

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหา และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน โดยการสร้างร่างมาตรฐานการพยาบาล จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล และตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน ใช้เทคนิคเดลฟายจำนวน 3 รอบ แล้วนำไปสรุปเป็นมาตรฐานการพยาบาล จากนั้นไปสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยการสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านในครั้งนี้ ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในระดับที่ 4 หรือระดับ D ทั้งหมด กล่าวคือเป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงพรรณนา บทความ จากความเห็นร่วมกันหรือฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 14 เรื่อง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1 เอกสารงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย 1) ผลการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่อง “การประเมินและจัดการแผลกดทับในระดับที่ 1 – 4” (The Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) โดยผลการศึกษาดังกล่าว ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ A - C และผ่านความเห็นชอบร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาตามกระบวนการของการวิจัย โดยครอบคลุมสาระสำคัญเกี่ยวกับ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และการดูแลแผลกดทับ และ 2) ผลการวิจัยเรื่อง “การสร้างมาตรฐานการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน” (จันทร์ทอง สุขพ่อง, 2547) เพื่อใช้เทียบเคียงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสร้างมาตรฐานการพยาบาล และขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.2 เอกสารทางวิชาการ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) เอกสารทางวิชาการเรื่อง

“การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ” (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญ และบทบาทของญาติผู้ดูแลในครอบครัว และบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการครอบครัว 2) เอกสารทางวิชาการเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง” (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวกับการดูแลความเจ็บป่วย และเครือข่ายทางสังคมและชุมชนกับการดูแลความเจ็บป่วย 3) คู่มือ “การดูแลทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ให้การรักษา” (กรมสุขภาพจิต, 2542) เกี่ยวกับแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ 4) เอกสารทางวิชาการเรื่อง “การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ” (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2541) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดให้สะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน และ 5) เอกสารทางวิชาการเรื่อง “การสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพเพื่อเมืองไทยที่แข็งแรง” (กานดา ถิ่นทิพย์ และประภาศรี จิระยิ่งมงคล, 2548) ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม: ความหมายและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพ

1.3 ตำรา จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ 1) ตำราเรื่อง “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล”

(นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล 2) ตำราเรื่อง “การประเมินผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2547) ครอบคลุมเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ 3) ตำราเกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องกระบวนการหายของแผลกดทับซึ่งได้จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ตำราเรื่อง “การรับรองคุณภาพการรักษายาบาลทางศัลยกรรม” (Caplin, 2002) และเรื่อง “การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม” (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541) 4) ตำรา “ศัลยศาสตร์” (ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุก, 2544) ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการหายของแผล และ 5) ตำรา “จิตเวชศาสตร์” ซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตสังคม จาก 2 แหล่งข้อมูลด้วยกัน คือ ตำราจิตเวชศาสตร์ ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2541) และตำราจิตเวชศาสตร์ของ มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชฌวนิช (2542)

2. ข้อมูลของญาติผู้ดูแล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

จำนวน 5 คน นำข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน มาสรุปได้ ดังนี้

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 36 ปี สถานภาพคู่ อาชีพทำไร่ไถ่จนจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ให้การดูแลผู้ป่วยเพศหญิงซึ่งเป็นมารดาของสามี อายุ 85 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับอาการอัมพาต ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 3-4 บริเวณก้นกบจำนวน 1 แผล และบริเวณสะโพกอีก 1 และ ระยะเวลาที่ให้การดูแลประมาณ 2 ปีครึ่ง โดยให้การดูแลจนแผลหายดี แต่ปัจจุบันผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 65 ปี สถานภาพคู่ อาชีพเลี้ยงสุกรและทำนา จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ให้การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งเป็นมารดา อายุ 96 ปี ป่วยด้วยโรคกระดูกข้อสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดแล้ว แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีแผลกดทับขนาดใหญ่ระดับ 4 บริเวณก้นกบจำนวน 1 แผล ระยะเวลาที่ให้การดูแลประมาณ 1 ปี โดยให้การดูแลจนแผลหายดีแล้ว

ญาติผู้ดูแลรายที่ 3 เพศหญิง อายุ 59 ปี สถานภาพม่าย อาชีพพยาบาลเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด จบการศึกษาในระดับเทียบเท่าอนุปริญญา ให้การดูแลผู้ป่วยเพศหญิงซึ่งเป็นมารดา อายุ 86 ปี ป่วยด้วยโรคกระดูกข้อสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดแล้วแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 2-3 บริเวณก้นกบ สะโพกทั้ง 2 ข้าง หัวไหล่ และตาตุ่ม รวมระยะเวลาที่ให้การดูแลประมาณ 3 ปี ช่วงแรกๆ แผลเป็นๆ หายๆ ปัจจุบัน เหลือเพียงแผลที่สะโพกจำนวน 1 แผล

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 เพศหญิง อายุ 69 ปี สถานภาพม่าย อาชีพงานบ้าน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ให้การดูแลผู้ป่วยเพศชายซึ่งเป็นบุตรบุญธรรม อายุ 21 ปี ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีภาวะเลือดออกในสมอง ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 4 ที่ก้นกบจำนวน 1 แผล และที่สะโพกอีก 1 แผล แผลมีขนาดใหญ่่มาก ระยะเวลาที่ให้การดูแลประมาณ 7 ปี ช่วงแรกๆ แผลมีการลุกลามและติดเชื้อ ปัจจุบันแผลที่ก้นกบหายดีแล้ว เหลือแผลที่สะโพกมีขนาดเล็กมาก

ญาติผู้ดูแลรายที่ 5 เพศหญิง อายุ 65 ปี สถานภาพคู่ อาชีพครูเกษียณอายุราชการ จบการศึกษาในระดับเทียบเท่าอนุปริญญา ให้การดูแลผู้ป่วยเพศชายซึ่งเป็นสามี อายุ 66 ปี ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 3-4 บริเวณก้นกบ จำนวน 1 แผล และสะโพกทั้งสองข้าง รวมทั้งหมด 3 แผล ระยะเวลาที่ให้การดูแลประมาณ 3 ปี ปัจจุบันแผลที่สะโพกทั้ง 2 ข้างหายดีแล้ว เหลือแผลที่ก้นกบมีขนาดเล็กมาก

2.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล

การสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการบันทึกเทปการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยสรุปตามหัวข้อแนวคำถามการสัมภาษณ์ได้ ดังนี้

2.2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านญาติผู้ดูแลทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันทางสายเลือด หรือทางอารมณ์ มีความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทรต่อกัน รวมถึงการมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย โดยรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่าสงสาร เห็นใจ และต้องการการดูแลจากญาติ หรือบุคคลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด และส่วนใหญ่คิดว่าสิ่งที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้จะเป็นการเพิ่มภาระของตนเองหรือครอบครัว แต่ด้วยความรักความผูกพัน ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่เลือบากว่าแรง และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจมาตลอด ดังในกรณีญาติผู้ดูแลรายที่ 4 กล่าวว่า “ถึงเขาจะไม่ใช้ลูกแท้ ๆ แต่เราก็รักเขาเหมือนลูก หอมกันทุกวัน เป็นห่วง ไม่อยากให้เขาอาการแย่ไปกว่านี้ แต่บางทีเราทำงานบ้านนาน ๆ เขาก็จะงอน ต้องให้เราคอยมานั่งใกล้ ๆ มาง้อ บางทีก็ไม่ยอมกินข้าว งอน ต้องง้อแล้วก็จะดี ทุกวันนี้ก็อยู่กับเขาตลอด ดูแลเขาตลอด” นอกจากนี้ การที่ญาติผู้ดูแลต้องมารับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและกลัวว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งประเด็นปัญหานี้ ญาติผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทำการประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ก่อนที่จะสอนหรือมีการให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ

2.2.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแผลกดทับบ้างโดยสามารถบอกถึงสาเหตุของการเกิดแผลกดทับว่า อาจเกิดจากการนอนอยู่ในท่าเดียวเป็นเวลานานโดยไม่ได้พลิกตัว หรืออาจเกิดจากการขาดการดูแลเอาใจใส่เรื่องความสะอาดของผู้ป่วย ทั้งจากในโรงพยาบาล และการดูแลที่บ้าน ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 กล่าวว่า “ไม่แน่ใจว่าการนอนจมกองปัสสาวะไม่ได้เปลี่ยนทั้งวัน น่าจะมีผลทำให้เกิดแผลได้” ส่วนกลไกการเกิดแผลกดทับและระดับความรุนแรงของแผลกดทับ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายได้ โดยญาติผู้ดูแลรายที่ 5 กล่าวว่า “ไม่รู้ว่ามันเป็นมาอย่างไร ตอนแรกมันก็เป็นแผลนิดเดียว พอมาเจออีกทีแผลมันใหญ่ขึ้นเร็วมาก แล้วพอหมอเขาเอาไปเข้าห้องผ่าตัดกลับมาแผลใหญ่มาก” ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นว่า หากญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ น่าจะทำให้เข้าใจถึงวิธีการดูแลตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

2.2.3 หลักการ/วิธีการทำความสะอาดแผลกดทับ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินลักษณะของแผลกดทับ ไม่มีการบันทึกความก้าวหน้าของแผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง ไม่สามารถบอกถึงลักษณะของแผลที่มีการติดเชื้อที่ได้ ส่วนวัสดุอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดแผล ส่วนใหญ่ใช้ชุดทำแผลสำเร็จรูปที่ได้รับมาจากโรงพยาบาล หรือซื้อตามร้านขายยาทั่วไป ซึ่งไม่แน่ใจว่าผ่านการฆ่าเชื้อหรือไม่ รวมถึงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น กรรไกรสำหรับตัดผ้าก๊อซ ขามสำหรับใส่เท้าเกลือล้างแผล เป็นต้น ส่วนการปฏิบัติในการทำความสะอาดแผลกดทับส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยมีการลงมือคลึงเบาๆ ในการปฏิบัติบ้าง แต่ในญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ได้นำน้ำยาแอลกอฮอล์ 70 % ไปเช็ดภายในแผล และใช้น้ำเกลือสำหรับล้างแผลเช็ดรอบๆ แผล และยังได้ใช้กรรไกรตัดและเนื้อตายที่แผลกดทับด้วยตนเอง ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ได้บอกเล่าถึงประสบการณ์ในการหาแนวทางเลือกในการรักษาตามวิธีของภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยใช้วิธีการรักษาแผลกดทับ โดยการสกัดน้ำมันจากสัตว์เลื้อยคลานชนิดหนึ่งแล้วนำมาใช้ทาแผลกดทับ โดยกล่าวว่าทำให้เนื้อตายเปื่อยยุ่ยและแผลเต็มเร็วขึ้น ซึ่งเดิมผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับที่ 4 ขนาดใหญ่บริเวณก้นกบ ญาติผู้ดูแลได้ใช้วิธีการดังกล่าว ทำให้แผลหายในระยะเวลาประมาณ 5-6 เดือน นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยบางรายมีการนำยาสมุนไพรมาใช้ร่วมกับการทำความสะอาดแผลด้วย

2.2.4 วิธีการดูแลทั่วไปทางด้านร่างกาย/วิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ/ การดูแลของแผล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความสะอาดด้านร่างกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีการเช็ดทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยวันละ 1-2 ครั้ง และทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ ส่วนการดูแลด้านอาหาร ญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสารอาหารที่ช่วยเร่งให้แผลหายเร็วขึ้น เช่น โปรตีน และวิตามินซี โดยเพิ่มอาหารพวก เนื้อสัตว์ และดื่มน้ำผลไม้ และผลไม้จำพวกส้ม สำหรับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องโดยจัดให้มีอุปกรณ์ในการรองรับสิ่งขับถ่ายจากผู้ป่วยและดูแลทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายอย่างเหมาะสม ส่วนการจัดทำทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลก็สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยจัดหาที่นอนที่ช่วยลดแรงกด เช่น ที่นอนลม หรือฟ้านุ่มๆ มารอบบริเวณปุ่มกระดูก มีการช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และช่วยให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ส่วนในเรื่องของการดูแลด้านการรักษาร่วมที่ผู้ป่วยได้รับ ในผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลจะคอยควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้คงที่ โดยการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้ และดูแลให้ได้รับยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง ส่วนในผู้ป่วยรายที่ 2 และ 3

เป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ในระยะแรกญาติผู้ดูแลต้องคอยจัดทำทางของผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยไม่มีแรงกดไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

2.2.5 วิธีการดูแลทางด้านจิตสังคม ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ สามารถให้การดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย ดังในกรณีญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ในขณะที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทุกครั้ง ญาติผู้ดูแลจะบอกให้ผู้ป่วยทราบว่ากำลังจะทำอะไรให้ และคอยซักถามผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรรวมทั้งพูดคุยกับผู้ป่วยไปด้วยเพราะคิดว่าผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ได้ถึงสิ่งที่ญาติได้ทำให้และไม่เคยหงุดหงิด ว่ากล่าว หรือแสดงท่าทีให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระที่ต้องดูแล ส่วนกรณีญาติผู้ดูแลรายที่ 5 ขณะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะพูดคุยถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เช่น วันนี้ไปทำอะไรบ้าง ข่าวสารต่าง ๆ หรือเรื่องของบุตรทั้ง 2 คน นอกจากนี้ ก่อนที่จะออกจากบ้านทุกครั้ง จะบอกกับผู้ป่วยว่า จะไปไหน ไปทำอะไร และจะกลับเมื่อใด เพื่อให้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าคุณเองยังมีความสำคัญ ส่วนการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลทุกรายจะทำหน้าที่ในการติดต่อ สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพแทนผู้ป่วยในการรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การไปรับการตรวจตามนัดหรือการไปรับยาต่อเนื่อง เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะนำผู้ป่วยไปรับการรักษาได้โดยตรง โดยตัวอย่างของญาติผู้ดูแล รายที่ 5 ขณะที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่มีลักษณะของแผลที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ และมีเนื้องอก ญาติได้ใช้กล้องถ่ายรูป ถ่ายรูปแผลของผู้ป่วยบริเวณก้นกบ เพื่อเอาไปให้แพทย์ประจำของผู้ป่วย ช่วยพิจารณาและสั่งการรักษา ซึ่งช่วยให้การรักษาของแพทย์มีความเหมาะสมมากกว่าการฟังจากคำบอกเล่าของญาติเพียงอย่างเดียว

2.2.6 ปัญหา อุปสรรค และความต้องการด้านความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ การที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดความเครียด เหน็ดเหนื่อย พักผ่อนน้อย ไม่มีเวลาส่วนตัว และมีปัญหาขัดแย้งกับผู้ป่วยในบางครั้ง ร่วมกับ ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัว การประกอบอาชีพและภาวะฟืดเคืองทางเศรษฐกิจ ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความบกพร่องในบางส่วน เช่น ละเลยการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง การปล่อยให้ผู้ป่วยนอนจมกองปัสสาวะ หรือขาดการดูแลเอาใจใส่ทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกผิดในบางครั้ง ส่วนความต้องการด้านความช่วยเหลือ จากบุคลากรด้านสุขภาพ ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 และ 5 แสดงความคิดเห็นว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับขนาดใหญ่ หรือมีเนื้องอกมาก ไม่สะดวกที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานบริการด้านสุขภาพ จึงต้องการให้เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ ใกล้บ้าน ไปให้การดูแลช่วยเหลือในการทำแผลและตัดเนื้องอกที่แผลให้ จะทำให้เกิดความสะดวกและเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารด้านวิชาการ และด้านปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 23 คน นำข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และประสบการณ์ การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน มาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ดึงนำเสนอในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญจำแนกตาม วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และประสบการณ์การปฏิบัติงาน (n = 23)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
วุฒិการศึกษา		
ปริญญาตรี	1	4.3
ปริญญาโท	20	87.0
ปริญญาเอก	2	8.7
ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ		
แพทย์	3	13.0
อาจารย์พยาบาล	3	13.0
นักวิชาการสาธารณสุข	3	13.0
พยาบาลหอผู้ป่วย	3	13.0
พยาบาลเวชกรรมสังคม	3	13.0
พยาบาลประสานเครือข่าย	3	13.0
พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ	5	22.0
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ		
ด้านการบริหาร/วางแผนและนโยบาย	5	21.7
ด้านการศึกษา/ วิชาการ	5	21.7
ด้านบริการ/ ปฏิบัติการพยาบาล	13	56.6
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
5 – 10 ปี	9	39.1
11 – 15 ปี	9	39.1
มากกว่า 15 ปี	5	21.8

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโท (ร้อยละ 87.0) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 22.0) ส่วนลักษณะงานที่ปฏิบัติปฏิบัติงานด้านบริการ/ปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.6) และมีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน 5 - 10 ปี และ 11-15 ปี จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 39.1)

3. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 30 คน นำข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับวุฒิการศึกษา แผนงานที่ปฏิบัติ สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน มาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และนำเสนอในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม วุฒิการศึกษา แผนงานที่ปฏิบัติ สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงาน (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	27	90.0
ปริญญาโท	3	10.0
แผนงานที่ปฏิบัติ		
พยาบาลหอผู้ป่วย	5	16.7
พยาบาลเวชกรรมสังคม	5	16.7
พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	12	40.0
พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน	8	26.6
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลทั่วไป	7	23.3
โรงพยาบาลชุมชน	15	50.0
ศูนย์สุขภาพชุมชน	8	26.7
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	9	30.0
5 - 10 ปี	14	46.7
11 - 15 ปี	4	13.3
มากกว่า 15 ปี	3	10.0

จากตารางที่ 10 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 90) ปฏิบัติงานในแผนกพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมาเป็นพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 26.7) โดยปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.0) และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ที่บ้าน 5-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) และรองลงมาน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 30.0)

ส่วนที่ 2 การสร้างร่างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) และผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์และสรุปเป็น ร่างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 10 ข้อมาตรฐาน โดยมีรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

ในมาตรฐานนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมก่อนการเตรียมหรือจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแลเนื่องจากการสอนผู้รับบริการให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมให้ไปในทางที่เหมาะสมนั้น พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการสอน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสอน และหลักการสอน อีกทั้งยังต้องพัฒนาตนให้มีความสามารถในการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้ร่างข้อความมาตรฐานในมาตรฐานนี้ โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิด “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล” (นที เกื้อกูลกิจกร, 2541) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของบุคลากรหรือผู้สอนซึ่งอาจเป็นพยาบาลหรือบุคลากรจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในด้าน 1) สมรรถนะในการสอน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ 2) บุคลิกลักษณะของผู้สอน และ 3) ความพร้อมของผู้สอน ร่วมกับผลการศึกษาของ ชันทอง สุขผ่อง (2547) “การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน” ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ก่อนให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน มาประกอบการร่างข้อความในมาตรฐานนี้

มาตรฐานที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

เป็นข้อมาตรฐาน เกี่ยวกับ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา หรือการเตรียมความพร้อมให้กับ

ญาติผู้ดูแล เนื่องจาก การสอนผู้รับบริการให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศ ที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น เป็นกันเอง ผ่อนคลายและให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน มีอิสระ ในการแสดงออก นำมาซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) โดยการ สร้างสัมพันธภาพในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวครั้งแรก จะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปถึงการเยี่ยม ครั้งต่อไป (Wendt, 1996)

การร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากเอกสาร “คู่มือการดูแล ทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ให้การศึกษา” (กรมสุขภาพจิต, 2542) เกี่ยวกับ แนวคิดการสร้าง สัมพันธภาพและการตกลงบริการ ซึ่งประกอบด้วย วิธีการ และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ความสำคัญและหัวข้อของการตกลงบริการ และนำผลการศึกษาวิจัยของ ชันทอง สุขพ่อง (2547) “การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน” ตามรายละเอียดของข้อความใน มาตรฐานที่ 2 การสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว มาประกอบด้วย

ส่วนการคัดเลือกญาติผู้ดูแล เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ซึ่ง ผู้วิจัยได้ระบุไว้ในขั้นตอนนี้ ได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์ของ ครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง” (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) เกี่ยวกับบทบาทของ ครอบครัวกับการดูแลความเจ็บป่วย เนื่องจากครอบครัวถือเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ อนามัย และความเจ็บป่วยของสมาชิก โดยเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ถือเป็น หน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของครอบครัวในการดูแลปรนนิบัติ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำเอกสาร ทางวิชาการเรื่อง “การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ” (ฉิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547) เกี่ยวกับความสำคัญและบทบาทของญาติผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยญาติผู้ดูแลหลัก และญาติผู้ดูแลรอง โดยบทบาทของญาติผู้ดูแลขึ้นอยู่กับสภาพสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจของ ครอบครัว รวมทั้งภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 3 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพื่อนำไปสู่ความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล

ข้อมาตรฐานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล โดยการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ เพื่อนำไปสรุปเป็นข้อวินิจฉัยปัญหา และความต้อ การของผู้ป่วย จากนั้นกำหนดให้เป็นประเด็นความต้องการในการเรียนรู้ของญาติ ผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ทั้งนี้ ได้กำหนดขั้นตอนใน การประเมินความต้องการในการเรียนรู้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) 1) การ

กำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตของการประเมิน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์ข้อมูล และ 4) การกำหนดข้อวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

ส่วนการร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลผลการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่อง “การประเมินและจัดการแผลกดทับในระดับที่ 1-4” ของสมาคมพยาบาลแห่งออนตาริโอ (The Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ในข้อแนะนำที่ 1-12 เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ การประเมินภาวะจิตสังคม การประเมินลักษณะของแผลกดทับ การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินความเจ็บปวด และการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงในการรุกราน หรือเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น และข้อแนะนำที่ 50 เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันและรักษาแผลกดทับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากตำราเรื่อง “การประเมินผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม 2) การประเมินความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับและการรักษาแผลกดทับ 3) การประเมินภาวะจิตสังคม 4) การประเมินลักษณะแผล/ผิวหนัง 5) การประเมินภาวะโภชนาการ 6) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 7) การประเมินสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ มาประกอบการร่างข้อความในมาตรฐานนี้ด้วย

มาตรฐานที่ 4 การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลและสภาพแวดล้อม
ข้อมาตรฐานนี้ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้และความพร้อมของญาติผู้ดูแล ทั้งนี้โดยหลักการในการเรียนรู้ บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีที่สุด ก็ต่อเมื่อสิ่งที่เรียนรู้มีความสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของบุคคล และมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) นอกจากนี้ การประเมินสภาพแวดล้อมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ เนื่องจากการประเมินสภาพแวดล้อมจะช่วยให้พยาบาลสามารถ วางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ดังนั้น พยาบาลจะต้องทำการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมก่อนเสมอ

การร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากตำรา “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล” (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) เกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการเรียนรู้ของผู้รับบริการ และการประเมินสภาพแวดล้อม ดังนี้ 1) ความสามารถในการรับรู้ 2) ความแตกต่างของภาษาที่ใช้ 3) ความจำ 4) ความสามารถทางสติปัญญา 5) การเรียนรู้ในอดีต

และประสบการณ์ 6) ความสามารถทางกาย 7) ความสุขสบายทางกาย 8) พลังงานที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 9) ความเชื่อและค่านิยม 10) สภาวะทางจิตสังคม

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล พบว่า ในระยะแรกญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการที่ต้องมารับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลจึงให้คำแนะนำว่า “ต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ทำการประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ก่อนที่จะสอน หรือมีการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 1)

มาตรฐานที่ 5 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้

เป็นข้อมาตรฐานเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแล เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้ ในด้านภาวะสุขภาพทางกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้ง การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ และการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในกรณีดูแลสุขภาพที่บ้าน

การร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจาก เอกสารทางวิชาการเรื่อง “การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ” (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) เกี่ยวกับ 1) บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ 2) บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษา และ 3) บทบาทของพยาบาลในการดูแลและบริหารจัดการครอบครัว ส่วนการเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจากการ “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล” (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) เกี่ยวกับการจัดเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้รับบริการ มาประกอบการร่างข้อความในมาตรฐานนี้

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดกลัว และวิตกกังวล เมื่อต้องมารับบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน เนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และกลัวว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้หรือถูกต้องกลัวจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ญาติผู้ดูแลจึงให้คำแนะนำว่า “ก่อนที่จะพยาบาลจะเตรียมหรือสอนญาติผู้ดูแลควรมีการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดหรือผ่อนคลายความเครียด กลัว และวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลก่อนเป็นอันดับแรก” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 1)

มาตรฐานที่ 6 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของแผลกดทับ

มาตรฐานนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับขั้นตอน และรูปแบบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

ให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย 1) สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) กลไกการเกิดแผลกดทับ 3) ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ 4) กลไก/กระบวนการหายของแผลกดทับ และ 5) ภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนไปสู่การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างสมเหตุสมผล และตระหนักถึงภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยจากการมีแผลกดทับ

การร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับ “กระบวนการสอน” ซึ่งเป็นตำรา “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล” (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมิน 2) ขั้นวางแผน 3) ขั้นดำเนินการ และ 4) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ ให้เป็นกระบวนการหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล ส่วนในข้อความมาตรฐาน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากตำรา “การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547) ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดแผลกดทับ และ 3) การจำแนกระดับความรุนแรงของแผลกดทับ ส่วนความรู้เรื่องกระบวนการหายของแผลกดทับ และปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการหายของแผล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจากตำรา “การรับรองคุณภาพการรักษายาบาลทางศัลยกรรม” (Caplin, 2002) และตำราเรื่อง “การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม” (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541) ร่วมกับตำรา “ศัลยศาสตร์” (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุก, 2544)

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแล 3 ใน 5 ราย ไม่สามารถบอกถึงสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง ญาติผู้ดูแลทั้ง 5 ราย ไม่สามารถอธิบายถึงกลไกการเกิดแผลกดทับ และกระบวนการหายของแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง และญาติผู้ดูแล 4 ใน 5 ราย ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่า “มีความคิดเห็นว่าคุณรู้เรื่องแผลกดทับมีความจำเป็นสำหรับการที่เราจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คิดว่าถ้าเรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ก็น่าจะทำให้เข้าใจถึงเหตุผล และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ดียิ่งขึ้น” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 3)

มาตรฐานที่ 7 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ

ข้อมาตรฐานนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับขั้นตอน และรูปแบบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินลักษณะของแผลกดทับ 2) การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทำความสะอาด

แผลให้สะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน และ 3) การดูแลแผลและการทำความสะอาดแผลกดทับ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

การร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับ “กระบวนการสอน” ซึ่งเป็นคำรา “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล” (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมิน 2) ขั้นวางแผน 3) ขั้นดำเนินการ และ 4) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ ให้เป็นกระบวนการหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล ส่วนข้อความมาตรฐาน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจาก ผลการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่อง “การประเมินและจัดการแผลกดทับในระดับที่ 1-4” ของสมาคมพยาบาลแห่งออนตาริโอ (The Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ในข้อ แนะนำที่ 19-31 เกี่ยวกับการจัดการแผลกดทับ โดยการจัดเนื้อตายที่แผล การทำความสะอาดแผล และการดูแลรักษาแผลกดทับ ร่วมกับข้อมูลจากคำรา “การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2547) เกี่ยวกับการประเมินลักษณะของแผลกดทับ และหลักการทำความสะอาดแผลกดทับระดับที่ 1-4 ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทำความสะอาดแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารวิชาการเรื่อง “เทคโนโลยีการปฏิบัติการพยาบาล” (มารยาท วัชรเกียรติ, 2543) และเอกสารทางวิชาการเรื่อง “การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ” (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2541) มาประกอบกัน

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ดูแล 4 ใน 5 ราย ใช้วัสดุในการทำความสะอาดแผล เช่น ผ้าก๊อซ สำลีก้อน และที่บกก๊อซ ที่ได้ผ่านการอบฆ่าเชื้อแล้วจากโรงพยาบาล หรือสถานอนามัยใกล้บ้าน ส่วนอีก 1 รายใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ซื้อจากร้านขายยา โดยไม่แน่ใจว่ามีการทำให้สะอาดปราศจากเชื้อแล้วหรือไม่ ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดแผล เช่น ปากคีบ ถ้วย และกรรไกร ญาติผู้ดูแล 3 ใน 5 ราย ยังขาดความรู้ในการเตรียมอุปกรณ์ดังกล่าวให้สะอาดปราศจากเชื้อ และน้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดแผล ญาติผู้ดูแลทุกรายได้ใช้ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล และแอลกอฮอล์ 70 % มีเพียง 2 ราย ที่ใช้น้ำยาโพวิดีนร่วมด้วย ส่วนผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำความสะอาดแผลกดทับ พบว่าญาติผู้ดูแล 4 ใน 5 ราย สามารถทำความสะอาดแผลได้อย่างถูกต้อง และมีการประเมินลักษณะของแผลกดทับ ด้วยการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของแผล โดยไม่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีตัวอย่างของญาติผู้ดูแลรายที่ 5 ให้ข้อมูลว่า “ขณะที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่มีลักษณะของแผลที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อและมีเนื้อตาย ญาติได้ใช้กล้องดิจิทัล ถ่ายรูปแผลของผู้ป่วยบริเวณก้นกบ เพื่อเอาไปให้

แพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยช่วยพิจารณา และสั่งการรักษา” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 5) ซึ่งช่วยให้แผนการรักษาของแพทย์ มีความเหมาะสมมากกว่าการฟังจากคำบอกเล่าของญาติเพียงอย่างเดียว และนอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า “ช่วงที่แผลมีเนื้อตายมาก ไม่สามารถตัดเนื้อตายเองได้ เนื่องจากกลัวมีเลือดออกมาก และไม่สะดวกที่จะนำผู้ป่วย เข้าไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ จึงต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ มาคอยติดตามดูแลทำความสะอาดแผลและตัดเนื้อตายให้” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 4)

มาตรฐานที่ 8 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพื่อส่งเสริมการหายของแผลและป้องกันการเกิดแผลใหม่

มาตรฐานนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับ ขั้นตอนและรูปแบบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพื่อส่งเสริมการหายของแผลและป้องกันการเกิดแผลใหม่ ซึ่งได้แก่ 1) การดูแลความสะอาดของผู้ป่วย 2) การเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย 3) การจัดทำทางและการเคลื่อนไหวผู้ป่วย 4) การดูแลด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และ 4) การดูแลด้านการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใหม่ หรือเกิดการลุกลามของแผลเดิม และช่วยส่งเสริมการหายของแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว

การร่างข้อความมาตรฐานในข้อมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับ “กระบวนการสอน” ซึ่งเป็นคำรา “การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล” (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมิน 2) ขั้นวางแผน 3) ขั้นดำเนินการ และ 4) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ ให้เป็นกระบวนการหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล ส่วนในข้อความมาตรฐาน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจาก ผลการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่อง “การประเมินและจัดการแผลกดทับในระดับที่ 1 – 4” ของสมาคมพยาบาลแห่งออนตาริโอ (The Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ในข้อ แนะนำที่ 11-18 เกี่ยวกับการจัดทำทางของผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดที่มากระทำต่อผิวหนังของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลจากคำรา “การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2547) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อกองไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนังอยู่เสมอ ในเรื่องต่อไปนี 1) การดูแลทั่วไป 2) การดูแลด้านอาหาร 3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา 4) การดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ 5) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ

ส่วนผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลความสะอาดร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแล 4 ใน 5 ราย สามารถทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และผลการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด

เตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่สามารถเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แต่ปริมาณสารอาหารอาจยังไม่เหมาะสมและเพียงพอ สำหรับการเสริมสร้างกระบวนการหายของแผล และผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระพบว่าญาติผู้ดูแล 2 ใน 5 ราย ยังให้การดูแลช่วยเหลือการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้ป่วยไม่ถูกต้องเหมาะสม และไม่ตระหนักถึงผลเสียของการละเลยต่อการดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย และผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดทำทางและการเคลื่อนไหของผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถจัดทำทาง การนอนและจัดท่านั่งให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ อยู่เสมอ ส่วนผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรักษาร่วมของผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด สามารถให้การดูแลด้านการรักษาร่วมของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

มาตรฐานที่ 9 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และมีทักษะในการดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย

มาตรฐานนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับขั้นตอน และรูปแบบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และมีทักษะในการดูแลเพื่อประคับ ประคองจิตใจและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับ 1) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ 2) การช่วยเหลือเพื่อการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย และ 3) การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง นับเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องปรับตัว ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะมีปัญหาต่างๆ ตามมาที่พบได้บ่อย คือ อาการซึมเศร้า (ร้อยละ 22 – 24) และ อาการวิตกกังวล (ร้อยละ 4 – 14) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541) ดังนั้น หากญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย เกิดความเอื้ออาทร และเจตคติที่ดีจะทำให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อประคับประคองจิตใจ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ในมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากตำรา “จิตเวชศาสตร์” (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541) เกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ได้แก่ 1) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรง และ 2) ปัญหาอื่นที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย ร่วมกับข้อมูลจากตำรา “จิตเวชศาสตร์” (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิษวณิช, 2542) และข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการเรื่อง “รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง” (ดารณี จามจุรี, 2546) เกี่ยวกับเทคนิคที่ใช้ในการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย ซึ่ง

สอดคล้องกับ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับเจตคติต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พบว่า ญาติผู้ดูแลทุกรายมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่ตนเองให้การดูแล เนื่องจาก เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์สายเลือดและความสัมพันธ์ทางอารมณ์ มีความรัก และเอื้ออาทรต่อกัน จึงทำให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด จะทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพแทนผู้ป่วย ในการรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การไปรับการตรวจตามนัดหรือการไปรับยาต่อเนื่อง เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะนำผู้ป่วยไปรับการรักษาได้โดยตรง

มาตรฐานที่ 10 การประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

มาตรฐานนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอน ในการประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลนอกจากจะมีหน้าที่ในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแล้ว ยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ในการประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้ทราบถึงแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน และใช้บริการจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้นอย่างเหมาะสม

ในมาตรฐานนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจาก ผลการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่อง “การประเมินและจัดการแผลกดทับในระดับที่1-4” ของสมาคมพยาบาลแห่งออนตาริโอ (The Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ในข้อแนะนำที่ 53-58 เกี่ยวกับการแนวทางการพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนจากองค์กร หรือสถาบันต่าง ๆ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เข้าถึงแหล่งประโยชน์หรือแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ร่วมกับ ข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการเรื่อง “การสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพเพื่อเมืองไทยที่แข็งแกร่ง” (กานดา กัณหาพันธ์ และประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2548) เกี่ยวกับกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม: ความหมาย และวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพ และข้อมูลเอกสารทางวิชาการเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง” (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) เกี่ยวกับ เครือข่ายทางสังคมและชุมชนกับการดูแลความเจ็บป่วย เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทในการสร้างค่านิยม ความคิดเห็น ให้คำแนะนำหรือมีบทบาทให้ปัจเจกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพได้ เครือข่ายทางสังคม จึงส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาเยียวยาของบุคคล ซึ่งลักษณะดังกล่าว มีความสำคัญต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ในการนี้ผู้วิจัยได้ นำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็น ร่างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับ เตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 10 ข้อมาตรฐาน แล้วสร้างเป็น แบบสอบถามความคิดเห็น ตามร่างมาตรฐานการพยาบาล รอบที่ 1 สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 23 คน โดยประกอบด้วยหัวข้อมาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

มาตรฐานที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและญาติผู้ดูแล

มาตรฐานที่ 3 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพื่อนำไปสู่ความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล

มาตรฐานที่ 4 การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลและสภาพแวดล้อม

มาตรฐานที่ 5 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้

มาตรฐานที่ 6 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของแผลกดทับ

มาตรฐานที่ 7 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ

มาตรฐานที่ 8 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพื่อส่งเสริมการหายของแผลและป้องกันการเกิดแผลใหม่

มาตรฐานที่ 9 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีทักษะในการดูแลเพื่อปรับประคับประคองจิตใจและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 10 การประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

ส่วนที่ 3 การตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

การรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รอบ ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คน ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด ทั้ง 3 รอบ (ร้อยละ 100) โดยในแบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นร่างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 มาตรฐาน ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางในการระบุคำตอบ ซึ่งเป็นคะแนนมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ และให้ข้อเสนอแนะ

เพิ่มเติมเกี่ยวกับหัวข้อมาตรฐาน และรายละเอียดของข้อความในแต่ละมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหา และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median, Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Interquartile Range, IR) โดยในรอบที่ 1 ข้อความทั้งหมดมีค่ามัธยฐานสูงสุด เท่ากับ 11.0 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 2.75 ต่ำสุดเท่ากับ 0.75 ซึ่งนับได้ว่าข้อความดังกล่าว มีคุณภาพใกล้เคียงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ กล่าวคือ ต้องเป็นข้อความที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า หรือเท่ากับ 9 และ/หรือ มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 2 (จงจิตต์ คณาภุต, 2537) จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโดยรวมมาตรฐานที่มีความซ้ำซ้อนกัน เข้าไว้ด้วยกัน และเพิ่มเติมข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 จำนวน 8 มาตรฐาน ซึ่งในรอบที่ 2 นี้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากค่ามัธยฐานสูงสุด เท่ากับ 11.0 ต่ำสุดเท่ากับ 10.0 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 1.25 ต่ำสุดเท่ากับ 0.00 จากนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงข้อความอีกครั้ง ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวน 8 มาตรฐาน โดยในรอบที่ 3 นี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันมาก และมีข้อเสนอแนะเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยข้อความในแต่ละหัวข้อมาตรฐานมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.00 เท่ากันทุกข้อ ซึ่งแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันสูงสุด ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ มีเพียง 3 ข้อความเท่านั้นที่มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ไม่เท่ากับ 0.00 หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำข้อความทั้งหมดมาสรุปเป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 8 มาตรฐาน ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการจำนวน 64 ข้อ มาตรฐานเชิงเนื้อหาจำนวน 19 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ จำนวน 23 ข้อ โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานและการปรับปรุงข้อความในแต่ละข้อมาตรฐาน ดังนี้

- มาตรฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนเตรียมญาติผู้ดูแล
- มาตรฐานที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและครอบครัว
- มาตรฐานที่ 3 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
- มาตรฐานที่ 4 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้
- มาตรฐานที่ 5 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม
- มาตรฐานที่ 6 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ

มาตรฐานที่ 7 การสร้างและพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

มาตรฐานที่ 8 การประเมินผลการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

มาตรฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนเตรียมญาติผู้ดูแล ในข้อมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 6 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 4 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพให้มีความพร้อม ในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่ใช้ในการเตรียมญาติผู้ดูแล อีกทั้งพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองให้มีคุณลักษณะของผู้สื่อสารที่ดี และมีการเตรียมเอกสารหรือวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนำเสนอในตารางที่ 11 และพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของคำตอบในแต่ละข้อของผู้เรียนวิชาอยู่ในมาตรฐานที่ 1

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. ประเมินความพร้อมของตนเองในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่ใช้ในการเตรียมญาติผู้ดูแล	-	-	-	-	11.00	0.00
2. ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่มีผลกีดกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์	11.00	1.00	11.00	0.25	11.00	0.00
3. สร้างเจตคติเชิงบวกของตนเองต่อการเตรียมญาติผู้ดูแล	10.00	2.00	11.00	1.00	11.00	0.00
4. พัฒนาทักษะการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการให้คำปรึกษา และทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น	10.50	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00
5. พัฒนาบุคลิกภาพของตนเองให้มีคุณลักษณะของผู้สื่อสารที่ดี ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง การเป็นผู้ฟังที่ดี เป็นต้น	10.00	1.50	11.00	1.00	11.00	0.00
6. จัดเตรียมเอกสารหรือคู่มือในการให้ความรู้ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	10.50	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอย่างถูกต้อง	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2. พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติเชิงบวก ต่อการเตรียมญาติผู้ดูแล	11.00	1.50	11.00	0.00	11.00	0.00
3. พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการให้คำปรึกษา และทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น	11.00	2.00	11.00	1.00	11.00	0.00
4. มีเอกสาร คู่มือ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น ประกอบการเรียนรู้ของผู้ดูแล	11.00	1.50	11.00	0.00	11.00	0.00

จากตารางที่ 11 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ตั้งแต่รอบที่ 1 – รอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ในรอบที่ 1 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ สูงสุดเท่ากับ 2.00 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 และข้อความในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 2.00 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 และภายหลังจากการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันอย่างมาก ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ มีการเปลี่ยนแปลงจากรอบที่ 2 โดยในรอบที่ 3 มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00) ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจายของระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 1 “การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนเตรียมญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม คือ “การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน” เพื่อความกระชับและชัดเจนของข้อความมากขึ้น ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ข้อมาตรฐานนี้อยู่นอกเหนือประเด็นสำคัญของงานวิจัย และไม่ได้ระบุไว้ในกรอบแนวคิด จึงไม่ควรมีหัวข้ออยู่ในมาตรฐานการพยาบาล แต่ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยังเห็นด้วย ให้มีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนเตรียมญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงพิจารณาคงข้อมาตรฐานนี้ไว้ ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “การประเมินความพร้อมของตนเองในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่ใช้ในการเตรียมญาติผู้ดูแล” เป็นข้อความใหม่ ซึ่งผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไว้ในรอบที่ 3 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมของตนเองก่อน เพื่อทราบจุดบกพร่องและพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 “ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ รวมถึงติดตามความก้าวหน้าในการดูแลแผลกดทับจากหลักฐานเชิงประจักษ์” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม คือ “ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะของแผลกดทับ ได้แก่ พยาธิสรีระวิทยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ การ

ป้องกันและการรักษาแผลกดทับ” เพื่อให้พยาบาลมีการปฏิบัติ บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 “สร้างเจตคติเชิงบวกของตนเองต่อการเตรียมญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมคือ “ตรวจสอบเจตคติของตนเองต่อการเตรียมญาติผู้ดูแล” เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การตรวจสอบเจตคติไม่ได้ระบุถึงวิธีการที่ชัดเจน จึงน่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ หรือการปรับความรู้สึกของพยาบาลเองมากกว่า

4. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “พัฒนาทักษะการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการให้คำปรึกษา และทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 2 ซึ่งคือ “พัฒนาทักษะการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย” โดยรอบที่ 2 เป็นข้อความที่ปรับปรุงมาจากรอบที่ 1 คือ “ทบทวนทักษะการสอนหรือการถ่ายทอดความรู้ให้กับญาติผู้ดูแล” เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การทบทวนทักษะมีความหมายไม่ชัดเจน อีกทั้งไม่ควรระบุเฉพาะทักษะการสอนหรือการถ่ายทอดความรู้เท่านั้น และให้เพิ่มเติมทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ครอบคลุมตามทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล

5. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 “พัฒนานุคลิกภาพของตนเองให้มีคุณลักษณะของผู้สื่อสารที่ดี ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง การเป็นผู้ฟังที่ดี” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ซึ่งคือ “พัฒนานุคลิกลักษณะของตนเองให้มีคุณลักษณะของผู้สอนที่ดี ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง การเป็นผู้ฟังที่ดี ช่างสังเกต อดทน” เนื่องจากข้อความนี้เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความจำเพาะสูง อาจเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ จึงได้พิจารณาตัดบางข้อความออก เพื่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

6. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 6 “จัดเตรียมเอกสารหรือคู่มือในการให้ความรู้วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นสำหรับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้” ได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 คือ “จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ประกอบการสอน การสาธิต เอกสารหรือคู่มือในการให้ความรู้” เพื่อความชัดเจนมากขึ้น

7. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 1 “พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอย่างถูกต้อง” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะของแผลกดทับ” เนื่องจาก พยาบาลควรมีความรู้ครอบคลุมเรื่องภาวะแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับ

8. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติเชิงบวกต่อการเตรียมญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 2 คือ “พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติที่ดีต่อการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน” เพื่อความกระชับของข้อความ

9. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 3 “พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการให้คำปรึกษา และทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 คือ “พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย” โดยในรอบที่ 2 ได้ปรับปรุงมาจากในรอบที่ 1 ซึ่งคือ “พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบทบาทของผู้สอน และทักษะการสอน” และเพื่อให้สอดคล้องตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

10. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 4 “มีเอกสาร คู่มือ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นประกอบการเรียนรู้ญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม คือ “พยาบาลวิชาชีพมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ประกอบการสอนที่จำเป็นให้พร้อมก่อนการสอน” เพื่อความชัดเจนในการ ประเมินผลลัพธ์

11. ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ออกไปดังนี้ ในรอบที่ 1 ได้ตัดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 3 “พยาบาลวิชาชีพมีคุณลักษณะของ ผู้สอนที่ดี” เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าการกำหนดผลลัพธ์หรือผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นดังกล่าวอาจ เป็นไปได้อีกในทางปฏิบัติ และในรอบที่ 2 ได้ตัดมาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 คือ “บทบาท ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้สอนในฐานะของ ผู้อำนวยการ ผู้ประสานงาน เป็นผู้วางแผน และเป็นผู้ประเมินผลการเรียนรู้” เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีคามยุ่งยากในทางปฏิบัติ และมีความซ้ำซ้อนกับข้อความอื่น

มาตรฐานที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและครอบครัว

ในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 6 ข้อ และมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ 2 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงสร้างสรรค์ระหว่างพยาบาลกับ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ร่วมกับการคัดเลือญาติผู้ดูแลและการตกลงบริการ โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลกับ ญาติผู้ดูแล ก่อนการเริ่มต้นเตรียมญาติผู้ดูแลต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดึงนำ เสนอในตารางที่ 12 และพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของค่าตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญในมาตรฐานที่ 2

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. แนะนำตัว สถานที่ปฏิบัติงาน ในครั้งแรกที่พบกับผู้ปวยและครอบครัว พูดุด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ครึ่งต่อไปทักทายตามปกติ	11.00	1.00	11.00	0.25	11.00	0.00
2. แจ้งให้ผู้ปวยและครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเตรียมญาติ ผู้ดูแล และบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล	10.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3. ให้ผู้ปวยและสมาชิกในครอบครัวเลือกบุคคลในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ปวยที่บ้านหรือเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล”	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
4. กำหนดข้อตกลงร่วมกับญาติผู้ดูแล ดังนี้						
4.1 พยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล ในด้าน ความรู้ เจตคติ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ปวยที่มีผลกดทับที่บ้าน	11.00	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00
4.2 สถานที่และช่วงเวลาที่ใช้ในการเตรียม โดยพิจารณาตามความสะดวกและความสามารถในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล รวมถึงระดับความรู้แรงของผลกดทับ	10.00	1.00	10.00	1.00	11.00	0.00
5. ทบทวน สรุปข้อความสำคัญ และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. ผู้ป่วยและครอบครัวให้การต้อนรับ พุดคุย ด้วยอัธยาศัยไมตรี และยินดีให้ความร่วมมือในการเตรียมญาติผู้ดูแล	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2. ญาติผู้ดูแลยอมรับข้อตกลง เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน	10.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

จากตารางที่ 12 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ตั้งแต่ในรอบที่ 1 – รอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ในรอบที่ 1 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 และข้อความในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของทั้งมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์เท่ากับ 1.00 เท่ากันทุกข้อ และภายหลังจากการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันอย่างมาก ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นโดยในรอบที่ 3 มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00) ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจายของระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 2 “การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและครอบครัว” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและญาติผู้ดูแล” เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ควรมีการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวด้วย แล้วให้ผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เลือกรูปคคลในครอบครัวเพื่อให้ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล ในขั้นตอนนี้ส่วน ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “แนะนำตัว สถานที่ปฏิบัติงานในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยและครอบครัว พูดคุยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ครั้งต่อไปทักทายตามปกติ” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “ครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำตัว สถานที่ปฏิบัติงาน ครั้งต่อไปทักทายตามปกติ” เพื่อให้เห็นแนวทางของการสร้างสัมพันธภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 “แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเตรียมญาติผู้ดูแลและบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพยาบาลในการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน” เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ในขั้นตอนนี้ควรมีการอธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พิจารณาเลือกรูปบุคคลได้อย่างเหมาะสม

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 “ให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเลือกรูปบุคคลในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน” ได้ปรับปรุงแก้ไขมาจากข้อความเดิม คือ “ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเลือกบุคคลในครอบครัวที่จะทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือญาติผู้ดูแล และผู้ดูแลรองหากเป็นไปได้” ซึ่งข้อความนี้เป็นข้อความที่ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมใหม่ไว้ในรอบที่ 2 ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

4. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “กำหนดข้อตกลงร่วมกับญาติผู้ดูแล 4.1) พยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล ในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน และ 4.1) สถานที่และช่วงเวลาที่ใช้ในการเตรียม โดยพิจารณาตามความสะดวกและความสามารถในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล รวมถึง ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 ข้อ “4.1) พยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล และข้อ 4.2) ช่วงเวลาและระยะเวลาที่ใช้ในการเตรียมครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของแผลกดทับและความสะดวกของญาติผู้ดูแล” โดยข้อความนี้ได้ปรับปรุงมาจากรอบที่ 2 คือ “กำหนดข้อตกลงร่วมกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับช่วงเวลาและระยะเวลาที่จะใช้ในการเตรียม โดยครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที หรือตามความสะดวกของญาติผู้ดูแล” เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นว่า ควรพิจารณาตามความสะดวกของญาติผู้ดูแลและความซับซ้อนของแผลกดทับเป็นหลัก ส่วนช่วงเวลาไม่ควรน้อยกว่า 30 นาที เพราะจะทำให้ไม่ได้อะไรที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงข้อความใหม่และในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ช่วงเวลา 30 นาที อาจนานเกินไปสำหรับญาติผู้ดูแลบางรายจึงควรให้พิจารณาตามความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อความอีกครั้งได้ดังกล่าวข้างต้น

5. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 “ทบทวน สรุปข้อความสำคัญ และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “ทบทวน สรุปข้อความสำคัญ และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป เพื่อเริ่มต้นการเตรียมญาติผู้ดูแล” เพื่อความกระชับและชัดเจนมากขึ้น

6. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 1 “ผู้ป่วยและครอบครัวให้การต้อนรับ พுகุญด้วย อธิษาศัยโมตริ และยินดีให้ความร่วมมือในการเตรียมญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้การต้อนรับ พுகุญด้วยอธิษาศัยโมตริ และยินดีให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็น” เพื่อให้ชัดเจนและสอดคล้องตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

7. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ญาติผู้ดูแลยอมรับข้อตกลงเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “ญาติผู้ดูแลยอมรับการเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน” เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

มาตรฐานที่ 3 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

ในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 9 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 2 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ เพื่อนำไปสรุปเป็นข้อวินิจฉัยปัญหาความต้องการของผู้ป่วย จากนั้นกำหนดให้เป็นประเด็นความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับญาติผู้ดูแล ให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนำเสนอในตารางที่ 13 และพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของค่าตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญในมาตรฐานที่ 3

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยการพูดคุย ซักถาม และสังเกตจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การอภิปรายร่วมกับทีมสุขภาพและศึกษาจากบันทึกรายงานต่าง ๆ	11.00	0.75	11.00	0.00	11.00	0.00
2. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้						
2.1 ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
2.2 ประเมินลักษณะของแผลกดทับ ได้แก่ ตำแหน่ง ขนาด ระดับความรุนแรงของแผล และการติดเชื้อ เป็นต้น	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2.3 ประเมินภาวะโภชนาการ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย หรือสังเกตจากรูปร่าง ลักษณะผิวหนัง และปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน เป็นต้น	11.00	2.00	11.00	1.00	11.00	0.00
2.4 ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เจ็บปวดแผล ภาวะใช้ เป็นต้น	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
2.5 ประเมินภาวะจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3. ประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดผลกดทับ หรือเกิดการคุกคามของแผล เช่น สภาพที่นอน ความชื้น ความสะอาด	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และสรุปเป็นข้อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
5. กำหนดประเด็นการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ให้ความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	11.00	1.75	11.00	0.00	11.00	0.00
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยปัญหาความต้องการ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2. ประเด็นการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00

จากตารางที่ 13 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ตั้งแต่ในรอบที่ 1 – รอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ในรอบที่ 1 รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันอย่างมากตั้งแต่ในรอบแรก ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ในรอบที่ 1 สูงสุดเท่ากับ 2.00 ต่ำสุดเท่ากับ 0.75 และภายหลังการปรับปรุงข้อความ ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ในรอบที่ 3 จึงต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00) ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ในรอบที่ 1 มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.50 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 2.00 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 ส่วนในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00) ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจายของระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 3 “การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ”

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 คือ “การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพื่อนำไปสู่ความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล” เพื่อความกระชับของข้อความ ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยการพูดคุย สังเกต ซักถาม การอภิปรายร่วมกับทีมสุขภาพ และการศึกษาจากบันทึกรายงานต่างๆ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดำเนินโรคของแผล ประวัติการรักษา แผลกดทับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล Albumin , CBC, FBS และผลการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โดยการสังเกต การซักถามจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การอภิปรายร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาจากบันทึกรายงานต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ โรคประจำตัว หรือยาที่มีผลต่อการหายของแผล” เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 “ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 2.1) ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิมในรอบที่ 2 คือ “การประเมินความสามารถของร่างกาย” ซึ่งข้อความนี้เป็นข้อความใหม่ที่ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2.3) “ประเมินภาวะโภชนาการ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย หรือสังเกตรูปร่าง ลักษณะผิวหนัง และปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน”

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 ซึ่งคือ “ประเมินภาวะโภชนาการ โดยพิจารณาจากน้ำหนักตัวและการได้รับปริมาณสารอาหารในแต่ละวัน” เพื่อความชัดเจนในทางปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

4. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2.4) “ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เจ็บปวดแผล ภาวะไข้” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 ซึ่งคือ “ประเมินความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับหรือการรักษาแผลกดทับ” เนื่องจากผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มักจะรู้สึกปวดแผลอย่างรุนแรง แต่เป็นความรู้สึกปวดที่ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย

5. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2.5) “ประเมินภาวะจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะเศรษฐกิจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 “ประเมินภาวะจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคิด ภาวะจิตวิญญาณ ภาวะเศรษฐกิจ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย” เพื่อให้ครอบคลุมตามประเด็นที่สำคัญ

6. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 “การประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ที่อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ หรือเกิดการรุกรานของแผล” เป็นข้อความใหม่ที่ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2

7. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “นำข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “นำข้อมูลทั้งปรนัยและอัตนัยที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่แผลกดทับ ร่วมกับญาติผู้ดูแล”

8. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 “กำหนดประเด็นการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลให้มีความสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ร่วมกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล” ได้ปรับปรุง มาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 ซึ่งคือ “ร่วมกับญาติผู้ดูแลในการกำหนดข้อวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลเอง จากข้อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ” เนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล

9. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ประเด็นการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย” เป็นข้อความใหม่ที่ผู้วิจัยได้เพิ่มเติม ไว้ในรอบที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องตามมาตรฐานเชิงกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลง

10. ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อความในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ออกไปดังนี้ คือ ในรอบที่ 1 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ที่มีผลกดทับ” และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 3 “ญาติผู้ดูแลได้รับการกำหนดข้อวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้” โดยในรอบที่ 2 ผู้วิจัยได้รวมมาตรฐานทั้ง 2 ข้อเข้าไว้ด้วยกันเป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดประเด็นการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล” และในรอบที่ 3 ผู้วิจัยพิจารณาตัดข้อความนี้ออก เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อความมีความหมายซ้ำซ้อนกัน

มาตรฐานที่ 4 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้

ในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยข้อความใน มาตรฐานเชิงกระบวนการ 12 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 4 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของการประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้มีความเหมาะสม ร่วมกับการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลในด้านจิตสังคม โดยการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยและการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแล รวมทั้ง การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยข้อความในมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลคังนำเสนอในตารางที่ 14 โดยในรอบที่ 1 ผู้วิจัยขอนำเสนอคำมัชยฐาน และคำพิสัยระหว่างควอร์ไทล์เฉพาะค่าของข้อความ ที่สามารถนำไปปรับปรุงเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 เท่านั้น และได้พิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 14 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของค่าตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญในมาตรฐานที่ 4

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล ดังนี้						
1.1 ภาวะสุขภาพทางกาย ที่อาจเป็น/ ไม่เป็นอุปสรรค ต่อการรวมกิจกรรมการเรียนรู้	-	-	-	-	11.00	0.00
1.2 ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด ความจำ ความเข้าใจและการปฏิบัติ เป็นต้น	11.00	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00
1.3 เจตคติต่อผู้ช่วยและการทำหน้าที่ผู้ดูแล ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม ที่อาจส่งผลต่อการดูแลผู้ช่วยที่มีผลกีดกันที่บ้าน	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
1.4 สภาพจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น	11.00	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00
2. ประเมินสภาพแวดล้อมโดยพิจารณาความเหมาะสมของสถานที่ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	10.00	2.75	10.00	1.25	11.00	1.00
3. วางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้ความสอดคล้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถทางสติปัญญา เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม สภาพจิตใจ และภาวะเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล ตลอดจนสภาพแวดล้อม โดยคำนึงถึงข้อจำกัดที่เป็นไว้อย่างครบถ้วน	11.00	1.75	11.00	0.00	11.00	0.00

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
4. อธิบาย/ เลกเป็ลยความคิดเห็นกับญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อสร้างเจตคติเชิงบวกและให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
5. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัว หรือสถานการณ์ซึ่งซึ่งเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
6. ให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแล เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับความเครียด วิตกกังวล กลัว หรือสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของสภาพทางอารมณ์เหล่านั้น	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
7. ให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เตียงนอน ที่นอน และวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาด เป็นต้น	11.00	2.00	11.00	1.00	11.00	0.00
8. จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล เช่น สถานที่ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ อาจจัดแปลงตามสภาพที่อยู่อาศัยหรือบริเวณข้างเคียงผู้ป่วย โดยจัดให้มีความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยผู้ป่วย ไม่เป็นเสียรบกวน และมีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ มีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับ ภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถทางสติปัญญา เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม สภาพจิตใจ และภาวะเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
2. ผู้ดูแลมีเจตคติเชิงบวกต่อผู้ป่วย และการทำหน้าที่ของผู้ดูแล	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
3. ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียด วิตกกังวล และกลัว ของ ตนเองได้	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
4. สภาพแวดล้อมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เอื้อต่อการเรียนรู้ของ ผู้ดูแล	10.50	1.75	11.00	1.00	11.00	0.00

จากตารางที่ 14 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ตั้งแต่ในรอบที่ 1 – รอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการมีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันมาก ตั้งแต่ในรอบที่ 1 หรือ 2 ค่าพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์ในรอบที่ 1 สูงสุดเท่ากับ 2.75 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 ส่วนในรอบที่ 2 ค่าพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 1.25 ต่ำสุดเท่ากับ 0.00 ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ในรอบที่ 2 เท่ากับ 1.00 เท่ากันทุกข้อ และหลังจากได้ปรับปรุงข้อความในรอบที่ 3 แล้ว ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของมาตรฐานเชิงกระบวนการสูงสุดเท่ากับ 1.00 ต่ำสุดเท่ากับ 0.00 ของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00)

มาตรฐานที่ 4 “การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากมาตรฐานเดิม ในรอบที่ 1 ซึ่งคือ มาตรฐานที่ 4 “การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลและสภาพแวดล้อม” และชื่อมาตรฐานที่ 5 “การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้” โดยนำมาตรฐานทั้ง 2 ข้อมารวมกัน แล้วใช้ชื่อเดิมของหัวข้อมาตรฐานที่ 5 ดังกล่าว ทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่ามาตรฐานทั้ง 2 ข้อ มีความซ้ำซ้อน และคล้ายคลึงกัน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน อีกทั้งมีรายละเอียดของกิจกรรมต่าง ๆ มากเกินไปอาจเกิดความยุ่งยากในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ จึงควรรวมมาตรฐานทั้ง 2 ข้อ เข้าไว้ด้วยกัน ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “ประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล ดังนี้ 1.1) ภาวะสุขภาพทางกาย 1.2) ความสามารถทางสติปัญญา 1.3) เจตคติต่อผู้ป่วยและการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม 1.4) สภาพจิตใจ ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล กลัว” โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความเหล่านี้มาจาก รอบที่ 2 “ประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลและสภาพแวดล้อม ดังนี้ 1.1) ความสามารถทางสติปัญญา 1.2) เจตคติต่อผู้ป่วย และการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแล ความเชื่อ ค่านิยม 1.3) สภาพจิตใจ ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล กลัว และ 1.4) ความเหมาะสมของสถานที่ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้” โดยในรอบที่ 2 ได้แยกข้อความ “1.4) ความเหมาะสมของสถานที่ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้” ออกมาเป็น

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 และ 3 และได้เพิ่มข้อความใหม่ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ คือ “1.5)ภาวะทางเศรษฐกิจ เช่น ฐานะความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพ” ไว้ในรอบที่ 3

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 “วางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถทางสติปัญญา เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมวัฒนธรรม และสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล ตลอดจนสภาพแวดล้อม โดยคงเนื้อหาสาระที่จำเป็นไว้อย่างครบถ้วน” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “วางแผนการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับความสามารถในการรับรู้ ความสามารถทางสติปัญญา และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย”

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “อธิบาย/ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อสร้างเจตคติเชิงบวก และตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “อธิบายให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และความสำคัญของญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย” เพื่อให้เห็นถึงวิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมเจตคติเชิงบวกของญาติผู้ดูแลได้ชัดเจนขึ้น

4. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 “เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เครียด วิตกกังวล กลัว หรือสถานการณ์ซึ่งเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกถึงต้นเหตุของความรู้สึก กลัว วิตกกังวล ความคับข้องใจ และให้บอกถึงความต้องการเพื่อคลี่คลายความรู้สึกเหล่านั้น” เพื่อเห็นแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 6 “ให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแลเพื่อร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับความ เครียด วิตกกังวล กลัวหรือสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของสภาพทางอารมณ์เหล่านั้น” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “ให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแลเพื่อช่วยจัดการเกี่ยวกับสถานการณ์ซึ่งเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น” เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่าหลักการให้คำปรึกษา ไม่ควรใช้คำว่า “ช่วยจัดการปัญหา” แต่ควรให้ให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะใช้วิธีการใดในการแก้ปัญหาเหล่านั้น

6. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 1 “แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถทางสติปัญญา เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม และสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 คือ “รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีความสอดคล้องและเหมาะสม กับความสามารถทางสติปัญญา

ของญาติผู้ดูแล” ซึ่งเป็นข้อความใหม่ที่ผู้วิจัยเพิ่มเติมเข้ามา ในรอบที่ 2 เพื่อให้ครอบคลุมตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

7. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ญาติผู้ดูแลมีเจตคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยและการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแล” เป็นข้อความใหม่ที่ผู้วิจัยเพิ่มเติมเข้ามา ในรอบที่ 2 เพื่อให้ได้สาระครอบคลุมตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

8. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 3 “ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียด วิตกกังวล กลัว ของตนเองได้” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 คือ “ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยไม่มี/บรรเทา ความเครียด วิตกกังวล กลัว” ซึ่งเป็นข้อความใหม่ ที่ผู้วิจัยเพิ่มเติมเข้ามา ในรอบที่ 2 เพื่อให้ครอบคลุมตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

9. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 4 “สภาพแวดล้อมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เอื้อต่อการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล” ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “มีการเตรียมความพร้อมในด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้” เพื่อความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

มาตรฐานที่ 5 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม

ในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 12 ข้อ มาตรฐานเชิงเนื้อหา 19 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 4 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน โดยประกอบด้วย เนื้อหาสาระเกี่ยวกับ ภาวะแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับ การดูแลทั่วไปทางด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคม โดยข้อความในมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดึงนำเสนอในตารางที่ 15 โดยในรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำเสนอคำมัชฌานและคำพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของข้อความเดิมในมาตรฐานที่ 6-9 เฉพาะข้อความที่สามารถนำไปปรับปรุงเป็น มาตรฐานที่ 5 ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เท่านั้น และได้พิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 15 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของค่าตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญ ในมาตรฐานที่ 5

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้ เกี่ยวกับกา ดูแลผู้ป่วยที่มีผลกดทับแบบองค์รวม โดยการพูดคุย ชักถาม และสังเกต	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2. วางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยที่มีผลกดทับแบบองค์รวม ตามประเด็นการเรียนรู้ในส่วนที่ขาด/ พร่อง	10.00	1.75	11.00	1.00	11.00	0.00
3. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีผล กดทับแบบองค์รวม ตามมาตรฐานเชิงเนื้อหา ดังนี้	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3.1 อธิบายความรู้เกี่ยวกับภาวะผลกดทับ						
3.2 อธิบายวิธีการประเมินลักษณะของผลกดทับ ตามแบบประเมิน ผู้ป่วยที่มีผลกดทับ (เอกสารแนบท้าย)	10.50	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00
3.3 อธิบาย/ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทำความ สะอาดแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อที่ปน	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3.4 อธิบายวิธีการทำความสะอาดแผลกดทับ ตามระดับความรุนแรง ของแผลปัจจุบันและอธิบายถึงระดับที่เพิ่มและลดลงอีก 1-2 ระดับ	10.50	1.00	11.00	1.00	11.00	0.00

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงเนื้อหา						
1. ภาวะแปลกทับ						
1.1 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
1.2 กลไกการเกิดแผลกดทับ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
1.3 ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
1.4 กลไก/กระบวนการการหายของแผลกดทับ	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
1.5 ภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับ						
2. การดูแลแผลกดทับ						
2.1 การประเมินลักษณะของแผลกดทับ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2.2 การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทำความสะอาดให้สะอาด	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
ปราศจากเชื้อที่บ้าน						
2.3 การทำความสะอาดแผลกดทับ ระดับ ที่ 1-4	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2.4 การตัดสินใจขอความช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
3. การดูแลทั่วไปทางร่างกาย						
3.1 การจัดทำทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงเนื้อหา						
3.2 การเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3.3 การดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3.4 การดูแลผิวหนังหลังการขยับอวัยวะและเปลี่ยนผ้าปูที่นอน	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
3.5 การดูแลด้านการรื้อถอนที่ผู้ป่วยได้รับ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
4. การดูแลด้านจิตสังคม						
4.1 ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
4.2 การปรับตัวและจิตใจของผู้ป่วย	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
4.3 การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองคร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทางร่างกายและด้านจิตสังคม	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

จากตารางที่ 15 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น และมีคุณภาพใกล้เคียงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ในรอบที่ 1 โดยเมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของค่าความสอดคล้อง ในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มมากขึ้นอีก กล่าวคือ ในรอบที่ 1 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการมีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 1.75 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 ส่วนมาตรฐานเชิงเนื้อหาที่มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์เท่ากับ 1.00 เท่ากันทุกข้อ ส่วนในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหาและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันอย่างมาก ส่วนค่าพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยในรอบที่ 3 มีเพียง 2 ข้อความเท่านั้น ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไม่เท่ากับ 0.00

มาตรฐานที่ 5 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากมาตรฐานเดิมในรอบที่ 1 ซึ่งคือ มาตรฐานที่ 6 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของแผลกดทับ” มาตรฐานที่ 7 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ” มาตรฐานที่ 8 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและป้องกันการเกิดแผลใหม่” และมาตรฐานที่ 9 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีทักษะในการดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย” โดยผู้วิจัยได้นำมาตรฐานทั้ง 4 ข้อมารวมกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะว่ามาตรฐานทั้ง 4 ดังกล่าวเป็นการส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้กับญาติผู้ดูแล ซึ่งมีกระบวนการที่คล้ายคลึงกัน และมีความซ้ำซ้อนกันในกิจกรรมบางอย่าง สมควรรวมมาตรฐานทั้ง 4 ข้อ เข้าไว้ด้วยกันหรืออาจแยกเป็นมาตรฐานในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้กับญาติผู้ดูแล 1 มาตรฐาน และมาตรฐานเกี่ยวกับการฝึกทักษะการดูแลแผลกดทับอีก 1 ข้อมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขโดยในรอบที่ 2 ได้แยกมาตรฐานดังกล่าวออกเป็น 2 ข้อมาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 5 ซึ่งคือข้อมาตรฐานนี้ และมาตรฐานที่ 6 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ” ซึ่งจะได้นำมาในลำดับต่อไป ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหาและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของญาติผู้ดูแล ก่อนการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม โดยการพูดคุยซักถามและสังเกต” โดยผู้วิจัยได้นำข้อความใน มาตรฐานเชิงกระบวนการ ของหัวข้อมาตรฐานที่ 6-9 ในรอบที่ 1 เกี่ยวกับการ “ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้” มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 “วางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม ตามประเด็นการเรียนรู้ในส่วนที่ขาด/พร่อง” โดยผู้วิจัยได้นำข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการของหัวข้อมาตรฐานที่ 6-9 ในรอบที่ 1 เกี่ยวกับการ “กำหนดวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการสอน และการประเมินผล” มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 “จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม ตามมาตรฐานเชิงเนื้อหา ดังนี้ 3.1) อธิบายความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ 3.2) อธิบายวิธีการประเมินลักษณะของแผลกดทับ 3.3) อธิบาย/ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทำความสะอาดแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อที่บ้าน 3.4) อธิบายวิธีการทำความสะอาดแผลกดทับตามระดับความรุนแรงของแผลปัจจุบัน และอธิบายถึงระดับที่เพิ่มขึ้นและลดลงอีก 1 -2 ระดับ 3.5) อธิบาย/ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลทั่วไปด้านร่างกาย 3.6) แสดง/สาธิตวิธีการจัดทำทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการจัดทำทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3.7) อธิบาย/ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อสภาพจิตสังคมของผู้ป่วย และ 3.9) อธิบาย/ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ แนวทางการดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย” โดยผู้วิจัยได้นำข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ ของหัวข้อมาตรฐานที่ 6-9 เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล” มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม โดยเรียงลำดับขั้นตอนการปฏิบัติให้ชัดเจน และสะดวกในการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น

4. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ถึงการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ให้มีความเหมาะสมและทบทวนข้อความสำคัญของการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อหลัง สิ้นสุดการสนทนาทุกครั้ง” เป็นข้อความใหม่ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมในรอบที่ 2

5. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 “ประเมินผลการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลโดยการซักถามถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับการสังเกตวิธีการจัดทำทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตสังคม” ผู้วิจัยได้นำข้อความใน

มาตรฐานเชิงกระบวนการของหัวข้อมาตรฐานที่ 6-9 ในรอบที่ 1 เกี่ยวกับการ “การประเมินผลการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล” มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น

6. ผู้วิจัยได้นำข้อความในมาตรฐานเชิงเนื้อหา ของหัวข้อมาตรฐานที่ 6-9 ในรอบที่ 1 เกี่ยวกับ “1) ภาวะแผลกดทับ 2) การดูแลแผลกดทับ 3) การดูแลทั่วไปด้านร่างกาย 4) การดูแลด้านจิตสังคม” มาปรับปรุงโดยได้เพิ่มเติมข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ “ข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ ได้เพิ่มเติมข้อ 1.4) กลไก/กระบวนการหายของแผลกดทับ และข้อ 1.5) ภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับ ส่วนข้อ 2) การดูแลแผลกดทับ ได้เพิ่มเติมข้อ 2.4) การตัดสินใจขอความช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย และในรอบที่ 2 ได้เพิ่มเติมข้อความอีกครั้ง คือ ข้อที่ 5) ผลลัพธ์จากการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแล และข้อ 6) การประเมินประจักษ์ของญาติผู้ดูแล” ไว้ในรอบที่ 3 ซึ่งในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับข้อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อความดังกล่าวออกจากมาตรฐานการพยาบาลฉบับสมบูรณ์

7. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ คือ “ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวม ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม” ได้แก้ไขมาจากข้อความเดิม คือ “ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับ การดูแลทั่วไปทางด้านร่างกาย และการดูแลด้านจิตสังคมอย่างถูกต้อง” ซึ่งข้อความนี้ผู้วิจัยได้นำข้อความในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของมาตรฐานที่ 6-9 ในรอบที่ 1 มาปรับปรุงจนได้เป็นข้อความดังกล่าว

มาตรฐานที่ 6 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ

ในมาตรฐานนี้ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 7 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 2 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลแผลกดทับที่บ้าน โดยประกอบด้วย การฝึกทักษะการประเมินลักษณะของแผลกดทับ และการทำความสะอาดแผลกดทับ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยข้อความในหัวข้อมาตรฐานนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนำเสนอในตารางที่ 16 โดยในรอบที่ 1 ผู้วิจัยขอเสนอคำขวัญ และคำพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์ ของข้อความเดิมในมาตรฐานที่ 7 เฉพาะข้อความที่สามารถนำไปปรับปรุงเป็นมาตรฐานที่ 6 ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เท่านั้น และได้พิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 16 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของค่าตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญในมาตรฐานที่ 6

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผลิตภัณฑ์ของผู้ดูแล โดยการพูดคุย ชักถาม และสังเกต	10.00	2.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2. วางแผนการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผลิตภัณฑ์ให้กับ ญาติผู้ดูแลตามประเด็นการเรียนรู้ในส่วนที่ขาด/พร่อง	11.00	1.75	11.00	0.00	11.00	0.00
3. จัดกิจกรรมการฝึกทักษะ ดังนี้						
3.1 ให้อาสาสมัครประเมินลักษณะของผลิตภัณฑ์ครั้งแรก โดยการ กำกับดูแลของพยาบาล และฝึกประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผล ด้วยตนเองตามระยะเวลาที่กำหนดในมาตรฐานเชิงเนื้อหา	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
3.2 สารคดี/ สอนแนะ วิธีการทำความสะอาดผลิตภัณฑ์ให้ผู้ป่วย จากนั้นให้อาสาสมัครซักถามถึงวิธีการทำความสะอาดผลิตภัณฑ์	-	-	-	-	11.00	0.00
3.3 ให้อาสาสมัครฝึกทำความสะอาดผลิตภัณฑ์ด้วยตนเองในครั้ง ต่อไปโดยอาจมี/ ไม่มีพยาบาลช่วยกำกับดูแล ทั้งนี้ให้พิจารณาตาม ความเหมาะสม	-	-	11.00	0.50	11.00	0.00

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
4. ประเมินผลการฝึกทักษะของญาติผู้ดูแล จากใบประเมินลักษณะของแผลกดทับ และสังเกตวิธีการทำความสะอาดแผลกดทับ	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
5. กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับในระดับความรุนแรงที่ 3-4 พยาบาลควรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/ สัปดาห์ เพื่อคอยดูแลช่วยเหลือ และพัฒนาทักษะของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. ญาติผู้ดูแลมีทักษะในการประเมินลักษณะของแผลกดทับ และการทำความสะอาดแผลกดทับ	-	-	11.00	0.75	11.00	0.00
2. ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับที่ 3-4 ได้รับการติดตามปัญหา/เยี่ยมบ้าน อย่างน้อย 1 ครั้ง/ สัปดาห์	-	-	-	-	11.00	0.00

จากตารางที่ 16 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น และมีคุณภาพใกล้เคียงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ในรอบที่ 1 โดยเมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของค่าความสอดคล้องในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มมากขึ้นอีก กล่าวคือ ในรอบที่ 1 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการมีค่ามัธยฐาน สูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 2.00 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 ส่วนในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐาน สูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันอย่างมาก ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ในรอบที่ 2 มีเพียง 2 ข้อความเท่านั้น ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไม่เท่ากับ 0.00 และในรอบที่ 3 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00) ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจายของระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 6 “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก มาตรฐานที่ 7 เดิมในรอบที่ 1 ซึ่งคือ “การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ” ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ดังที่ได้กล่าวไว้ในมาตรฐานที่ 5 ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลแผลกดทับของญาติผู้ดูแล โดยการพูดคุย ชักถาม และสังเกต” ผู้วิจัยได้ ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับวิธีการดูแลแผลกดทับ โดยการชักถาม และสังเกต” เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของมาตรฐานนี้

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 “วางแผนการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะ เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ ให้กับญาติผู้ดูแลตามประเด็นการเรียนรู้ในส่วนที่ขาด/พร่อง” ได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “กำหนดวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการสอน และการประเมินผล” เพื่อให้ข้อความครอบคลุมการปฏิบัติตามสาระของข้อความเดิม โดยไม่จำเป็นต้องแจกแจงในรายละเอียดของกิจกรรมต่าง ๆ

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 “จัดกิจกรรมการฝึกทักษะ เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับให้กับญาติผู้ดูแล ดังนี้ 3.1) ให้ญาติผู้ดูแลฝึกประเมินลักษณะของแผลกดทับครั้งแรกโดยการกำกับดูแลของพยาบาลและประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผลด้วยตนเอง 3.2) สาธิต/ สอนแนะวิธีการทำความสะอาดแผลกดทับให้ผู้ป่วย จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับวิธีการทำความสะอาด

สะอาดแผลกดทับ 3.3) ให้ญาติผู้ดูแลฝึกทำความสะอาดแผลกดทับด้วยตนเองในครั้งต่อ ๆ ไปโดยอาจมี/ ไม่มีพยาบาลช่วยกำกับดูแล ทั้งนี้ให้พิจารณาตามความเหมาะสม” เป็นข้อความที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก ข้อความเดิมในรอบที่ 1 ซึ่งเกี่ยวกับการ “จัดกิจกรรมฝึกทักษะให้กับญาติผู้ดูแล” โดยในข้อ 3.2) นั้น ได้เพิ่มเติมใหม่ในรอบที่ 2 ส่วนข้อ 3.3) ได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม คือ “ให้ญาติผู้ดูแลฝึกทำความสะอาดแผลกดทับโดยการกำกับดูแลของพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งจากนั้นให้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง” โดยผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่า “การให้พยาบาลกำกับดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง” อาจเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย แต่อาจเป็นไปได้ยากในการปฏิบัติงานในชุมชน เนื่องจาก เมื่อพยาบาลสาธิตแล้วให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับแล้ว จากนั้นอาจต้องปล่อยให้ญาติผู้ดูแลทำแผลเองในครั้งต่อ ๆ ไป โดยไม่ได้กำกับดูแลจึงควรให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “ประเมินผลการฝึกทักษะของญาติผู้ดูแล จากผลการประเมินลักษณะของแผลกดทับและสังเกตวิธีการทำความสะอาดแผลกดทับ” เป็นข้อความที่ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 เกี่ยวกับการ “ประเมินผลการฝึกทักษะ” เพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรม การฝึกทักษะที่จัดให้กับญาติผู้ดูแล

5. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 “กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับในระดับความรุนแรงที่ 3-4 พยาบาลควรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อคอยดูแลช่วยเหลือและพัฒนาทักษะของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง” เป็นข้อความเดิมในหัวข้อมาตรฐานที่ 7 คือ “กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับในระดับความรุนแรงที่ 3-4 พยาบาลต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลแผลกดทับที่เกินขีดความสามารถของญาติผู้ดูแล รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลและประเมินความก้าวหน้าของแผลกดทับ ทั้งนี้อาจประสานความร่วมมือกับ แหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านในชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความในรอบที่ 2 โดยตัดข้อความที่ซ้ำซ้อนออก เพื่อความกระชับและชัดเจนมากขึ้น

6. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 1 “ญาติผู้ดูแลมีทักษะในการประเมินลักษณะของแผลกดทับและ การทำความสะอาดแผลกดทับ” ผู้วิจัยได้นำข้อความนี้มาจากมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ของมาตรฐานที่ 7 ในรอบที่ 1

7. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับที่ 3-4 ได้รับการติดตามปัญหา/เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์” เป็นข้อความใหม่ ที่ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมเข้ามาในรอบที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ

มาตรฐานที่ 7 การประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

มาตรฐานนี้ ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 4 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 2 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของการประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีในชุมชนของผู้ป่วย ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงระบบเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพดังกล่าวอย่างเหมาะสม โดยข้อความในมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดึงนำเสนอในตารางที่ 17 และพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 17 คำนวณฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของค่าตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญในมาตรฐานที่ 7

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. สำรวจแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านในชุมชน ทั้งในระบบหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานในสังคม และระบบสังคมที่เกี่ยวเนื่อง โดยสอบถามข้อมูลจากญาติผู้ดูแลร่วมด้วย	11.00	1.75	11.00	1.00	11.00	0.00
2. ประสานความร่วมมือกับแกนนำของแต่ละแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น เพื่อให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการช่วยเหลือและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง	10.50	1.75	11.00	1.00	11.00	0.00
3. แจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีในชุมชน และวิธีการขอรับความช่วยเหลือหรือการเข้าถึงบริการจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
4. สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลเข้าถึงระบบสังคมที่เกี่ยวเนื่อง หรือระบบเครือข่าย เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ และไม่รู้สึกลัวถูกทอดทิ้งจากบุคคลในชุมชน	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. พยาบาลวิชาชีพมีการสร้างและพัฒนาความร่วมมือ กับแหล่งเครือข่าย สนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างเหมาะสม	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00
2. ผู้ดูแล สามารถเข้าถึงแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ที่บ้านในชุมชนได้อย่างเหมาะสม	11.00	1.00	11.00	0.00	11.00	0.00

จากตารางที่ 11 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น และมีคุณภาพใกล้เคียงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ในรอบที่ 1 โดยเมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของค่าความสอดคล้องในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มมากขึ้นอีก กล่าวคือ ใน รอบที่ 1 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐาน สูงสุดเท่ากับ 11.00 ต่ำสุดเท่ากับ 10.50 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์สูงสุดเท่ากับ 1.75 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 ส่วนในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันอย่างมาก ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ในรอบที่ 2 มีเพียง 2 ข้อความเท่านั้น ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไม่เท่ากับ 0.00 และในรอบที่ 3 ค่าพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์ต่ำสุด เท่ากันทุกข้อ (0.00) ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจาย ของระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 7 “การสร้างและพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ซึ่งคือ มาตรฐานที่ 10 ในรอบที่ 1 “การ ประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)” โดยในรอบที่ 3 ได้ตัดคำว่า “(Home Health Care)” ออกไป เนื่องจากแหล่งเครือข่ายสนับสนุน การดูแลสุขภาพที่บ้าน มีทั้งในระบบหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานในสังคม และระบบสังคม ที่เกี่ยวข้องกัน ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้ แสดงความคิดเห็นและ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “สำรวจแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านในชุมชน ทั้งระบบหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานในสังคมและระบบสังคมที่เกี่ยวข้องกัน โดยสอบถามข้อมูลจากญาติผู้ดูแลร่วมด้วย” ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “การสำรวจแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งในระบบหน่วยงานของภาครัฐ ใน ชุมชน ระบบสังคม และระบบเครือข่าย เพื่อค้นหาแกนนำในแต่ละกลุ่ม แต่ละองค์กรหรือแต่ละ ภาคร” เนื่องจากญาติผู้ดูแลจะทราบว่าในชุมชนของตน มีหน่วยงานหรือระบบสังคมในส่วนใดบ้าง ที่สามารถสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 2 คือ “ประสานความร่วมมือกับแกนนำของแต่ละ แหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น เพื่อให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในการช่วยเหลือและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง” ได้ปรับปรุง มาจากข้อความเดิม คือ “ประสานความร่วมมือกับแกนนำของแต่ละแหล่งเครือข่ายสนับสนุน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน” เพื่อให้ครอบคลุมตามประเด็นที่สำคัญ

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 “สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลเข้าถึงระบบสังคมที่เกื้อกูลกัน หรือระบบเครือข่าย เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” เป็นข้อความที่ได้ปรับปรุงมาจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลเข้าถึงระบบเครือข่ายทางสังคม หรือระบบสังคมที่เกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” เพื่อให้ได้ข้อความที่เข้าใจง่ายขึ้น

4. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 1 “พยาบาลวิชาชีพมีการสร้าง และพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 1 คือ “พยาบาลวิชาชีพมีการประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง” เนื่องจาก ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีความจำเป็นต้องส่งต่อไปให้หน่วยงานในชุมชนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำให้ใช้ข้อความดังกล่าวข้างต้น

5. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 2 “ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านในชุมชนได้อย่างเหมาะสม” ได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 1 คือ “ญาติผู้ดูแลได้ทราบถึงแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์เหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม” เพื่อความกระชับ และชัดเจนของข้อความ

หัวข้อมาตรฐานที่ 8 การประเมินผลการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน

ในมาตรฐานนี้ประกอบด้วยข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ 10 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องของประเมินผล ภายหลังการเตรียมญาติผู้ดูแลครบทุกหัวข้อตามมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน ที่ได้สร้างขึ้น โดยประกอบด้วย การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของญาติผู้ดูแลในด้านความรู้ เจตคติ ทักษะ และการปฏิบัติตามบทบาทของญาติผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจในบริการพยาบาล โดยข้อความในมาตรฐานนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนำเสนอในตารางที่ 18 และพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 รอบ ดังนี้

ตารางที่ 18 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ของคำตอบในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญในมาตรฐานที่ 8

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
1. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ภายหลังการเตรียมญาติผู้ดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลครบทุกหัวข้ออย่างน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน จนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล ยกเว้นผู้ป่วยมีผลกดทับระดับที่ 3-4 ให้ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	11.00	0.50	11.00	0.00
2. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้ดูแล ในด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีผลกดทับที่บ้าน โดยการพูดคุย ซักถาม และสังเกต ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านและเมื่อสิ้นสุดการดูแล	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
3. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน และเมื่อสิ้นสุดการดูแล ดังนี้	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
3.1 การเปลี่ยนแปลงของแผลกดทับ โดยพิจารณาขนาด ระดับความรุนแรง และการติดเชื้อของแผล ร่วมกับแบบบันทึกการประเมินลักษณะของแผลกดทับที่ญาติผู้ดูแลได้ทำการประเมินไว้						

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงกระบวนการ						
3.2 ภาวะสุขภาพโดยรวม พิจารณาจากสภาวะด้านร่างกายและจิตใจที่มีความก้าวหน้าหรือสามารถอยู่กับภาวะโรคได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีสาเหตุมาจากแผลกดทับ เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นต้น	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
4. ประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล โดยการพูดคุย ซักถาม ทุก 2-4 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการดูแล ดังนี้						
4.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อการบริการของพยาบาล	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามดูแลของญาติผู้ดูแล	-	-	11.00	1.00	11.00	0.00
4.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง	-	-	-	-	-	-
5. บันทึกข้อมูลการประเมินผล ปัญหา และอุปสรรค ไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางการพยาบาล สำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลในครั้งต่อไป	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ข้อที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2		รอบที่ 3	
	Mdn	IR	Mdn	IR	Mdn	IR
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์						
1. ผู้ดูแลมีการพัฒนาศักยภาพในด้าน ความรู้ ทักษะ เจตคติ และการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีผลลดข้อที่บ้าน	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
2. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของผลลดข้อ ไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากผลลดข้อที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวม	-	-	11.00	0.50	11.00	0.00
3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
4. ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล	-	-	11.00	0.00	11.00	0.00
5. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล	-	-	-	-	-	-
6. ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 18 พบว่า ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ไปในทางที่ดีขึ้น และมีคุณภาพใกล้เคียงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ในรอบที่ 2 โดยเมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขข้อความ ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของค่าความสอดคล้องในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มมากขึ้นอีก กล่าวคือ ข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ทั้งในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 มีค่ามัธยฐานสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (11.00) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันอย่างมาก ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ในรอบที่ 2 สูงสุดเท่ากับ 1.00 ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 และในรอบที่ 3 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ต่ำสุดเท่ากันทุกข้อ (0.00) ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจายของระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 8 “การประเมินผลการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน” ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมข้อมาตรฐานนี้ไว้ ในรอบที่ 2 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มเติมหัวข้อหรือข้อความเกี่ยวกับการประเมินผลไว้ด้วย เพื่อให้สามารถสรุปและติดตามประเมินผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงความพึงพอใจ ภายหลังการเตรียมญาติผู้ดูแลตามหัวข้อมาตรฐานทั้งหมดซึ่งจะทำให้มีความชัดเจนมากกว่าการระบุไว้ในหัวข้อมาตรฐานต่าง ๆ อีกทั้งการแยกหัวข้อของการประเมินผลออกมาจะทำให้เห็นความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดการวิจัยได้อย่างชัดเจน ส่วนข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขข้อความทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 1 “ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายหลังการเตรียมญาติผู้ดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลครบทุกหัวข้ออย่างน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน จนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล ยกเว้นผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับที่ 3-4 ให้ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 2 คือ “ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้านภายหลังการเตรียมญาติผู้ดูแล ตามมาตรฐานการพยาบาลครบทุกหัวข้ออย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน/ครบถ้วนจนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล” เพื่อไม่ให้ข้อความดังกล่าวขัดแย้งกับมาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 5 ในมาตรฐานที่ 6 ที่ระบุว่า “กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับในระดับความรุนแรงที่ 3-4 พยาบาลควรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์”

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 3 คือ “ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านและเมื่อสิ้นสุดการดูแล ดังนี้ 3.1) การเปลี่ยนแปลงของแผลกดทับ และ 3.2) ภาวะสุขภาพโดยรวม” โดยในข้อ 3.1) ได้ปรับปรุงจากข้อความเดิมในรอบที่ 2 คือ

“ความก้าวหน้าของแผลกดทับ” เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า คำว่าความก้าวหน้าของแผลกดทับ อาจมีความหมายว่า แผลกดทับมีการลุกลามมากขึ้น

3. มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อที่ 4 คือ “ประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล โดยการพูดคุย ซักถาม ทุก 2-4 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการดูแล ดังนี้ 4.1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อการบริการของพยาบาล 4.2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล” โดยในรอบที่ 3 ได้เพิ่มเติมข้อความ คือ “4.3) ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง”

4. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 3 “ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล” ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากข้อความเดิม ในรอบที่ 2 คือ “ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล” โดยผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่าควรแยกออกเป็น 2 ข้อ จึงแยกได้เป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 3 ดังกล่าว และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 4 คือ “ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล”

5. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อที่ 6 “ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง” ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมข้อความนี้ในรอบที่ 3 ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้สะท้อนคิด และทบทวนถึงการปฏิบัติตามบทบาทของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility)

กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านจากโรงพยาบาลต่าง ๆ จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นในครั้งนี้ ไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่าง อ่านมาตรฐานการพยาบาลฯ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ในแต่ละมาตรฐาน เพื่อตอบแบบสอบถามในภาพรวมต่อการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยแบบสอบถามเป็นคะแนนมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนำเสนอในตารางที่ 19 และได้สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ใน
การนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง (n = 30)

ลำดับ ที่	รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	M	SD
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1.	มาตรฐานการพยาบาลฯ โดยรวมสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง	10 (33.3)	17 (56.7)	3 (10.0)	0	0	4.23	.626
2.	มาตรฐานการพยาบาลฯ มีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหาและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์	12 (40.0)	16 (53.3)	2 (6.7)	0	0	4.33	.606
3.	มาตรฐานการพยาบาลฯ มีความยืดหยุ่น และสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์	9 (30)	19 (63.3)	2 (6.7)	0	0	4.23	.568
4.	มาตรฐานการพยาบาลฯ ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว	6 (20.0)	15 (50.0)	9 (30)	0	0	3.90	.712
5.	มาตรฐานการพยาบาลฯ มีการบูรณาการทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างคุ้มค่า	5 (16.7)	18 (60.0)	7 (23.3)	0	0	3.93	.640
6.	มาตรฐานการพยาบาลฯ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับสถานบริการด้านสุขภาพ	9 (30.0)	11 (36.7)	10 (33.3)	0	0	3.97	.809
7.	มาตรฐานการพยาบาลฯ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	8 (26.7)	13 (43.3)	8 (26.7)	1 (3.3)	0	3.93	.828
8.	มาตรฐานการพยาบาลฯ นำไปสู่การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	18 (60.0)	10 (33.3)	2 (6.7)	0	0	4.53	.629
9.	มาตรฐานเชิงกระบวนการประกอบด้วยการจัดการพยาบาลที่มีความชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ	5 (16.7)	20 (66.7)	4 (13.3)	1 (3.3)	0	3.97	.669
10.	ท่านสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลในมาตรฐานเชิงกระบวนการ	5 (16.7)	18 (60.0)	7 (23.3)	0	0	3.93	.640

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ใน
การนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง (n = 30)

ลำดับ ที่	รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	M	SD
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
11.	มาตรฐานเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยสาระ สำคัญที่ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้	15 (50.0)	12 (40.0)	3 (10.0)	0	0	4.40	.675
12.	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีความเหมาะสม และเป็นไปได้	3 (10.0)	22 (73.3)	5 (16.7)	0	0	3.93	.521
13.	ท่านสามารถนำมาตรฐานการพยาบาลฯ ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับงานที่ท่านปฏิบัติ อยู่ในปัจจุบัน (หอผู้ป่วย/ชุมชน)	9 (30.0)	21 (70.0)	0	0	0	4.30	.466

จากตารางที่ 13 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในภาพรวมต่อการนำมาตรฐานการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นในครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในสถานการณ์จริง อยู่ในระดับเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ 90, $M = 4.23$, $SD = .626$) โดยเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่ามาตรฐานการพยาบาลมีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหา และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (ร้อยละ 93.3, $M = 4.33$, $SD = .606$) และเห็นด้วยว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่มีความชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ (ร้อยละ 83.4, $M = 3.97$, $SD = .669$) มาตรฐานเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยสาระสำคัญที่ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ (ร้อยละ 90.0, $M = 4.40$, $SD = .675$) และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ (ร้อยละ 83.3, $M = 4.53$, $SD = .629$) ส่วนในด้านประสิทธิภาพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนมากเห็นด้วยว่า มาตรฐานการพยาบาล ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว (ร้อยละ 70.0, $M = 3.90$, $SD = .712$) โดยในส่วนน้อยไม่แน่ใจ (ร้อยละ 30.0, $M = 3.90$, $SD = .712$) เนื่องจาก มีความเห็นว่าการกำหนดแนวทางการปฏิบัติอาจมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติ ส่วนในด้านประสิทธิผล พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนมากเห็นด้วยว่า มาตรฐานการพยาบาลมีการบูรณาการทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างคุ้มค่า (ร้อยละ 76.7, $M = 3.93$, $SD = .640$) และส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า มาตรฐานการพยาบาลจะนำไปสู่การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 93.3, $M = 4.53$, $SD = .629$) ส่วนความคิดเห็นด้าน มาตรฐานการพยาบาลช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับสถานบริการ

ด้านสุขภาพ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพส่วนมากมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ 66.7, $M = 3.97$, $SD = .809$) และ (ร้อยละ 70.0, $M = 3.93$, $SD = .828$) ตามลำดับ โดยส่วนน้อยไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยว่า ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 30.0, $M = 3.93$, $SD = .828$) เนื่องจาก มีความคิดเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดแผลเองทุกอย่าง รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยจึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมากกว่า นอกจากนี้ ในด้านการบริการโดยภาพรวม พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า มาตรฐานการพยาบาลมีความยืดหยุ่น และสามารถนำไปปรับใช้ได้ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ (ร้อยละ 93.3, $M = 4.23$, $SD = .568$) และส่วนมากเห็นด้วยว่า สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ (ร้อยละ 76.7, $M = 3.93$, $SD = .640$) รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเห็นด้วยว่าสามารถนำมาตรฐานการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ร่วมกับงานที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 100.0, $M = 4.30$, $SD = .466$)

ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า การมีมาตรฐานการพยาบาล เป็นแนวทางในการปฏิบัติเป็นสิ่งที่ดี ตลอดจนการมุ่งเน้น ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เพราะปัจจุบันมี แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ ความสามารถ การมีมาตรฐานพยาบาล จะเกิดประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการมีเครือข่ายในการดูแล เช่น การอบรม ให้ความรู้ อสม. ในชุมชน ที่มีใจรัก เพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยและญาติ มีภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือมีที่อยู่อาศัยห่างไกลจากสถานบริการ ดังนั้น การสร้างความรู้ให้กับ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมาก นอกจากนี้ การประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายต่างๆ เช่น กลุ่ม อสม. สมาชิกชมรมหมู่บ้านมอญ หรือองค์กรเอกชน เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อให้กลุ่มองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากญาติผู้ดูแลอาจไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นต้องให้ กลุ่มเครือข่ายดังกล่าว เข้ามาร่วมทดแทนการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแล

นอกจากนี้ การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สิ่งสำคัญที่สุด คือ การได้รับความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแล เนื่องจาก ผู้ป่วยแต่ละครอบครัวมีความพร้อม ที่แตกต่างกันทั้งในด้านความรู้ การศึกษา เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าถ้าครอบครัวใดให้ ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยดี ก็เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แต่ถ้าครอบครัวใด ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น มาตรฐานการ พยาบาลจึงอาจจะเหมาะสมกับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบทั้งในส่วน

ของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ซึ่งในทางปฏิบัติมักพบปัญหาว่า ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับส่วนใหญ่ขาดญาติผู้ดูแลที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระต้องรับผิดชอบในการประกอบอาชีพ หารายได้มาจุนเจือครอบครัว และเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละมาตรฐานอาจไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไม่ดีขึ้น ส่วนในด้านของบุคลากร พบว่าเจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย มีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม โดยพยาบาลให้ข้อเสนอแนะว่าอาจให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้มีความชัดเจน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม อันจะทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านให้ดียิ่งขึ้น