# บทที่ 4

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์โดยการทำสนทนากลุ่มกับพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ตร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อรวบรวมความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ จากการส่งแบบสอบถามฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 รอบ รอบแรกส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ได้รับกลับคืน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95.0 และรอบที่สองส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ได้รับกลับคืน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.4 นำ ไปตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ โดยการส่งแบบสอบถามกลับไปยังพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 16 ชุด ได้รับกลับคืนมา 16 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

**ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่**

**ตอนที่ 1** ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ

**ตอนที่ 2** ลักษณะของแนวปฏิบัติฯ

**ตอนที่ 3** ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**ตอนที่ 1 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ**

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ แต่ละรอบแสดงไว้ในตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

1.2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 1

1.3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 2

**1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ**

ตารางที่ 1

*จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามวุฒิการศึกษา ความเชี่ยวชาญ ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลหรือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ*

| ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ | จำนวน (n=19) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| วุฒิการศึกษา | | |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 3 | 15.8 |
| ปริญญาโท | 12 | 63.1 |
| ปริญญาเอก | 4 | 21.1 |
| ความเชี่ยวชาญ | | |
| ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | 10 | 52.6 |
| ด้านการดูแลบาดแผล | 5 | 26.3 |
| ด้านศัลยกรรมทั่วไป | 4 | 21.1 |
| ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ | | |
| แพทย์ | 5 | 26.3 |
| อาจารย์พยาบาล | 3 | 15.8 |
| พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ | 9 | 47.4 |
| พยาบาลประจำการ | 2 | 10.5 |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ | จำนวน (n=19) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล หรือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ปี) | | |
| 1-10 | 3 | 15.8 |
| 11-20 | 6 | 31.6 |
| 21-30 | 7 | 36.8 |
| 31-40 | 3 | 15.8 |

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.1 มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลหรือด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากที่สุดอยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**1.2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 1**

1.2.1 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 หัวข้อ ดังนี้

หัวข้อที่ 1 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 15 ข้อความ

หัวข้อที่ 2 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 31 ข้อความ

หัวข้อที่ 3 การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 ข้อความ

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปยังผู้เชี่ยวชาญ 20 ท่าน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 19 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.0 ของแบบสอบถามรอบที่ 1 ที่ส่งไปทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ในระยะที่ 1 จึงเป็นผลการศึกษาที่ได้จากแบบสอบถามจำนวน 19 ชุด ผลการวิเคราะห์รอบที่ 1 ข้อมูลแสดงในตารางที่ 2 ถึง ตารางที่ 3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2

*ร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติฯ จากแบบสอบถามรอบที่ 1 จำแนกตามข้อความ (n=19)*

| ข้อความที่ | หัวข้อที่ 1 | หัวข้อที่ 2 | หัวข้อที่ 3 |
|---|---|---|---|
| 1 | 94.73 | 84.21 | 94.73 |
| 2 | 89.47 | 89.47 | 94.73 |
| 3 | 73.00 | 84.21 | 94.73 |
| 4 | 89.47 | 78.95 | 100.00 |
| 5 | 94.73 | 89.47 | 84.21 |
| 6 | 94.73 | 94.73 | |
| 7 | 78.95 | 94.73 | |
| 8 | 63.16 | 84.21 | |
| 9 | 84.40 | 94.73 | |
| 10 | 78.95 | 84.21 | |
| 11 | 78.95 | 89.47 | |
| 12 | 89.47 | 94.73 | |
| 13 | 84.21 | 94.73 | |
| 14 | 78.95 | 89.47 | |
| 15 | 94.73 | 89.47 | |
| 16 | | 100.00 | |
| 17 | | 100.00 | |
| 18 | | 100.00 | |
| 19 | | 89.47 | |
| 20 | | 100.00 | |
| 21 | | 84.21 | |
| 22 | | 78.95 | |
| 23 | | 84.21 | |
| 24 | | 94.73 | |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อความที่ | หัวข้อที่ 1 | หัวข้อที่ 2 | หัวข้อที่ 3 |
|---|---|---|---|
| 25 | | 94.73 | |
| 26 | | 89.47 | |
| 27 | | 94.73 | |
| 28 | | 84.21 | |
| 29 | | 84.21 | |
| 30 | | 84.21 | |
| 31 | | 100.00 | |

จากตารางที่ 2 แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 หัวข้อ 51 ข้อความ โดยหัวข้อที่ 1 มี 15 ข้อความ หัวข้อที่ 2 มี 31 ข้อความ และหัวข้อที่ 3 มี 5 ข้อความ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติฯ ในแต่ละหัวข้อดังนี้

หัวข้อที่ 1 ข้อความที่ 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12, 13, และ 15

หัวข้อที่ 2 ข้อความที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, และ 31

หัวข้อที่ 3 ข้อความที่ 1, 2, 3, 4, และ 5

ส่วนผู้เชี่ยวชาญน้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยกับรายการของข้อความในแนวปฏิบัติฯ ในแต่ละหัวข้อดังนี้

หัวข้อที่ 1 ข้อความที่ 3, 7, 10, 11 และ 14

หัวข้อที่ 2 ข้อความที่ 4 และ 22

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 3

*จำนวนและร้อยละของข้อความจากแบบสอบถามรอบที่ 1 ที่ผู้เชี่ยวชาญมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เห็นด้วย จำแนกตามหัวข้อ*

| หัวข้อที่ | แนวปฏิบัติฯ | จำนวนข้อความ | ข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญ≥ ร้อยละ 80 เห็นด้วย | |
|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล | 15 | 10 | 66.7 |
| 2 | การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล | 31 | 30 | 96.8 |
| 3 | การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 5 | 5 | 100.0 |
| | รวม | 51 | 45 | 88.2 |

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนข้อความแต่ละหัวข้อในแนวปฏิบัติฯ ผู้เชี่ยวชาญมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติฯ มีทั้งหมด 45 ข้อความจาก 51 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 88.2 ของข้อความทั้งหมด โดยผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความแนวปฏิบัติฯ หัวข้อที่ 3 มากที่สุดทุกข้อความ คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ ข้อความหัวข้อที่ 2 จำนวน 30 ข้อความจาก 31 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 96.8 และข้อความหัวข้อที่ 1 จำนวน 10 ข้อความจาก 15 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 66.7

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**1.3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 2**

1.2.1 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 2 ประกอบด้วย 3 หัวข้อ ดังนี้

หัวข้อที่ 1 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 10 ข้อความ

หัวข้อที่ 2 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 33 ข้อความ

หัวข้อที่ 3 การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 ข้อความ

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปยังผู้เชี่ยวชาญ 19 ท่าน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 17 ชุด คิดเป็นร้อยละ 89.5 ของแบบสอบถามรอบที่ 2 ที่ส่งไปทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ในระยะที่ 2 จึงเป็นผลการศึกษาที่ได้จากแบบสอบถามจำนวน 17 ชุด ผลการวิเคราะห์รอบที่ 2 ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4

*จำนวนและร้อยละของข้อความจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ที่มีค่ามัธยฐาน (Md) มากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์ (Q.D.) น้อยกว่า 1.67 จำแนกตามหัวข้อ*

| หัวข้อที่ | แนวปฏิบัติฯ | จำนวนข้อความ | ข้อความที่ Md ≥ 9 และค่า Q.D. < 1.67 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล | 10 | 7 | 70.0 |
| 2 | การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล | 33 [ก] | 32 | 97.0 |
| 3 | การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 5 | 5 | 100.0 |
| | รวม | 48 | 44 | 91.7 |

*หมายเหตุ*. 33 [ก] คือ หัวข้อที่ 2 มีจำนวนข้อความเพิ่มจากรอบที่ 1 จาก 31 ข้อความ เป็น 33 ข้อความ

จากตารางที่ 4 พบว่าข้อความที่มีค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์ น้อยกว่า 1.67 มีจำนวน 44 ข้อความจาก 48 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ของข้อความทั้งหมด จำนวนข้อความในหัวข้อที่ 3 มีค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์ น้อยกว่า 1.67 ทุกข้อความ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ในหัวข้อที่ 2 มีค่ามัธยฐาน มากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 1.67 จำนวน 32 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 97.0 ของข้อความทั้งหมด และในหัวข้อที่ 1 มีค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 1.67 น้อยที่สุด จำนวน 7 ข้อความจาก 10 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 70.0 ของข้อความทั้งหมด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จากตารางที่ 4 ซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 จากความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 ท่าน มีข้อความที่มีค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์ น้อยกว่า 1.67 มี 44 ข้อความ จาก 48 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์พบว่าทุกข้อความผ่านเกณฑ์มัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 แต่มี 4 ข้อความที่ไม่ผ่านเกณฑ์การกระจายควอไทล์น้อยกว่า 1.67 คือ ในหัวข้อที่ 1 ได้แก่ ข้อความที่ 2 มีค่ามัธยฐาน 9 และค่าการกระจายควอไทล์ 2 ข้อความที่7 มีค่ามัธยฐาน 10 และค่าการกระจายควอไทล์ 3 และข้อความที่ 8 มีค่ามัธยฐาน 10 และค่าการกระจายควอไทล์ 2.5 ในหัวข้อที่ 2 ได้แก่ ข้อความที่ 8 มีค่ามัธยฐาน 9 และค่าการกระจายควอไทล์ 2 จะเห็นว่าทุกข้อความผ่านเกณฑ์มัธยฐาน คือ อยู่ในช่วง 9 ถึง 10 แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การกระจายควอไทล์ คือ อยู่ในช่วง 2 ถึง 3 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมาก แต่มีผู้เชี่ยวชาญส่วนหนึ่งเห็นด้วยน้อยจึงทำให้มีการกระจายตัวของข้อมูลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามในรอบที่ 3 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแบบสอบถามในรอบที่ 2 สูงถึง ร้อยละ 91.7 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อความที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จนได้สาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ

**ตอนที่ 2 ลักษณะของแนวปฏิบัติฯ**

**สาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ**

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ได้แบ่งการปฏิบัติต่อผู้ประสบภัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. การปฏิบัติต่อผู้ประสบภัยก่อนถึงโรงพยาบาล 2. การปฏิบัติต่อผู้ประสบภัยในสถานพยาบาล และ 3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยอาศัยแนวคิดของการจัดการบาดแผลประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1) การประเมินบาดแผล 2) การทำความสะอาดบาดแผล 3) การตกแต่งบาดแผล และ 4) การเย็บปิดบาดแผล โดยยึดหลักการป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การใช้ถุงมือ การใช้เสื้อคลุม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม และการใช้อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อร่วมกับการใช้น้ำยาทำลายเชื้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล** เป็นการออกไปรับผู้ประสบภัยนอกสถานที่ด้วยรถพยาบาล (ambulance) หลังได้รับแจ้งเหตุ โดยใช้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service [EMS]) ของโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ทำความสะอาดมือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.2 สวมผ้ายางพลาสติกกันเปื้อน

1.3 สวมผ้าปิดปากและจมูก

1.4 สวมถุงมือสะอาด

1.5 แบ่งกลุ่มผู้ประสบภัยตามการจัดแบ่งกลุ่มของระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นลำดับแรก

1.6 การดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อเบื้องต้น ณ สถานที่เกิดเหตุ (เท่าที่จะกระทำได้)

1.6.1 ล้างทำความสะอาดบาดแผลเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย ด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำเกลือล้างแผล ปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ และพลาสเตอร์

1.6.2 ถ้าบาดแผลสกปรกมากควรล้างทำความสะอาดก่อนปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ แล้วรีบนำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาลเร็วที่สุด

1.6.3 หากมีการหักของกระดูกแบบเปิด ภายหลังล้างทำความสะอาดบาดแผลเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยแล้ว ปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ และดาม (splint) กระดูกที่หักไว้ชั่วคราว จำกัดการเคลื่อนไหวของตำแหน่งที่มีบาดแผลเพื่อช่วยให้การอักเสบของบาดแผลไม่ลุกลามไปยังบริเวณใกล้เคียง

1.7 ลำเลียงผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาล โดยเร็วที่สุด ป้องกันบาดแผลขณะนำส่งโรงพยาบาลไม่ให้เปียกชื้น ให้ออกซิเจนแก่ผู้ประสบภัยในรายที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ หรือเสี่ยงต่อภาวะช็อค ประเมินความต้องการออกซิเจนจากการสังเกตการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว โดยเลือกชนิดของออกซิเจนที่เหมาะสมแก่ผู้ประสบภัย

**หมายเหตุ** ทำความสะอาดมือ หมายถึง กิจกรรมเพื่อขจัดเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือ มี 2 วิธี ได้แก่

1. การความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ (alcohol based hand solution หรือ alcohol based gel) ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่วจนแห้งเป็นวิธีทำความสะอาดมือในสถานที่ไม่เอื้ออำนวยในการล้างมือด้วยน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ

2. การทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (antiseptics hand washing) หรือน้ำกับสบู่ โดยฟอกมืออย่างทั่วถึงเป็นเวลานานอย่างน้อย 15-30 วินาที เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้า หรือกระดาษที่สะอาด เป็นวิธีการทำความสะอาดมือเพื่อให้การพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (hygienic hand washing ในกรณีที่เร่งด่วน อาจใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**2. การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล** มีรายละเอียดตามลำดับขั้นตอนดังนี้

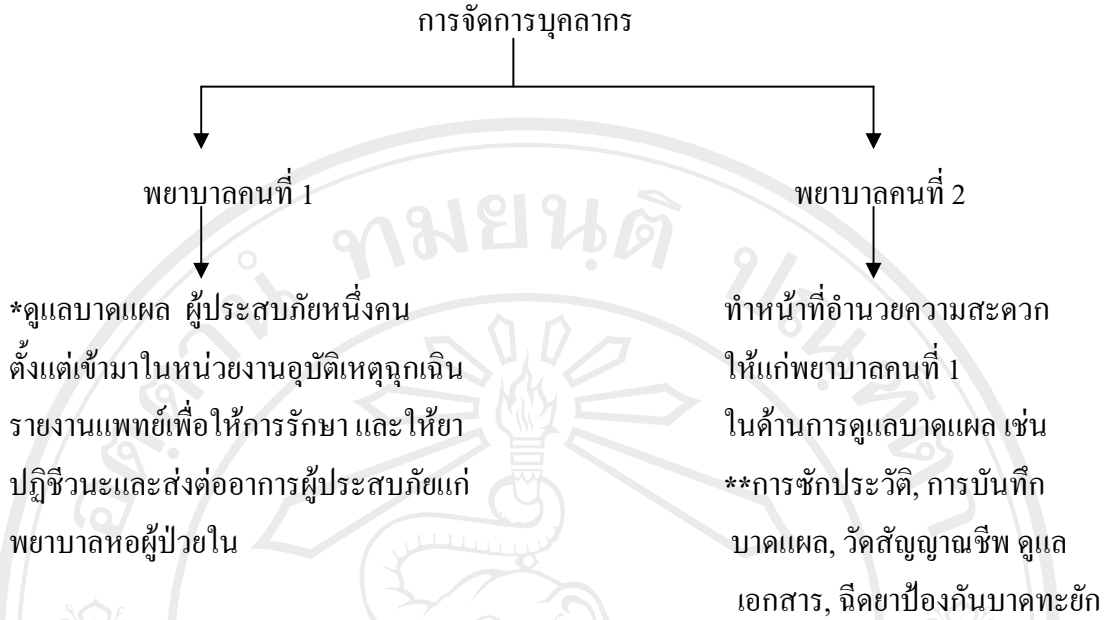
2.1 คัดกรองผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

แยกประเภทผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อเข้ารับการรักษาตามพื้นที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้ กลุ่มอาการหนัก คือ ผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลรุนแรงหรือบาดแผลที่กำลังมีเลือดออก ต้องรักษาโดยด่วน จะเข้ารับการรักษาในห้องช่วยฟื้นคืนชีพ กลุ่มอาการปานกลาง คือ ผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลขนาดใหญ่ เช่น แผลกระดูกหัก และแผลฉีกขาดต้องเย็บที่มีอาการคงที่ เป็นต้น จะเข้ารับการรักษาในบริเวณสำหรับดูแลบาดแผล และกลุ่มอาการเบา คือ ผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลขนาดเล็กต้องเย็บ หรือมีบาดแผลเล็กน้อย เข้ารับการรักษาในบริเวณตรวจทั่วไป โดยการติดป้ายสีเพื่อแยกประเภทของผู้ประสบภัยตามข้อ 2.1

2.2 การจัดลำดับการดูแลบาดแผล โดยให้การปฐมพยาบาลผู้ประสบภัยตามกลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการหนัก กลุ่มอาการปานกลาง และกลุ่มอาการเบา ตามลำดับ หากมีบุคลากรเพียงพอ ควรให้การดูแลผู้ประสบภัยทุกกลุ่มอาการพร้อมกัน

2.3 การจัดการบุคลากร ในการดูแลบาดแผลควรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน หรือตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ได้แก่ พยาบาลคนที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลคนที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิคจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือจากหอผู้ป่วยอื่น มีหน้าที่แสดงตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved




**หมายเหตุ**

*การดูแลบาดแผล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินบาดแผล

องค์ประกอยที่ 2 การทำความสะอาดบาดแผล

องค์ประกอบที่ 3 การตัด ตกแต่งบาดแผล

องค์ประกอบที่ 4 การเย็บปิดบาดแผล

**การซักประวัติจากผู้ประสบภัยหรือจากผู้นำส่งอย่างรวดเร็ว ได้แก่ สาเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ กลไกการเกิด และรูปแบบการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดบาดแผล ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการหายของแผล ประวัติการแพ้ยา ยาที่รับประทานเป็นประจำ ภูมิคุ้มกันบาดทะยัก (หากไม่สามารถซักประวัติได้ครอบคลุมรายละเอียดให้ดำเนินการต่อในตึกผู้ป่วยใน)

2.4 *การดูแลบาดแผล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินบาดแผล โดยพยาบาลคนที่ 1

1. ทำความสะอาดมือ
2. สวม**ผ้ายางพลาสติกกันเปื้อน**
3. สวมผ้าปิดปากและจมูก
4. สวมแว่นป้องกันตา
5. สวมถุงมือสะอาด
6. ถอดแหวนหรือเครื่องประดับ และเสื้อผ้าที่ปกปิดบริเวณ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บาดแผลออกจากร่างกายผู้ประสบภัยโดยขออนุญาตผู้ประสบภัย หรือญาติก่อน สำหรับผู้ประสบภัยที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่มีญาติต้องมีหลักฐานการเก็บทรัพย์สินของผู้ประสบภัย

7. ประเมินอาการตามหลักการดูแลผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บเบื้องต้น

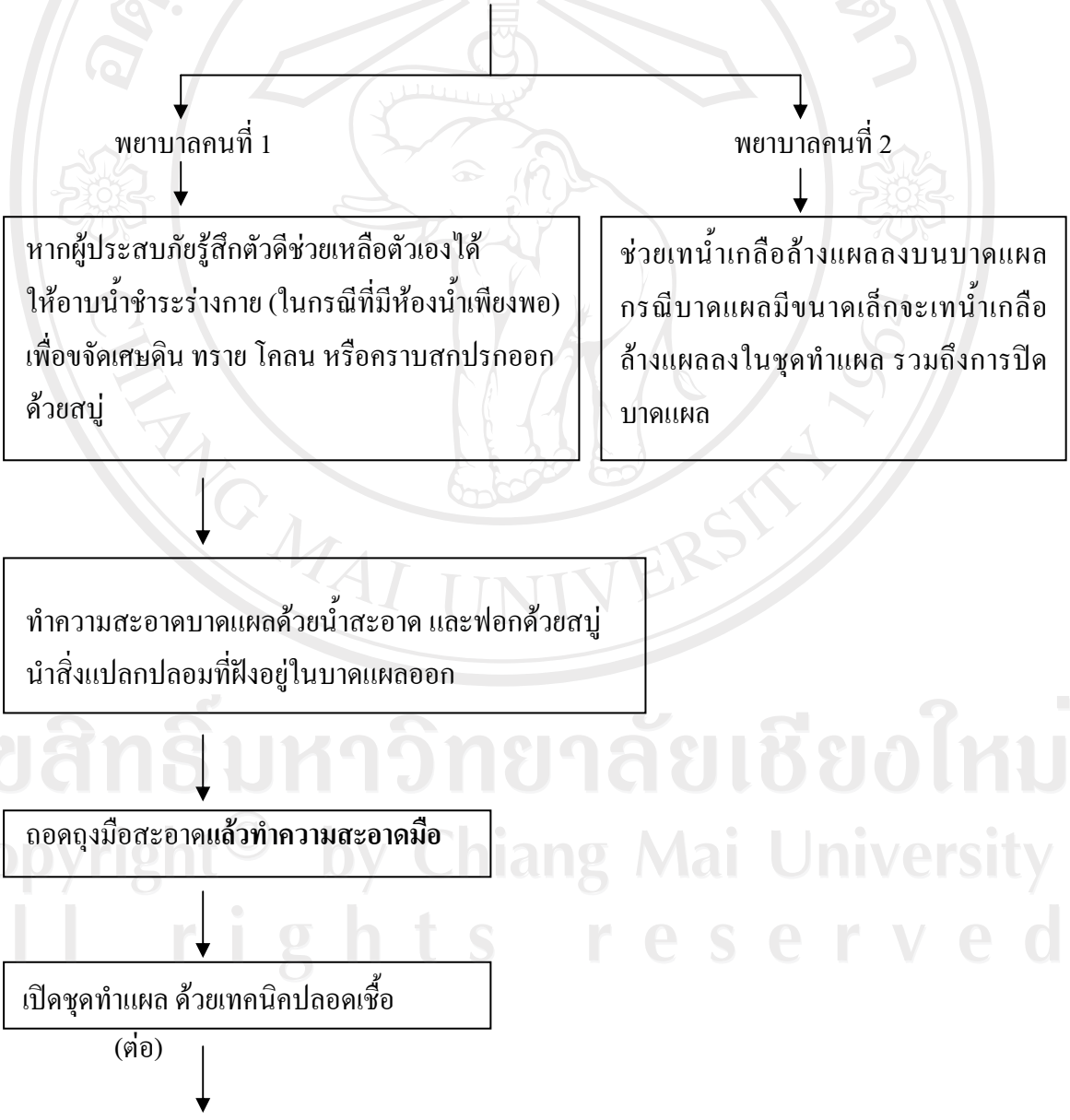
8. ประเมินบาดแผลตั้งแต่หัวจรดเท้า ลักษณะบาดแผล ขนาดบาดแผล ความรุนแรงลึกถึงอวัยวะส่วนใด เช่น กล้ามเนื้อ และกระดูก เป็นต้น บาดแผลจากภัยพิบัติทางธรรมชาติมีลักษณะดังนี้

โดยบาดแผลลักษณะดังกล่าวจัดเป็นบาดแผลปนเปื้อน (contaminated wound) และบาดแผลสกปรก (dirty wound) เพื่อความสะดวกในการแยกกลุ่มให้รักษา

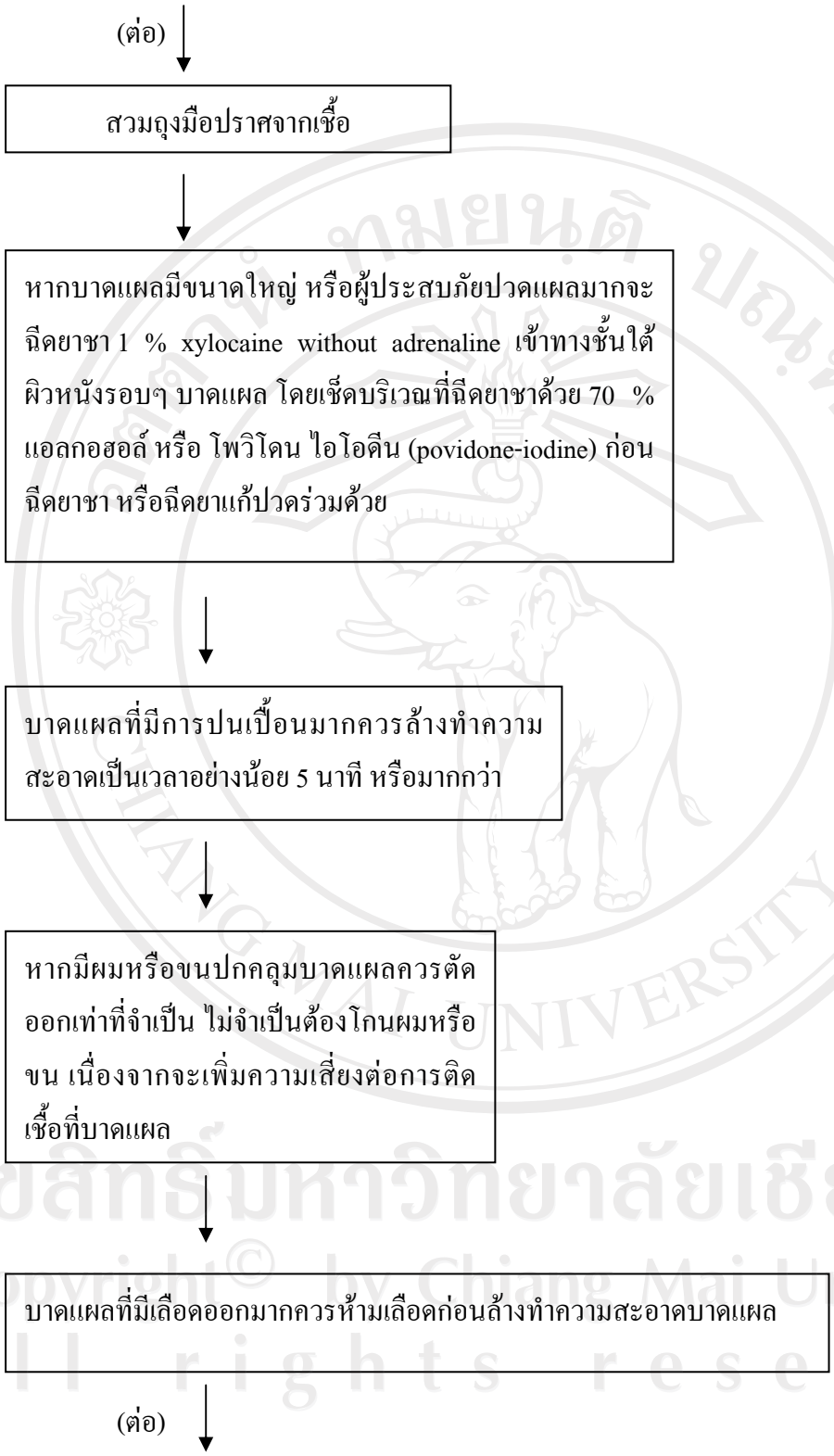
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

องค์ประกอบที่ 2 การทำความสะอาดบาดแผล จากภัยพิบัติทางธรรมชาติแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้ง 2 ประเภท คือ แผลปนเปื้อน และแผลสกปรก ตามกลุ่มอาการดังนี้

1. กลุ่มอาการหนัก และกลุ่มอาการปานกลาง (จากหน้า 7) ที่มีบาดแผลเปิด ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ บาดแผลถลอก บาดแผลฉีกขาด บาดแผลถูกบดช้ำจากการถูกกระแทก บาดแผลที่มีสิ่งแปลกปลอมตกค้างอยู่ในบาดแผล บาดแผลถูกของแหลมคมทิ่มแทง บาดแผลที่มีการหักของกระดูกแบบเปิด บาดแผลถูกบดช้ำจากการถูกกระแทก บาดแผลที่มีเนื้อตาย ซีด เปื่อย หรือมีหนอง และบาดแผลไฟไหม้ ทำความสะอาดบาดแผลดังนี้




ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved




ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(ต่อ)

ในกรณีที่บาดแผลมีเลือดไหลไม่หยุด หรือมีเลือดไหลพุ่ง ปิดบาดแผลให้แน่น (packing) ปรึกษาแพทย์ทันทีเพื่อให้การรักษาต่อ ยกส่วนที่บาดเจ็บให้สูงกว่าระดับหัวใจ (ถ้าทำได้) ยกเว้นการบาดเจ็บในบริเวณที่ไม่สามารถทำได้ เช่น ลำตัว และก้นกบ เป็นต้น วัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการช็อค การเจาะเลือดส่งตรวจเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น CBC และ blood group เพื่อเตรียมเลือดทดแทน เป็นต้น

บาดแผลถลอก บาดแผลฉีกขาด หรือบาดแผลถูกบดช้ำจากการถูกกระแทก ภายหลังการล้างทำความสะอาดแล้ว ราดบาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล เช็ดรอบแผลให้สะอาดด้วยสำลี หรือกอซปราศจากเชื้อ วางผ้ากอซชุบน้ำเกลือล้างแผลบนบาดแผล แล้วปิดด้วยผ้ากอซแห้งปราศจากเชื้อ ส่งผู้ประสบภัยไปหอผู้ป่วยทันที

บาดแผลถูกของแหลมคมทิ่มแทงที่มีลักษณะเป็นรู โพรง ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 50 มิลลิลิตร ต่อกับเข็มฉีดยาเบอร์ 18 ดูดน้ำเกลือล้างแผลฉีดล้างบาดแผลผ่านเข้าไปในโพรงแผล หากบาดแผลเป็นโพรงลึกปากแคบมาก ควรเปิดบาดแผลให้กว้าง หากยังไม่ได้ฉีดยาชา ให้ฉีดยาชาหรือยาแก้ปวดที่ขอบแผล หรือราดยาชาลงในแผล (กรณีเปิดบาดแผลเพียงเล็กน้อย) จากนั้นสอดกอซ drain ชุบน้ำเกลือล้างแผลลงในโพรงแผล ปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซแห้งปราศจากเชื้อ ไม่ต้องเย็บแผล

(ต่อ)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(ต่อ)

บาดแผลที่มีสิ่งแปลกปลอมตกค้างอยู่ในบาดแผล ทำความสะอาดโดยการใช้กระบอกฉีดยาขนาด 20 หรือ 50 มิลลิลิตร ต่อกับเข็มฉีดยาเบอร์ 18 ดูดน้ำเกลือล้างแผลฉีดล้างบาดแผล โดยให้ปลายเข็มห่างจากแผลประมาณ 1-2 นิ้ว ใช้ปริมาณน้ำเกลือล้างแผลไม่น้อยกว่า 100 มิลลิลิตร หรือพิจารณาความเหมาะสมตามขนาดของบาดแผล วางผ้ากอซชุบน้ำเกลือล้างแผลบนบาดแผล แล้วปิดด้วยผ้ากอซแห้งปราศจากเชื้อ ส่งผู้ประสบภัยไปหอผู้ป่วยใน หรือห้องผ่าตัด

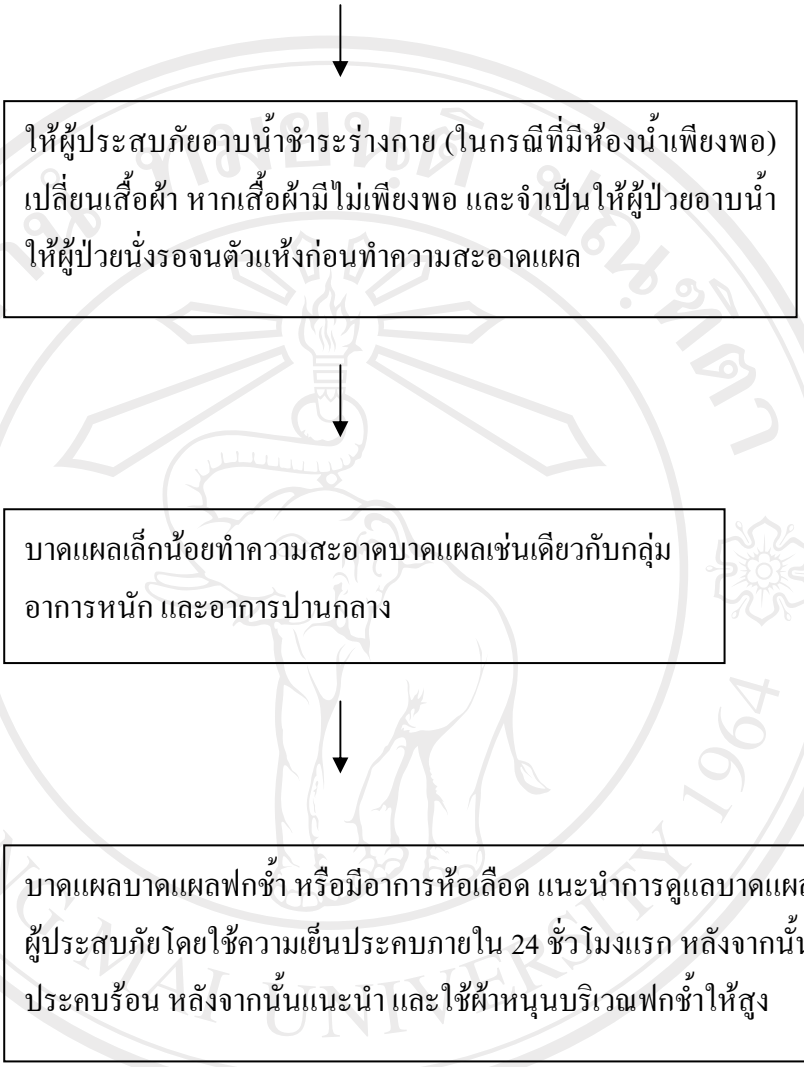
บาดแผลที่มีการหักแบบเปิดของกระดูก ล้างทำความสะอาด ปิดบาดแผลโดยการวางผ้ากอซชุบน้ำเกลือล้างแผล ปิดทับด้วยผ้ากอซแห้งขนาดใหญ่ ตามอวัยวะส่วนนั้นแล้วพันแผลด้วยผ้าพันแผล (compressive bandage) จากนั้นส่งผู้ประสบภัยหอผู้ป่วย หรือไปห้องผ่าตัด

บาดแผลที่มีเนื้อตาย ซีด เปื่อย หรือมีหนอง ทำความสะอาดบาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล ตัดเนื้อตายออก ปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ หรือส่งผู้ประสบภัยไปตัดเนื้อตายต่อที่หอผู้ป่วยใน

บาดแผลไฟไหม้ ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ บาดแผลโดยใช้สำลีฟอกเบาๆ ด้วยน้ำเกลือล้างแผล แล้วใช้สำลีชุบน้ำเกลือล้างแผลซับบาดแผลเบาๆ ทาแผลด้วยครีมสำหรับบาดแผลไหม้ หากบาดแผลที่มีตุ่มน้ำโดยทั่วไปจะไม่เจาะตุ่มน้ำ ในกรณีที่บาดแผลมีตุ่มน้ำขนาดใหญ่มีความจำเป็นต้องเจาะตุ่มน้ำ ให้ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 10 มิลลิลิตรต่อกับเข็มฉีดยาเบอร์ 22 เจาะเอาน้ำออกควรปล่อยผนังของตุ่มน้ำไว้คลุมแผล อาจวางตาข่ายปิดแผลแล้วปิดบาดแผลด้วยกอซปราศจากเชื้อ พันด้วยผ้าพันแผล ส่งผู้ประสบภัยไปดูแลบาดแผลต่อที่หอผู้ป่วยใน

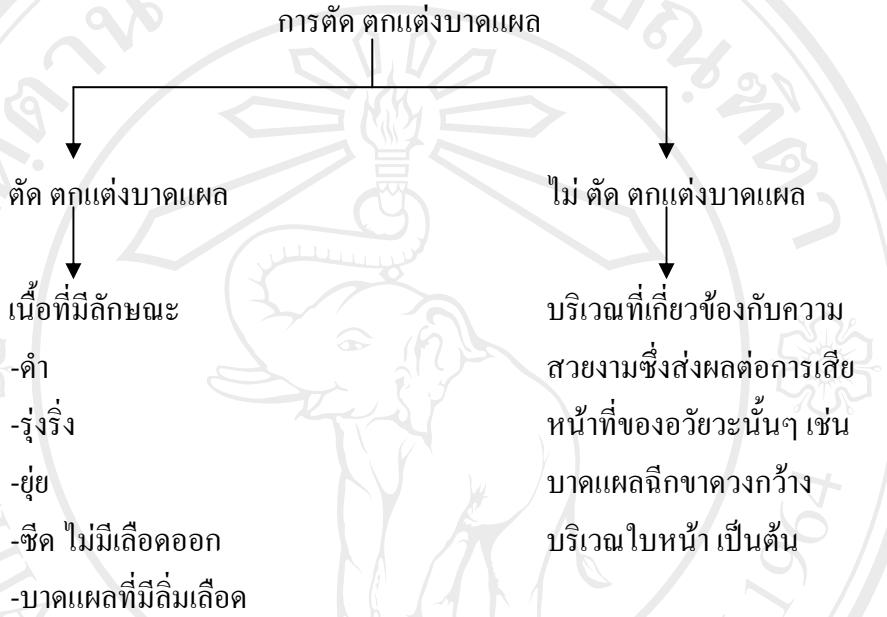
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. กลุ่มอาการเบา (จากหน้า 7) ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล




ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

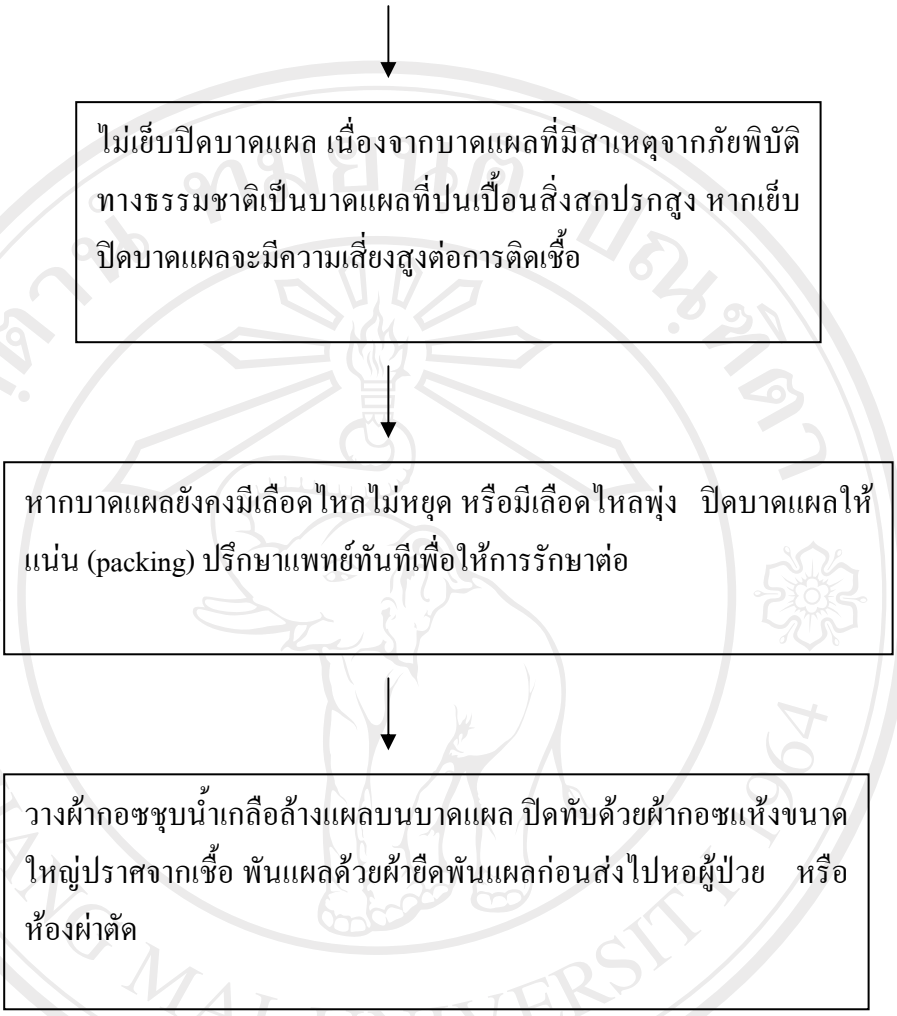
องค์ประกอบที่ 3 การตัด ตกแต่งบาดแผล เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ ใช้วิธีตัด ตกแต่งบาดแผล (sharp debridement) โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ คีมหนีบ, กรรไกร หรือ ใบมีด ตัดให้ขอบแผลเรียบ ตัด ตกแต่งบาดแผลโดยพยาบาลคนที่1 แบ่งเป็น 2 กรณี ตามลำดับขั้นตอนดังนี้




บาดแผลทั้ง 2 กรณี ภายหลังได้รับการประเมินบาดแผล และการทำความสะอาดบาดแผลแต่ละชนิด ปิดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ และพลาสเตอร์ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

องค์ประกอบที่ 4 การเย็บปิดบาดแผล โดยพยาบาลคนที่ 1




2.5 ถอดถุงมือ ทิ้งลงถังมูลฝอยติดเชื้อ แล้วทำความสะอาดมือ ก่อนให้การดูแลผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลรายต่อไป

2.6 รายงานแพทย์เพื่อดูอาการ ให้ยาปฏิชีวนะ และวัคซีนป้องกันบาดทะยัก

2.7 การให้คำแนะนำการดูแลบาดแผลแก่ผู้ประสบภัย (หากมีเวลา) โดยพยาบาลคนที่ 1 หรือพยาบาลคนที่ 2

ให้คำแนะนำแก่ผู้ประสบภัย เช่น การสังเกตอาการ และการแสดงของติดเชื้อที่บาดแผล เช่น ไข้ ปวด บวมแดง ร้อน และแผลมีหนอง เป็นต้น การนัดทำความสะอาดแผล การรักษาความสะอาดของบาดแผล การรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผล การฉีดยาป้องกันบาดทะยักตามนัด การมาตัดไหมตามวันนัด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมถึงการให้การดูแลผู้ประสบภัยแบบองค์รวม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์**

สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ได้แก่ เตียง ผ้าปูเตียง ผ้าขวางเตียง ผ้ายางปูเตียง ตะแกรงล้างแผล พื้น อุปกรณ์เย็บแผล ชุดทำแผล รถพยาบาล และมูลฝอยที่มาจากการดูแลบาดแผล เช่น กอซ สำลี และผ้าพันแผล เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่อการติดเชื้อในระดับสูง (critical items) ได้แก่ ชุดทำแผล ด้ามจับเข็มเย็บแผล (needle holder) กรรไกรตัดไหม เข็มเย็บแผล กระบอกและเข็มฉีดยา ที่หนีบหลอดเลือดแดง (artery clamp) และกรรไกรตัดเนื้อ มีลำดับขั้นการทำให้ปราศจากเชื้อตามลำดับดังนี้ ขจัดคราบสกปรกออก นำไปล้างน้ำ และน้ำยาขจัดคราบจนสะอาด ล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง จากนั้นนำไปเช็ดหรือผึ่งให้แห้ง นำไปทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการนึ่งภายใต้แรงดัน (autoclave)

หากการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นไม่ทันต่อความต้องการใช้ อาจเลือกใช้การทำลายเชื้อโดยใช้สารเคมีทำลายเชื้อระดับสูง ได้แก่ 2% กลูตาราลดีไฮด์ แช่อุปกรณ์นานอย่างน้อย 20 นาที แล้วล้างด้วยน้ำปราศจากเชื้อ และเช็ดด้วยผ้าแห้งปราศจากเชื้อ หรืออาจเลือกวิธีการต้ม (ในกรณีที่มีความจำเป็นควรใช้เป็นวิธีสุดท้าย) ซึ่งเป็นการทำลายเชื้อที่รวดเร็วและง่าย โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการล้างแล้วบรรจุในภาชนะและใส่น้ำให้ท่วม ต้มในน้ำเดือดที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที

2 เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระดับต่ำ (non-critical items) ได้แก่

2.1 เตียง ราวกั้นเตียง ตะแกรงล้างแผล เครื่องวัดความดันโลหิต พื้นและพื้นผิวสัมผัสภายในของรถพยาบาล ทำความสะอาดโดยการเช็ด หรือล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาขจัดคราบ ล้างออกด้วยน้ำสะอาด สำหรับปรอทวัดไข้ทางรักแร้อาจใช้วิธีการล้าง และเช็ดด้วย 70% แอลกอฮอล์ก่อนนำไปใช้กับผู้ประสบภัยรายต่อไป

2.2 ผ้าปูเตียง ผ้าขวางเตียง และ ผ้ายางปูเตียงทำความสะอาด แยกประเภทของผ้าเปื้อน ณ แหล่งกำเนิด เพื่อให้กระบวนการซักผ้าเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โดยการส่งหน่วยงานซักฟอกของโรงพยาบาล

2.3 พื้น ทำความสะอาดด้วยน้ำยาขจัดคราบ หากมีการปนเปื้อนของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง ให้เช็ดบริเวณที่มีการปนเปื้อนออกด้วยกระดาษให้มากที่สุดแล้วทิ้งมูลฝอยที่ใช้เช็ด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

คราบปนเปื้อนลงในถังมูลฝอยติดเชื้อ จากนั้นเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาขจัดคราบ และเช็ดด้วยผ้าแห้ง

2.4 มูลฝอยที่มาจากการดูแลบาดแผล เช่น กอซ สำลี ผ้าพันแผล เป็นต้น นับเป็นมูลฝอยติดเชื้อให้ทิ้งลงในถังมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับมูลฝอยที่เป็นของมีคมควรทิ้งลงภาชนะที่สำหรับทิ้งของมีคม

ลำดับการดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้**

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแนวปฏิบัติฯ แสดงไว้ในตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

**3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง**

ตารางที่ 5

*จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและประสบการณ์ในการดูแลบาดแผลจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ*

| ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง | จำนวน (n=16) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| อายุ (ปี) | | |
| 21-30 | 5 | 31.3 |
| 31-40 | 1 | 6.2 |
| 41-50 | 9 | 56.3 |
| 51-60 | 1 | 6.2 |
| เพศ | | |
| หญิง | 13 | 81.2 |
| ชาย | 3 | 18.8 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 16 | 100.0 |
| ปริญญาโทหรือสูงกว่า | 0 | 0 |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง | จำนวน (n=16) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ปี) | | |
| 1-10 | 8 | 50.0 |
| 11-20 | 4 | 25.0 |
| 21-30 | 3 | 18.8 |
| 31-40 | 1 | 6.2 |
| ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) | | |
| 1-10 | 8 | 50.0 |
| 11-20 | 4 | 25.0 |
| 21-30 | 3 | 18.8 |
| 31-40 | 1 | 6.2 |
| ประสบการณ์ในการดูแลบาดแผล | | |
| เคย | 16 | 100.0 |
| ไม่เคย | 0 | 0 |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.3 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 81.2 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าทุกคน ร้อยละ 100 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอยู่ในช่วง 1-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.0 และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลบาดแผลจากภัยพิบัติทางธรรมชาติคิดเป็นร้อยละ 100

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 6

*จำนวนและร้อยละของข้อความจากแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เห็นด้วย จำแนกตามหัวข้อ*

| หัวข้อที่ | แนวปฏิบัติฯ | จำนวนข้อความ | ข้อความที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ≥ ร้อยละ 80 เห็นด้วย | |
|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล | 10 | 7 | 70.0 |
| 2 | การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล | 33 | 32 | 97.0 |
| 3 | การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 5 | 4 | 80.0 |
| | รวม | 48 | 43 | 89.6 |

จากตารางที่ 6 พบว่าจำนวนข้อความแต่ละหัวข้อในแนวปฏิบัติฯ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติฯ มีทั้งหมด 43 ข้อความจาก 48 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 89.6 ของข้อความทั้งหมด โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นด้วยกับข้อความแนวปฏิบัติฯ หัวข้อที่ 2 มากที่สุด 32 ข้อความ จาก 33 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 97.0 รองลงมา คือ ข้อความหัวข้อที่ 3 จำนวน 4 ข้อความจาก 5 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 80.0 และข้อความหัวข้อที่ 1 จำนวน 7 ข้อความ จาก 10 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 70.0

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 7

*จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่แสดงความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้จำแนกตามความเป็นไปได้ ในการดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุก่อนถึงโรงพยาบาล (n=16)*

| รายการข้อความของแนวปฏิบัติ | เป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | อาจเป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | เป็นไปไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|
| 1. ทำความสะอาดมือ | 5 (31.2) | 3 (18.8) | 8 (50.0) |
| 2. สวมผ้ายางพลาสติกกันเปื้อน | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 3. สวมผ้าปิดปากและจมูก | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 4. สวมถุงมือสะอาด | 15(93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 5. แบ่งกลุ่มผู้ประสบภัย | 14 (87.5) | 2 (12.5) | 0 (0.0) |
| 6. ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 7. ล้างทำความสะอาดบาดแผล | 8 (50.0) | 5 (31.2) | 3 (18.8) |
| 8. การปฏิบัติต่อบาดแผลสกปรก | 7 (43.8) | 5 (31.2) | 4 (25.0) |
| 9. การทำความสะอาดบาดแผลเมื่อมีการหักแบบเปิดของกระดูก | 13 (81.3) | 1 (6.2) | 2 (12.5) |
| 10. ลำเลียงผู้ประสบภัย | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มากกว่าร้อยละ 80 รวม 7 รายการ แนวปฏิบัติฯ ที่นำไปปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ เรื่องการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 31.2 เรื่องการล้างทำความสะอาดบาดแผล ร้อยละ 50.0 และเรื่องการปฏิบัติต่อบาดแผลสกปรก ร้อยละ 43.8 ซึ่งอาจจะเป็นไปไม่ได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ ร้อยละ 50.0, 18.8, และ 25.0 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 8

*จำนวนและร้อยละของผู้เกี่ยวข้องจำแนกตามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ในการดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล (n=16)*

| รายการข้อความแนวปฏิบัติฯ | เป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | อาจเป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | เป็นไปไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|
| 1. คัดกรองผู้ประสบภัย | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 2. การจัดลำดับการดูแลบาดแผล | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 3. การจัดการบุคลากร | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 4. ทำความสะอาดมือ | 12 (75.0) | 3 (18.8) | 1 (6.2) |
| 5. สวม**ผ้ายางพลาสติกกันเปื้อน** | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 6. สวมผ้าปิดปากและจมูก | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 7. สวมแว่นป้องกันตา | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 8. สวมถุงมือสะอาด | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 9. ประเมิน ABCD | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 10. ถอดแหวนหรือเครื่องประดับ | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 11. ประเมินบาดแผล | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| องค์ประกอบที่ 2 การทำความสะอาดบาดแผล | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 12. กลุ่มอาการหนัก และกลุ่มอาการปานกลาง | | | |
| 13. ทำความสะอาดบาดแผล | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 14. ถอดถุงมือสะอาด | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 15. เปิดชุดทำแผล | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 16. สวมถุงมือปราศจากเชื้อ | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 17. หากบาดแผลมีขนาดใหญ่ | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 18. บาดแผลที่มีการปนเปื้อนมาก | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| รายการข้อความแนวปฏิบัติฯ | เป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | อาจเป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | เป็นไปไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|
| 19. หากมีผมหรือขนปกคลุมบาดแผล | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 20. บาดแผลที่มีเลือดออกมาก | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 21. ในกรณีที่บาดแผลมีเลือดไหลไม่หยุด | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 22. บาดแผลถลอก บาดแผลฉีกขาด | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 23. บาดแผลถูกของแหลมคมทิ่มแทง | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 24. บาดแผลที่มีสิ่งแปลกปลอมตกค้าง | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 25. บาดแผลที่มีการหักแบบเปิดของกระดูก | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 26. บาดแผลที่มีเนื้อตาย ซีด เปื่อย | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 27. บาดแผลไฟไหม้ | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 28. กลุ่มอาการเบา | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 29. องค์ประกอบที่ 3 การตัด ตกแต่งบาดแผล | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 30. องค์ประกอบที่ 4 การเย็บปิดบาดแผล | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 31. ถอดถุงมือ | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 32. รายงานแพทย์เพื่อดูอาการ | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 33. การให้คำแนะนำ | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มากกว่าร้อยละ 80 รวม 32 รายการ แนวปฏิบัติฯ ที่นำไปปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ เรื่องการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 75.0 ซึ่งอาจเป็นไปได้ และเป็นไปไม่ได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ ร้อยละ 18.8 และ 6.2 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 9

*จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำแนกตามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการดูแลสิ่งแวดล้อม และการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ (n=16)*

| รายการข้อความของแนวปฏิบัติฯ | เป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | อาจเป็นไปได้ จำนวน (ร้อยละ) | เป็นไปไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|
| 1. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับสูง | 16 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 2. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระดับต่ำ | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 2.1 เตียง ราวกั้นเตียง | | | |
| 2.2 ผ้าปูเตียง ผ้าขวางเตียง | 15 (93.8) | 1 (6.2) | 0 (0.0) |
| 2.3 พื้น | 12 (75.0) | 3 (18.8) | 1 (6.2) |
| 2.4 มูลฝอยที่มาจากการดูแลบาดแผล | 14 (87.5) | 2 (12.5) | 0 (0.0) |

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มากกว่าร้อยละ 80 รวม 4 รายการ แนวปฏิบัติฯ ที่นำไปปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ เรื่องการทำความสะอาดพื้น ร้อยละ 75.0 ซึ่งอาจจะเป็นไปไม่ได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ ร้อยละ 6.2

แนวปฏิบัติฯ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ที่จะนำไปปฏิบัติ มีเหตุผลดังนี้

**หัวข้อที่ 1 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล** ได้แก่

1. ทำความสะอาดมือ เนื่องจากในสถานการณ์เร่งด่วนไม่มีเวลาทำความสะอาดมือและอยู่ในสถานที่ที่ไม่สะดวก จะใช้วิธีการสวมถุงมือแทน

2.การล้างทำความสะอาดบาดแผล เนื่องจากถ้ามีผู้ประสบภัยจำนวนมากจะปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ พันแผล แล้วจึงมาทำแผลที่โรงพยาบาล

3. การปฏิบัติต่อบาดแผลสกปรก ไม่สามารถล้างทำความสะอาดบาดแผลเบื้องต้นได้ เนื่องจากระยะทางในจังหวัดภูเก็ตไม่ไกลจากโรงพยาบาล ให้รีบห้ามเลือด แล้วรีบนำส่งผู้ประสบภัยเพื่อมาทำแผลต่อโรงพยาบาล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. หากมีการหักของกระดูกแบบเปิดไม่สามารถล้างทำความสะอาดบาดแผลได้ เนื่องจากต้องรีบห้ามเลือด ปิดบาดแผล แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยมาล้างทำความสะอาดบาดแผลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

**หัวข้อที่ 2 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล**

การทำความสะอาดมือ เนื่องจากในสถานการณ์เร่งด่วนอาจไม่ได้ทำความสะอาดมือก่อนดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยทุกราย

**หัวข้อที่ 3 การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์**

การทำความสะอาดพื้นเมื่อเปื้อนเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง เนื่องจากพยาบาลไม่มีเวลาบริหารจัดการให้มีการทำความสะอาดพื้น

**การอภิปรายผล**

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ใน 2 ประเด็น คือ 1) ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ และ2) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

**1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ** ได้สาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯประกอบด้วย 3 หัวข้อ คือ หัวข้อที่ 1 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล หัวข้อที่ 2 การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล และหัวข้อที่ 3 การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ อภิปรายผลตามหัวข้อ ดังนี้

**หัวข้อที่ 1** การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การแบ่งกลุ่มผู้ประสบภัย การดูแลบาดแผลเบื้องต้น และการลำเลียงผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาล (ตอนที่ 2) ผลการศึกษาพบว่าข้อความที่มีค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์ น้อยกว่า 1.67 มีจำนวน 44 ข้อความจาก 48 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ของข้อความทั้งหมด (ตารางที่ 4) ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำความสะอาดมือก่อนให้การดูแลบาดแผลในระดับมาก แต่มีผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นด้วยในระดับปานกลางจึงทำให้ข้อมูลมีการกระจายควอไทล์มาก ซึ่งเหตุผลที่เห็นด้วยในระดับปานกลางเนื่องจากเห็นว่าการทำความสะอาดมือไม่มีความจำเป็น หรือไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลบาดแผล ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และมีบาดแผลเกิดขึ้นจะต้องได้รับการดูแลบาดแผล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เบื้องต้น เช่น ถ้าบาดแผลสกปรกมากควรล้างทำความสะอาดก่อนปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ แล้วรีบนำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาลเร็วที่สุด (ปรีชา ศิริทองถาวร และสืบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์, 2545; สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2545) หากมีการหักของกระดูกแบบเปิดหรือบาดแผลปนเปื้อนสิ่งสกปรกมากใช้น้ำเกลือล้างแผลล้างสิ่งสกปรกออกจากบาดแผลเพื่อให้บาดแผลสะอาดในเบื้องต้น ปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซที่สะอาดปราศจากเชื้อ และดาม (splint) กระดูกที่หักไว้ชั่วคราว (มรรยาท ณ นคร, 2543) นอกจากนี้ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้ประสบภัย จำแนกตามความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นลำดับแรก (อนันต์ ตัณมุขยกุล, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญ มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.6 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลหรือด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากที่สุดอยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 (ตารางที่ 1) ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวปฏิบัติฯ รอบที่ 1 และรอบที่ 2 ว่าควรมีเรื่องการทำความสะอาดมือ และการสวมอุปกรณ์ป้องกัน อยู่ในแนวปฏิบัติฯ เนื่องจากการทำความสะอาดมือ เพื่อดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล จะช่วยขจัดเชื้อโรคที่อยู่บนมือออกไป โดยการทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่อย่างน้อย 15 วินาที จะช่วยขจัดสิ่งสกปรก และเชื้อโรคที่อาศัยอยู่บนมือได้ หากไม่สะดวกหรือไม่มีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดมือ ให้เลือกใช้การทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่วจนแห้ง โดยที่มือต้องไม่เปื้อนสารคัดหลั่งที่มองเห็นด้วยตา หากพยาบาลอยู่ในสถานที่ที่ไม่สะดวกในการทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ การทำความสะอาดมือด้วยวิธีดังกล่าวมีความสะดวก เนื่องจากไม่ต้องใช้น้ำ สามารถพิจารณาเลือกใช้ในกรณีเร่งด่วนได้ (French & Friedman, 2003; สำนักการพยาบาล, 2546; วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2548) นอกจากนี้คณะกรรมการแนะนำการปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital Infection Control Practice Advisory Committee [HICPAC]) ได้แนะนำว่าควรสวมอุปกรณ์ป้องกันเมื่อมีความจำเป็นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง เช่น สวมถุงมือ สวมผ้ายางพลาสติกกันเปื้อน และสวมแว่นป้องกันตา เมื่อต้องสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่ง หรือสารน้ำจากร่างกาย เป็นต้น (HICPAC, 1996)

จากข้อมูลการทำสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ค) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ข้อมูลว่าแม้ว่าการทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์จะมีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อโรคที่อยู่บนมือได้ แต่ยังคงชอบการทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่เนื่องจากมีความรู้สึกสะอาดกว่าการใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร (2547) ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากรายงาน 6 ฉบับพบว่าการใช้แอลกอฮอล์ทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มมาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ขึ้น เนื่องจากมีความสะดวก สามารถพกพาติดตัวได้ตลอดเวลา และเสียเวลาน้อยลงกว่าการเดินไปทำความสะอาดมือที่อ่างล้างมือ และจากรายงาน 26 ฉบับ พบว่าแอลกอฮอล์สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรียบนมือได้ดี รวมถึงเชื้อรา เชื้อไวรัส และ เชื้อดื้อยา ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ในกรณีที่มือไม่เปื้อนสิ่งสกปรก หรือสิ่งคัดหลั่งที่มองเห็นอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผล

**หัวข้อที่ 2** การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล ได้แก่ การแยกประเภทผู้ประสบภัยเพื่อจัดกลุ่มและลำดับการดูแลบาดแผล การดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4 องค์ประกอบ และการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลบาดแผล บาดแผลจากภัยพิบัติทางธรรมชาติมี 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ บาดแผลปิด และบาดแผลเปิด (ตอนที่ 2) ผลการศึกษาพบว่า ข้อความที่มีค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าการกระจายควอไทล์ น้อยกว่า 1.67 จำนวน 32 ข้อความ จาก 33 ข้อความ คิดเป็นร้อยละ 97.0 ของข้อความทั้งหมด (ตารางที่ 4) แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาลโดยการจัดแบ่งกลุ่มผู้ประสบภัย เพื่อดูแลบาดแผลบาดแผลทั้ง 4 องค์ประกอบ รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลบาดแผลในระดับมาก แต่มีผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นด้วยในระดับปานกลางจึงทำให้ข้อมูลมีการกระจายควอไทล์มาก เมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นจะต้องมีการประเมินบาดแผลจนกระทั่งถึงการทำแผล (ธนิต วัชรพุกก์, 2547) และเน้นการทำความสะอาดบาดแผล เพื่อนำสิ่งสกปรก หรือสิ่งแปลกปลอมออกจากบาดแผล นอกจากนี้ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา เสนอว่า ควรมีการดูแลบาดแผล 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินบาดแผล การทำความสะอาดบาดแผล และการตกแต่งบาดแผล และ 2) ขั้นตอนการดูแลรักษา ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกัน และการให้ยาปฏิชีวนะ (Central for Disease Control and Prevention [CDC], 2005a)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดกลุ่มดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการหนักและปานกลาง และ 2) กลุ่มอาการเบา (ตอนที่ 2 ) และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ที่มีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้านการดูแลบาดแผล และด้านศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 52.6, 26.3, และ 21.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ได้ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นว่าควรดูแลบาดแผลประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การประเมินบาดแผล การทำความสะอาดบาดแผล การตัด ตกแต่งบาดแผล และการเย็บปิดบาดแผล อภิปรายผลว่าการดูแลบาดแผลควรยึดหลักปลอดเชื้อ (aseptic technique) โดยการทำความสะอาดมือก่อนและหลังดูแลบาดแผล และการสวมถุงมือปราศจากเชื้อเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากบาดแผลตำแหน่งหนึ่งไปสู่อีกตำแหน่งหนึ่งได้ การศึกษาของโฮแลนเดอร์ และซิงเกอร์ (Hollander & Singer, 1999) เสนอว่าควรสวมถุงมือปราศจากเชื้อเมื่อต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทำกิจกรรมหรือหัตถการที่ต้องสัมผัสกับเยื่อบุเมือก หรือบาดแผลของผู้ป่วยโดยตรง หากต้องการล้างทำความสะอาด ต้องสัมผัสบาดแผลควรสวมถุงมือปราศจากเชื้อ และใช้หลักปราศจากเชื้อในการดูแลบาดแผล แพรท และคณะ (Pratt et al, 2001) และขจรศักดิ์ ศิลปโภชนากุล (2546) ควรเปลี่ยนถุงมือภายหลังการทำหัตถการ และทำความสะอาดมือทันทีเมื่อถอดถุงมือ ใช้ถุงมือคู่ใหม่เมื่อต้องให้การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยรายต่อไป เนื่องจากถุงมือที่เปื้อนเลือด อาจจะนำเชื้อที่ติดมาจากเลือดผู้ป่วยที่มีบาดแผลคนหนึ่งไปสู่บาดแผลของผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยรายต่อมาติดเชื้อได้

**หัวข้อที่ 3** การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติฯ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้เชี่ยวชาญเป็น พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และมีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 และ 52.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งการใช้เทคนิคเดลฟายมีข้อดี คือ หากผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ และมีความรอบรู้ในเรื่องที่ศึกษา จะช่วยทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่า การทำความสะอาดพื้นด้วยการราดน้ำยาทำลายเชื้อ 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (sodium hypochlorite) ลงบนพื้นทิ้งไว้ 30 นาที ไม่สะดวกที่จะปฏิบัติในสถานการณ์จริงเนื่องจากใช้เวลานาน และไม่มีความจำเป็น การศึกษาของแดนฟอร์ท, นิโคล และฮูม พบว่าเชื้อแบคทีเรียสามารถเพิ่มจำนวนขึ้นเท่ากับก่อนเช็ดภายใน 2 ชั่วโมง นอกจากนี้การใช้น้ำยาทำลายเชื้อก็อาจมีข้อเสีย คือ ทำลายพื้น มีสารพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อม และสิ้นเปลือง (Danfort, Nicolle, & Hume, 1987 อ้างใน วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2542) แต่ต้องทำความสะอาดพื้นทันที เมื่อมีการปนเปื้อนของเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมสู่ผู้ประสบภัย (DeCastro & Iwamoto, 2005) สำหรับการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับสูง ให้ใช้วิธีนึ่งภายใต้แรงดัน (autoclave) หากอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ ให้ใช้วิธีการต้มในน้ำเดือด 100 องศาเซลเซียส นาน 15 นาที (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, 2548; French & Friedman, 2003; Rutala & Weber, 2005) จากการทำสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ค) ได้ข้อมูลว่าหลังเกิดเหตุภัยพิบัติทางธรรมชาติ มีผู้ประสบภัยจำนวนมากเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเวลาพร้อมๆ กัน ทำให้อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลบาดแผลมีไม่เพียงพอในวันแรกของการเกิดเหตุจึงใช้วิธีการทำลายเชื้อโดยการต้ม เพื่อให้ทันต่อความต้องการใช้ แต่ควรเลือกใช้วิธีดังกล่าวเป็นวิธีสุดท้ายเนื่องจากการต้มไม่สามารถทำลายสปอร์ของแบคทีเรียบางชนิดได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

**2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้**

**หัวข้อที่ 1** การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย ณ สถานที่เกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มากกว่าร้อยละ 80 รวม 7 รายการ จาก 10 รายการ (ตารางที่ 6)

ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติฯ อาจจะเป็นไปไม่ได้ในการนำไปใช้ 2 เรื่อง คือ การทำความสะอาดมือ และการล้างทำความสะอาดบาดแผล

2.1 การทำความสะอาดมือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 8 คน จาก 16 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ตารางที่ 7) ให้เหตุผลว่า หากทำความสะอาดอย่างถูกต้องตามหลักการอาจใช้เวลานานไม่ทันต่อสถานการณ์ที่เร่งรีบ จึงไม่ได้ทำความสะอาดมือก่อนให้การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัย แต่จะใช้วิธีการสวมถุงมือแทน อภิปรายผลว่าการที่ผู้เกี่ยวข้องไม่ทำความสะอาดมือเนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ เช่น มีงานยุ่ง เร่งด่วน ต้องรีบช่วยเหลือผู้ประสบภัยก่อน คิดว่าการสวมถุงมือจะสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ หรือขาดความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ เป็นต้น อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงไม่มีรายงานการติดเชื้อที่บาดแผลจากการดูแลบาดแผลเบื้องต้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นว่าการทำความสะอาดมือเป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ มีการศึกษาพบว่ามือของพยาบาลอาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ขณะปฏิบัติงาน และสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วยได้ โดยเชื้อโรคจะสามารถอาศัยอยู่บนมือได้นานถึง 150 นาที ดังนั้นหากพยาบาลทำกิจกรรมที่สัมผัสกับสิ่งสกปรกจะทำให้มีเชื้อโรคบนมือมากขึ้นตามระยะเวลาที่สัมผัสเชื้อ (Pittet, Dharan, Touveneau, Sauvan, & Perneger, 1999) และมีการศึกษาพบว่า ถุงมืออาจมีการรั่วที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า (Pratt et al, 2001; ขจรศักดิ์ ศิลปโภชนากุล, 2546) จึงมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนถุงมือ และทำความสะอาดมือทุกครั้ง ก่อนให้การดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยรายต่อไป วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร (2548) เสนอว่าวิธีการทำความสะอาดมือที่สะดวกและประหยัดเวลา คือ การทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ โดยใช้ปริมาณน้ำยา 3-5 มิลลิลิตร ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่วจนแห้ง โดยที่มือไม่ปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่มองเห็นด้วยตา และไม่เอื้ออำนวยให้ทำความสะอาดมือด้วยวิธีใช้น้ำกับสบู่ได้ การศึกษาการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการทำความสะอาดมือที่สำคัญ เช่น ความเร่งรีบ การทำกิจกรรมต่อเนื่อง การใส่ถุงมือ และการไม่มีความรู้ เป็นต้น คณะผู้วิจัยได้มีโครงการพัฒนาการทำความสะอาดมือขึ้น ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรพยาบาลทำความสะอาดมือถูกต้องเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 6.3 เป็น ร้อยละ 91.7 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังมีปริมาณการใช้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น จาก 2,000 ลิตร เป็น 5,300 ลิตรต่อเดือน (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และสมหวัง ด่านชัยวิจิตร, 2005)

2. การล้างทำความสะอาดบาดแผล ด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำเกลือล้างแผล ปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ และพลาสเตอร์ แล้วรีบนำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาลเร็วที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3-5 คน จาก 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8-31.2 (ตารางที่ 7) .ให้เหตุผลว่า ถ้ามีจำนวนผู้ประสบภัยน้อยจะสามารถล้างทำความสะอาดบาดแผล ณ จุดเกิดเหตุได้ แต่ถ้ามีผู้ประสบภัยจำนวนมากจะปิดบาดแผลด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ พันแผล เพื่อมาทำแผลต่อโรงพยาบาล อีกทั้งระยะทางในจังหวัดภูเก็ตไม่ไกลจากโรงพยาบาล ให้รีบห้ามเลือด แล้วรีบนำส่งผู้ประสบภัยแล้วจึงมาทำแผลที่โรงพยาบาล การศึกษาของรอบสัน และดุค (Robson & Duke, 1975 อ้างในจุมพล วิลาศรัศมี, 2548) พบว่าหากมีบาดแผลเกิดขึ้นเชื้อแบคทีเรียจะใช้เวลา 6-8 ชั่วโมง ในการแบ่งตัวจนถึง $10^6$ โคโลนีต่อเนื้อเยื่อ 1 กรัม บาดแผลจึงติดเชื้อแบคทีเรียได้หากไม่ได้ทำความสะอาดบาดแผล จากการทำสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ค) พบว่าภายหลังเกิดเหตุผู้ประสบภัยอาจยังไม่ได้รับความช่วยเหลือทันทีต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะมาถึงโรงพยาบาล จึงอภิปรายผลว่า การที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการล้างทำความสะอาดบาดแผล ณ จุดเกิดเหตุน้อย อาจเนื่องมาจากบาดแผลปนเปื้อนสิ่งสกปรกสูง น้ำเกลือล้างแผลอาจมีไม่เพียงพอ อีกทั้งต้องรีบให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยรายอื่นๆ ด้วย แต่หากมีการทำความสะอาดบาดแผล ณ สถานที่เกิดเหตุเท่าที่จะกระทำได้จะเป็นการช่วยลดสิ่งสกปรกที่อยู่ในบาดแผลซึ่งช่วยป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลได้ นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยกระจายผู้ประสบภัยไม่ให้ไปแออัดที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

**หัวข้อที่ 2** การปฏิบัติต่อผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการแนวปฏิบัติฯ นำแนวปฏิบัติไปใช้มากกว่าร้อยละ 80 รวม 32 รายการจาก 33 รายการ คิดเป็นร้อยละ 97.0 (ตารางที่ 6) อภิปรายผลว่า การที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากเป็นการดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยในโรงพยาบาล มีความพร้อมในด้านกำลังคน อีกทั้งยังมีความสะดวกในด้านสถานที่ และอุปกรณ์ แต่ทั้งนี้มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติฯ ที่อาจจะเป็นไปไม่ได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คือ เรื่องการทำความสะอาดมือ ผลการศึกษา พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 1 คน จาก 16 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 (ตารางที่ 8) มีความคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มีการศึกษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการทำความสะอาดมือก่อนการปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 1 และโดยมีพฤติกรรมในการทำความสะอาดมือน้อย เพียงร้อยละ 39.6 (Picheansathian, 1995) อภิปรายผลว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจคิดว่าในสถานการณ์ฉุกเฉิน หากทำความสะอาดมือครบทุกขั้นตอนจะไม่ทันต่อการให้การดูแลบาดแผล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผู้ประสบภัย ซึ่งการดูแลบาดแผลผู้ประสบภัยในสถานการณ์ฉุกเฉินต้องพิจารณาการทำความสะอาดมือที่มีความเหมาะสมกับสภาพผู้ประสบภัย และสถานการณ์ โดยสามารถทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีแอลกอฮอล์ได้หากมือไม่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งที่มองเห็นได้ด้วยตาอย่างชัดเจน

**หัวข้อที่ 3** การดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ มากกว่าร้อยละ 80 รวม 4 รายการจาก 5 รายการ คิดเป็นร้อยละ 80 (ตารางที่ 6)

ความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ เป็นไปไม่ได้ในการนำไปใช้ เรื่องการทำความสะอาดพื้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 1 รายจาก 16 ราย คิดเป็นร้อยะ 6.2 (ตารางที่ 9) มีความคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยได้ให้เหตุผลว่า พยาบาลต้องรีบให้การดูแลผู้ประสบภัยจึงทำให้ไม่มีเวลาบริหารจัดการให้มีการทำความสะอาดพื้น อภิปรายผลว่า หากเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติจะมีผู้ประสบภัยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ทำให้พื้นมีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกสูง เช่น สารคัดหลั่งจากร่างกาย และสารน้ำจากบาดแผล เป็นต้น หากพยาบาลไม่มีเวลาบริหารจัดการให้มีการทำความสะอาดพื้น ควรให้ความรู้แก่ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดให้มีการทำความสะอาดพื้นอย่างถูกวิธี ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC, 2003) กล่าวว่าเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่บนพื้นเป็นรังโรคของเชื้อก่อโรคได้ แม้ไม่ได้เป็นสาเหตุของการติดเชื้อโดยตรงแต่สามารถก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากแหล่งโรคโดยผ่านตัวกลาง (cross contaminated) คือ มือของบุคลากรได้ การศึกษาของแดนฟอร์ท, นิโคล และฮูม (Danfort, Nicolle, & Hume, 1987 อ้างใน วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2542) พบว่า เชื้อแบคทีเรียที่พบตามพื้นส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วย หรือบุคลากร ซึ่งปกติจะเป็นละอองมาจากทางเดินหายใจแล้วตกลงสู่พื้น แบคทีเรียเหล่านี้ทำให้เกิดการติดเชื้อน้อยแต่ถ้าถูกปกป้องด้วยชั้นของโปรตีนจากเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย แบคทีเรียบางตัวก็อาจจะมีชีวิตรอดได้ ซึ่งการถูพื้นด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาทำลายเชื้อจะสามารถลดจำนวนแบคทีเรียลงได้ถึงร้อยละ 80 และร้อยละ 95-99 ตามลำดับ

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อความส่วนใหญ่ 43 ข้อความ จาก 48 ข้อความ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เห็นด้วย มีเพียง 5 ข้อความ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วนมีความเห็นว่าเป็นไปได้น้อยในการนำไปใช้ ดังนั้นแนวปฏิบัติส่วนใหญ่สามารถนำไปใช้ได้ และเนื่องจากภัยพิบัติทางธรรมชาติเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาการเกิดเหตุที่แน่นอนได้ แนวปฏิบัตินี้จึงควรนำไปตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เคยมี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ประสบภัยจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรือนำไปซ้อมแผนเตรียมรับภัยพิบัติทางธรรมชาติเพื่อให้พยาบาลมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved