วัฒนา (2548, หน้า 19) กล่าวว่า การดูแล หมายถึง กระบวนการและวิธีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองทั้งบุคคล ครอบครัวและสังคม โดยผสมผสานธรรมชาติเข้ากับความเป็นอยู่ของมนุษย์ได้ดี เป็นการตอบสนองต่อคุณค่า ความสำคัญ และความรักในความเป็นมนุษย์ของบุคคลซึ่งการกระทำนั้น อยู่ในขอบเขตความรู้ทางวิชาการ จริยธรรม และศีลธรรมโดยผ่านการยอมรับจากสังคม และได้รับการพัฒนาเพื่อเป้าหมายอยู่ที่การป้องกันเพิ่มพูนและอนุรักษ์ความเป็นมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์

ความหมายของผู้รับการดูแล

จอร์จ (Gorge, 1996, p. 137) ได้ให้ความหมายของ ผู้รับการดูแล หรือ ผู้รับความช่วยเหลือ ว่าหมายถึง บุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะโดยความต้องการนั้น ต้องได้รับการตอบสนองหรือช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของผู้รับการดูแล มีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ (Kuei, 1999, p. 207)

1. ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (Physical or Functional Limitation) เป็นข้อบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งอาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง นอกจากนี้ แล้วการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การฉีดยาอินซูลิน การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านจำเป็นต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติให้กับผู้รับการดูแล

2. ความบกพร่องทางด้านความคิดสติปัญญา (Cognitive Deterioration) เป็นความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ซึ่งอาจพบได้ในผู้สูงอายุ หรือผู้มีความผิดปกติทางสมอง ที่เกิดจากภาวะของโรคเอง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม (Degree of Disturbance) ความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละรายมักแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคล และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะรู้สึกหงุดหงิดง่าย อารมณ์เสีย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนหรือมั่นใจในการดูแล เนื่องจากไม่สามารถวางแผนในการช่วยเหลือได้

ความหมายของญาติผู้ดูแล

ความหมายของ “ผู้ดูแล” (Caregiver) หมายถึง บุคคล ที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกาย และจิตใจอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (National Family Caregiver Association [NFCA], 2000)

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมาย ผู้ดูแล ว่าหมายถึง ผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นแก่ผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดการดูแลตนเองโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และการดูแลนั้น ไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ

คาฮานา และคณะ (Kahana et al., 1994, pp. 3-10) ได้นิยามผู้ดูแล และจำแนกประเภทของผู้ดูแล ไว้ดังนี้

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่ง “ผู้ดูแล” ในที่นี้อาจเป็น ได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว (Individual) เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล (Group) เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ ก็ได้

ประเภทของผู้ดูแล สามารถจำแนกได้หลายลักษณะ ดังนี้

การพิจารณาผู้ดูแล โดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล แบ่งได้ เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามตกลงกันเอง

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Major/ Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ซึ่งลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติจะมุ่งเน้นให้การดูแลเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลอาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

บุคคลที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านนั้น ตามสภาพสังคมไทยมองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติหรือสมาชิกในครอบครัว จึงมีคำเรียกบุคคลดังกล่าวว่า

“ญาติผู้ดูแล” (Family Caregiver)

บุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้คำสำคัญที่ควรพิจารณาในความหมายของ

“ญาติผู้ดูแล” คือ

1. ญาติหรือบุคคลในที่นี้ อาจเป็น บิดามารดา สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต

2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก โรค ความพิการ หรือ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้น ต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

การศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า “ญาติผู้ดูแล” หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน กับผู้ป่วย ที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ซึ่งญาติผู้ดูแลในที่นี้อาจเป็น ได้ทั้งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น เพื่อน คนรัก เป็นต้น โดยการให้การดูแลช่วยเหลือดังกล่าว เป็นการดูแลแบบองค์รวม และไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นสินจ้าง รางวัล จากการดูแลผู้ป่วยแต่ อย่่างใด

บทบาทที่สำคัญของญาติผู้ดูแล

จากข้อจำกัดของผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล จึงนำมาสู่ความต้องการการดูแลหรือภาระงาน ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำหรือบทบาทที่สำคัญญาติผู้ดูแล โดยมีนักวิชาการได้กล่าวถึงบทบาท ของญาติผู้ดูแลได้ดังนี้

ลับกิน (Lubkin, 1998) ได้กล่าวถึงบทบาทของญาติผู้ดูแลไว้ว่า

1. ทำหน้าที่ในการจัดหา (Care Provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย มักจะยึด ติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตรงตามเวลา เป็นต้น

2. การจัดการการดูแล (Care Manage) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำ หน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับ ประโยชน์สูงสุดแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีในสังคมและจัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ต่าง ๆ ที่เหมาะสมนอกจากนี้ยังใช้เวลาบางส่วนในการตอบสนองด้านจิตสังคมให้กับผู้ป่วยด้วย

เครซและบรูคส์ (Krach & Brooks, 1995) กล่าวว่ากิจกรรมการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ลักษณะ คือ

1. จัดการให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือติดต่อกับสถานบริการสุขภาพ จัดหา ซื่อยาจากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากลางบ้าน รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยา

2. ให้การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พุงเข้าห้องน้ำ ดูแลปัสสาวะที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น

3. การดูแลพิเศษ เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น
4. การดูแลด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนคุย หรือนอนเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ๆ
5. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความเชื่อด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรม เช่น

การเช่นไหว้วินยญาณของบรรพบุรุษ เป็นต้น

นอกจากนี้ บทบาทและหน้าที่ของญาติผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้น ยังคงคล้ายคลึงกับผล
การศึกษาของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
4 ประการ ได้แก่

1. การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้ง ปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
2. ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจิตใจ เช่น อยู่เป็นเพื่อนคุย หรือนอนเป็นเพื่อน ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
3. เป็นคนกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน

4. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล

จากบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของร่างกาย ความบกพร่องทางความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ดังนี้

1. การดูแลแผลกดทับ ถือเป็นภาระกิจหลักของญาติผู้ดูแล ที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ และฝึกฝนให้เกิดทักษะ และความสามารถในการการประเมินลักษณะของแผลกดทับ และการทำความสะอาดแผลกดทับ เพื่อเร่งให้แผลเข้าสู่กระบวนการหายได้อย่างปกติ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อแผลกดทับ หรือต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

2. การดูแลทั่วไปด้านร่างกาย โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มักเป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป้าหมายของการดูแลสุขภาพ จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด และช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเองได้ โดยญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การจัดท่าทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การดูแลผิวหนังหลังการขยับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ และการดูแลด้านการรักษาร่วมที่ผู้ป่วยได้รับ

3. การดูแลด้านจิตสังคม

3.1 การดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมักมีปัญหาด้านจิตใจเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกาย ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาระ ไม่นั่นคง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ญาติผู้ดูแล ต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทางไม่พอใจ และควรให้ความสนใจ ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เช่น การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือองค์กรทางสุขภาพต่าง ๆ เพื่อเอื้อประโยชน์ในการดูแลรักษา และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจ ในการดูแลสุขภาพ เลือกวิธีการรักษาและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

แผลกดทับ (Bed Sore, Pressure Sore, Decubitus Sore, Distorian Sore) หมายถึง บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ที่มีการทำลายเฉพาะที่จากแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน ที่มากระทำอย่างต่อเนื่อง จะพบผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดง และมีการแตกทำลายของผิวหนัง แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาพการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว กลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทั้งปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการ โรคเดิมของผู้ป่วย เป็นต้น และปัจจัยภายนอกในร่างกาย เช่น แรงกด แรงเสียดสี แรงถูไถ แรงเสียดทาน ความเปียกชื้น และการรักษาที่ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น การเกิดแผลกดทับจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งความทุกข์ทรมาน การรักษาที่ย่างยากมากขึ้น อาจมีการติดเชื้อหรือต้องผ่าตัด ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (จิตตารมณ์ จิตรีเชื้อ และมาลินี วัฒนากุล, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย จำแนกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Mark & Robert, 2004; Jenny, 1997; วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547)

1. ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic Factor) ได้แก่

1.1 ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ทำให้การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง

1.2 ภาวะอ้วนหรือผอมมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจาก ภาวะอ้วนเนื้อเยื่อชั้นไขมัน จะมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อย ทำให้มีแรงกดของเนื้อเยื่อ

กระดูกมากขึ้น

1.3 อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ภาวะทางโภชนาการต่ำ การเสริมสร้างเนื้อเยื่อลดน้อยลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังจึงลดลงทำให้ฉีกขาดได้ง่าย

1.4 ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นโดยเฉพาะโปรตีนอัลบูมินซึ่งเมื่อระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ จะทำให้เซลล์บวม เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจนและของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ย้ำต่อการเกิดแผล

1.5 ภาวะการไหลเวียนเลือดลดลง เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อค ภาวะขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่อาจนำสารอาหาร ออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆ ได้เพียงพอ

1.6 ความพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้ผิวหนังเปียกชื้น อยู่ตลอดเวลา ชื้นผิวหนังเกิดการอ่อนตัว ความสามารถทนต่อแรงกด และแรงเสียดสีลดลง

1.7 ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูง เนื้อเยื่อจึงมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากเดิม และเมื่อออกซิเจนจากการไหลเวียนปกติไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ย้ำต่อการเกิดแผล

1.8 ภาวะโรคทางการเดิมของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น โรคเหล่านี้ทำให้สารเคมีในเลือดมีการเปลี่ยนแปลง การไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย

1.9 ภาวะทางจิตของผู้ป่วย เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยซึม ขาดความสนใจในตนเอง การตอบสนองหรือการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

2. ปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factor) ได้แก่

2.1 แรงกด (Pressure) เป็นแรงภายนอกที่มากระทำโดยตรงต่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีผลต่อผิวหนังและขัดขวางการส่งผ่านออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ เมื่อมีแรงกดมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าหากมีแรงกดมากระทำต่อผิวหนังเกินกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง ก็อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้

2.2 แรงเฉือน/แรงเฉือน (Shearing) เป็นแรงสองแรงที่กระทำในทิศทางตรงกันข้ามและในแนวขนาน เช่น การจัดท่านอนที่ศีรษะผู้ป่วยสูงกว่า 30 องศา หรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน เมื่อตัวผู้ป่วยเลื่อนลงไปที่ปลายเตียง น้ำหนักตัวส่วนบนจะถูกส่งผ่านไปตามแนวกระดูกสันหลังมาถึงกระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลัง

กระดูกกระเบนเหน็บถูกบีบและถูกกดมากกว่าปกติ ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมา ในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับพื้นนอนถูกตรึงอยู่กับที่ จึงเกิดแรงขานานสองแรงที่กระทำในทางตรงกันข้าม ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นเสียไป เซลล์ได้รับอาหารและออกซิเจนลดลง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับได้ในที่สุด

2.3 แรงเสียดทาน (Friction) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองอย่างสัมผัสกัน เช่น การเลื่อนผู้ป่วย โดยวิธีการดึงหรือลากทำให้มีการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้น ๆ เกิดเป็นแผลลักษณะคล้ายแผลลอกได้ ซึ่งแรงนี้มักทำให้เกิดแผลกดทับระดับที่ 2 แต่ไม่เป็นสาเหตุทำให้เกิดเนื้อตายหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นในลึก ๆ โดยถ้ามีแรงเสียดทานร่วมด้วย จะทำให้เกิดการปริแตกของผิวหนังได้ ด้วยแรงกดทับที่น้อยกว่า การมีแรงกดทับเพียงอย่างเดียว ถ้ามีแรงกดทับอย่างเดียวต้องใช้แรงกดประมาณ 290 มิลลิเมตรปรอท แต่ถ้ามีแรงเสียดทานร่วมด้วย แรงกดเพียง 45 มิลลิเมตรปรอท ก็ทำให้เกิดแผลกดทับได้แล้ว

2.4 การได้รับยาบางชนิด เช่น ยากล่อมกล้ามเนื้อ ยากล่อมประสาท ยาติดยา หรือยารักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งยาเหล่านี้มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ง่วง ซึม มีผลทำให้ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกด ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้นและอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยมีผลต่อการเสริมสร้างเซลล์เนื้อเยื่อของผิวหนัง เนื่องจากลดการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว การสร้างไฟโบรบลาสต์ จึงทำให้แผลหายช้าลง

2.5 การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสายสวน การใส่สายอุปกรณ์ การดึงถ่วง การใส่เฟือก การพันผ้ายึด เป็นต้น ภาวะดังกล่าวทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวเองของผู้ป่วยลดลง หรือมีการกดจากอุปกรณ์ในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับได้ง่าย

พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดแผลกดทับ

เนื้อเยื่อที่ปกคลุมอยู่เหนือปุ่มกระดูก (Bony Prominence) ประกอบด้วย เนื้อเยื่อต่างๆ หลายชั้นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อชั้นต่างๆ คือ ชั้นแรกเป็นผิวหนัง ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่เหนียวแน่นและแข็งแรง ชั้นนี้ยังแบ่งเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นหนังกำพร้า (Epidermis) ซึ่งไม่มีเลือดมาเลี้ยงโดยตรงกับชั้นหนังแท้ซึ่งมีหลอดเลือด ไขมัน ขน ต่อมเหงื่อ และปลายประสาทรับความรู้สึกหลายชนิดแทรกอยู่ ชั้นที่สองเป็นชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) และชั้นลึกลงไปอีกเป็นชั้นพังพืด (Deep Fascia) ซึ่งมีความเหนียวแน่นแข็งแรง มีส่วนประกอบเกือบทั้งหมดเป็นคอลลาเจน ทำให้ทนทานต่อแรงกระแทกได้ดี และลึกลงไปอีกเป็นชั้นกล้ามเนื้อ (Muscle) ชั้นนี้มีหลอดเลือดและเส้นประสาทมาเลี้ยงจำนวนมาก ความหนาของกล้ามเนื้อที่คลุมอยู่บนปุ่มกระดูกต่างๆ จะหนาไม่เท่ากัน กล้ามเนื้อจึงทนต่อแรงกดอัด (Compression) ได้ไม่ดีนึก แต่ทนต่อแรงดึง (Tension)

ได้ดี เนื้อเยื่อชั้นลึกที่สุดที่ปกคลุมกระดูก คือ เยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) ซึ่งจะเชื่อมไปกับปลอกหุ้มข้อ (Joint Capsule)

จากกายวิภาคนี้ ไม่ว่าร่างกายเราจะอยู่ในท่านั่งหรือท่านอนก็ตาม จะเกิดแรงกดทับส่งผ่านไปตามชั้นเนื้อเยื่อเหล่านี้เสมอ “แรงกด” (Pressure) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับจากการศึกษาด้านสรีรวิทยา พบว่าแรงดันในหลอดเลือดฝอยมีค่าประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท (Bedbrook, 1985; Phipps, Sands & Marek, 1999 อ้างถึงใน วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547) หรืออยู่ระหว่าง 13 – 34 มิลลิเมตรปรอท (Knox, Anderson & Anderson, 1994) ตามปกติร่างกายของคนเราจะสามารถทนต่อแรงกดที่อาจสูงกว่าค่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยได้ หากแรงที่มากระทำต่อร่างกายนั้นกระจายเท่ากันในทุกทิศทาง แต่ถ้าแรงที่มากระทำนั้นมีแรงกด ตั้งแต่ 35 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปจะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง โดยแรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและถูกกดอยู่เป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมงจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย และถ้าแรงกดมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และกดอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เนื้อเยื่อตายได้ (Knox, Anderson & Anderson, 1994) โดยแรงนั้นจะกระทำผ่านจากผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกภายใน จึงทำให้เนื้อเยื่อทุกชั้นตั้งแต่ผิวหนังจนถึงปุ่มกระดูกถูกกด หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้เคียงปุ่มกระดูกถูกกดทับ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดในบริเวณนั้นลดลง ทำให้สารอาหาร และออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่เพียงพอ เซลล์เกิดการเสื่อมทำลายหรือตายได้ นอกจากนั้น แรงเสียดทาน และแรงเสียดทาน เป็นอีกสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับจากแรงกด แรงเสียดทาน และแรงเสียดทานจะดำเนินไปอย่างเป็นขั้นตอน คือ เมื่อเซลล์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ในระยะแรกเซลล์เกิดการเสื่อมสภาพหรือตาย เซลล์จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฮิสตามีนออกมา ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ประกอบกับการคั่งของของเสียจากกระบวนการเมตาบอลิซึมทำให้เห็นผิวหนังมีสีแดง ซึ่งถ้ามีแรงกดกระทำต่อไปหลอดเลือดจะมีการอุดตัน และเกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ เมื่อลดลงบนรอยแดง รอยแดงนั้นจะไม่จางหายไป ถ้าขจัดแรงกดออกไป ผิวหนังจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในเวลาสั้นที่สุดประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ถ้ายังคงมีแรงกดมากระทำต่อไปจะก่อให้เกิดผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเกิดการอักเสบ บวม และเกิดเป็นตุ่มน้ำพองได้ ทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้นเกิดการหลุดลอกของหนังกำพร้า และหนังแท้จะถูกทำลายลึกขาดเห็นเป็นแผลตื้น ถ้าดูแลรักษาได้ดีแผลจะหายได้ในเวลา 2 – 4 สัปดาห์ แต่ถ้ามีแรงกดมากระทำต่อไปจะมีการทำลายของผิวหนังชั้นลึกถึงชั้นไขมัน จะเห็นกลางแผลมีลักษณะซึด มีรอยแดงล้อมรอบและมีความกระด้างของผิวทำให้เห็นแผลเป็นรอยลึกหรือเป็นโพรง ในระยะนี้ถ้ามีเชื้อแบคทีเรียเข้ามาในแผลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อแบคทีเรียที่สะสมอยู่ในแผลจะดึงออกซิเจน

เป็นจำนวนมากไปใช้ในการเจริญเติบโต ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้น ขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อจึงถูกทำลายเพิ่มขึ้น ในระยะนี้เนื้อเยื่อที่ตายแล้วจะแยกขอบเขตจากเนื้อเยื่อปกติอย่างชัดเจน อาจเห็นสะเก็ดสีดำซึ่งสามารถหลุดลอกออกได้ หากยังมีแรงกดต่อเนื่องหรือมีการดูแลรักษาแผล ไม่ถูกต้องจะมีการทำลายถึงชั้นเอ็น กล้ามเนื้อ และกระดูก กลายเป็นแผลเปิดที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ยากต่อการดูแลรักษาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

กลไกการเกิดแผลกดทับจากแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

แรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

แรงกดตั้งแต่ 35 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นลดลง

แรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตร ปรอทขึ้นไป
ระยะเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง

เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ

แรงกดมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
ระยะเวลานาน

เนื้อเยื่อตาย

แผลกดทับ

ภาพที่ 2 กลไกการเกิดแผลกดทับ จากแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน
(จิตตาภรณ์ จิตริเชื้อและมาลิณี วัฒนากุล, 2547)

การจำแนกระดับความรุนแรงแผลกดทับ

แผลกดทับสามารถแบ่งตามลักษณะของแผล และความลึกของการทำลายชั้นเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ภายในแผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Peggy, 1999; วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547)

1. แผลกดทับระดับที่ 1 คือ มีการอักเสบเฉียบพลันของเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ที่อยู่เหนือปุ่มกระดูก โดยที่ผิวหนังยังไม่มีอาการฉีกขาด แต่จะปรากฏรอยแดงบริเวณผิวหนังส่วนที่ถูกกดทับ และรอยแดงจะไม่จางหายไปในเวลา 30 นาที

2. แผลกดทับระดับที่ 2 คือ การอักเสบของเนื้อเยื่อจะรุนแรงขึ้นจนผิวหนังส่วนบนเริ่มมีการหลุดลอกและหนังแท้ถูกทำลายฉีกขาดเป็นแผลตื้น มีรอยแดงบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ เป็นแผลขอบชัด ซึ่งอาจมีอาการปวด บวม แดง ร้อนและมีสิ่งขับหลั่งจากแผลปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง

3. แผลกดทับระดับที่ 3 คือ มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ และอาจมีการติดเชื้อเน่าตายของไขมัน (Fat Necrosis) ผิวหนังรอบ ๆ จะบวม แดงและเป็นขอบแข็งมีวนเข้าใน แผลลึกเป็นหลุมหรือเป็นโพรง และพบว่ามีสิ่งขับหลั่งจากแผลเป็นปริมาณมาก อาจมีกลิ่นเหม็น

4. แผลกดทับระดับที่ 4 คือ จากภาวะติดเชื้อและการเน่าตายของเนื้อเยื่ออย่างมาก ทำให้มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกถึงชั้นเอ็น กล้ามเนื้อ และกระดูก แผลเป็นโพรง มีสิ่งขับหลั่งจากแผลปริมาณมาก และมีกลิ่นเหม็น และอาจทำให้มีการติดเชื้อในกระดูก (Osteomyelitis)

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ “ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” หมายถึง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีแรงกดมากระทำต่อผิวหนังหรือตามปุ่มกระดูก จนเกิดแผลที่มีลักษณะของเซลล์เนื้อเยื่อที่ขาดเลือดมาเลี้ยงและเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ อาจเริ่มตั้งแต่ชั้นผิวหนัง จนถึงลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก หรือที่เรียกว่า “แผลกดทับ” ซึ่งจำแนกตามระดับความรุนแรงได้ตั้งแต่ระดับที่ 1 – 4 ซึ่งผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในแต่ละระดับ จะมีวิธีการดูแลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ส่วนการความสะอาดแผลกดทับ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนที่แตกต่างกันเมื่อแผลกดทับอยู่ในระดับที่มีการทำลายเนื้อเยื่อมากขึ้น

กระบวนการหายของแผล

การหายของแผล เป็นกระบวนการทางธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ที่จะซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ให้กลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล จะต้องเข้าใจถึงกระบวนการหายของแผล เพื่อให้การดูแลแผลในแต่ละระยะของการหายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแผล โดยกระบวนการหายของแผลจะเริ่มขึ้นตั้งแต่การเกิดบาดแผล และดำเนินไป

อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานจนกว่าจะสมบูรณ์ ซึ่งขั้นตอนในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่แบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้ (Caplin, 2002; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541)

1. ระยะที่มีการอักเสบ (Inflammatory Phase) ระยะนี้ใช้เวลา 0-3 วัน หรืออาจนานถึง 4-6 วัน โดยเมื่อเกิดบาดแผลจะมีการตอบสนองของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเล็กๆ ที่ฝักขาดบริเวณบาดแผลมีการหดตัว เนื้อเยื่อ และเกร็ดเลือดที่ได้รับอันตรายจะปล่อย thrombokinase และ thromboplastin ออกมาทำให้โปรทรอมบินกลายเป็นทรอมบินและช่วยทำให้ไฟบริโนเจนเปลี่ยนเป็นไฟбрินไปอุดหลอดเลือดที่ฝักขาด ทำให้เลือดหยุดต่อมาเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายและ mast cell (Mast Cell) จะมีการหลั่ง bradykinin และ histamine (Bradykinin and Histamine) ออกมา ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว เพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของของเหลวและพลาสมาโปรตีน เซลล์ของเม็ดเลือดขาว อิเล็กโตรไลต์ และสารอื่นๆ ในเลือดเข้ามาคั่งอยู่ที่เนื้อเยื่อบริเวณแผล ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นมากที่สุด ในระยะ 72 ชั่วโมงหลังจากมีแผล เป็นผลทำให้แผลเกิดอาการอักเสบเฉพาะที่ ได้แก่ บวม แดง อุ่น และมีอาการปวด ต่อมาเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear (Polymorphonuclear) หรือ นิวโตรฟิล (Neutrophil) ปรากฏขึ้นอย่างมากมายภายในแผลเพื่อทำหน้าที่กำจัดแบคทีเรีย เนื้อเยื่อตาย และขอยไฟบรินที่มีอยู่ในแผล หรืออาจเป็น monocyte (Monocyte) ซึ่งกลายเป็น macrophage (Macrophage) ที่เป็นตัวสำคัญในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในแผล ทำให้แผลสะอาดเตรียมพร้อมที่จะให้มีการซ่อมแซมบาดแผล ซึ่ง macrophage ไม่เพียงแต่ช่วยทำความสะอาดแผล ยังสามารถกระตุ้นการสร้างไฟโบรพลาสต์ (Fibrocyte) ได้อีกด้วย (Carrico et al., 1984)

2. ระยะงอกขยาย (Proliferative Phase, Restoration) ระยะนี้เป็นความก้าวหน้าของแผลส่วนลึก โดยจะมีการสร้างและเพิ่มปริมาณของไฟโบรพลาสต์ (Fibrocyte) มากขึ้น มีการสร้างหลอดเลือดฝอยเล็กๆ ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผล และจะมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) หรือคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งสังเคราะห์โดยไฟโบรพลาสต์ มาเชื่อมตรงบริเวณช่องว่างระหว่างบาดแผลโดยเริ่มจากฐานของบาดแผลขึ้นมา เซลล์ใหม่เหล่านี้เมื่อได้รับอาหารวิตามินซี และออกซิเจนอย่างเพียงพอก็จะกลายเป็นเนื้อเยื่อที่งอกใหม่ (Granulation Tissue) และเจริญขึ้นเรื่อยๆ จนเต็มบริเวณแผล ไฟโบรพลาสต์และโมโนไซท์ไฟโบรพลาสต์มีการหดตัวสั้นเข้าเป็นผลให้เกิดการดึงรั้งขอบแผลเข้ามามีติดกัน เซลล์บุผิวจะเจริญขึ้นมาจนผสานกันปิดสนิท ทำให้เกิดการหายของแผล โดยระยะเวลาไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับลักษณะและปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล

3. ระยะปรับตัว (Maturation, Remodelling Phase) เป็นระยะที่แผลมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพราะโมเลกุลของคอลลาเจนมีการขยายตัวเพิ่มขนาดมากขึ้นและยึดกันแน่น (Cross-Linking)

โดยปรับเรียงตัวเป็นกลุ่มรับแรงกดดันจากภายนอก ดังนั้น ในระยะนี้แผลเป็นเริ่มเล็กลงซิดลงและแข็งแรงขึ้น ระยะนี้อาจกินเวลานานถึง 2 ปีหรือนานกว่านี้

บาดแผลจะไม่ติดกันเองในช่วงที่มีการอักเสบ จึงต้องอาศัยวัสดุเย็บยึดขอบแผลให้ติดกันไว้ แผลเริ่มแข็งแรงขึ้น เมื่อมีการสร้างคอลลาเจนและการเรียงตัวของคอลลาเจน (Cross-Linking) แผลจะแข็งแรงขึ้นอย่างรวดเร็วใน 30 วันแรก แต่จากนั้นจะช้าลง และในที่สุดก็ยังไม่เท่าเนื้อเยื่อปกติ เช่น แผลเป็นที่ผิวหนังในที่สุดจะมีความแข็งแรงเพียง ร้อยละ 80 ของผิวหนังธรรมดา นอกจากนี้ยังขาดความยืดหยุ่น (Elasticity) เหมือนผิวหนังธรรมดาด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหายของแผล

การหายของบาดแผลแม้จะมีกระบวนการหายของแผลที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่ก็ยังมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการหายของแผล ดังนี้ (ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์ และธนิต วัชรพงศ์, 2544; นันนา เล็กสวัสดิ์, 2541)

1. ภาวะโภชนาการ สารอาหารที่มีความจำเป็นในการหายของแผล มีดังต่อไปนี้

1.1 โปรตีน แผลจะหายช้าถ้าขาดสารอาหารพวกโปรตีน เนื่องจากกรดอะมิโนเป็นสิ่งจำเป็นในการออกซายของไฟโบรพลาสต์และการสังเคราะห์ไฮคอลลาเจน ซึ่งเป็นสารที่จำเป็นต่อการหายของแผล การสร้างเส้นเลือดใหม่ (Neovascularization) การสร้างเม็ดเลือดขาวและการเพิ่มความแข็งแรงของแผล ซึ่งภาวะการขาดสารอาหาร โปรตีนนี้สามารถสังเกตได้จากระดับซีรัมอัลบูมิน (Albumin)

1.2 คาร์โบไฮเดรตและไขมัน โดยกลูโคสช่วยการทำงานของลิโคซัยท์ และไฟโบรพลาสต์ ทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ช่วยยับยั้งการอักเสบติดเชื้อของแผล ส่วนไขมันจะช่วยรักษาสสมดุลของการเผาผลาญอาหารระดับเซลล์

1.3 วิตามินและเกลือแร่ ได้แก่

1.3.1 วิตามินซี ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของหลอดเลือดฝอยใหม่ ช่วยสังเคราะห์ไฮคอลลาเจนและกระตุ้นการทำงานของเซลล์ไฟโบรพลาสต์ และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อที่แผล

1.3.2 วิตามินเอ ช่วยในการงอกและเจริญของเซลล์บุผิวใหม่ ทำให้การสังเคราะห์ไฮคอลลาเจนเป็นไปตามปกติ (Kathleen, 1996)

1.3.3 วิตามินบีรวม ทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้เม็ดเลือดขาวกำจัดแบคทีเรียในแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.4 เกลือแร่ ได้แก่ สังกะสีช่วยในการรอกขยายของเซลล์ เหล็กช่วยในการสังเคราะห์ไฮคลอตาเจน และส่งเสริมการทำหน้าที่ของเซลล์ลิโวไซท์ในการกำจัดแบคทีเรีย ส่วนทองแดงและแมกนีเซียม ก็เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการสังเคราะห์ไฮคลอตาเจนเช่นกัน

2. ออกซิเจนและการไหลเวียนเลือด แผลที่มีเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงน้อยจะหายช้า เนื่องจากระยะที่มีการสร้างเซลล์ใหม่นั้นต้องการสารอาหารและออกซิเจนมาก โดยไฟโบรบลาสต์ต้องการออกซิเจนสำหรับการสังเคราะห์ไฮคลอตาเจน

3. อุณหภูมิ ภาวะที่อุณหภูมิต่ำจะทำให้การหายของแผลช้าลง เนื่องจากหลอดเลือดฝอยมีการหดตัว การเผาผลาญสารอาหารต่างๆ ลดลงและมีเลือดขาวทำหน้าที่ลดลง ถ้าอุณหภูมิต่ำกว่าปกติเพียง 2 องศาเซลเซียส จะทำให้มีเลือดขาวทำหน้าที่น้อยลงหรือหยุดทำงานได้

4. การเคลื่อนไหว เนื้อเยื่อที่มีการรอกใหม่ในบริเวณแผลจะเปราะบางมาก ในระยะเริ่มแรกของการมีเซลล์บุผิวคลุมบาดแผล การเคลื่อนไหวของแผลมากเกินไป จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณแผลถูกทำลายได้ง่าย

5. การติดเชื้อในแผล เนื่องจากเชื้อโรค หรือเชื้อแบคทีเรียจะสร้างพิษ (Toxin) ออกมาเพื่อทำลายเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ และมีความต้องการใช้ออกซิเจน จึงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลเกิดการทำลายและเน่าตายเพิ่มมากกว่าการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นใหม่ แผลจึงหายช้าลง

6. ยาที่มีผลต่อการหายของแผลมีหลายชนิด เช่น เฮปาริน (Heparin) คูมาดิน (Coumadin) แอสไพริน ยากลุ่มสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อนั้นควรจะมีการให้ยาอย่างเหมาะสม เนื่องจากการให้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม จะทำให้อัตราการติดเชื้อที่แผลเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากยาปฏิชีวนะกดกลไกการหายของแผลตามธรรมชาติในระยะอักเสบ และยังมีผลทำให้เชื้อก่อโรคทั่วไปมีการปรับตัวและดื้อยามากขึ้น เป็นผลให้แผลหายช้า

7. เทคนิคการทำแผลไม่เหมาะสม ในขณะที่ทำแผลมีการทำผิดพลาดเทคนิคปราศจากเชื้อหรือปิดแผลโดยใช้ผ้าก๊อชจำนวนน้อย ทำให้เชื้อแบคทีเรียเข้าสู่แผลได้ง่าย หรือมีการปนเปื้อนง่ายหรือปิดแผลแน่นเกินไป ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณแผลได้รับอาหารและออกซิเจนน้อย ทำให้แผลมีการติดเชื้อและหายช้าได้เช่นกัน

หลักการทำความสะอาดแผลกดทับ

หลักการพื้นฐานในการดูแลแผลกดทับเพื่อป้องกันไม่ให้แผลกดทับรุนแรงมากขึ้น ผู้ดูแลต้องสามารถประเมินลักษณะเฉพาะของแผลกดทับ และต้องเข้าใจถึงกระบวนการหายของแผลเพื่อแก้ไขสาเหตุพื้นฐาน ในการลดแรงกด แรงเสียดสี และความชื้น โดยหลักการรักษาแผลกดทับประกอบด้วย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547, หน้า 48-56)

1. การลดจำนวนแบคทีเรีย โดยการทำความสะอาดแผล (Wound Cleansing)
2. การกำจัดเนื้อตาย (Debridement)
3. การรักษาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในแผลกดทับโดยใช้วัสดุปิดแผล (Wound dressing)
4. การรักษาเสริม (Adjunctive Therapy)

การดูแลแผลกดทับ โดยการทำความสะอาดแผลเป็นการกำจัดแบคทีเรีย เนื้อตาย สิ่งปนเปื้อนหรือหนองออกจากแผล รวมถึง การตัดเล็มแผลเพื่อกำจัดเนื้อตายออกไป การใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเร่งการหายของแผล การเลือกใช้วัสดุปิดแผลจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะ ข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจจะใช้การรักษาอื่นร่วมอย่างอื่น เช่น การผ่าตัดซ่อมแซม เป็นต้น (Bergstrom et al., 1994; O'Connor & Kirshblum, 1998)

การทำทำความสะอาดแผล

การทำแผลอย่างนุ่มนวลและล้างทำความสะอาดอย่างทั่วถึง นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ซึ่งสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้จะเป็นตัวที่ทำให้แผลหายช้า โดยการทำทำความสะอาดแผล ประกอบด้วยการเลือกน้ำยาทำความสะอาด และวิธีการชำระแผล โดยในการทำทำความสะอาด ควรระวังโอกาสเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่แผลกดทับ จากการใช้น้ำยาที่รุนแรงและวิธีที่ใช้ในการทำทำความสะอาดแผลกดทับ โดยมีข้อควรคำนึงถึง ดังนี้

1. การทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บน้อยที่สุด (Nontraumatic Technique) ทำด้วยการใช้วัสดุที่มีความหยาบน้อยทำความสะอาดแผล เช่น สำลี ฟองน้ำ หรือ ก้อน
2. น้ำเกลือล้างแผล (Normal Saline) เป็นน้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดแผลได้ดีที่สุด
3. ไม่ทำความสะอาดแผลกดทับด้วยน้ำยาทำความสะอาด (Antiseptic Agent) เช่น โปวิดีน (Povidine Iodine), โซเดียมไฮโปคลอไรต์ (Sodium Hypochlorite Solution), เดกิน (Dakin's Solution), ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen Peroxide), กรดอะซิติก (Acetic Acid) เพราะน้ำยาเหล่านี้มีความเป็นพิษต่อเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะสามารถทำลายไฟโบรบลาสต์ได้ น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดแผลต้องไม่ทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ทำลายแบคทีเรีย

ส่วนการทำทำความสะอาดแผลติดเชื้อ การศึกษาทางแบคทีเรียวิทยา พบว่า หากแผลกดทับ มีแบคทีเรียในระดับสูง จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความล้มเหลวในการหายของแผล ดังนั้น การหายของแผลกดทับสามารถทำให้สำเร็จได้ด้วยการทำความสะอาดแผล การกำจัดแบคทีเรีย และเนื้อตายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนะนำว่าควรปิดแผลด้วยก๊อชขนาดใหญ่ร่วมกับ

น้ำยาทำลายเชื้อ (Topical Antiseptic) ที่มีประสิทธิภาพ เช่น ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน (Silver Sulfadiazine: SCZ) ที่มีฤทธิ์ต่อต้านแบคทีเรียแกรมบวกและลบ และแบคทีเรียที่ไม่ใช้ออกซิเจน นอกจากนี้ การติดเชื้อของแผลกดทับอาจพบว่ามีอาการแสดงของการติดเชื้อ แต่แบคทีเรียจะสร้างไบโอฟิล์ม (Biofilm) ซึ่งเป็นโพลีแซคคาไรด์ (Polysaccharide) มาช่วยยังกระบวนการหายของแผล ยาที่สามารถใช้ลดและกำจัดแบคทีเรีย ได้แก่ ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน และคาเดกโซเมอร์ (Cadexomer Iodine) ที่ใช้ปิดบนแผลโดยขามีฤทธิ์ต้านทานแบคทีเรียเอ็มอาร์เอสเอ (Methicillin – Resistant *Staphylococcus Auureaus*: MRSA) และชนิดวีอาร์อี (Vancomycin-Resistant *Enterococcus*: VRE)

การกำจัดเนื้อตาย (Debridement)

การกำจัดเนื้อเยื่อที่ตาย เพื่อให้ได้พื้นที่สำหรับเซลล์ใหม่ที่มาซ่อมแซมแผล ประกอบด้วยวิธีต่าง ๆ ควรเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ดังนี้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547)

1. วิธีการตัดเล็มเนื้อเยื่อที่ตายแล้วออกโดยวิธีการทำแผล (Mechanical Debridement)

มีวิธีการ ดังนี้

1.1 การทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ (0.9% Normal Saline) ปิดแผลไว้แล้วปล่อยให้แห้ง (Wet-to-Dry) คือ เมื่อเปิดทำแผลครั้งต่อไป ดึงเอาผ้าก๊อชออก เนื้อเยื่อที่ตายแล้วและเนื้อเยื่อที่งอกเจริญอยู่ (Granulation Tissue) จะหลุดออกมาด้วยจึงเป็นวิธีที่ไม่นิยมทำ เพราะทำให้แผลได้รับอันตรายและทำให้แผลหายช้า ข้อดีของการทำแผลแบบนี้ คือ เสียค่าใช้จ่ายน้อย

1.2 การแช่แผลในน้ำหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ (Hydrotherapy) ข้อดี คือ ผู้ป่วยไม่ปวดแผล ข้อเสียของวิธีนี้ผู้ป่วยอาจเกิดการแพ้น้ำยาที่ใช้ผสมและเนื้อตายหลุดออกช้า

1.3 การทำความสะอาดโดยแช่แผลในน้ำและใช้แรงหมุนของน้ำ (Whirlpool) จะใช้ได้ดีในแผลที่มีสิ่งขับหลังมาก และมีเนื้อตายที่หนาทั้งชนิดเนื้อตายสีเหลืองและเนื้อตายที่มีสีดำ (Black Slough หรือ Eschar)

1.4 การสวนล้างแผล (Wound Irrigation) ในแผลที่ลึกหรือมีโพรงแผล วิธีการทำที่ปลอดภัยและได้ผลดีคือใช้กระบอกฉีดยา (Syringe) ขนาด 35-60 มิลลิลิตร กับเข็มฉีดยาใส่น้ำเกลือสะอาดฉีดชะล้างแผล ซึ่งจะให้มีแรงดันประมาณ 8 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว (Bergstrom et al., 1994) ซึ่งเป็นแรงดันที่เหมาะสมในการชะล้างแผล จะช่วยให้เนื้อเยื่อที่ตาย เชื้อโรคและสิ่งตกค้างในแผลหลุดออก สามารถชะล้างทำความสะอาดทั่วพื้นผิวแผล

2. การตัดเล็มเนื้อเยื่อที่ตายออก โดยการใช้ใบมีดผ่าตัด กรรไกร หรือเครื่องมือที่มีความต่าง ๆ (Sharp Debridement หรือ Surgical Debridement) คือ เป็นวิธีที่ตัดเล็มเนื้อตายได้มากและรวดเร็วและเหมาะสมในแผลที่มีเนื้อตายที่หนาและแข็ง หรือในกรณีรีบด่วน จะต้องการตัด

เต็มเนื้อตายทันที เช่น ผู้ป่วยเซลล์ผิวหนังอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ทำหัตถการนี้ต้องมีความชำนาญสูง เช่น แพทย์ หรือพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้อบกพร่องในการกำจัดเนื้อตายด้วยวิธีตัดเล็มแผล คือ แผลสั้นเท่าที่มีเนื้อตายที่แห้งไม่ควรตัดเล็มแผล แต่ให้ประเมินแผลทุกวัน ถ้าพบว่าแผลนั้น ไม่มีการบวม แดง กดแล้วนุ่ม หรือมีสิ่งขับหลั่งออก จึงทำการตัดเล็มแผลได้

3. การกำจัดเนื้อตายออก ด้วยการใส่สารสังเคราะห์ปิดแผล (Autolytic Debridement) โดยสารสังเคราะห์ (Synthetic Dressing) จะให้น้ำแก่แผล ทำให้เนื้อเยื่อที่ตายเปื่อยยุ่ยและเอนไซม์ที่มีอยู่ในแผลจะทำการย่อยสลายเนื้อตายออกไป แต่ไม่ควรใช้ในแผลที่มีการติดเชื้อ สารสังเคราะห์ปิดแผลที่ใช้ เช่น ไฮโดรเจล (Hydrogels) ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid) ทรานพาเรนท์ฟิล์ม (Transparent Film) เป็นต้น

4. การใช้เอนไซม์ย่อยสลายเนื้อตาย (Enzymatic Debridement) เป็นการใช้เอนไซม์ย่อยโปรตีน (Proteolytic) ใส่ลงในแผล เอนไซม์พวกนี้สามารถย่อยสลายเนื้อตาย เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการผ่าตัด เป็นการรักษาแบบระยะยาว หรือใช้เป็นการรักษาแผลกดทับที่บ้านและใช้ในแผลที่ไม่มีการติดเชื้อที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น อีลาส (Elastase) วาไรดาส (Varidase) สเตรปโตไคเนส (Streptokinase) สเตรปโตโดร์เนส (Streptodornase) คอลลาจีเนส (Collagenase) และ ทริปซิน (Trypsin) (Dolynchuk, 2001)

การใช้วัสดุปิดแผล (Wound Dressing)

แผลกดทับจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์ปิดแผลเพื่อคงสภาพการทำงานของผิวหนัง วัสดุปิดแผลที่ดีควรจะปกป้องแผลได้ ไม่อาจเกิดการแพ้และทำให้แผลมีความชุ่มชื้น การเลือกวัสดุปิดแผลควรให้เหมาะสมกับสภาพของแผล หลักสำคัญคือ วัสดุปิดแผลนั้นจะต้องรักษาความชุ่มชื้นของเนื้อเยื่อ และทำให้ผิวหนังรอบแผลแห้ง การใช้วัสดุปิดแผลควรใช้ชนิดที่ช่วยรักษาพื้นผิวแผลชุ่มชื้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การเลือกใช้วัสดุปิดแผล จึงควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547)

1. ความชุ่มชื้นของแผล (Moist Ulcer Bed) การตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกชนิดของวัสดุปิดแผลที่ให้ความชุ่มชื้นเหมาะกับแผล จากการศึกษาการใช้วัสดุปิดแผลหลาย ๆ ชนิดที่ให้ความชุ่มชื้นแก่แผลพบว่า การหายของแผลกดทับไม่มีความแตกต่างกัน

2. รักษาผิวหนังรอบแผลให้แห้ง (Dry Surrounding Skin) โดยเลือกใช้วัสดุปิดแผลที่ทำให้ผิวหนังรอบแผลแห้ง ขณะเดียวกันก็ให้ความชุ่มชื้นกับแผลกดทับ

3. การควบคุมสิ่งขับหลังของแผล (Exudate Control) เลือกใช้วัสดุปิดแผลที่สามารถดูดซับควบคุมสิ่งขับหลังได้ดี แต่ไม่ทำให้พื้นผิวแผลแห้ง แผลที่มีสิ่งขับหลังมากเกินไปจะทำให้แผลหายช้า และผิวหนังรอบแผลเปื่อยยุ่ยได้

4. เวลาที่ใช้ในการทำแผลของผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver Time) ควรพิจารณาว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมีเวลาสะดวกอย่างไรในการทำแผล เมื่อเลือกใช้สารสังเคราะห์ปิดแผล เช่น Film และ Hydrocolloid จะทำให้แผลชุ่มชื้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลใช้เวลาน้อยกว่าการทำแผลชนิดใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือล้างแผลเพราะต้องเปลี่ยนวัสดุปิดแผลบ่อย

นอกจากนี้ ยังมีความก้าวหน้าในการใช้วัสดุปิดแผล ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันเชื้อแบคทีเรีย เช่น เทกาเดิร์ม (Opsite Flexigrid Tegaderm) ไบโอคลูซิฟ (Bioclusive) หรือมีคุณสมบัติในการรักษาภาวะความชุ่มชื้นของแผล เช่น อินทราซิกเจต (Intrasite Gel) ดูโอเดิร์มเจล (Duodermgel) หรือวัสดุที่มีประสิทธิภาพช่วยในการสลายตัวของเนื้อตาย (Autolytic Debridement) ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ดังกล่าว มีราคาต่อชิ้นหรือต่อครั้งของการใช้ค่อนข้างสูง และยังไม่ค่อยใช้กันอย่างแพร่หลายนัก เพราะผู้ใช้ส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคย ขาดความรู้ โดยใช้อย่างไม่เหมาะสมกับลักษณะของแผล หรือใช้อย่างสิ้นเปลืองเกินจำเป็นทำให้ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร และนอกจากอุปกรณ์ปิดแผลหรือใส่แผลแล้ว ยังมีการรักษาเสริม (Adjunctive Wound Therapy) ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ทางฟิสิกส์เพื่อนำมาส่งเสริมการหายของแผลกดทับ ซึ่งทำได้หลายวิธีพิจารณาโดยแพทย์ผู้รักษา เช่น การใช้แสงเลเซอร์ (Laser) การใช้ออกซิเจนในแรงดันบรรยากาศสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy) การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Electrical Stimulation) และการรักษาด้วยแรงดันลบ (Negative Pressure Wound Therapy) เป็นต้น (นิโรบล กนกสุนทรวัฒน์, 2548) โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย เน้นการใช้หลักการทำความสะอาดแผลกดทับด้วยวิธีการลดจำนวนแบคทีเรียด้วยการทำความสะอาดแผล และการกำจัดเนื้อตาย ส่วนวิธีการรักษาล้างแผลด้วยน้ำเกลือทางกายภาพในแผลกดทับ โดยการใช้วัสดุปิดแผลและการรักษาเสริม ต้องขึ้นอยู่กับศักยภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เนื่องจาก เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูง

หลักสะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน

การทำลายเชื้อและการทำให้อุปกรณ์เครื่องใช้สะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน มีความแตกต่างจากในโรงพยาบาลในด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล วัฒนธรรม และความเชื่อต่าง ๆ รวมไปถึงภาวะเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างมาก

การทำให้ปราศจากเชื้อ หมายถึง การทำลายเชื้อทุกรูปแบบ รวมถึงพิษของเชื้อโรค และสปอร์การทำให้ปราศจากเชื้อนี้ มีความจำเป็นสำหรับเครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย หรือ สอดใส่เข้าไปในส่วนของร่างกายที่ในยามปกติไม่มีเชื้ออยู่ (สรณจิตต์ กาญจนภา, 2540)

การเลือกวิธีทำให้เครื่องมือเครื่องใช้ที่บ้านสะอาดปราศจากเชื้อ หรือการทำลายเชื้อนั้น ควรเริ่มต้น จากวิธีที่ง่ายและสะดวกที่สุด จนถึงขั้นตอนที่ยากที่สุดตามลำดับ ดังนี้ (มารยาท วัชรเกียรติ, 2543; อะเคือ อุณหเลขกะ, 2541; สรณจิตต์ กาญจนภา, 2540)

1. การทำความสะอาดด้วยการล้าง (Cleaning)

“การล้าง” เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดสำหรับการทำลายเชื้อ โดยอาจต้องใช้สารเคมี ที่ใช้ชำระล้าง (Detergent) เพื่อขจัดสิ่งสกปรกและจุลินทรีย์ออกจากสิ่งของ โดยการล้างที่ถูกต้องจะสามารถขจัดเชื้อโรคออกจากวัสดุได้เกือบทั้งหมด และเพียงพอสำหรับการทำลายเชื้อสำหรับ เครื่องใช้โดยทั่วไป ดังนั้น ควรเน้นการล้างให้มากที่สุด โดยเฉพาะการล้างมือ เนื่องจากมือใช้ในการจับต้องผู้ป่วยและเครื่องมือเครื่องใช้ จึงอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนได้หากมือนั้นมีเชื้อโรค อยู่ การศึกษาพบว่า การล้างมือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่าที่สุด ในการควบคุม โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่การล้างมือให้สะอาดนั้น จำเป็นต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างมือ ให้ถูกต้องด้วย

2. การต้มเดือด (Boiling)

การต้มเดือด เป็นวิธีการทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพดีมาก ทำง่าย และราคาถูก การต้ม เดือดนาน 10 นาที จะทำลายเชื้อได้ ยกเว้นสปอร์ แต่สำหรับเชื้อโรคที่อันตราย เช่น ไวรัสเอดส์ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ต้มเดือด นาน 20 นาที เพื่อความมั่นใจ ดังนั้น การต้มเดือดที่มี ประสิทธิภาพที่เชื่อถือได้ ควรต้มนาน 20 นาที ขึ้นไป

3. การอบด้วยไอน้ำร้อน (Autoclaving)

การอบด้วยไอน้ำร้อนจะทำลายเชื้อโรคได้ และสามารถแทรกซึมไปยังส่วนต่างๆ ของ เครื่องมือได้ดี อุณหภูมิของไอน้ำจะสูงขึ้น ถ้าเพิ่มความกดดันภายในภาชนะที่ปิดสนิท อุณหภูมิ ที่สูงขึ้นจะทำลายเชื้อได้เร็วขึ้น โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้อุณหภูมิ และระยะเวลาที่อบด้วยไอน้ำ ดังนำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุณหภูมิและระยะเวลาที่อบด้วยไอน้ำ

อุณหภูมิ (°C)	เวลาอบ (นาที)
121	15
126	10
134	3

4. การใช้สารเคมี (Chemical Sterilization)

สารเคมีทั่วไปไม่สามารถทำให้ปราศจากเชื้อได้ ถ้าใช้ความเข้มข้นและเวลาตามปกติ แต่ถ้าใช้ความเข้มข้นสูงขึ้นและเวลานานขึ้นอาจจะทำลายสปอร์ได้ สารเคมีที่เป็นน้ำยาทำลายเชื้อและยาฆ่าเชื้อมีคุณสมบัติแตกต่างกัน ดังนี้

4.1 แอลกอฮอล์ (Alcohol) ที่ใช้ทางการแพทย์ ประกอบด้วย เอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์ (Isopropyl Alcohol) และเมทิลแอลกอฮอล์ (Methyl Alcohol) แต่ไม่ควรใช้เมทิลแอลกอฮอล์เพราะมีฤทธิ์ทำลายเชื้อต่ำกว่าชนิดอื่น และมีพิษมากถ้าดื่มเข้าไป ส่วนเอทิลแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ทำลายเชื้อดีที่ความเข้มข้น 60-90 % โดยความเข้มข้นที่ 70 % มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อได้ดีที่สุด ลดความตึงผิวได้ดี แห้งช้าและกระจายตัวได้ดี ดังนั้นเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติในการทำลายเชื้อของแอลกอฮอล์

เชื้อ	ระยะเวลาที่ใช้ในการทำลายเชื้อ
แบคทีเรีย	ทำลายเชื้อได้ดีใน 10 วินาทีและสามารถลดเชื้อบริเวณผิวหนังได้ในเวลา 2 นาที แต่ไม่สามารถทำลายสปอร์ได้
เชื้อวัณโรค	ทำลายเชื้อในเสมหะได้ใน 15 วินาที
เชื้อรา	20 นาที
เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	10 นาที
เชื้อเอชไอวี (HIV)	5 นาที

4.2 กลูตาราลดีไฮด์ (Glutaraldehyde) เช่น 2% w/v ซิเดกซ์ (Cidex) และ อัลดีไฮด์ (Aldhyde-28) โดยมีคุณสมบัติในการทำลายเชื้อ ดังนั้นเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณสมบัติในการทำลายเชื้อของกลูตาราลดีไฮด์

เชื้อ	ระยะเวลาที่ใช้ในการทำลายเชื้อ
แบคทีเรีย	12 นาที (สปอร์ 10 ชั่วโมง)
เชื้อวัณโรค	1 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิห้อง
เชื้อรา	10 นาที
เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	10 นาที
เชื้อเอชไอวี (HIV)	10 นาที

4.3 ฮาโลเจน (Halogens)

4.3.1 ไฮโปคลอไรท์ (Hypochlorite) เช่น โซเดออร์, คลอรัค 0.5 % จะมีคลอรีน 5000 พีพีเอ็ม โดยมีคุณสมบัติในการทำลายเชื้อ ดังนำเสนอในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณสมบัติในการทำลายเชื้อของฮาโลเจน

เชื้อ	ความเข้มข้นของน้ำยา	ระยะเวลาที่ใช้ในการทำลายเชื้อ
แบคทีเรีย	100 พีพีเอ็ม	10 นาที (สปอร์ ทำลายไม่ได้)
เชื้อวัณโรค	125 พีพีเอ็ม	3 – 10 นาที
เชื้อรา	100 พีพีเอ็ม	1 ชั่วโมง
เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	500 พีพีเอ็ม	10 นาที
เชื้อเอชไอวี (HIV)	50 พีพีเอ็ม	10 นาที

4.3.2 ไอโอดีน (Iodine) เช่น ทิงเจอร์ไอโอดีน, โปวิดีนไอโอดีน (Povidine Iodine) โดยมีคุณสมบัติในการทำลายเชื้อ ดังนำเสนอในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คุณสมบัติในการทำลายเชื้อของไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์

เชื้อ	ความเข้มข้นของน้ำยา	ระยะเวลาที่ใช้ในการทำลายเชื้อ
แบคทีเรีย	1:20,000	1 นาที ทาผิวหนังก่อนจะเล็ดทำลายเชื้อได้ 90 % ในเวลา 1-2 นาที
เชื้อวัณโรค	1:20,000	ทำลายได้แต่ใช้เวลานานมาก
เชื้อรา	1:20,000	ทำลายได้แต่ใช้เวลานานมาก
เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	80 พีพีเอ็ม	10 นาที
เชื้อเอชไอวี (HIV)	80 พีพีเอ็ม	10 นาที

4.4 ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen Peroxide)

แม้ว่าจะมีการใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์กันมากในทางการแพทย์ แต่น้ำยานี้สลายตัวได้ง่ายเมื่อมีสารอื่นเจือปน เช่น ไอออนต่างๆ โปรตีน เป็นต้น ดังนั้นการนำมาใช้เป็นยาฆ่าเชื้อจึงไม่ได้ผลเนื่องจากน้ำยาจะถูกทำลายด้วยน้ำยอยคาตาเลส (Catalase) จึงมีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อโรคไม่แน่นอน

การทำให้ปราศจากเชื้อและการทำลายเชื้อนี้ นอกจากจะทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว “การนึ่ง” ก็เป็นวิธีการที่ทำให้ปราศจากเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน โดยเฉพาะการทำให้ปราศจากเชื้อกับสิ่งที่ล้าง ต้ม หรือแช่น้ำยาต่างๆ ไม่ได้ เช่น สำลี ผ้าก๊อช (สราญจิตต์ กาญจนภา, 2540) ซึ่งจะใช้ในการทำความสะอาดแผลกดทับที่บ้าน โดยมีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

การนึ่งสำลีและชุดทำแผลที่บ้าน

การนึ่งสำลี ผ้าก๊อช

อุปกรณ์ สำลีก้อน ผ้าก๊อช กระดาษสำหรับห่อ (สะอาดไม่มีหมึกพิมพ์) เตา รังถึง นึ่งขนม

วิธีทำ เตรียมสำลีก้อนและผ้าก๊อช โดยนำสำลี 4-5 ก้อนและผ้าก๊อชวางบนกระดาษ และห่อให้เรียบร้อย จากนั้นนำไปใส่ในรังถึงนึ่ง วางบนเตา รอน้ำเดือดถึงน้ำเดือด ½ ชั่วโมง ยกลง เปิดฝาทิ้งไว้ เพื่อไม่ให้น้ำหยดลงบนห่อสำลี ทิ้งไว้ให้เย็น เรียงห่อสำลีใส่กล่องสะอาด เก็บไว้ใช้

การนึ่งชุดทำแผล

อุปกรณ์ สำลือก้อน ผ้าก๊อช ถ้วย 1 ใบ (เส้นผ่าศูนย์กลางกลาง 3 นิ้ว) ปากคิ๊บสำหรับทำแผล 2 อัน ผ้าดิบ เต้า และรังถึงนึ่งขนม

วิธีทำ นำถ้วย 1 ใบ พร้อมด้วยสำลือก้อนและผ้าก๊อช ตามปริมาณการใช้ วางปากคิ๊บ 2 อันไว้ข้างๆ ห่ออุปกรณ์ดังกล่าวด้วยกันด้วยผ้าดิบ นำไปนึ่งเช่นเดียวกับชุดห่อสำลือก้อน ถ้าผู้ป่วยรายใดต้องการใช้ท็อปปเดรสซิ่ง (Top Dressing) ก็ให้ใส่ในห่อนี้ร่วมกับชุดทำแผลได้ แต่ถ้าใช้จำนวนมาก อาจต้องแยกนึ่งต่างหากเหมือนชุดสำลือก้อนก็ได้

สรุป การทำให้ปราศจากเชื้อและการทำลายเชื้อนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากการป้องกันโรคแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ซึ่งในการทำให้ปราศจากเชื้อและทำลายเชื่อนั้นมีหลายวิธี ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมและถูกต้อง โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดี เกี่ยวกับการนำวัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องใช้ในสถานการณ์จริง หรือ ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย มาประยุกต์ใช้โดยการทำให้สะอาดปราศจากเชื้อ และพร้อมที่จะให้คำแนะนำหรือสอนญาติผู้ดูแลให้รู้จักใช้วิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว นอกจากนี้ ยังประหยัดเวลา และเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาลอีกด้วย

การดูแลทั่วไปด้านร่างกาย

พยาบาลหรือผู้ที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้น้อยลง โดยเฉพาะการลดแรงกด รวมทั้ง ช่วยส่งเสริมการหายของแผลเมื่อเกิดแผลกดทับขึ้นแล้ว ดังนั้น บุคลากรผู้ให้การดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนังอยู่เสมอ เพื่อเป็นการป้องกันและจัดการกับแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีวิธีการปฏิบัติ ดังนำเสนอในตารางที่ 6

(Jenny, 1997; วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547; สิริกร สิริบูรณาการ, 2540)

1. การดูแลทั่วไป
2. การดูแลด้านอาหาร
3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา
4. การดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์
5. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะ

ตารางที่ 6 วิธีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

การปฏิบัติ	เหตุผล
1. การดูแลทั่วไป	
1.1 การดูแลแรกเริ่ม	
1.1.1 การประเมินระดับความรุนแรงของแผลกดทับและความเสี่ยงต่อการเกิดแผลใหม่	1.1.1 การจำแนกระดับของผู้ป่วยจะทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการ
1.1.2 อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการดูแลผิวหนัง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	1.1.2 การให้ข้อมูล จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง
1.2 การประเมินผิวหนัง และการดูแลความสะอาด	
1.2.1 ประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวันหรือทุกครั้งเมื่อพลิกตัวและดูแลให้ผิวหนังแห้งและสะอาดอยู่เสมอ	1.2.1 เพื่อประเมินสภาพผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับใหม่และหาแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการป้องกันผิวหนังจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ภาวะเปียกชื้นจากเหงื่อ สิ่งขับหลั่งอื่น ๆ ซึ่งภาวะเปียกชื้นนี้จะทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์ผิวหนังลดลง ผิวหนังฉีกขาดง่าย
1.3 การกระตุ้น ให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการจัดทำให้ผู้ป่วย	
1.3.1 ในรายช่วยเหลือตัวเองได้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ทุก 2 ชั่วโมง หรือลุกลงจากเตียงอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง	1.3.1 เพื่อช่วยลดแรงกดที่มากกระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นระยะ ๆ
1.3.2 แนะนำและกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่สามารถเคลื่อนไหวได้	1.3.2 เพื่อช่วยให้มีการหมุนเวียนของโลหิตทั่วร่างกายได้ดีขึ้น
1.3.3 ในรายช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือถูกจำกัดกิจกรรมหรือไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเอง หรืออยู่ในภาวะซึมเศร้าให้ช่วยพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง	1.3.3 เพื่อช่วยลดแรงกดที่มากกระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นระยะ ๆ
1.3.4 ในรายที่มีข้อจำกัดในการพลิกตัว ให้เียงลำตัวด้านใดด้านหนึ่งขึ้นและทำสลับข้าง	1.3.4 เพื่อช่วยเปลี่ยนถ่ายจุดลงน้ำหนักของร่างกายบนผิวหนังและลดแรงกดที่มากกระทำ

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
ทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยยกตัวผู้ป่วยให้ลอยพ้นจากพื้นทีนอน โดยให้อยู่ในระนาบเดียวกันนาน 30 วินาที ทุก 2 ชั่วโมง	ต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นระยะ ๆ
1.3.5 ในรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศา ใช้หมอนยาวรองรับตลอดแนวลำตัว รวมทั้งบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า และเมื่อจัดท่านอนหงาย ควรดูแลให้บริเวณเท้าและส้นเท้าลอยพ้นจากพื้นนอนเสมอ โดยใช้หมอนบางหรือผ้านุ่มรองรับบริเวณใต้ข้อพับถึงข้อเท้า	1.3.5 เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงต่อข้อสะโพก ซึ่งเกิดแผลกดทับได้ง่าย
1.3.6 ในกรณีนั่งล้อเงิน ควรจัดให้มีเบาะรองก้น และกระตุ้น ให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักหรือยกตัวให้ก้นลอยพ้นพื้นทีนั่งทุก 30 นาที	1.3.6 เพื่อช่วยเปลี่ยนถ่ายจุดลงน้ำหนักของร่างกายบนผิวหนัง
1.3.7 ในผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็ง ให้ใช้ ผ้านุ่มรองรับบริเวณปุ่มกระดูกใช้สายคาดรับบริเวณลำตัวและข้อต่างๆ	1.3.7 เพื่อลดแรงเสียดทานของผิวหนังกับพื้นนอนจากภาวะเกร็ง
1.3.8 ในกรณีต้องให้อาหารทางสายยาง และไม่มีข้อห้ามอื่นสามารถจัดทำให้ท่านอนศีรษะสูงได้แต่ภายหลังให้อาหารแล้ว 30 นาที ควรลดระดับลงเหลือไม่เกิน 30 องศา	1.3.8 เพื่อช่วยลดแรงไหล/แรงเฉือน
1.3.9 จัดให้นอน/นั่ง บนอุปกรณ์ที่สามารถกระจายแรงกด/ลดแรงกดที่จะมากระทำกับผิวหนังเช่น ที่นอนลม ที่นอนฟองน้ำ เป็นต้น	1.3.9 เพื่อช่วยลดแรงกด และแรงเสียดทานที่จะกระทำต่อผิว
1.3.10 ใช้ผ้านุ่มรองรับบริเวณใบหูปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทั้งนี้ห้ามใช้ห่วงยาง	1.3.10 ห่วงยางจะทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณรอบ ๆ ปุ่มกระดูกลดลงทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
1.4 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้วิธียกแทนการดึง/ ลาก ในรายผู้ป่วยที่ไม่สามารถยกหรือขยับตัวเองได้ ใช้อุปกรณ์ที่แรงเสียดทานต่ำ เช่น แผ่นไสลด์ ช่วยในการเคลื่อนย้าย	1.4 การดึง/ ลาก ทำให้เกิดแรงเสียดทานมาก ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย
1.5 การให้หมอนหนุนแก่ผู้ป่วยควรสอดในขณะที่ยกผู้ป่วยขึ้นลง	1.5 เพื่อลดแรงเสียดทานขณะสอดหมอนหนุน
1.6 ดูแลผู้ป่วยที่นอนสะอาด แห้ง และเรียบตึง	1.6 เพื่อลดความเปียกชื้นและลดแรงเสียดทาน
1.7 จัดเสื้อผ้าให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื้อและปมผูกต่าง ๆ	1.7 เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่บนผิวหนัง
1.8 ไม่นวด หรือใช้ความร้อนประคบหรือใช้สมุนไพร/ สารเคมีกับผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง	1.8 เพื่อลดการระคายเคืองที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลายมากขึ้น
2. การดูแลด้านอาหาร	
2.1 ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงานควรดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และมีแคลอรีเพียงพอ (2,500-2,800 กิโลแคลอรี/ วัน) โดยประกอบด้วย	2.1 สารอาหารที่เหมาะสม และเพียงพอช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น
2.1.1 โปรตีน ได้แก่ อาหารประเภท เนื้อไก่ ปลา จำนวน 1.5 กรัม/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ วัน	2.1.1 โปรตีน ช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อทำให้กระบวนการหายของแผลเร็วขึ้น และเพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2.1.2 วิตามิน เอ ได้แก่ อาหารประเภท นม ไข่ ผักคะน้า มะละกอ จำนวน 2,400 ไมโครกรัม/ วัน	2.1.2 วิตามิน เอ ช่วยในการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนตัวของเยื่อเมือก
2.1.3 วิตามิน ซี ได้แก่ อาหารประเภท ส้ม ผัก ผลไม้สด ตับ ไข่ปลา จำนวน 500-1,000 มิลลิกรัม/ วัน	2.1.3 วิตามิน ซี ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อจากพิษอนุมูลอิสระ
2.1.4 สังกะสี ได้แก่ อาหารประเภท หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน จำนวน 15 มิลลิกรัม/ วัน	2.1.4 สังกะสี ช่วยในการสร้างคอลลาเจน และ การสังเคราะห์โปรตีน

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อยหรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยาง อาหารเสริมหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน	2.2 เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และมีปริมาณพลังงานเพียงพอ
3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา	
3.1 กรณีที่ได้รับยากลายกล้ามเนื้อ/ ยา กลุ่มประสาท	3.1 ยากล้ามเนื้อ มีผลให้เกิดอาการง่วงซึม การเคลื่อนไหวลดลง การประเมนอาการช่วยให้ทราบผลข้างเคียงของยาที่มีต่อผู้ป่วย และการกระตุ้นหรือช่วยเปลี่ยนท่า/ พลิกตัวให้ เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดในร่างกาย
3.2 กรณีที่ได้รับยาโรคลมชัก	3.2 ยารักษาโรคลมชัก มีผลทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกกดทำให้ง่วงซึม การเคลื่อนไหวลดลง การประเมนอาการช่วยให้ทราบผลข้างเคียงของยาที่มีต่อผู้ป่วย และการกระตุ้นหรือช่วยเปลี่ยนท่า/ พลิกตัวให้ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด
3.3 กรณีที่ได้รับยาสเตียรอยด์	3.3 ยาสเตียรอยด์ มีผลกดการทำหน้าที่ของ Macrophage กดการสร้าง Fibroblast และเซลล์เยื่อบุผิว ทำให้แผลหายช้า การติดตามแผนการรักษา และประเมินผลข้างเคียงของยา ทำให้แก้ไขปัญหาระกซ้อนได้ทันทั่วทั้งที่ และวิตามินเอช่วยฟื้นฟูสภาพการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่ และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนที่ของเซลล์เยื่อบุผิว
3.4 ในกรณีที่ได้รับยาขับปัสสาวะ	3.4 ยาขับปัสสาวะ มีผลให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบผลข้างเคียงทำให้เกิดถ่ายเหลวได้ การขับถ่ายปัสสาวะหรือมีถ่ายเหลวบ่อยทำให้ผิวหนังเปื่อยขึ้นตลอดเวลา เซลล์
- ประเมินอาการหลังได้รับยา	
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือช่วยให้มีการเปลี่ยนท่า/ พลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	
- ประเมินอาการหลังได้รับยา	
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือช่วยให้มีการเปลี่ยนท่า/ พลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	
- ติดตามแผนการรักษา ถ้าพบอาการข้างเคียงควรรายงานแพทย์ทราบ	
- ดูแลให้ได้รับวิตามินเอเพิ่ม เช่น นม ไข่ ผักคะน้า มะละกอ เป็นต้น	
- ดูแลความสะอาดผิวหนังให้สะอาด และแห้งเสมอ	
- ในกรณีที่ถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระรด	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
ให้ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม - หลีกเลี่ยงการถูผิวหนังโดยตรง - ทาวาสลีน/ โลชั่นให้ทุกครั้งหลังทำความสะอาด	เชื่อบุผิวทำหน้าที่ลดลง ผิวหนังจึงขาดได้ง่าย อีกทั้งอุจจาระปัสสาวะมี กรดปะปนผิวหนังจึงถูกทำลายได้มากขึ้น การทาวาสลีน/ โลชั่นช่วยปกป้องผิวหนังส่วนนั้นไม่ให้เปื้อนจากความเปียกชื้น
3.5 ในกรณีที่ได้รับยาระบาย - ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้พร้อมกับการถ่ายอุจจาระหลังได้รับยาระบาย เช่น เตรียมกระโถน ใกล้เคียงมือในรายที่ลงจากเตียงลำบาก เป็นต้น - หลังจากถ่ายอุจจาระ ดูแลให้มีการทำความสะอาดผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ให้สะอาด แห้งอยู่เสมอ	3.5 ยาระบายมีผลให้ลำไส้เคลื่อนตัวเร็วขึ้น ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือผู้สูงอายุ อาจเกิดปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่อยู่หรืออุจจาระราดได้ จึงต้องเตรียมช่วยเหลือผู้ป่วยหลังการได้รับยาระบาย และดูแลทำความสะอาดให้ เนื่องจากความเข้มข้นและฤทธิ์ที่ปะปนอยู่ในอุจจาระทำให้ผิวหนังอ่อนแอ ถูกทำลายได้ง่าย
4. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ	
4.1 กรณีใส่ท่อช่วยหายใจ - เลือกสายยางชนิดอ่อน มีความยืดหยุ่นดี - เปลี่ยนตำแหน่งติดพลาสติกเตอร์ทุก 1-2 วัน	4.1 เพื่อลดแรงกดบนผิวหนังในตำแหน่งเดิมเป็นเวลานาน
4.2 กรณีใส่ท่อสายยางให้อาหาร - เลือกสายยางชนิดอ่อน มีความยืดหยุ่นดี - เปลี่ยนตำแหน่งติดพลาสติกเตอร์ทุก 1-2 วัน	4.2 เพื่อลดการบาดเจ็บและลดแรงกดต่อเยื่อผิวหนังในจมูก
4.3 กรณีคาท่อระบายทรวงอก - กระตุ้นให้ขยับตัว ยกตัว ทุก 2 ชั่วโมง - กรณียกตัวเองไม่ได้ และคาท่อระบายทั้งสองข้าง ช่วยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้าหรือหมอนรองลำตัวตามความเหมาะสม	4.3 เพื่อเปลี่ยนจุดถ่ายลงน้ำหนักของร่างกาย และลดแรงกดต่อผิวหนังเฉพาะที่
4.4 กรณีใช้กายอุปกรณ์ - ดูแลการใส่กายอุปกรณ์ให้พอดีกับร่างกายผู้ป่วย	4.4 เพื่อลดแรงกดของกายอุปกรณ์ต่อผิวหนัง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
- ให้สวมเสื้อก่อนใส่กายอุปกรณ์ที่ใช้กับลำตัว เช่น เสื้อพยุงหลัง (Jewette Brace) - ใช้ผ้า หรือ สำลีรองบริเวณปุ่มกระดูกที่มีการกดทับของกายอุปกรณ์	
4.5 กรณีที่ใส่ฝือก - ตรวจสอบสภาพความผิดปกติของผิวหนังก่อนใส่ฝือก เช่น รอยแดง รอยถลอก บวม เป็นต้น ถ้าพบให้ทำความสะอาด แผลปิดด้วยผ้าก๊อซให้เรียบร้อยก่อนที่จะ ใส่ฝือก - ดูแลแต่งขอบฝือกให้เรียบ และให้สำลี หุ้มขอบฝือกไว้ - ภายหลังการใส่ฝือกบริเวณแขนและขา ให้ยกอวัยวะที่ใส่ฝือกให้สูงเหนือระดับหัวใจ เพื่อลดอาการบวม - สังเกตอาการเจ็บขาหรือส้นเท้ามีแผลเฉพาะแห่ง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกเพราะเป็นอาการแสดงของการเกิดการกดทับของ ผิวหนังภายใต้ฝือก ถ้าพบอาการดังกล่าว ควรรายงานแพทย์ให้ทราบเพื่อพิจารณาแก้ไขต่อไป - การประเมินระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิตของอวัยวะส่วนปลาย ได้แก่ ปวด ชา ชีต ปลายนิ้วเขียวคล้ำ ซึ่งเป็นการประเมิน กลุ่มอาการที่สามารถบอกได้ถึงสภาพของฝือก ที่รัดแน่นเกินไปได้ - ประเมินอาการคันในฝือก และให้ความช่วยเหลือโดยหยอดแอลกอฮอล์ 75% และไม่ให้	4.5 เพื่อเตรียมผิวหนังให้พร้อม ก่อนการใส่ฝือก และดูแลให้ปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับในฝือกเนื่องจากภาวะฝือกคับเกินไปมักเกิดจากการบวมของเนื้อเยื่อการรอง สำลี ภายในฝือกไม่เพียงพอ หรือการพันฝือกแน่นเกินไป ทำให้เกิดแผลกดทับในฝือกได้ง่าย

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
แนะนำให้ใช้วัสดุ ทุกชนิดแขงเข้าไปในฝือกในรายที่ใส่ รองฝือก ไว้ดูแลไม่ให้มีการกดทับของผิวหนังหรือหากมีการรัดแน่นเกินไปให้คลายผ้า ยึด ออกและพันให้ใหม่ได้ กรณีไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ 4.6 กรณีที่อยู่ในเครื่องดึงถ่วงผิวหนัง (Skin Traction) - ประเมินสภาพความผิดปกติของผิวหนัง เช่น รอยแดง ถลอก บวม เมื่อพบต้องทำความสะอาดแผลและปิดด้วยผ้าก๊อซ และทำความสะอาดผิวหนังก่อนทำการดึงถ่วงผิวหนัง - ตรวจดูผิวหนัง อย่างสม่ำเสมอภายหลังการดึงถ่วงผิวหนังถ้าพบอาการแพ้พลาสติกให้ ยกเว้นการติดพลาสติกที่ผิวหนัง โดยการพันผ้า ยึดทับแผ่นพลาสติกไว้ - ตรวจดู ผ้ายึดที่พันให้แน่นพอดี ไม่ให้รัดแน่นเกินไป หรือหวลวมจนเกิดการ เลื่อนกองย่น ซึ่งทำให้เกิดรอยกดทับได้ - สอนให้ผู้ป่วยใช้ บาร์ โหนดัว (Trapeze Bar) ยกตัวเพื่อขยับตัวหรือเปลี่ยนท่าสอนผู้ป่วยให้ มีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เพื่อเพิ่ม การไหลเวียนโลหิตบริเวณผิวหนังให้ดีขึ้น 4.7 กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในเครื่องดึงถ่วงกระดูกที่ขา (Skeletal Traction) - ใช้ผ้านุ่มรองบริเวณต้นขา ขาหนีบ ก้นที่ อาจกดกับเครื่องดึงถ่วงชนิด Balance Suspension	4.6 เพื่อลดการบาดเจ็บและแรงกดจากการใช้เครื่องดึงถ่วงผิวหนัง 4.7 เพื่อลดแรงกดจากการใช้เครื่องดึงถ่วงต่อผิวหนัง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
Thomas Splint โดยใช้ผ้า หรือฟองน้ำ รองข้อเท้าไว้ให้สันเท้าลอย ป้องกันการกดทับบริเวณสันเท้า - ตรวจสอบอวัยวะส่วนที่ได้รับการดัดถ่วงให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้ส่วนใดส่วนหนึ่งถูกกดทับ - สอนให้ผู้ป่วยใช้ Trapaze Bar ยกตัวหรือเปลี่ยนท่า - เมื่อพบการดึงรั้งบริเวณเข็ม (Pin) รายงานแพทย์เพื่อแก้ไข แพทย์อาจกรีดผิวหนังเพิ่มเพื่อลดแรงกดบนผิวหนัง	
4.8 กรณีใส่เครื่องดึงที่ศีรษะ (Head Halter Traction) ควรใช้น้ำหนักไม่เกิน 2-3 กิโลกรัม และใช้ผ้ารองบริเวณคางไว้	4.8 เพื่อลดแรงกดจากการใช้เครื่องดึงถ่วงต่อผิวหนัง
4.9 กรณีใส่ Gardner Well Tongs Traction ควรดูแลหมุนน็อตให้แน่น ป้องกันการเลื่อน ของ Traction ไปกดทับผิวหนังที่ศีรษะด้านใดด้านหนึ่ง และสังเกตบริเวณตะขอ ตัว S ไม่ให้กดหนังศีรษะ	4.9 เพื่อลดแรงกดจากการใช้เครื่องดึงถ่วงกะโหลกศีรษะต่อผิวหนัง
5. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ/ ปัสสาวะ	5. เพื่อลดการสัมผัสของปัสสาวะอุจจาระกับผิวหนังเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีผลทำให้ผิวหนังอ่อนแอ เกิดแผลกดทับได้ง่าย
5.1 ดูแลและแก้ไขสาเหตุของภาวะกลั้น ปัสสาวะและอุจจาระให้ได้ เช่น ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การได้รับยาบางประเภท ภาวะสับสน ภาวะอุจจาระร่วง ปัสสาวะบ่อย ให้สวมใส่ผ้าอ้อมที่ซึมซับได้เร็วและเปลี่ยนทุกครั้งที่ขับถ่าย	5.1 ลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ
5.2 อุจจาระ/ ปัสสาวะทันที ด้วยน้ำหรืออาจใช้สบู่อ่อนทำความสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้สบู่	5.2 รองรับการขับถ่ายและจำกัดให้อยู่เฉพาะที่ หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการทำลายผิวหนัง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติ	เหตุผล
หรือโลชั่นให้ความชุ่มชื้น ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	
5.3 ตรวจสอบสภาพผิวหนัง บริเวณสะโพก และหลังส่วนล่าง อย่างน้อยวันละครั้ง หรืออาจสอนผู้ป่วยให้ประเมินด้วยตนเองโดยใช้กระจกดูลักษณะของผิวหนัง รวมทั้งคลำดูอาการผิดปกติ	5.3 คั้นพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก
5.4 ใช้ครีมหรือโลชั่น ทาบริเวณผิวหนังที่ต้องสัมผัสกับปัสสาวะ/ อุจจาระ ตลอดเวลา	5.4 ครีมหรือโลชั่นช่วยเคลือบผิวหนังจากความเปียกชื้นที่ทำให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ยหรืออ่อนแอ

สรุปได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต จากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับอุบัติเหตุต่อศีรษะ หรือกระดูกต้นขา มักมีปัจจัยจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ ทำให้ต้องจำกัดอยู่แต่บนเตียง จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นได้ง่าย และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่ยังคงมีปัญหาของแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 4 ญาติผู้ดูแลจึงมีความวิตกกังวลในการทำแผล ประกอบกับต้องให้การพยาบาลอื่น ๆ ด้วยจึงขอผ่อนผันในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน แต่หากพยาบาลได้อธิบายถึงวิธีการดูแล การเตรียมของใช้และวิธีการทำแผล เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ญาติผู้ดูแลจะมีความมั่นใจที่จะยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเมื่อพยาบาลได้ติดตามไปที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถทำแผลให้หายดีขึ้นได้ (สิริกร สิริบูรณการ, 2540) จะเห็นได้ว่า หากญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยมีความรู้และทักษะเรื่องการทำแผล ปัจจัยที่มีส่วนเสริมสร้างกระบวนการหายของแผล ญาติผู้ดูแลก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะโรคเรื้อรังหรือความพิการ โดยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากแผลกดทับและไม่เป็นภาระของญาติผู้ดูแลอีกด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความรู้ที่มั่นใจ และสามารถจัดการกับภาวะการดูแลได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

มาตรฐานการพยาบาล

ความหมายและความสำคัญของมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐาน ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นหลักสำหรับเทียบกำหนด

ตามพจนานุกรมของ Webster (1980, p. 1772) ได้ให้ความหมายของ มาตรฐาน หมายถึง “สิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ หรือเป็นพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบในการวัดหรือตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง”

อิรีนา (Irena, 1980, p. 54) กล่าวว่า มาตรฐาน หมายถึง “รูปแบบหรือตัวอย่างที่สร้างขึ้นโดยอยู่ในอำนาจหน้าที่ที่จะกระทำได้ โดยคำนึงถึงระเบียบประเพณี หรือสิ่งที่มีเกี่ยวข้องกับ เช่น เกณฑ์ หรือระดับมาตรฐาน และระดับคุณภาพที่พิจารณาให้เหมาะสมเพียงพอกับเป้าหมายเฉพาะนั้น ๆ”

ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000 ให้คำจำกัดความของ มาตรฐาน ว่าหมายถึง “ข้อตกลงที่จัดทำเป็นเอกสาร มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อกำหนดทางเทคนิค หรือเกณฑ์การตัดสินที่มีรายละเอียดชัดเจน ซึ่งใช้เป็นกฎ แนวทาง หรือเป็นคำจำกัดความของคุณลักษณะต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์กระบวนการ และการบริการมีคุณลักษณะที่เหมาะสมกับความต้องการใช้งาน” (บรรจง จันทมาศ, 2540)

ส่วนความหมายของคำว่า “การพยาบาล” นั้นอาจเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ความจำเป็นและค่านิยม โดยอาศัยปรัชญา ทฤษฎี หรือ มโนทัศน์ เป็นเครื่องนำ เช่น

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของการพยาบาลไว้ว่า “การพยาบาล คือ การใช้ศิลปและศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยยึดหลักความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยอันดีของประชาชน โดยไม่คำนึงถึงเพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา ตลอดจนลัทธิทางการเมือง ทั้งนี้ต้องทำโดยผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบโรคศิลป์ทางการพยาบาล” และ ต่อมาเป็นผู้ให้ความหมายเพิ่มเติม “ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน” (พิรุณ รัตนวณิช, 2545)

สภาการพยาบาล (2540 อ้างถึงใน พิรุณ รัตนวณิช, 2545) ให้ความหมายของการพยาบาลว่า “เป็นการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแล และการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ การทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปการพยาบาล”

ความหมายของ มาตรฐานการพยาบาล (Nursing Standard) พิรุณ รัตนวณิช (2545, หน้า 168) ได้กล่าวไว้ว่า หมายถึง “ข้อความที่อธิบาย หรือกำหนดกิจกรรมที่ให้ประโยชน์ต่อ

ผู้ให้บริการด้านสุขภาพให้ได้รับบริการการพยาบาลที่ดี ข้อความนั้นต้องมีความเที่ยงตรง (Valid) ชัดแจ้ง (Explicit) และมีเกณฑ์ (Criteria) ที่วัดหรือประเมินได้”

เมสัน (Mason, 1994) ได้ให้ความหมายของ มาตรฐานการดูแลสุขภาพ คือ “ข้อความที่กล่าวถึงคุณภาพของการพยาบาล พร้อมทั้งเกณฑ์ที่สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพของการพยาบาลโดยมาตรฐานการพยาบาลนั้นต้องมีข้อความที่เที่ยงตรง ชัดแจ้ง เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงกัน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ให้บริการ”

อรุณรัตน์ รอดเชื้อ (2542) ได้ให้ความหมายของ มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง “ข้อความที่มีความเที่ยงตรง ชัดเจน สามารถวัดได้ และอธิบายถึงสิ่งที่พึงกระทำและประโยชน์ที่ผู้รับจะได้ มีเกณฑ์ชี้วัดที่จะประเมินคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ ใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม”

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า “มาตรฐานการพยาบาล” หมายถึง ข้อความที่ได้กำหนดไว้ถึงกิจกรรมที่ให้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการด้านสุขภาพ โดยข้อความต้องมีความเที่ยงตรง ชัดเจน สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงกัน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งเกณฑ์ที่สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพของการพยาบาลนั้น ๆ ได้

ความสำคัญของมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาล ถือเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นเครื่องมือสำคัญของการประกันคุณภาพการพยาบาล ด้วยเหตุผลดังนี้ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1. เป็นหลักการหรือแนวทางในการจัดบริการและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ให้บริการ โดยมีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด
2. เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านวิธีการปฏิบัติ และผลลัพธ์ของการบริการพยาบาล ซึ่งจะใช้เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาล การจัดหาหรือการจัดการทรัพยากร รวมทั้งการกำหนดนโยบาย และการเฝ้าวิจัยอันจะนำไปสู่การพัฒนางานและความรู้และคุณภาพการพยาบาล

จะเห็นได้ว่ามาตรฐานการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญสำหรับวิชาชีพการพยาบาล ในการปฏิบัติและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล วมทั้งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อทั้งผู้รับบริการ สถานบริการสุขภาพและวิชาชีพพยาบาลหรือบุคลากรพยาบาลเอง ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะ และมีความสามารถที่เหมาะสม จึงจะนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลนั้นมีหลายรูปแบบหรือหลายระดับ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

รูปแบบของมาตรฐานการพยาบาล

ในวิชาชีพการพยาบาล ได้มีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้นมาหลายระดับ เช่น ระดับชาติ ระดับสถาบัน ซึ่งมักจะเป็นมาตรฐานรูปแบบกว้าง ๆ ไม่เฉพาะเจาะจงถึงการปฏิบัติการพยาบาล แต่จะใช้เป็นแนวทางในการบริหารหรือการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดโครงสร้างที่จำเป็นให้เหมือนกันในแต่ละสถาบัน มาตรฐานดังกล่าวมักจะเรียกว่าเป็น มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) ตัวอย่างเช่น มาตรฐานสำหรับการบริการพยาบาลของคณะกรรมการร่วมเกี่ยวกับการรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล ระหว่างสมาคมพยาบาลกับสภาการพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในระดับหน่วยงานที่เล็กลงมาก หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ได้มีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อวัดถึงคุณภาพของการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างในระดับปฏิบัตินี้ มักจะเป็น มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังกล่าวข้างต้น ประกอบด้วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2547)

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) หมายถึง มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดคุณลักษณะของระบบบริหารและระบบบริการพยาบาล รวมถึงภารกิจ ปรัชญา เป้าหมาย นโยบาย และการมอบหมายงานภายในองค์กร ซึ่งมาตรฐานนี้ไม่สามารถต่อรอง หรือปรับตามความจำเป็นได้ บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานนี้อย่างเคร่งครัด เช่น นโยบาย กล่าวว่า “บุคลากรผู้ใด ที่จะให้สารละลายทางหลอดเลือดดำต้องผ่านการฝึกอบรมแนวทางการให้สารละลายเสียก่อน” ผู้อื่นที่ไม่เคยฝึกอบรมย่อมไม่สามารถทำได้ มาตรฐานโครงสร้างเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า “ห้ามเปลี่ยนแปลง” ทุกคนจำเป็นต้องปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยต้องคำนึงถึงประสิทธิผล (Effectiveness) และคำนึงถึงประสิทธิภาพ (Efficiency) คือประหยัดทรัพยากรต่าง ๆ เช่น คน แรงงาน เวลา งบประมาณ

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ทุกอย่างในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพ มาตรฐานเชิงกระบวนการจะกำหนดพฤติกรรมของพยาบาล ในระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่น่าพอใจ และเป็นที่ต้องการในการกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการนี้ หลักสำคัญคือจะต้องครอบคลุมแผนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะต้องกระทำให้แก่ผู้ป่วย โดยบอกวิธีปฏิบัติโดยละเอียด รวมทั้งคุณภาพของการติดต่อสื่อสาร และบันทึกการพยาบาลด้วย ตัวอย่างมาตรฐานเชิงกระบวนการที่สร้างขึ้นใช้เฉพาะหน่วย ได้แก่ มาตรฐานเชิงกระบวนการสำหรับผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉินในหน่วยหัวใจ เป็นต้น

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ จะอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และ สิ่งแวดล้อมภายหลังจากที่ให้การพยาบาลไปแล้ว รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล การพยาบาลที่ดีจะก่อให้เกิดผลในทางบวก และป้องกันผลในทางลบ

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ถือเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ จึงมีความจำเป็นที่ พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และการประเมินคุณภาพในการ ปฏิบัติงานของตนเองและหน่วยงาน รวมทั้ง ให้ความร่วมมือในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่าง ๆ และการ ศึกษาวิจัย เพื่อกำหนดภาระหน้าที่ดังกล่าว ถือเป็นความรับผิดชอบตามกฎหมายของผู้ประกอบ วิชาชีพ (กฤษฎา แสงวงศ์ และคณะ, 2542) อย่างไรก็ตาม มาตรฐานที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล นั้นเป็นการกำหนดหลักการและขอบเขตการปฏิบัติงานตามกฎหมาย ซึ่งถือเป็นมาตรฐานระดับชาติ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อกำกับให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงได้ทำการศึกษาเพื่อกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในระดับ โรงพยาบาลหรือระดับปฏิบัติการขึ้น เพื่อตอบสนองเป้าหมายดังกล่าว โดยมีวิธีการสร้างมาตรฐาน การพยาบาลดังที่ได้กล่าวต่อไป

วิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรในวิชาชีพพยาบาล ทุกคน และทุกหน่วยงานของพยาบาลที่จะต้องสร้างเกณฑ์ หรือกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อตัดสินคุณภาพและปริมาณการปฏิบัติพยาบาลในหน่วยงานของตน ซึ่ง เมสัน (Mason, 1994, p. 9) ได้กล่าวว่า มาตรฐานการพยาบาลที่ดีจะต้องสร้างขึ้นโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบการ พยาบาลนั้น ๆ

แนวทางการสร้างมาตรฐานระดับปฏิบัติการอาจสร้างได้หลายรูปแบบ แต่ที่นิยมกันนั้น สามารถทำได้ 3 วิธี กล่าวคือ

1. สร้างจากขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในระดับนโยบาย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง ซึ่งเรียกว่า ANA Standards of Nursing Practice มีทั้งหมด 8 มาตรฐาน ดังนี้ คือ (Alexander 1978 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2537, หน้า 82-83)

มาตรฐานที่ 1 การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จะต้องเป็นระบบและ ต่อเนื่อง ข้อมูลนั้นจะต้องเป็นสิ่งที่รวบรวมได้มาง่าย มีความชัดเจน สื่อความหมายและบันทึกได้ อย่างถูกต้อง

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ จะต้องมาจากข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่ประเมินได้

มาตรฐานที่ 3 แผนการพยาบาล จะบอกถึงเป้าหมายประสงค์ (Goals) ซึ่งได้มาจากการวินิจฉัยทางการแพทย์

มาตรฐานที่ 4 แผนการพยาบาล จะต้องเรียงลำดับความสำคัญและบอกแนวทางการปฏิบัติหรือเกณฑ์การวัด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายประสงค์ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์นั้น

มาตรฐานที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล มีการกำหนดให้ผู้รับบริการ/ ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้และการฟื้นฟูสุขภาพให้เป็นปกติดั้งเดิม

มาตรฐานที่ 6 กิจกรรมการพยาบาล จะต้องช่วยให้ผู้รับบริการเพิ่มศักยภาพ หรือความสามารถด้านสุขภาพอนามัยมากขึ้น

มาตรฐานที่ 7 ความก้าวหน้าหรือไม่ก้าวหน้าด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ตามเป้าหมายประสงค์ที่ตั้งไว้ ต้องได้รับการประเมินโดยผู้รับบริการและพยาบาลร่วมกัน

มาตรฐานที่ 8 ความก้าวหน้า หรือไม่ก้าวหน้าด้านสุขภาพของผู้รับบริการตามเป้าหมายประสงค์ที่ตั้งไว้ จะเป็นตัวกำหนดให้มีการประเมินสภาวะสุขภาพซ้ำ มีการเรียงลำดับความสำคัญใหม่ ตลอดจนมีการกำหนดเป้าหมายประสงค์และปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่

จะเห็นได้ว่า มาตรฐานที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ดังกล่าวข้างต้น เป็นมาตรฐานที่กำหนดเพียงนโยบายในการนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน คือการประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลไปใช้ในการให้บริการพยาบาลของทุกหน่วยงาน แต่ในรายละเอียดของแต่ละมาตรฐานก็ไม่ได้กำหนดเป็นเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการ หรือเชิงผลลัพธ์ แต่ประการใด ซึ่งในประเด็นนี้ เมสัน ได้กล่าวว่า มาตรฐานที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลนั้น ยังขาดความชัดเจนหรือแจ่มแจ้งเพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินถึงคุณภาพของการให้การพยาบาลได้

จากแนวทางการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลนี้ พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างหรือกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ โดยเปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ได้ดัดนำเสนอในตารางที่ 7 (Griffith & Christensen, 1982; Nicholls, 1977 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2537, หน้า 83-85)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	มาตรฐานการพยาบาล
1. การประเมินภาวะสุขภาพ 1.1 รวบรวมข้อมูลทั้งอดีตและปรนัย 1.2 วิเคราะห์แยกแยะข้อมูล 1.3 แปลความหมายข้อมูล 2. การวินิจฉัยการพยาบาล 2.1 มาจากข้อมูลที่รวบรวมได้และแปลความหมายข้อมูลแล้ว 2.2 เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัญหาสุขภาพ 2.3 เป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น 3. การวางแผนการพยาบาล 3.1 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา 3.2 กำหนดเป้าประสงค์ (Goal) 3.3 กำหนดวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์การประเมินผล 3.4 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล 4. การปฏิบัติการพยาบาล 4.1 ให้การพยาบาลตามแผน 4.2 ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม 5. การประเมินผลการพยาบาล 5.1 ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม 5.2 ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม	1. ไม่มีข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง แต่มีแนวทางของข้อมูลที่สามารถเป็นไปได้สำหรับสถานการณ์หนึ่ง/โรคใดโรคหนึ่ง 2. มีแนวทางการวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะได้สำหรับสถานการณ์หนึ่ง โรคใดโรคหนึ่ง/ประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง 3. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเช่นเดียวกับการกำหนดแผนการพยาบาล คือ 3.1 กำหนดข้อมูล มาตรฐาน ในลักษณะเดียวกับการกำหนดเป้าประสงค์ เพื่อให้สัมพันธ์กับการวินิจฉัยการพยาบาล 3.2 กำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ในลักษณะเดียวกับการกำหนดจุดประสงค์หรือเกณฑ์การประเมิน 3.3 กำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการในลักษณะเดียวกับการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล 4. ใช้มาตรฐานเชิงกระบวนการเป็นแนวทางการปฏิบัติและตรวจสอบการปฏิบัติให้ครอบคลุม 5. ใช้มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในการตรวจสอบการประเมินผลการพยาบาลหลังจากกิจกรรมต่าง ๆ ได้สิ้นสุดลงแล้ว

จะเห็นได้ว่าการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์นั้นจะทำให้พยาบาลสามารถประเมินสุขภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างหนึ่ง หรือการพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งได้อย่างครอบคลุม และการกำหนดมาตรฐานทั้งสองลักษณะนี้ควรจะกำหนดเป็นเกณฑ์ที่บ่งบอรายละเอียดที่สามารถวัดประเมินได้ จึงจะได้รับความหมายของมาตรฐานอย่างสมบูรณ์

2. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน

เมสัน (Mason, 1994, pp. 1-2) กล่าวว่า มาตรฐานต้องมีความเที่ยงตรง และเป็นการบ่งบอกถึงคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ เป็นหลักประกันว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อผู้รับบริการ โดยกำหนดรูปแบบของมาตรฐานการพยาบาลไว้ 3 ลักษณะ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ และมาตรฐานเชิงเนื้อหา โดยขั้นตอนในการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีดังนี้ (Mason, 1994)

ตารางที่ 8 หลักการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน

การสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ (8 ขั้นตอน)	การสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (8 ขั้นตอน)
1. ให้คำจำกัดความวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่าคืออะไร	1. ให้คำจำกัดความวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่าคืออะไร
2. กำหนดวัตถุประสงค์การปฏิบัติการพยาบาลนั้น	2. กำหนดวัตถุประสงค์การปฏิบัติการพยาบาลนั้น
3. อธิบายขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น	3. แจกแจงผลลัพธ์ทางบวก (Positive Outcome) ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์
4. แจกแจงการตอบสนองต่อวิธีการปฏิบัติการพยาบาลจากข้อสังเกต	4. แจกแจงผลลัพธ์ทางลบ (Negative Outcome) ที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น
5. ชี้เฉพาะเจาะจงว่าแต่ละกิจกรรมนั้นต้องทำเมื่อใดบ่อยเพียงใด ระยะที่ทำนานเท่าใด	5. กำหนดเวลาอย่างเฉพาะเจาะจงที่คาดว่าผลลัพธ์แต่ละอย่างจะเกิดขึ้นเมื่อใด
6. รวบรวมขั้นตอนของกิจกรรมที่ทำอย่างถูกต้องให้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ	6. อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าวัดได้อย่างไร
7. ตัดข้อสนับสนุนหรือเหตุผลของการปฏิบัติออกไปจากข้อความมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ได้	7. รวบรวมผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นตามลำดับก่อนหลังให้เป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
8. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น	8. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น

สำหรับการสร้างมาตรฐานประเภทที่สาม คือ มาตรฐานเชิงเนื้อหา (Content Standard) ตามความหมายของ เมสัน นั้นหมายถึง มาตรฐานซึ่งบ่งบอกถึงสาระเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยให้เผชิญกับปัญหาทางสุขภาพของเขา (Teaching) เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Therapeutic Communication) เกี่ยวกับการตัดสินใจของพยาบาล (Nurses' Decisions) เกี่ยวกับการบันทึก และการเสนอรายงานต่าง ๆ (Recording and Reporting of Data) ตลอดจนเกี่ยวกับการวางแผนประชุมปรึกษาทั้งภายใน และระหว่างหน่วยงาน (Intra- and Interdisciplinary Planning Conferences) โดยวิธีการสร้างมาตรฐานเชิงเนื้อหา สำหรับการสอนนั้นมีดังนี้ (Mason, 1994)

1. ให้คำจำกัดความถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพหรือระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยว่า เป็นอย่างไร

2. กำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการสอน
3. พัฒนาเนื้อหาสาระของการสอนหรือเนื้อหาที่จะใช้ในการสอน
4. รวบรวมสาระสำคัญให้เป็นมาตรฐานเชิงเนื้อหา
5. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงเนื้อหานั้น

3. การสร้างมาตรฐานโดยทั่วไป

ในการสร้างนี้สามารถทำได้ 7 ขั้นตอน กล่าวคือ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2547)

- 3.1 ศึกษานโยบาย ปรัชญา
- 3.2 กลไกการปฏิบัติงาน
- 3.3 ประกาศปรัชญา จุดมุ่งหมายเชิงคุณภาพการประกันคุณภาพ
- 3.4 ศึกษามาตรฐานคุณภาพของหน่วยงานอื่น
- 3.5 ศึกษากฎหมายมาตรฐาน เกณฑ์ของสถาบันของรัฐ
- 3.6 กำหนดคุณทวิวิธีและมาตรฐานประกันคุณภาพการพยาบาล
- 3.7 ประเมินเพื่อวัดกับคุณภาพการปฏิบัติงาน และสรุปผลกำหนดเป็นมาตรฐาน

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ตามหลัก การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับ เติรมญาติผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน โดยประกอบด้วย มาตรฐานเชิง กระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหา และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เนื่องจากวิธีการสร้างมาตรฐาน ตามขั้นตอนของเมสัน สามารถรวบรวมวิธีการปฏิบัติหรือขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ การเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยได้ อย่างครอบคลุม และสามารถกำหนดเนื้อหาสาระที่จะใช้ในการสอนหรือเตรียมญาติผู้ดูแลได้อย่าง

ชัดเจนซึ่งจะช่วยให้นักเรียนในกระบวนการทั้งหมดมีความสอดคล้องต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการนำมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าวไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพของมาตรฐาน

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล

เมื่อมีการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ต้องมีการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐาน เมสัน ได้เสนอแนะวิธีทดสอบความเที่ยงตรง ไว้ดังนี้ (Mason, 1994, pp.168-175)

1. การทดสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้แหล่งข้อมูล หรือ ผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 3 แหล่งด้วยกัน อาจจะเป็นผู้ที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์ในการพยาบาล หรือเกี่ยวกับการปฏิบัติการด้านนั้น ๆ หรือ แหล่งข้อมูลอาจเป็นเอกสาร ตำราทางวิชาการ ที่อธิบาย เกี่ยวกับการปฏิบัติการ หรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติการนั้น การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาต้อง ผ่านความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญว่ามีความถูกต้องทั้งด้านกระบวนการ ด้านเนื้อหา และผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น มีความครอบคลุมทุกประเด็นของการพยาบาล จึงจะเป็นมาตรฐานที่มีความเที่ยงตรง ด้านเนื้อหา

2. มาตรฐานที่มีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาแล้ว ต้องนำมาตรฐานเชิงกระบวนการและ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในแต่ละหัวข้อ มาหาความสัมพันธ์กันอีกครั้ง ก่อนที่จะนำมาตรฐานไปใช้ได้ ซึ่งมีวิธีการทดสอบและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 รวบรวมข้อมูล โดยการสร้างแบบฟอร์มประกอบด้วยหัวข้อมาตรฐาน กิจกรรม ตามมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีช่องสำหรับทำเครื่องหมายใน ช่อง ใช่ หรือ ปฏิบัติได้ กับ ไม่ใช่ หรือ ปฏิบัติไม่ได้ ทำการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลอย่างน้อย 10 ครั้ง ต่อมาตรฐานเรื่องหนึ่ง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติการมากกว่า 1 คน

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละมาตรฐานเชิงกระบวนการหรือมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ถือเกณฑ์จากการสังเกต 10 ครั้ง มีการปฏิบัติหรือเกิดขึ้นจริงอย่างน้อย 9 ครั้ง หรือร้อยละ 90 จึงจะถือว่าเป็นมาตรฐานที่เที่ยงตรง

2.3 นำมาตรฐานที่มีการปฏิบัติเกิดขึ้นจริง ร้อยละ 90 ขึ้นไป มาหาความสัมพันธ์ ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ถ้าพบว่าเมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ แล้วเกิดผลลัพธ์ทางบวกทุกครั้ง แสดงว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น มีความเที่ยงตรง สามารถทำไปใช้เป็นมาตรฐานต่อไป

ถ้าพบว่า เมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ แล้วเกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเกิด ผลเสียขึ้น แสดงว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นยังไม่เที่ยงตรง ควรปรับปรุงแก้ไข หรือนำไป

ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือแหล่งวิชาการใหม่ เพื่อเป็นการยืนยันความเที่ยงตรงที่แน่นอนของผลลัพธ์ทางบวก ก่อนนำไปทดสอบปฏิบัติต่อไป

งานวิจัยที่ได้สร้างมาตรฐาน และใช้การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเทคนิคของเมสัน ดังเช่น สุนิสา พันธคำ (2546) สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการพยาบาล และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิตามเทคนิคของเมสัน เช่นเดียวกับ อัจฉราวรรณ นามเมืองจันทร์ (2546) ที่สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้กระบวนการ กลุ่มในการสร้างมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเทคนิคของเมสัน และ กาญจนา เปลี (2546) สร้างมาตรฐานการพยาบาลมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้การประชุมระดมสมอง เพื่อสร้างมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเทคนิคของเมสัน ส่วนการศึกษาของ แฉไข ขาญบุญชี (2545) เรื่องการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และจันทนา ภูหนุ (2544) เรื่องการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลขอนแก่น ใช้กระบวนการ กลุ่มในการสร้างมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล และทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามเทคนิคของเมสันเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ วิธีการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาลของเมสัน ที่ได้เสนอไว้ดังกล่าวแล้ว ยังมีวิธีการหาความเที่ยงตรงของการสร้างมาตรฐานการพยาบาลอีกวิธีหนึ่ง คือ การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2547)

เทคนิคเดลฟาย ถูกค้นพบและพัฒนาโดยโอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ดาลกี (Norman Dalkey) นักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) เมื่อต้นปี ค.ศ.1960 เพื่อใช้ในการถามและเก็บความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการพยากรณ์ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เบิร์นส์ และโกรฟ (Burns & Grove, 2001, pp. 436-437) กล่าวว่า เทคนิคเดลฟายใช้ในการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการตัดสินใจ การจัดลำดับความสำคัญ หรือเป็นการทำนายเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

เจนเซน (Jensen, 1996, p. 857) ได้ให้นิยามของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นโครงการจัดทำรายละเอียดอย่างรอบคอบในการที่จะสอบถามบุคคลด้วยแบบสอบถามในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นกลับมา โดยมุ่งที่จะรวบรวมและพิจารณาการตัดสินใจ เพื่อสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540) ได้ให้กล่าวถึง เทคนิคเดลฟาย ว่าคือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญการระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นปัญหาการวิจัยนั้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอความคิดเห็นอย่างอิสระ แต่ละคนเสนอความคิดเห็นได้หลาย ๆ ครั้ง วิธีการเสนอกระทำด้วยการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยส่งไปให้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อความเหล่านั้นแต่ละครั้ง หาข้อสรุปความเหมือน ความต่าง และสอบถามกลับไปใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่เหมือนกัน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่กระจายให้สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ โดยใช้วิธีการเสาะหาความคิดเห็นจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญซ้ำกันหลายรอบ โดยที่ไม่ต้องมาเผชิญหน้ากัน แล้วนำมาหาข้อสรุปหรือมติของความคิดเห็นนั้น

เนื่องจากในการศึกษาหลาย ๆ งานวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งความสอดคล้องของข้อมูลจะมาจากระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การสรุปรวมคะแนนจะต้องบอกให้ชัดเจน ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง (William & Webb, 1994 อ้างถึงใน นิยม จันทรานนท์, 2547) นอกจากนี้ พาวเวลล์และเมอร์ฟี (Powell, 2003; Murphy et al., 1998) ได้แนะนำเพิ่มเติมว่าถึงแม้การศึกษาด้วยเทคนิคนี้ จะใช้ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้เชี่ยวชาญ แต่ก็ควรให้ความสนใจต่อเหตุผลและข้อคัดค้านของความคิดเห็นส่วนน้อยด้วย

กระบวนการใช้เทคนิคเดลฟาย

เนื่องจากเดลฟายเทคนิค เป็นกระบวนการที่สรุปข้อค้นพบโดยอาศัยความความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลเป็นหลักซึ่งกลุ่มบุคคลในที่นี้ คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เป็นอย่างดี ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ถูกต้องจึงต้องมีการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเดิม ซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง เดลฟายเทคนิคมีกระบวนการ ดังนี้ (ทองสง่า พ่องแก้ว, 2548; ศรีสุตา แสงเชื้อ และคณะ, 2543)

1. กำหนดปัญหาที่จะศึกษา โดยปัญหาที่จะศึกษาวิจัยควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบ ที่ถูกต้องแน่นอนและสามารถไขปัญหาได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งประเด็นปัญหาควรจะนำไปสู่การวางแผนนโยบายหรือการคาดการณ์ในอนาคต จากนั้นควรศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการหาความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานทางทฤษฎี เพื่อให้มีความรู้และเกิดความแจ่มชัดในปัญหาที่ต้องการศึกษา

2. มีการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่จะตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนี้ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และ/ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นอย่างดี และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการ

คัดเลือกให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้จะไม่ทราบเลยว่า มีผู้ใดบ้างที่อยู่ร่วมในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นเช่นนี้ก็เพื่อขจัดอิทธิพลของกลุ่มหรืออิทธิพลของลักษณะเด่นของผู้เชี่ยวชาญบางคน ที่อาจส่งผลต่อความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ ดังนั้น ในการวิจัยโดยใช้เทคนิคนี้จึงมักใช้แบบสอบถามหรือวิธีการอื่น ๆ ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบหรือให้ข้อมูล โดยมีต้องให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเผชิญหน้ากัน เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่อิสระของแต่ละบุคคล โดยจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ จากผลการวิจัยของแมคมิลแลน (Macmillan) ในปี ค.ศ.1971 พบว่า จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม คือ 17 คนขึ้นไป จะทำให้ระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก (นิยมจันทร์แนม, 2547, หน้า 50) แต่ในปัจจุบัน มีแนวคิดของจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่อาจไม่จำเป็นต้องมีการกำหนดแน่นอนว่าควรจะใช้จำนวนเท่าใด แต่จะเกี่ยวข้องกับจุดเน้นของปัญหาและความสะดวก (Hanson, Keeny & Mckenna, 2000) ซึ่งจะต้องสะดวกทั้งด้านงบประมาณและเวลา รวมทั้งลักษณะของกลุ่มประชากรและประเด็นปัญหาที่ศึกษาค้นคว้า (Powell, 2003)

3. การรวบรวมข้อมูล โดยทั่วไปจะรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ หรือมากกว่า เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้กลั่นกรองความคิดเห็นของตนเองอย่างรอบคอบ และมั่นใจในการตัดสินใจสำหรับการรวบรวมข้อมูลแต่ละรอบมีวิธี ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูล, 2547, หน้า 166-168)

รอบที่ 1 ผู้วิจัยนำกรอบมโนทัศน์ของการวิจัยเบื้องต้นมาสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับแรก ซึ่งเป็นคำถามลักษณะกว้าง ๆ โดยอาจเป็นแบบคำถามปลายเปิดหรือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษามากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ในการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยอาจใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง ส่วนการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างนั้น ผู้วิจัยอาจสัมภาษณ์โดยการเผชิญหน้ากัน สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือสัมภาษณ์โดยวิธีประชุมทางไกล (Video Conference) เป็นต้น

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่เนื้อหา โดยนำเนื้อหาที่มีสาระในลักษณะเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน โดยบางข้อความอาจมีการปรับเปลี่ยนถ้อยคำบ้าง แต่ยังคงซึ่งความหมายเดิมที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่ความคิดเห็นใดมีสาระที่แตกต่างจากหมวดหมู่อื่น ๆ ไม่สามารถจัดไว้ในหมวดหมู่ใดได้ เนื่องจากมีผู้เชี่ยวชาญเพียงท่านเดียวซึ่งให้ความคิดเห็นที่แตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ แต่หากเป็นความคิดเห็นที่มีสาระตรง หรือสอดคล้องกับขอบข่ายปัญหาการวิจัยที่ศึกษา ผู้วิจัย ต้องไม่คัดความคิดเห็นส่วนนี้ออกโดยใช้ดุลยพินิจของผู้วิจัย เพราะการพิจารณาว่าความคิดเห็นใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมนั้น ต้องให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณา ไม่ใช่ใช้ดุลยพินิจของ

ผู้วิจัย นอกจากนี้ความคิดเห็นที่แตกต่าง เมื่อรวบรวมนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ พิจารณา ในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ อาจมีความคิดเห็นที่คล้อยตามก็ได้ แต่หากผู้เชี่ยวชาญโดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นที่แตกต่างนี้ เมื่อนำข้อมูลรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ ความคิดเห็นที่แตกต่างนี้ย่อมถูกคัดออก เนื่องจากมีค่ามัธยฐานที่ ≤ 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≥ 1.50 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่นอกขอบเขตค่าปกติ

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาแล้ว จากนั้นให้นำเนื้อหาที่จัดหมวดหมู่ มาสร้างแบบสอบถาม ลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และส่งแบบสอบถาม รอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาระดับความสำคัญ หรือความเป็นไปได้ของแนวโน้มเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ซึ่งก็คือความคิดเห็นที่มีต่อคำถามแต่ละข้อ มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และคัดเลือกคำถามที่ผ่านเกณฑ์คือมีค่ามัธยฐาน ≥ 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.50 จากนั้นส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 พร้อมทั้งรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้ทราบค่าฐานนิยม ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อที่วิเคราะห์จากคำตอบ ของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมทุกคน รวมทั้งค่าที่วิเคราะห์จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ได้เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเองและของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมทุกคน และนำมาใช้ประกอบการพิจารณาดัดสินใจยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนในรอบที่ 3 หากในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญได้ตัดสินใจยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 หากคำตอบในรอบที่ 2 เป็นคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.50 ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 โดยที่คำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 เป็นคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ > 1.50 ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ควรต้องให้เหตุผลประกอบด้วยว่ามีเหตุผลใดที่ยังคงตัดสินใจยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 โดยไม่คล้อยตามผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่

การรวบรวมข้อมูลแต่ละรอบ ผู้วิจัยจะต้องใช้เวลาแก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสมด้วย ไม่ควรเร่งรัดผู้เชี่ยวชาญ เพราะผู้เชี่ยวชาญย่อมมีภารกิจที่ต้องรับผิดชอบมากมาย อย่างไรก็ตาม ช่วงระยะเวลาในการตอบคำถามแต่ละรอบก็ไม่ควรยาวนานเกินไป เพราะการใช้เวลาในการตอบคำถามแต่ละรอบที่ยาวนานเกินไป ผลเสียที่ตามมา คือ อาจทำให้ปัญหาที่วิจัยไม่น่าสนใจแล้ว เนื่องจาก มีผู้วิจัยอื่นๆ ได้ค้นพบคำตอบที่เป็นคำตอบเดียวกับปัญหาที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา

ในวงการแพทย์และพยาบาล มีการนำเทคนิคเดลฟายมาใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาในการสร้างมาตรฐานเรื่องต่าง ๆ ดังงานวิจัยของ จิพแมน และ

คณะ (Shiffman et al., 2003) ที่ศึกษาการสร้างมาตรฐานการเขียนรายงานที่เป็นแนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยใช้เทคนิคเคลฟาย จำนวน 2 รอบ และผู้เชี่ยวชาญ 23 คน ส่วน ปีเตอร์ และคณะ (Peter et al., 2001) ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยใช้เทคนิคเคลฟาย จำนวน 2 รอบ ในกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการ 97 คน และผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 69 คน

จันทร์ทอง สุขพ่อง (2547) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามเทคนิคเคลฟาย จำนวน 3 รอบ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 23 คน ส่วน วรวิทย์ พุทธประยูรวงศ์ และคณะ (2545) สร้างมาตรฐานการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มาภาวะตัวเหลือง โดยใช้เทคนิคเคลฟาย จำนวน 3 รอบ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 22 คน เช่นเดียวกับ มณฑิชา กฤษณบุญชู (2544) ที่สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในห้องสังเกตอาการ โดยใช้เทคนิคเคลฟาย ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน และ ปรียาภา สิริเลิศเมฆาสกุล (2543) สร้างมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังคลอด โดยใช้เทคนิคเคลฟาย ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน นอกจากนี้ มาลี อาณากุล (2541) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ตามเทคนิคเคลฟายโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คน เช่นกัน

การใช้เทคนิคเคลฟาย จึงเป็นที่นิยมในการนำมาใช้ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา สำหรับงานวิจัยที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน หรือต้องการแสวงหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2547, หน้า 166-168) ซึ่งในกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลก็เช่นเดียวกัน ดังที่ได้ยกตัวอย่างงานวิจัยไว้ข้างต้น และสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน มีวิธีการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายเนื่องจากสถานการณ์การศึกษา หรือสถานบริการสุขภาพจะมีนโยบาย หรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ และความเชื่อส่วนบุคคลด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำเทคนิคเคลฟาย มาใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลแผลกดทับ และตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาเพื่อสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งการสร้างมาตรฐานการพยาบาลนั้น จัดว่าเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการตรวจสอบหรือวิเคราะห์ว่าการบริการด้านสุขภาพที่ให้กับผู้รับบริการ เป็นบริการที่มีคุณภาพ

คณะกรรมการร่วมในการประกันคุณภาพองค์การบริการสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO, 1989 อ้างถึงใน รัชณี สุจิจันทร์รัตน์, 2544) จึงมีมติว่า คุณภาพในการดูแลผู้ป่วย คือ ระดับของการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยและประชาชน โดยเพิ่มขีดความเป็นไปได้ของการเกิดผลลัพธ์ที่ดี และลดความเป็นไปได้ของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี โดยใช้ความรู้ของบุคลากรที่มีอยู่ ดังนั้น คำว่ามาตรฐานการพยาบาล ควรจะมีความหมายในแง่ของความรับผิดชอบของสมาชิกในวิชาชีพการพยาบาล ที่จะต้องให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ รวมถึงกระบวนการในการกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติที่บุคคลในวิชาชีพจะต้องยอมรับร่วมกัน และจะต้องมีวิธีการดำเนินงาน เพื่อควบคุมให้การปฏิบัติกิจกรรมในการบริการนั้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่วางไว้ รวมทั้ง การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติโดยส่วนรวมด้วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดมาตรฐานพยาบาลขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวัดและการควบคุมให้มีการปฏิบัติโดยใช้แนวมาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์ ซึ่งมาตรฐานที่กำหนดขึ้นนั้น ควรจะได้กำหนดขึ้นโดยพยาบาลเอง และเป็นที่ยอมรับจากพยาบาลด้วย

การศึกษาความเป็นไปได้ของมาตรฐานการพยาบาล

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลนั้นนอกจากจะมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาแล้ว การศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้มาตรฐานการพยาบาลมีความน่าเชื่อถือ ในการที่ผู้ปฏิบัติจะได้นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมั่นใจ โดยการศึกษา ความเป็นไปได้ มีความหมาย ดังนี้

ความเป็นไปได้ (Feasibility) หมายถึง การพิจารณาถึงความเหมาะสมและการประเมินผลประโยชน์เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการพัฒนาระบบขององค์กร โดยการศึกษาความเป็นไปได้ ของโครงการพัฒนาระบบ มีปัจจัยที่ใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณา 4 ประการ ดังนี้ (กิตติ ภักดีวัณณะกุล และพนิดา พานิชกุล, 2546)

1. ความเป็นไปได้ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Feasibility)
2. ความเป็นไปได้ด้านเทคนิค (Technical Feasibility)
3. ความเป็นไปได้ด้านการปฏิบัติงาน (Operational Feasibility)
4. ความเป็นไปได้ด้านเวลาการดำเนินงาน (Schedule Feasibility)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเฉพาะ ความเป็นไปได้ด้านการปฏิบัติงาน (Operational Feasibility) โดยความเป็นไปได้ทางด้านการปฏิบัติงาน เป็นการประเมินถึงการใช้งานในระบบใหม่ ว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาของระบบเดิมได้มากน้อยเพียงใด รวมถึงความรู้สึของผู้ใช้ระบบที่มีต่อการทำงานของระบบใหม่ด้วย โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1. ประสิทธิภาพ (Performance) ระบบใหม่นั้นมีความเร็วในการทำงานมากน้อยเพียงใด
2. สารสนเทศ (Information) สารสนเทศที่จะได้จากระบบใหม่นั้น มีความถูกต้อง ตรงประเด็น และสามารถใช้ร่วมกันได้หรือไม่
3. เศรษฐศาสตร์ (Economy) ระบบใหม่นั้นสามารถช่วยลดต้นทุนหรือเพิ่มกำไร ให้กับองค์กรได้อย่างไร
4. การควบคุม (Control) มีความสามารถในการควบคุมระบบ เพื่อป้องกันการโกง และการชักชอก และมีความถูกต้องปลอดภัย ของข้อมูลมากน้อยเพียงใด
5. ประสิทธิภาพ (Efficiency) ระบบใหม่จะต้องมีการใช้แหล่งทรัพยากรมากที่สุดเพียงใด เช่น ทรัพยากรบุคคล เวลา ข้อมูล เป็นต้น
6. การบริการ (Services) ระบบใหม่มีการเตรียมการบริการเมื่อเกิดปัญหาแก่ผู้ใช้งาน และมีความยืดหยุ่นหรือไม่

การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นในครั้งนี้ ไปใช้ในทางปฏิบัติในสถานการณ์จริง จึงเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการสร้างมาตรฐานการพยาบาลถือเป็นการพัฒนาระบบการบริการพยาบาล โดยการออกแบบแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ปฏิบัติ มีความสะดวก รวดเร็ว ลดข้อผิดพลาด เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด รวมถึง การตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ซึ่งตามความรับผิดชอบของนักวิเคราะห์และออกแบบระบบ ที่เป็นตัวแทนการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น จะต้องมีการศึกษาความเป็นไปได้ของระบบใหม่ เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติ ก่อนที่จะนำแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ทางปฏิบัติในสถานการณ์จริง

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลในการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พบว่า มีการศึกษาของ เอเบิล และคณะ (Able et al., 2005) ที่ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพที่บ้านในรัฐเท็กซัส จากผลของโครงการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งพบว่าผลของการดำเนินโครงการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไม่เพียงแต่เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่บ้าน แต่ยังสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้อีกด้วย และการศึกษาของ เบอร์กควิสต์ (Bergquist, 2004) ที่ศึกษาถึง คุณภาพในการทำนายและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า กระบวนการในการทำนายและการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความสำคัญอย่างมากต่อการป้องกันอัตราการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับตั้งแต่เริ่มต้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ มยุรี โรจน์อังกร

(2547) เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติสำหรับป้องกันแผลกดทับน้อยกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ และการศึกษาของ ปองหทัย พุ่มระย้า และคณะ (2546) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวการปฏิบัติต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งผลของการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ก็ไม่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ทั้งหมด จึงยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก ที่ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับแผลกดทับ ดังนั้น การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีที่เกิดแผลกดทับขึ้นแล้ว จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ยังไม่พบว่ามีมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทางเดียวกัน และเป็นหลักประกันของการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมญาติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมักเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อีกทั้งยังอาจมีความผิดปกติในด้านการรับรู้ “ญาติผู้ดูแล” จึงเป็นบุคคลสำคัญ ที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากญาติผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะ และมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดแผล และมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการหายของแผล และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีสุขภาพที่ดี มีความพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่กับสภาวะความเจ็บป่วย รวมทั้ง ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข เกิดความภาคภูมิใจในผลของการดูแล การเตรียมญาติผู้ดูแลดังกล่าวนี้ จึงเป็นแนวทางของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเหล่านี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อไป

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านได้อย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของ เมสัน เพื่อจะสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหา และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยรวม เพื่อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ประเด็นความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล รวมทั้งการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้

2. กำหนดหัวข้อมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแล ตามประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และผลการประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล และสภาพแวดล้อม

3. สร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ จากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริม ความรู้ ทักษะ เจตคติ และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

4. สร้างมาตรฐานเชิงเนื้อหา จากองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ตามประเด็นปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้

5. สร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ โดยกำหนดเป็นผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ภายหลังการปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงเนื้อหา ที่ได้กำหนดไว้

เลือกใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อการรวบรวมข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ได้ผ่านการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 23 คน ดำเนินการวิจัย 3 รอบ เพื่อผ่านการพิจารณาคัดกรองและสรุปข้อคิดเห็นที่มีความหลากหลายตามกระบวนการวิจัย รวมทั้งการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาที่จะแฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล โดยการจัดลำดับความสำคัญของความคิดเห็นแต่ละข้อความ จะใช้แบบมาตรวัดประมาณค่าโดยใช้วิธีการวัดแบบเทอร์สโตน (Thurstone Scale) เนื่องจากเป็นวิธีการวัดด้านการมีช่วงเท่ากันมากกว่าการวัดแบบอื่นๆ และใช้การกำหนดค่าของแต่ละข้อความโดยคำมัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อนำข้อความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด มาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จากนั้น ไปศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้น ไปใช้ทางปฏิบัติในสถานการณ์จริง