

ผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในโรงพยาบาลราชบุรี

ศิริกัญญา อุษาสหพิริยกุล*, ดวงชีวัน เงินอาจ**, ทศนีย์ น้อยเทศ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน ที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้ การตั้งประสบการณ์ ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน การสะท้อนและอภิปราย วิเคราะห์ความเสี่ยงและปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การมีความคิด สรุปการประเมินความเสี่ยง และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และ การทดลอง/การประยุกต์แนวคิดเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยกำหนดความต้องการการดูแลที่จำเป็น กำหนดแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล และ 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 57 คน ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย 4 แห่ง ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับ ระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย: ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับก่อนได้รับโปรแกรมฯ ร้อยละ 4.16 ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงเหลือ ร้อยละ 1.89

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้ใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลราชบุรี

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ, แผลกดทับ, กระบวนการพยาบาล, ความรู้, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

The Effects of Prevention Pressure Injury with Nursing Process Program on Patient Risk at Ratchaburi Hospital

Sirikanya Usahapiriyakul*, Duangcheewan Ngenard **, Tussanee Noyted **

Abstract

Purpose: This research aims to compare the knowledge of prevention of pressure injury before and after implementing a nursing process program, and to assess the incidence rate of pressure injury among patients at risk.

Design: Quasi-experimental (One-group pretest-posttest design)

Method: Samples consisted of 1) Forty registered nurses who received a prevention pressure injury with nursing process program on patient risk, comprising of four steps such as experience, reflection and discussion, summary of risk assessment and predictive factors, and experimentation/ application, and 2) Fifty-seven patients in the risk group of pressure injury who received nursing care by sample nurses at in-patient medicine ward, intensive medicine care unit, intermediate care and stroke unit between March and June 2023. The data were analyzed using statistics such as percentages, means, standard deviations, and paired t-test.

Main findings: The knowledge of registered nurses after receiving the pressure ulcer prevention program has a higher mean score than before receiving the program with statistical significance (p -value < 0.001). The incidence of pressure injury in patients at risk decreased from 4.16 percent before receiving the program to 1.89 percent after receiving the program.

Conclusion and recommendations: The study suggests that the use of pressure injury prevention programs in at-risk patients should be promoted through the utilization of nursing process programs to prevent pressure injuries in patients at risk at Ratchaburi hospital.

Keywords: Prevention pressure injury program, Pressure injury, Nursing process, Knowledge, Patient at risk

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 1-16

* Registered Nurse, Professional Level, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province

** Registered Nurse, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author, e-mail: ratchaneekorn531@gmail.com, Tel. 06 3724 3344

Received: 20 February 2023, Revised: 13 May 2023, Accepted: 23 May 2023

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

แผลกดทับ (Pressure injury) เป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจศึกษาทั้งการป้องกันและการรักษา แม้จะมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าผลติอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยออกมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาในประสิทธิภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วย จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับไม่ลดลง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและป้องกันได้ สาเหตุการเกิดแผลกดทับมักเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจวิธีการป้องกันแผลกดทับของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value based health care) เป็นแผนยุทธศาสตร์ Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข สิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพที่เน้นคุณค่า คือ คุณภาพ (Quality) พยาบาลมีส่วนสำคัญยิ่งเพราะเป็นผู้นำแผนการดูแลรักษาไปลงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ถ้าพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีความสอดคล้องตามปัญหาเฉพาะราย ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันแผลกดทับ และทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลง (สมาคมพยาบาลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย, 2566)

โรงพยาบาลราชบุรีได้ตอบสนองนโยบายเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goal) และการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยจัดทำระเบียบปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลราชบุรี และการ

วางแผนจำหน่ายสู่ชุมชน ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk) และการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดให้ช่วงคะแนนบราเดน (Braden scale) ≤ 18 หมายถึง เริ่มมีภาวะเสี่ยง (At risk) ต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวคิด SSKIN Care Bundle (Yilmazer & Tuzer, 2022) ดังนี้ 1) ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (Support surface) 2) ประเมินลักษณะผิวหนังตั้งแต่แรกรับ (Skin inspection) 3) จัดท่าและพลิกตะแคงตัว อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (Keep moving) 4) จัดการผิวหนังต่อความเปียกชื้น (Incontinence) และ 5) ดูแลภาวะโภชนาการ (Nutrition) และได้กำหนดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการใช้แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ มีการกำหนดกิจกรรมการป้องกัน คือ ตีดยาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนหรือใส่อุปกรณ์ป้องกัน และกิจกรรมให้ความรู้หรือแจกเอกสาร ซึ่งจากการสำรวจความชุกแผลกดทับของโรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 29 หอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล 474 คน พบว่ามีแผลกดทับทั้งหมด 62 ราย อัตราความชุก (Prevalence rate) เท่ากับ 13.08 (เกณฑ์มาตรฐาน ไม่เกินร้อยละ 10) ตำแหน่งที่พบแผลกดทับมากที่สุด คือ ก้นกบ (ร้อยละ 48) รองลงมา กระดูกสะโพก (ร้อยละ 22) สันเท้า (ร้อยละ 15) และหู (ร้อยละ 8) ตามลำดับ ระดับของแผลกดทับที่พบมาก 5 อันดับ คือ ระดับ 3 (ร้อยละ 24)

ระดับ 2 (ร้อยละ 22) Deep tissue injury (ร้อยละ 15) Medical related pressure injury (ร้อยละ 10) และระดับ 1 (ร้อยละ 7) (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี, 2566)

จากการวิเคราะห์ปัญหาและสังเกตการปฏิบัติหน้างาน พบปัญหาสำคัญ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ในการประเมินความเสี่ยง และการป้องกันแผลกดทับ ตั้งแต่แรกเริ่ม 2) พยาบาลวิชาชีพขาดการประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนด 4) การบันทึกทางการพยาบาลในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลไม่ครบถ้วน และ 5) การให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแลยังไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่ ซึ่งต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การมีแผลกดทับอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น การติดเชื้อ การสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นต้น จึงต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้เนื้อเยื่อถูกทำลายน้อยลงเมื่อเทียบกับการใช้มาตรฐานการดูแลทั่วไป (Avsar & Karagag, 2018; Whitty et al., 2017)

จากการทบทวนประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยหนัก และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าความถี่ในการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก (Behmdt et al., 2014; Still et al., 2013) การศึกษาจำนวน 25 เรื่อง แสดงให้เห็นถึง

ผลกระทบที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการใช้ซิลิโคนปิดบริเวณกันกด และส้นเท้าในผู้ป่วยหนัก ในผู้ป่วยวิกฤตหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโภชนาการ การดูแลผิวหนัง การจัดตำแหน่งและการเปลี่ยนท่านอนตามตาราง และบทบาทในการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก สำหรับกลยุทธ์การให้ความรู้ในการลดอุบัติการณ์แผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการป้องกันแผลกดทับโดยผ่านการอบรม และสัมมนา 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีรายงานการลดลงของอุบัติการณ์แผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ (Uzun et al., 2009) ในส่วนของแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลยุทธ์ในการป้องกันแผลกดทับกลุ่มนี้ มีงานวิจัยที่ตรวจสอบประสิทธิภาพของหน้ากากให้ออกซิเจน พบการปรับปรุงที่สำคัญในการป้องกันอุปกรณ์โดยใช้วัสดุปิดแผลป้องกันต่างๆ (Hydrocolloid dressing and transparent film) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Tayyib & Coyer, 2016) สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยหนักที่กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระเองไม่ได้ ควรใช้แผ่นซับปัสสาวะผู้ใหญ่แบบใช้แล้วทิ้งในผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยง การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง และควรใช้วัสดุปิดแผลป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณกันกดสะโพก ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการใช้ที่นอนเพื่อลดแรงกดทับด้วยที่นอนทางการแพทย์ ที่มีพื้นที่ผิวรองรับแบบรีแอกทีฟ สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Josephine, Paul & Sandra, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินสภาพผิวหนังและดูแลความสะอาดของผิวหนัง การดูแลภาวะโภชนาการ การจัดทำพลิกตะแคงตัว การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด การจัดโปรแกรมให้ความรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อม สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉัตรวลัย โจอารีย์, 2563) แม้ว่าพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ตาม แต่ไม่ทำให้สถิติการเกิดแผลกดทับลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียชื่อเสียงและค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลกดทับ จึงต้องมีการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับ ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb, 1984) ประยุกต์รวมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพราะการเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับในทุกมิติ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับส่งผลทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายน้อยลง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) โดยใช้แบบประเมินของบราเดนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบ่งระดับของความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ เป็น 3 ระดับ

(ต่ำ ปานกลาง สูง) และนำค่าคะแนนมาวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ตามระดับความเสี่ยง ใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) ที่วางแผนไว้ตามข้อค้นพบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และติดตามการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ดังกล่าวต่อความรู้ทางการพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ

1. ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และกระบวนการพยาบาล
2. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์และกระบวนการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb, 1984) และกระบวนการพยาบาลนำมาประยุกต์ใช้กับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ (Experience)

ดีถึงประสบการณ์ของพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) วิเคราะห์ความเสี่ยงและปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 3 การมีความคิด (Concept) สรุปการประเมินความเสี่ยง และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกด

ทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation /Application) ปฏิบัติการพยาบาลโดยกำหนดความต้องการการดูแลที่จำเป็น กำหนดแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb, 1984)

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป สอบขึ้นทะเบียนและรับใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและผดุง

ครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภากาพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชบุรี และ 2) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่ยังไม่มีแผลกดทับโดยมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ≤ 18 คะแนน ในวันที่ 1 ที่รับไว้ เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 451 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานใน 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย

อายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วย กึ่งวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากทั้ง 4 หอผู้ป่วยนี้ พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่มีแผลกดทับที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลราชบุรี ทั้ง 4 แห่ง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง โดยมีคะแนนประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ≤ 18

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยที่มีความคลึงจากผลการศึกษาที่ผ่านมาของอรนุช มกรากิรมย์ และอันธิกา คระระวานิช (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.05 ($\alpha=0.05$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 54 ราย ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 57 ราย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะวิกฤตรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (Termination criteria)

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่นอนพักในโรงพยาบาล นานกว่า 30 วัน หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ครบ 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 ด้านผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม อุณหภูมิ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับอัลบูมิน ฮีมาโตคริต คะแนนบราเดน

1.1.2 แบบประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน Braden & Bergstrom (2000) ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการมีแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยให้ระดับความเสี่ยงรายข้อ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนความเสี่ยงมากที่สุด คือ 1 คะแนน ความเสี่ยงต่ำที่สุด คือ 4 คะแนนในแต่ละด้าน ยกเว้นแรงเสียดทานและแรงเฉือน ให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน

1.1.3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ เป็นแบบบันทึกการตรวจพบแผลกดทับในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ใช้ประเมินอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และรายละเอียดของเครื่องมือโดยย่อ เช่น เป็นการประเมินลักษณะผิวหนัง แบ่งเป็นระดับ 4 ระดับ อุตการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป โดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Pressure Injury Staging (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016) กำหนดให้แผลกดทับระดับที่ 1

หมายถึง ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มีโอกาสรอยแดงไม่จางหายไป (Non-blanchable erythema of intact skin) หรือมีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นผิวแผลปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตาย มีสะเก็ดแข็ง หรือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม สีเลือดนก ปนน้ำตาล ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial-thickness skin loss) ถึงชั้น Dermis ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาดเป็นตุ่มน้ำใส (Serous) หรือตุ่มน้ำปนเลือดจางๆ (Serosanguineous) ตุ่มน้ำอาจแตกหรือยังไม่แตก หรืออาจเป็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) มองเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่เห็นกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย หรืออาจมีโพรงใต้ขอบแผล ระดับที่ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดปกคลุมบางส่วน สามารถมองเห็นชั้นกล้ามเนื้อกระดูก กระดูกอ่อนหรือเอ็น ส่วนแบบบันทึกการตรวจพบแผลกดทับ สร้างโดย Bergstrom et al. (1998) แปลเป็นไทยโดย รักชนันท์ ขวัญเมือง (2544)

1.2 ด้านผู้ดูแล (พยาบาลวิชาชีพ) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแผลกดทับ

1.2.2 แบบวัดความรู้เรื่อง การป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัย

ได้ทบทวนวรรณกรรม (อรนุช มกรากิรมย์ และ อันทิกา คระระวานิช, 2563) และนำมาสร้างแบบวัดความรู้จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ที่มีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว ให้คะแนน 1 เมื่อตอบถูก และคะแนน 0 เมื่อตอบผิด ซึ่งครอบคลุมความรู้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน และระดับแผลกดทับ 2) การประเมินสภาพผิวหนัง และดูแลความสะอาดของผิวหนัง 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การจัดทำพลิกตะแคงตัว 5) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด และ 6) การจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การแปลผลคะแนนความรู้ในการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมทั้งหมดออกเป็น 3 ระดับใช้ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, Madaus & Hastings, 1971 อ้างในจุฑามาส จันทรฉาย, 2555) ดังนี้ การประเมินความรู้ ทั้ง 6 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยรวมคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน แบ่งเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 คะแนน 0-9 มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79 คะแนน 10-11 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 12-15 มีความรู้ระดับดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** ประสบการณ์ (Experience) โดยวันแรก 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 2) ดึง

ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk) ระดับของแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การให้คำแนะนำผู้เรียนโดยใช้ประสบการณ์เดิม (ใช้เวลา 60 นาที) **ขั้นตอนที่ 2** การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นวันที่ 2 โดย 1) วิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 2) ให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องความหมายกลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ทั้ง 6 ด้าน (ใช้เวลา 60 นาที) ประเมินสื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน คือ การใช้คอมพิวเตอร์นำเสนอ (Web page) ตารางกำหนดเวลาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และแบบประเมินผิวหนัง 28 ตำแหน่ง **ขั้นตอนที่ 3** การมีความคิด (Concept) วันที่ 2-6 ใช้แบบประเมินของบราเดนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบ่งระดับของความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ เป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) และนำค่าคะแนนมาวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) สรุปปัจจัยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงใช้แผ่นซิลิโคนโฟม (Silicone Foam Dressing) ปิดบริเวณตำแหน่งก้นกบ (Kalowes, 2016; Tayyib & Coyer, 2016) รวมถึงการใช้ที่นอนเพื่อลดแรงกดทับด้วยที่นอนโฟม หรือที่นอนลมทางการแพทย์ ใช้

อุปกรณ์ลดแรงกดบริเวณสันเท้าสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูง ลงบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) **ขั้นตอนที่ 4** การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) นำไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล 1) กำหนดแผนการพยาบาล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) ประเมินผลการพยาบาล ประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ (ตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันที่ 7) ประเมินผลการเกิดแผลกดทับ วันที่ 7 ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (30 นาที) โดยใช้แบบวัดความรู้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบ (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้ โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับและแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับ มีค่า S-CVI เท่ากับ 0.86 เครื่องมือวัดความรู้มีค่า CVI เท่ากับ 0.86 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานศัลยกรรม จำนวน 30 รายมีค่า KR21 เท่ากับ 0.74

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเตรียมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย 4 แห่ง จำนวน

40 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เริ่มวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 วัดความรู้ก่อนให้โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังจากนั้นจัดตารางการให้โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ (Experience) วันแรก

- 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 2) ดึงประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ระดับของแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การให้คำแนะนำผู้เรียนโดยใช้ประสบการณ์เดิม (ใช้เวลา 60 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) วันที่ 2

- 1) วิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
- 2) ให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องความหมายกลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ทั้ง 6 ด้าน และการป้องกันแผลกดทับและการรักษาแผลกดทับ (ใช้เวลา 60 นาที) ประเมินสื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน คือ การใช้คอมพิวเตอร์นำเสนอ (Web page) ตารางกำหนดเวลาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และแบบประเมินผิวหนัง 28 ตำแหน่ง

ขั้นตอนที่ 3 การมีความคิด (Concept) วันที่ 2-6 ใช้แบบประเมินของบราเดนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบ่งระดับของความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับเป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) และนำค่าคะแนนมาวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) สรุปปัจจัยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด

แผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงใช้แผ่นซิลิโคนโฟม (Silicone Foam Dressing) ปี ด บ ริ เว ณ ตำแหน่ง ก้น กบ (Kalowes, 2016; Tayyib & Coyer, 2016) รวมถึงการใช้ที่นอนเพื่อลดแรงกดทับด้วยที่นอนโฟม หรือที่นอนลมทางการแพทย์ ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดบริเวณสันเท้า สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูง ลงบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note)

ขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) นำไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) กำหนดแผนการพยาบาล
- 2) การปฏิบัติการพยาบาล
- 3) ประเมินผลการพยาบาล ประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ (ตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันที่ 7) ประเมินผลการเกิดแผลกดทับ วันที่ 7 ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (30 นาที) โดยใช้แบบวัดความรู้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เริ่มเก็บข้อมูลวันที่แรกรับ ติดตามประเมินแผลกดทับทุกวันของการรับไว้เป็นผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ RBHEC 013/66 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2666 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ และการถอน

ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต่างๆ มีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอและเผยแพร่ ผลการวิจัยทำในภาพรวม และการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนาม ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในผู้ป่วยไม่สามารถลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยชี้แจงข้อความในหนังสือยินยอมฯ ให้แก่ญาติสายตรงเมื่อเข้าใจดีแล้ว ให้ญาติเป็นผู้ลงนามเข้าร่วมวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และระดับความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่ามีการแจกแจงเป็นปกติ
3. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการทดลอง ใช้ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 24-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 32.68 ปี (S.D.=10.68) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากที่สุด 1-5 ปี ร้อยละ 67.5 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้รับบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 57 คน พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 38.6 เพศชาย ร้อยละ 61.4 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 71-80 ปี ร้อยละ 29.87 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ ติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 31.6 รองลงมา โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22.8 มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 77.2 อุณหภูมิ 35.8-40 องศาเซลเซียส ฮีมาโตคริต 15-55% และคะแนนบราเดนอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 47.37 มากที่สุด รองลงมาเสี่ยงสูง ร้อยละ 45.61 คะแนนบราเดนเฉลี่ย เท่ากับ 12.63 (S.D.=1.92)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน แผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=40)

ระดับความรู้ในการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-9 คะแนน)	33	82.50	3	7.50
ปานกลาง (10-11 คะแนน)	5	12.50	19	47.50
ดี (12-15 คะแนน)	2	5.00	18	45.00
รวม	40	100.00	40	100.00

Min=3.00, Max=12.00, Min=7.00, Max=15.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันแผลกดทับ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.5 รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 แต่หลังจากเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ใน

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45 ซึ่งยังพบพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ระดับต่ำ ร้อยละ 7.50

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=40)

คะแนน	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ	7.95	2.07	11.52	1.77	-9.84	.000

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันแผลกดทับระหว่างก่อน และหลัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ เท่ากับ 7.95 และหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.52 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อน

และหลังได้รับโปรแกรมฯ มาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธี ทางสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ.2566

การเกิดแผลกดทับ	ก่อน (มีนาคม-เมษายน พ.ศ.2566)		หลัง (พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2566)	
	จำนวน (แผล)	ร้อยละ	จำนวน (แผล)	ร้อยละ
จำนวนการเกิดแผลกดทับ	10	4.16	4	1.89

จากตารางที่ 3 พบว่า จำนวนอุบัติการณ์แผลกดทับในระดับ 1 ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับก่อนได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 240 คน

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการวางแผนจัดโปรแกรมการให้ความรู้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ของคอล์บ (Kolb) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ด้านประสบการณ์ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนเคยรับรู้ออกมาใช้ในการเรียนรู้ ด้านการสะท้อนความคิด และอภิปรายในกลุ่มที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้อง การประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติเป็นองค์ประกอบ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ (Experience) การให้คำแนะนำผู้เรียนโดยใช้ประสบการณ์เดิม ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) วิเคราะห์

เกิดแผลกดทับ 10 แผล คิดเป็นร้อยละ 4.16 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรม จำนวน 211 คน เกิดแผลกดทับ 4 แผล คิดเป็นร้อยละ 1.89

ปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3 การมีความคิด (Concept) สรุปปัจจัยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และ ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) (Kolb, 1984) ผู้วิจัยเพิ่มเติมเนื้อหาจากสิ่งที่ขาดไปจากความคิดรวบยอดนำไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการนำความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ใน 6 ด้าน การให้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คระระวานิช (2563) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับมี 6 หมวด ได้แก่ 1) ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) การป้องกันการเกิดแรงกดและแรงเสียดสี

3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การประเมินผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ และ 6) การจัดสิ่งแวดล้อม ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คนมีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.50 พบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เป็นกลุ่มที่ Benner (Benner, 1984) อธิบายว่าเป็นพยาบาลอ่อนหัด (Novice) ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับ จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ในการป้องกันแผลกดทับทุกๆ ปี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับฯ จำนวนอุบัติการณ์แผลกดทับในระดับ 1 ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยก่อนได้รับโปรแกรมฯ เกิดแผลกดทับ จำนวน 10 แผล คิดเป็นร้อยละ 4.16 ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ จำนวนแผลกดทับ 4 แผล คิดเป็นร้อยละ 1.89 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ความสำคัญเรื่องการประเมินความเสี่ยงของปราเตนภายใน 2 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับในหอผู้ป่วย กำหนดมาตรการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบในการประเมินความเสี่ยงโดยจัดประเภทตามระดับความเสี่ยง (ต่ำ ปานกลาง สูง) (Josephine et al., 2020) รวมถึงการประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าตั้งแต่แรกรับ ผ้า

ระวางติดตามประเมินความเสี่ยงทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อพยาบาลมีความรู้ มีประสบการณ์จะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยประเมินสภาพปัญหา สืบค้นความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง แล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับการให้ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก โดยเพิ่มความเข้าใจในการป้องกันแผลกดทับผ่านการสัมมนา 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีรายงานการลดลงของอุบัติการณ์แผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ (Tayyib & Coyer, 2016)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้
 - 1.1 ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ
 - 1.2 ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้พยาบาลกลุ่มอ่อนหัดที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา โดยมีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งมาตรฐานกาพยาบาลอย่างยั่งยืน
2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหมวดของการจัดทำพลิกตะแคงตัวและการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด
 - 2.2 ควรศึกษาและทบทวนความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัยหรือตัวแปรศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี, (2566). *แบบสรุปข้อมูลการเฝ้าระวังแผลกดทับ*. โรงพยาบาลราชบุรี.
- จุฑามาส จันท์ฉาย. (2555). *โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวลัย ไจอารีย์. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับโรงพยาบาล นครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(4), 684-696.
- รักษันท์ ขวัญเมือง. (2544). *การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการกิจกรรม*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมพยาบาลแล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย. (2566). *เอกสารประกอบการประชุมประจำปีสมพยาบาล แผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย เรื่อง “Valued Based Health Care in Wound/Ostomy: Safe, timely, efficient, equitable, effective, and patient-centered are the key successes”* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. สมาคมพยาบาลแล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย.
- อรนุช มกราทิรมย์ และอันธิกา กระจะวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1), 139-152.
- Avsar, P., & Karadag, A. (2018). Efficacy and cost-effectiveness analysis of evidence-base nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 54-61.
- Braden, B. & Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for the study of etiology of pressure sore. *Rehabilitation Nursing*, 25(3), 105-109.
- Behrendt, Ghaznavi, A. M., Mahan, M., Craft, S., & Siddiqui, A. (2014). Continuous bedside pressure mapping and rates of hospital-associated pressure ulcers in medical in tensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 23(2), 127-133.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Addison-Wesley.
- Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, & Ruby E. (1998) Predicting pressure ulcer risk: A multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs Res*, 47(5), 261-9.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Josephine, L., Paul, F., & Sandra, M. (2020). International consensus on pressure injury preventive intervention by risk level for critically ill patients: A modified Delphi study. *International Wound Journal*, 17(5), 1112-1127.



- Kalowes, P. (2016). Five-layered soft silicone foam dressing to prevent pressure ulcers the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(6), E108-E119.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood cliffs, Prentice-Hall.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). *NPUAP announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury*.
<https://npiap.com/page/Terminology>
- Still, M. D., Cross, L. C., Dunlap, M., Rencher, R., Larkings, E. R. (2013). The turn team: A novel strategy for reducing pressure ulcers in the surgical intensive care unit. *Journal of the American College of Surgeons*, 216(3), 373-379.
- Tayyib, N., & Coyer, F. (2016). Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 432-444.
- Whitty, J, A., McImmes, E., Bucknall, T., Webster, J., Gillespie, B.M., Banks, M., et al. (2017). The cost-effectiveness of a patients-centered pressure ulcer prevention care bundle: Finding from the INTACT cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 35-42.
- Uzan, O., Aylaz, R., & Karadag, E. (2009). Prospective study: Reducing pressure ulcers in intensive care units at a Turkish medical center. *WOCN: Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 36(4), 404-411.
- Yilmazer, T., & Tuzer, H. (2022). The effect of a pressure ulcer prevention care bundle on nursing workload costs. *Journal of Tissue Viability*, 31(3), 459–464.