



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด  
ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

Factors Relating Surgical Wound Care Behaviors of Post Operative Patient Prisoners,  
Medical Correctional Institute

นามผู้วิจัย นางสาวดุสดี มณีรัตน์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ, Ph.D. )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

( รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอุ่น, ค.ศ. )

รักษาราชการแทน

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ, Ph.D. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่

เดือน

พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด  
ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

Factors Relating Surgical Wound Care Behaviors of Post Operative  
Patient Prisoners, Medical Correctional Institute

โดย

นางสาวคุสดี มณีรัตน์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คูสติ มณีรัตน์ 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย  
ภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
(สุศึกษา) สาขาวิชาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณการ์ตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ, Ph.D. 144 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดและปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย  
ภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ใช้แบบสอบถาม  
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติที่ใช้  
ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ สัมประสิทธิ์  
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาล  
ราชทัณฑ์ อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด  
ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย  
ภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม  
ในห้องทำแผล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน  
โรงพยาบาลราชทัณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05
4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์  
และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขังญาติผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแผล  
ผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05
5. ปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์  
และพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และ  
ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลแผล  
ผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 32.9 อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .001

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Dussadee Maneerat 2010: Factors Relating Surgical Wound Care Behaviors of Post Operative Patient Prisoners, Medical Correctional Institute. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Assistant Professor Karuntharat Boonchuaythanasi, Ph.D. 144 pages.

The objective of this correlation research was to determine factors relating surgical wound care behaviors of post operative patient prisoners, Medical Correctional Institute. The populations were 200 prisoners who had a surgical in prison. Questionnaire developed by researcher was used as an instrument in this study. Data was analyzed by statistical package for Percentage, Arithmetic Mean, Standard Deviation, Pearson - Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression

The research results were as follows:

1. Surgical wound care behaviors of post operative patient prisoners, Medical Correctional Institute, was at a good level.
2. The predisposing factors namely perceived benefits and perceived negative effect of improper practice of surgical wound care, beliefs and attitudes of surgical wound care had significant relationship with surgical wound care behaviors of post operative patient prisoners, Medical Correctional Institute at a .05 .
3. The enabling factors namely materials used for surgical wound care, accessibility of surgical wound care service, arrangement and environment in service room had significant relationship with surgical wound care behaviors of post operative patient prisoners, Medical Correctional Institute at a .05.
4. The reinforcing factors namely information about surgical wound care adviced by medical and nursing staffs, commando, prisoner's friends and prisoner's relative, had significant relationship with surgical wound care behaviors of post operative patient prisoners, Medical Correctional Institute at a .05.
5. The reinforcing factors which was information about surgical wound care adviced by medical and nursing staffs, the predisposing factors which was percieved benefits and perceived negative effect of improper practice of surgical wound care and enabling factors which was arrangement and environment in service room, were found to be significant predictor variables of surgical wound care behaviors. All predictor variance shared 32.9 percentage validity of variance.

---

Student's signature

---

Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและรองศาสตราจารย์ เรณูมาศ มาอุ่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ให้คำปรึกษาในการเรียน การค้นคว้าวิจัยและกรุณาเสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์กรวิ บุญชัยและรองศาสตราจารย์ ทศนีย์ นนทะสร ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านวิชาการและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในงานวิจัยมีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ จอน เลอวิทย์วรพงศ์ นายแพทย์ กิตติบุลย์ เตชะพรอนันต์ นาง พิมพรรณ รัตนวิเชียรและ นาง รัชณี หาญสมสกุล ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่านที่ช่วยกรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่พยาบาลงานห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ตึกศัลยกรรม ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บแบบสอบถามการศึกษารั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ต้องขังป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ดำเนินไปได้ด้วยความสำเร็จอย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ นาย วิเชียร นवलปลอดภัย นางอมรชนก นवलปลอดภัย น้าชาย และน้าสะใภ้ของผู้วิจัย ที่ได้ให้โอกาสทางการศึกษาและอบรมสั่งสอนปลูกฝังความรู้ในการศึกษารวมทั้งให้กำลังใจคอยห่วงใยให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จในการศึกษารั้งนี้

ศุสดี มณีรัตน์  
กุมภาพันธ์ 2553

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	79
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	89
ผลการวิจัย	89
ข้อวิจารณ์	108
สรุปและข้อเสนอแนะ	112
สรุป	112
ข้อเสนอแนะ	114
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	117
ภาคผนวก	123
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	124
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	126
ภาคผนวก ค รายละเอียดพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดรายข้อในผู้ต้องขังป่วยฯ	140
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	144

## สารบัญตาราง

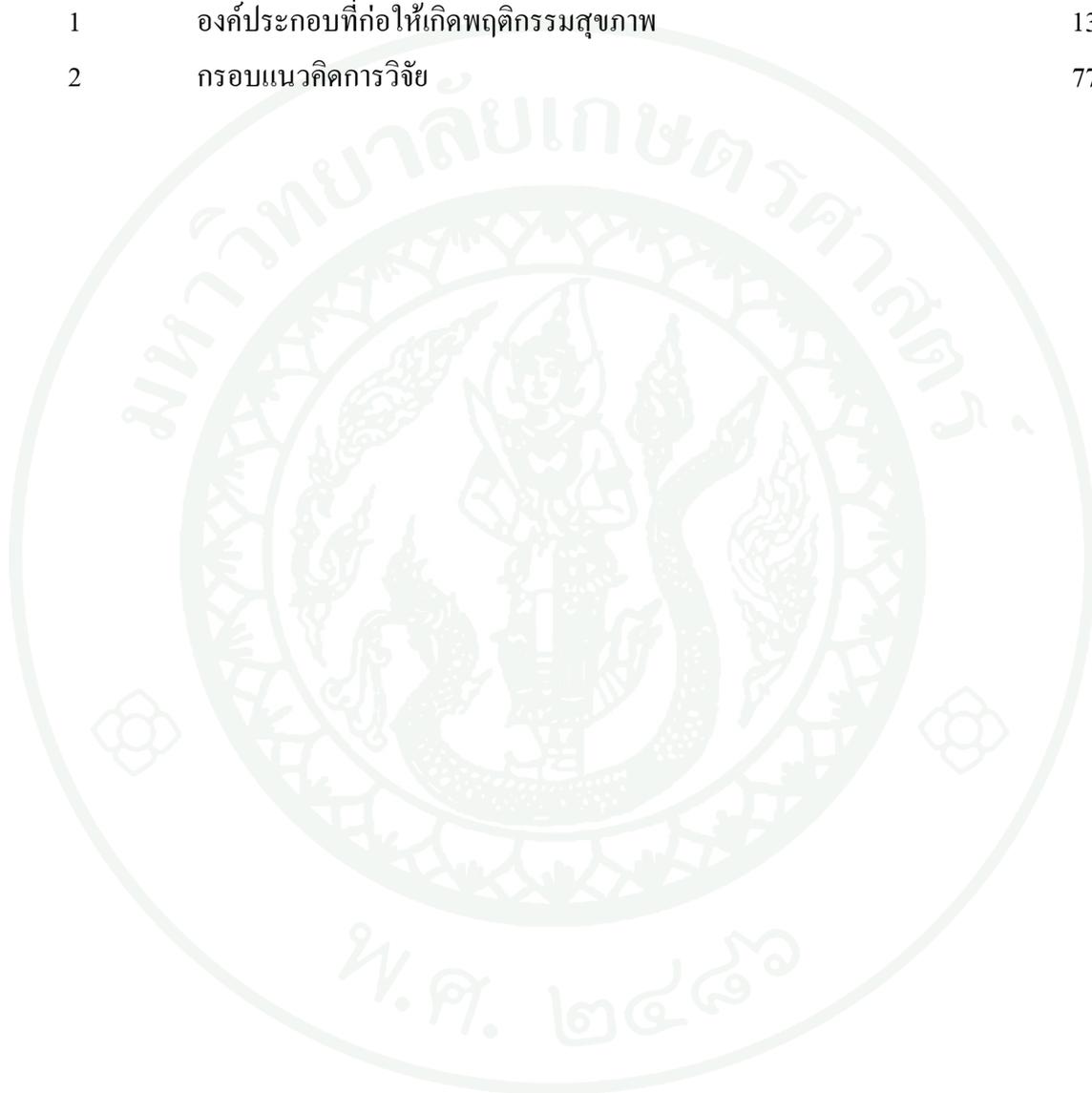
ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละจำแนกตามตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง	90
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด	93
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด	94
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด	94
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับวัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด	95
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการเข้าถึงการบริการ	96
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการด้านจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล	96
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล	97
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง	97
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเพื่อนผู้ต้องขัง	98
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากญาติผู้ต้องขัง	98
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์	99

### สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์	100
14	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์	102
15	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของ สัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญการถดถอย (t) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าคงที่ของสมการทำนาย พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์	104
<b>ตารางผนวกที่</b>		
ค1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลแผล ผ่าตัดรายชื่อของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาล ราชทัณฑ์	141

## สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ	13
2	กรอบแนวคิดการวิจัย	77



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย  
ภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

**Factors Relating Surgical Wound Care Behaviors of Post Operative Patient  
Prisoners, Medical Correctional Institute**

คำนำ

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้และความเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อความมั่นคงและความปลอดภัยของชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมที่มีความสำคัญในการแก้ไขพยาธิสภาพ ช่วยชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับการตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัดที่ทันสมัย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย และมีความปลอดภัยมากขึ้น (เรณู, 2550) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพทั้งด้านความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วด้วยการให้บริการพยาบาลในการผ่าตัดที่ดี อันจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ดีจากบุคลากรในโรงพยาบาล (อุดม, 2529) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม อาจเกิดจากความผิดพลาดทางเทคนิคผ่าตัด หรือจากสภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สบายและคุกคามชีวิตของผู้ป่วย (นนทา, 2534) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดและที่พบได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ภาวะตกเลือด ภาวะซ็อก ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ แผลผ่าตัดแยก และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น (นนทา, 2534)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผลหายช้าคือการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งมีผลต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ในประเทศสหรัฐอเมริกาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดพบมากเป็นอันดับ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล รองจากการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินหายใจการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น 7.3 วันและเพิ่มค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลประมาณ

3,352 เหยื่อสหรัฐหรือเทียบเท่าเงินไทยประมาณ 132,384 บาทต่อการติดเชื้อ1ครั้ง (Cruse PJE, 1986) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมีโอกาสขยายเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือด (Bacteremia) ได้ถึงร้อยละ3.5-9.5 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (HoranTC, 1986)

Garibaldi *et al.* (1991) พบว่าอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่เป็นแผลสะอาด (clean wound) แผลสะอาดกึ่งปนเปื้อน (clean contaminated wound) แผลปนเปื้อน (contaminated wound) และแผลสกปรก (dirty wound) คิดเป็นร้อยละ 2.6, 8.0, 2.8, และ 41.2 ตามลำดับ

ในประเทศไทยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดพบได้บ่อยเป็นอันดับ 3 รองจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 13 และ 15 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และร้อยละ 1.28 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล การติดเชื้อแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 8-12 วัน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 410.6-615.9 ล้านบาท (สมหวัง, 2539) แหล่งที่มาของการติดเชื้อที่พบมากที่สุดทางสัลยกรรมคือการติดเชื้อจากร่างกายตนเอง (Endogeneous, auto or self infection) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายของแผลผ่าตัด ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ สภาวะของโรคบางชนิด ตำแหน่งของแผลผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด เป็นต้น

ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ สังกัดกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรมซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางจากเรือนจำต่างๆทั่วประเทศไทย ปัจจุบันสามารถรองรับผู้ต้องขังป่วยได้ประมาณ 320 เตียง แบ่งเป็นแผนกต่างๆประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอก งานห้องผ่าตัด แผนกทันตกรรม แผนกเภสัชกรรม แผนกรังสีวินิจฉัย แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยเรื้อรัง แผนกจิตเวช แผนกผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเด็กผู้ป่วยหญิง นอกจากนี้การบำบัดรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยแล้วยังมีหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง การจัดสวัสดิการในการสงเคราะห์ และพัฒนาอนามัยแก่ผู้ต้องขัง รวมทั้งการดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพและสนับสนุนการปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องของส่วนงานด้านสงเคราะห์ แบ่งเป็นการสงเคราะห์ผู้ต้องขังไม่มีญาติ ผู้ต้องขังพิการ ผู้ต้องขังสูงอายุ เด็กติดผู้ต้องขัง ครอบครัวผู้ต้องขัง ผู้พันโทษ การสงเคราะห์ด้านคำปรึกษาพยาบาล ผู้ต้องขังป่วยและการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (ประวิช, 2548)

จากสถิติของงานห้องผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ปี พ.ศ. 2550 มีผู้ต้องขังป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 642 ราย โดยแบ่งเป็นผ่าตัดใหญ่ 220 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.30 ผ่าตัดเล็ก 422 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.70 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 2.03 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของแผลผ่าตัดสะอาดร้อยละ 2.93 และในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ต้องขังป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 694 ราย โดยแบ่งเป็นผ่าตัดใหญ่ 238 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.30 ผ่าตัดเล็ก 456 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.70 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 2 ไม่พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของแผลผ่าตัดสะอาด ปี พ.ศ. 2552 (เดือนมกราคม ถึง เดือน มีนาคม) มีผู้ต้องขังป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 167 ราย โดยแบ่งเป็นผ่าตัดใหญ่ 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.53 ผ่าตัดเล็ก 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.47 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 5.35 อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาลของแผลผ่าตัดสะอาดร้อยละ 4.35 (จากสถิติ รายงานผู้ป่วยรับบริการผ่าตัด งานห้องผ่าตัด พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552) แสดงให้เห็นว่าในระยะเวลา ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้น และแนวโน้มการติดเชื้อสูงขึ้น พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแผลผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง เหมาะสม และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ต้องขังป่วยที่มารับบริการหลังการผ่าตัดซึ่งจะส่งผลในการลดภาวะการติดเชื้อแผลผ่าตัด ลดลงได้ และยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ต้องขังป่วยหลังการผ่าตัดที่ต้องรับผิดชอบกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมหรือลดความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยมีร่างกายที่แข็งแรงจิตใจที่มั่นคง มีศักยภาพสูงในการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ซึ่งให้บริการผู้ต้องขังป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ซึ่งสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดเพื่อนำผลการวิจัยไปปรับปรุงพัฒนาการให้ สุขศึกษาและกำหนดแนวทางการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ปราศจากภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตอยู่ในเรือนจำอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยืนยาว ช่วยลดภาระงบประมาณของประเทศ และเมื่อพ้นโทษสามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องเป็นภาระกับครอบครัว และสังคมต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

#### เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน-โรงพยาบาลราชทัณฑ์
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด จาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขังญาติผู้ต้องขังกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
5. ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ระหว่าง ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ คือ

1. ผลการวิจัยทำให้ทราบพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด  
ทันทสสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ซึ่งสามารถจะนำไปสู่การแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง  
และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
2. ผลการวิจัยทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด และ  
สามารถนำไปกำหนดนโยบายและแนวทางเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังป่วยภายหลัง  
การผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลการวิจัยสามารถนำมากำหนดเป็นแนวทางการพัฒนางานทางด้านสุขภาพเพื่อให้  
ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลต่อการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์
4. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทาง  
ในการจัด โปรแกรมการดูแลสุขภาพและเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและศึกษางานวิจัยอื่นๆ  
ที่เกี่ยวข้องต่อไป

## ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

### ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลแผล  
ผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทันทสสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ประกอบด้วย 3 ตัวแปร  
คือ

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด
  - 1.2 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด
  - 1.3 ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดในผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
2. ปัจจัยเอื้อ คือ แหล่งทรัพยากร หรือ วัสดุที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่มทสสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ
- 2.1 วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด
  - 2.2 การเข้าถึงการบริการ
  - 2.3 การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล
3. ปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ
- 3.1 เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล
  - 3.2 เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง
  - 3.3 เพื่อนผู้ต้องขัง
  - 3.4 ญาติผู้ต้องขัง

## ตัวแปรอธิบาย

คือ ปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. การศึกษา
4. ชนิดของการผ่าตัด
5. ประสบการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด

## ตัวแปรตาม

คือ พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่ทศสถาน  
โรงพยาบาลราชทัณฑ์

## นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง  
ดังนี้

ทศสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ หมายถึง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สังกัด  
กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม บริการรักษาผู้ต้องขังป่วยจากทั่วประเทศ มีภารกิจหลัก คือ  
ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และควบคุมผู้ต้องขัง

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดผลกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย  
ภายหลังการผ่าตัด ทศสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด  
ที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์ในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลแผลผ่าตัดของตนเองให้เหมาะสม  
สอดคล้องกับการผ่าตัดและแผนการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาข้อเท็จจริง  
เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดในด้าน ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง  
หลังการผ่าตัด

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัด หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกรับรู้ของ  
ผู้ต้องขังป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลแผลผ่าตัดที่สามารถป้องกัน หรือลดความ  
เสี่ยงความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน

การรับรู้โทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด หมายถึง การรับรู้มีความคิดหรือการคาดคะเนของ  
ผู้ต้องขังป่วยว่ามีโทษจากการไม่ดูแลแผลผ่าตัดต่อการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง

ผู้ต้องขังป่วย หมายถึง ผู้ต้องขังโดยทั่วไปที่มีอาการเจ็บป่วย และได้รับการรักษาโดยการ  
ผ่าตัด ของงานห้องผ่าตัด ที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์

วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด หมายถึง วัสดุที่ผ่านการฆ่าเชื้อได้มาตรฐานจากหน่วยงานจ่าย  
กลางและวัสดุต่างๆ ที่ได้จัดหาไว้ให้ ในสถานพยาบาลราชทัณฑ์

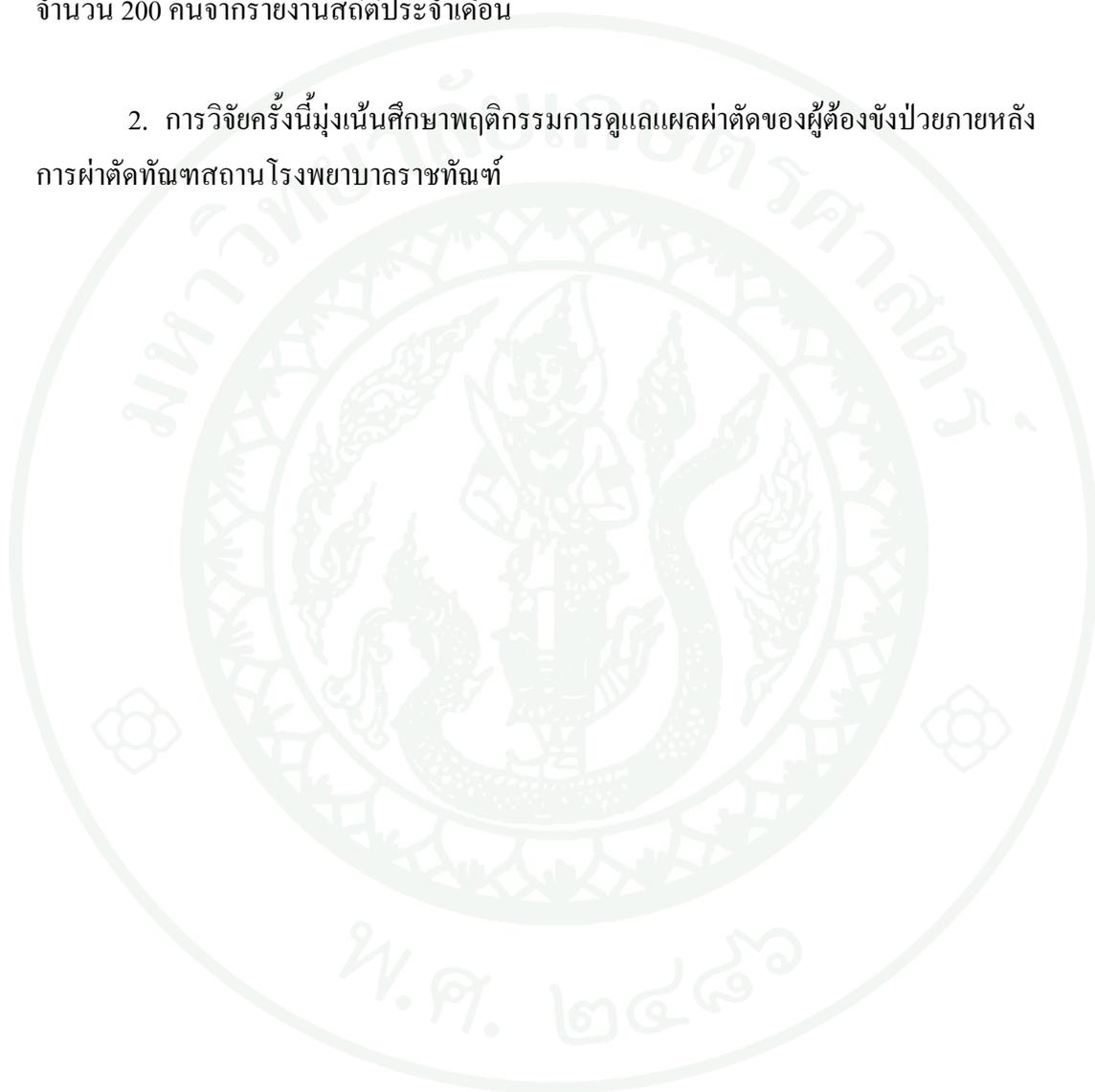
เพื่อนผู้ต้องขัง หมายถึง ผู้ต้องขังที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวัน ระหว่างที่ผู้ต้อง  
ขังป่วยได้รับการจำคุก

เจ้าหน้าที่ควบคุม หมายถึง เจ้าหน้าที่งาน ข้าราชการ ลูกจ้าง ที่มีหน้าที่หรือส่วนเกี่ยวข้อง  
ในการควบคุมผู้ต้องขัง

ญาติผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่ผู้ต้องขังป่วยใกล้ชิดสนิทสนมติดต่อได้และมาขอเยี่ยม  
ผู้ต้องขังป่วยในห้องเยี่ยมญาติบ่อยครั้ง

### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ต้องขังป่วยที่มีเลขประจำตัวประชาชน ที่มารับการผ่าตัดของงานห้องผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ในเดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนธันวาคม 2552 จำนวน 200 คนจากรายงานสถิติประจำเดือน
2. การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์



## การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด  
 ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐาน  
 ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
2. การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด
3. การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยที่รับการผ่าตัด
4. เรื่องความรู้แผลผ่าตัด
  - 4.1 การแบ่งประเภทของแผลผ่าตัด
  - 4.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
  - 4.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่บาดแผลผ่าตัด
  - 4.4 เชื้อก่อโรคในแผลผ่าตัด
  - 4.5 การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
  - 4.6 การหายของแผล
  - 4.7 ขบวนการหายของแผล
  - 4.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล

4.9 ผลกระทบของแผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

4.10 ชนิดของการทำแผล

4.11 การทำแผลในอุดมคติ

4.12 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลแผล

4.13 สารอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล

4. ความรู้เรื่องผู้ต้องขัง

4.1 ประเภทของผู้ต้องขัง

4.2 งานอนามัยเรือนจำ

4.3 ข้อปฏิบัติส่วนปกครองและทัณฑปฏิบัติ

5. แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

PRECEDE Model

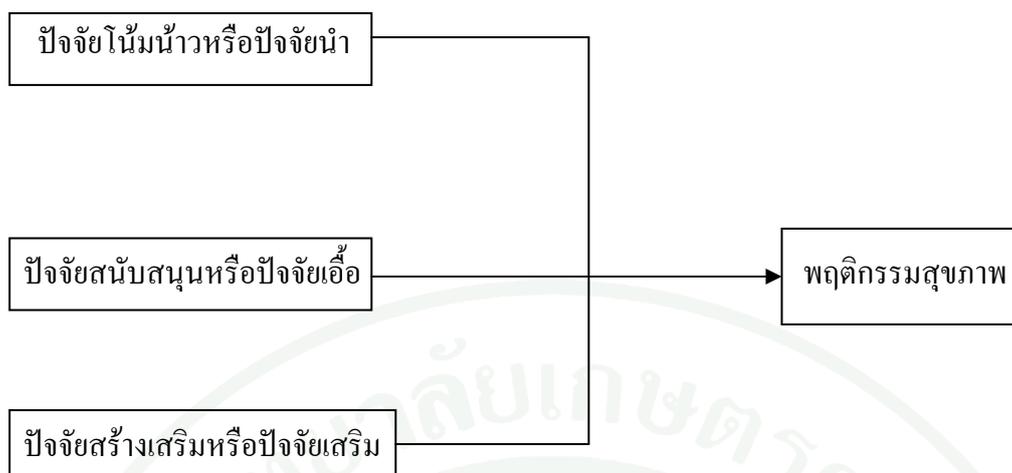
## กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีหลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักการแตกต่างกันออกไป เพราะพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน ดังนั้นการปลูกฝังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นหรือไม่ และเป็นไปในลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าวหรือปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรงซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของวิชาสุขศึกษา การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกเริ่มของการเรียนรู้หรืออาจจะได้รับจากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวหรือจากสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างพอเพียง เหมาะสม และต่อเนื่อง จนเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและเป็นพฤติกรรมอย่างถาวร ตัวอย่างเช่น การจัดให้นักศึกษาทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการรับผิดชอบในโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญก็จะเป็นปัจจัยที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่นๆเป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยสร้างหรือปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ได้แก่ บุคคลต่างๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรมและแนะนำชักจูงควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดที่จะเสริมสร้างให้กระทำ หรือตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยการใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 1 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: ชนวรรณ (2528)

### การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ชูกา (2525) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่บุคคลมองเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเองสามารถแก้ไขปัญหามีอยู่ได้นั้นเหมาะสมกับความเชื่อค่านิยมของตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หวังผลในรางวัลหรือหลีกเลี่ยงการลงโทษ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและการกระทำไปพร้อมๆ กัน แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ (Compliance) การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้เพราะบุคคลนั้นถูกสังคมหรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกลงโทษ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รับรางวัลจากสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Identification) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบนี้โดยบุคคลนั้นเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ตนต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี (Internalization) การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้ยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตัวเอง ตรงกับแนวคิดและค่านิยมตนเองยึดถืออยู่หรืออาจมองเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถแก้ไขปัญหาค้นเองได้

### องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเช่นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางการศึกษาและองค์ประกอบทางการเมือง (ประภาเพ็ญ, 2526)

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติ และในยามเจ็บป่วย
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคล ในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม การปฏิบัติที่ดีมีผลมาจากวัฒนธรรมชุมชนที่มีความแตกต่างกันไปแล้วแต่ลักษณะของชุมชน
3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาด และเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นผลให้เขามีสุขภาพดี ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพและประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
4. องค์ประกอบทางการศึกษา ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ มีเจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ

5. องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นจำนวนและความเพียงพอของการบริการรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษา ที่จัดให้ ประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

### การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด

1. ความสำคัญของการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมอย่างหนึ่ง ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีสิ่งต่างๆ ที่ช่วยให้การรักษาผู้ป่วย การผ่าตัดประสบผลสำเร็จมากขึ้น เช่น การใช้ยาระงับความรู้สึก การใช้ยาปฏิชีวนะ การตรวจทางห้องทดลอง การตรวจทางรังสี ความเข้าใจหลักป้องกันภาวะการติดเชื้อ การพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำผ่าตัด ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ ที่ทันสมัย ทำให้ปัจจุบันนี้ การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง (เรณู, 2540) ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่จะต้องมียาของสภาวะทางพยาธิสภาพและเหตุผลดังนี้

1.1 สภาวะทางพยาธิสภาพที่ต้องการ การรักษาทางศัลยกรรม มี 4 ประการ คือ (Four pathological process) (Luckman and Sorensen, 1987)

1.1.1 การอุดตัน (Obstruction) ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดง ท่อหรือรูต่างๆ การอุดตันของท่อทางเดินของเหลวต่างๆ ในร่างกายยอมทำให้เกิดอันตรายเนื่องจากไปอุดตันการไหลของสารเหลวต่างๆ ที่สำคัญในร่างกาย เช่น เลือด อากาศ น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะ น้ำดี เป็นต้น

1.1.2 การทะลุ (Perforation) เป็นการแตกทะลุของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น มีการทะลุของลำไส้ การทะลุของกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

1.1.3 การเกิดแผล (Erosion) บริเวณเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายมีการระคายเคือง การติดเชื้อ การเกิดแผลหรือมีการอักเสบ ผลของการเกิดแผลอาจมีการลุกลามถึงผนังของหลอดเลือดทำให้มีเลือดออกได้

1.1.4 ก้อนทุม (Tumor) เป็นการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อในร่างกายที่ผิดปกติไปจากเดิมอาจเป็นก้อนทุมธรรมดาหรือชนิดร้ายแรง

1.2 การรักษาด้วยการผ่าตัดจะทำเนื่องจากเหตุผลประการใดประการหนึ่งต่อไปนี้ (นันทา, 2534)

1.2.1 การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnosis surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่นการตัดเนื้อเยื่อส่งตรวจหาพยาธิสภาพของโรค (Biopsy) การขูดเนื้อเยื่อส่งตรวจเป็นต้น

1.2.2 การผ่าตัดเพื่อสำรวจดู (Exploratory surgery) เป็นการผ่าตัดที่ช่วยให้แพทย์สามารถประเมินการลุกลามของโรค และการวินิจฉัยโรคได้แน่นอน เช่น การผ่าตัดเพื่อสำรวจดูทางช่องท้องดูความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ที่สงสัยว่าผิดปกติ (Exploratory laparotomy)

1.2.3 การผ่าตัดเพื่อเป็นการรักษา (Curative surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาอวัยวะส่วนที่เป็นโรครอก หรือซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ที่ผิดปกติเพื่อช่วยให้สามารถทำหน้าที่และกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด เช่น การผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก (Appendectomy) เป็นต้น

1.2.4 การผ่าตัดเพื่อบรรเทาและประทุษชีวิต (Palliative surgery) เป็นการผ่าตัดที่ช่วยให้อาการต่างๆ ของผู้ป่วยทุเลาลงถึงแม้จะไม่สามารถรักษาอวัยวะส่วนที่เป็นโรคนั้นได้ เช่น การผ่าตัดกระเพาะอาหารแล้วใส่ท่อระบายคาไว้ (Gastrostomy) ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของหลอดอาหาร เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยเหตุผลใดก็ตาม พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องเตรียมผู้ต้องขังป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมสำหรับการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ต้องขังป่วยปลอดภัยในทุกๆด้านให้การบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ต้องขังป่วยให้ครบถ้วน และด้วยความเต็มใจ

2. ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ต้องขังป่วยที่มารับการผ่าตัด ผู้ต้องขังป่วยจะได้รับการผ่าตัดภายใต้การใช้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งมีทั้งยาระงับความรู้สึก ซึ่งมีทั้งยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) และยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Regional anesthesia) เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) และยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ที่มารับบริการผ่าตัดมี ดังนี้ (เรณู, 2535)

2.1 ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) คือการทำให้ผู้ต้องขังป่วยหมดความรู้สึกตลอดระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์อาจให้ยาระงับความรู้สึกทางกล้ามเนื้อทางหลอดเลือดดำ หรือ โดยการสูดทางการหายใจ ซึ่งหลังการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ต้องขังป่วย จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในห้องพักฟื้น

2.2 ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional anesthesia) คือ การทำให้ผู้ต้องขังป่วยปราศจากความเจ็บปวดเฉพาะที่ ผู้ต้องขังป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งหลังการผ่าตัดผู้ต้องขังป่วยอาจไม่ต้องรอในห้องพักฟื้นเหมือนผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย วิธีให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่มีหลายวิธี ดังต่อไปนี้

2.2.1 การฉีดยาเฉพาะที่ในบริเวณที่จะทำผ่าตัด (Local anesthesia) เพื่อให้หมดความรู้สึกเจ็บปวดใช้ในการผ่าตัดเล็ก

2.2.2 การให้ยาเฉพาะที่บริเวณเยื่อเมือก โดยการหยอด ทา พัน (Topical anesthesia) เพื่อให้หมดความรู้สึกเจ็บปวด ส่วนมากใช้ในการตรวจต่างๆ เช่น ตรวจทอหลอดลมคอ ตรวจหลอดอาหาร ตรวจทางทวารหนัก ตรวจทางช่องคลอด ตรวจโรคทางตา เป็นต้น

2.2.3 การฉีดยาเฉพาะที่บริเวณรอบๆ กลุ่มประสาทที่ไปเลี้ยงบริเวณที่จะทำผ่าตัด (Nerve block) ให้หมดความรู้สึกเจ็บปวด เช่น ทำผ่าตัดบริเวณ แขนและมือ ฯลฯ

2.2.4 การฉีดยาเข้าไปในช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก (Epidural block) ทำให้หมดความรู้สึกที่บริเวณลำตัวถึงปลายเท้าและต่ำจากระดับที่ฉีดยาลงมา สำหรับการผ่าตัดส่วนล่างของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกรานและขาทั้งสองข้าง

2.2.5 การฉีดยาชาเข้าไปในช่องไขสันหลัง (Spinal block) ทำให้หมดความรู้สึกส่วนล่างของร่างกาย และใช้ทำผ่าตัดเช่นเดียวกับการฉีดยาชาเข้าช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสันหลัง

3. ขอบเขตของการปฏิบัติงาน บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด การประกอบวิชาชีพของพยาบาลทั้งในสถานบริการและชุมชน มีเป้าหมายสำคัญที่ปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นการปฏิบัติงานการบริการที่เป็นระดับวิชาชีพ มีข้อผูกพันต่อสังคมทั้งโดยส่วนรวมต่อผู้ใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย การประกอบวิชาชีพของพยาบาลนั้นได้กำหนดไว้ ตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และฉบับปรับปรุง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ในจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยการกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ระบุให้พยาบาลปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา บรรเทาอาการของโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพต่อผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน มีรายละเอียดในข้อบังคับต่างๆ เป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน พยาบาลห้องผ่าตัดในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องปฏิบัติการบริการสุขภาพตามความต้องการของสังคมและชุมชน โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด (Perioperative nursing knowledge) ซึ่งหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือ สอนให้คำแนะนำ และให้การปรึกษาที่มุ่งให้ผู้รับบริการดำรงรักษาภาวะการมีสุขภาพดี บรรเทาความทุกข์ทรมานของโรค ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพทั้งตนเองและร่วมกับทีมสุขภาพ ตลอดจนการบริการจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม (จินตนา, 2542)

### 3.1 ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด มีดังนี้ (จินตนา, 2542)

3.1.1 การสอน แนะนำให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่เกี่ยวกับผู้ต้องขังป่วยซึ่งเข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3.1.2 การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของผู้ต้องขังป่วย รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการโรค และอาการเกี่ยวข้องกับ การผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพระหว่างหลังผ่าตัด

3.1.3 การช่วยเหลือแพทย์กระทำการผ่าตัด

4. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยทางห้องผ่าตัด โดสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด แห่งประเทศไทย ได้ร่างมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด ในส่วนที่เป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Patient outcome) ไว้ว่าเป็นข้อความที่กล่าวถึงผลที่คาดหวังให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับทุกระยะการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สะท้อนให้เห็นขอบเขต การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ดังนี้ (อรนงค์, 2543)

#### 4.1 ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

4.1.1 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่เป็น การผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกร

4.1.2 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวทุกระยะการผ่าตัด

4.1.3 ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายพร้อมที่จะรับการผ่าตัด

4.1.4 ผู้ป่วยยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

#### 4.2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

4.2.1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

4.2.2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากการจัดทำ การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า การใช้ยา น้ำยา และสารเคมี การใช้เลเซอร์หรือรังสี การใช้ อุปกรณ์ แรงดัน และการใช้เครื่องมือการผ่าตัดอื่นๆ

#### 4.3 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความปวดและมีความสุขสบาย

4.3.1 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.2 ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

4.4 ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิที่พึงมีตามประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ขององค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข

5. การใช้กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัด เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการพยาบาลผู้ต้องขังป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ต้องขังป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด โดยเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัด ให้การดูแลผู้ต้องขังป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด อย่างมีระบบ (เรณู, 2535) และนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

5.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ต้องขังป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัด การเยี่ยมผู้ต้องขังป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (Preoperative visit) จะทำให้ได้ข้อมูลต่างๆ จากตัวผู้ต้องขังป่วยอย่างละเอียด และเอาข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์และกำหนดปัญหา หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

5.2 วางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด (Intraoperative planning) ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การแก้ปัญหาของผู้ป่วยหรือจุดมุ่งหมายของการให้การพยาบาล เป็นข้อความเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองภายหลังการได้รับการพยาบาล ซึ่งคาดหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก และกำหนดกิจกรรมพยาบาล เพื่อใช้เป็นหลักหรือแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

5.3 นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ (Nursing activity) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎี ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ต้องขังป่วย และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละกิจกรรม ต้องตรงตามแผนที่กำหนดไว้ และจดบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้กระทำต่อผู้ต้องขังป่วย และการตอบสนองของผู้ต้องขังป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ

5.4 ประเมินการพยาบาล(Evaluation) เป็นการประเมินว่า ผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับ การพยาบาลได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อนำไปปรับปรุงแผน การพยาบาลให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสมกับผู้ต้องขังป่วยเฉพาะรายให้ดีขึ้น

6. การให้บริการพยาบาลผู้ต้องขังป่วยในห้องผ่าตัด ในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่และ ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้มีการขยายเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ซึ่งเคยมีการปฏิบัติกัน เฉพาะในห้องผ่าตัด และดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดมาเป็นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ (ศิริพร, 2542) สมาคมห้องผ่าตัด (Association of Operating Room Nurse) ได้แบ่งการให้บริการผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (ธนิดา, 2540) และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

6.1 ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) หมายถึงตั้งแต่ผู้ต้องขังป่วยได้รับการกำหนดว่าจะได้รับการผ่าตัด ขณะนอนรอการผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด (Waiting room) จนกระทั่งได้รับยา รับประทานรู้สึก ในระยะนี้มีการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการประเมินปัญหา และความต้องการ ของผู้ต้องขังป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative assessment) ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการ พยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการพยาบาล การรวบรวมข้อมูลต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญหาและความต้องการต่างๆ และนำเอาข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และกำหนดปัญหา หรือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายของ การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป การรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยต้อง ครอบคลุมดังนี้ (กฤษดา, 2542)

6.1.1 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เพื่อลดความกลัว คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการผ่าตัดโดย

1) แนะนำตัวเองกับผู้ต้องขังป่วย สนทนาอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างผู้ต้องขังป่วยกับพยาบาลและเกิดความไว้วางใจในการที่จะบอกปัญหาหรือซักถาม ปัญหาต่างๆ ดื่มน้ำด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส วาจาไพเราะ ใช้คำพูดเข้าใจง่าย เป็นผู้รับฟังที่ดี กระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ

2) ให้ความเคารพผู้ต้องขังป่วยในฐานะบุคคล โดยพูดทักทายเรียกชื่อผู้ต้องขังป่วยด้วยท่าทีสุภาพ แจ่มให้ผู้ต้องขังป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ไม่เปิดเผยผู้ต้องขังป่วยเกินความจำเป็น ให้การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยทุกคนด้วยความยุติธรรมเสมอภาคเป็นมาตรฐานเดียวกัน (กันยา, 2541)

3) อธิบายให้ทราบว่า ในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดผู้ต้องขังป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล ผู้ต้องขังป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนทำการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ต้องขังป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะทำการผ่าตัด

4) อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการผ่าตัด เช่น ผู้ต้องขังป่วยจะได้รับการฟอกผิวหนังด้วยน้ำยาระงับเชื้อโรค การฉีดยาชาเฉพาะที่ และการผ่าตัดพอสังเขป เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยทราบถึงสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่ผ่าตัด ประมาณระยะเวลาในการผ่าตัดให้ผู้ต้องขังป่วยทราบ

5) อธิบายและสอนการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวลทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลงได้ เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ได้ทั่วไปในการปฏิบัติการพยาบาล คือ การบริหารลมหายใจเป็นจังหวะเข้าออกยาวและลึกอย่างสม่ำเสมอ (อุบล, 2531)

6) ให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นเพิ่มเติมตามความเหมาะสมของผู้ต้องขังป่วยแต่ละราย เช่น สภาพแวดล้อม และบุคลากรในห้องผ่าตัด วิธีการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก สภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น (เรณู และคณะ, 2532)

7) สัมผัสผู้ต้องขังป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยอบอุ่นใจ มั่นใจ มีกำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งผู้ต้องขังป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก (Bradley & Edinberg, 1986)

### 6.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย (ศิริพร, 2542)

- 1) ชักประวัติโดยสัมภาษณ์ผู้ต้องขังป่วย ตรวจดู ชื่อ นามสกุล ให้ถูกต้องตามตารางการผ่าตัด สำรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น รายงานประจำตัวผู้ต้องขังป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชนิดของการผ่าตัดตามคำสั่งแพทย์ ประวัติการได้รับการผ่าตัด หรือการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาล ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับว่าเป็นแบบทั่วร่างกาย หรือเฉพาะที่ ประวัติการแพ้ยาเฉพาะที่ และยาปฏิชีวนะอื่นๆ ประวัติการได้รับยาแก้ปวด ความผิดปกติอื่นๆ
- 2) ประเมินความพร้อมของผู้ต้องขังป่วยก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดโดยตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ภาวะซิด เพื่อประเมินการสูญเสียโลหิต ตรวจบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ขนาดของก้อนเนื้อหรือขนาดของแผล เพื่อจัดเตรียมน้ำยาในการทำความสะอาดผิวหนังและเตรียมไหมเย็บ ความสะอาดทั่วไปของร่างกาย เป็นต้น
- 3) ตรวจสอบว่าผู้ต้องขังป่วยได้รับการงดอาหารและน้ำไม่น้อยกว่า 6 – 8 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด
- 4) ตรวจสอบว่า ผู้ต้องขังป่วยได้รับแผนการรักษาเฉพาะสำหรับการผ่าตัด เช่น การได้รับยานำก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก หรือสารน้ำต่างๆ
- 5) ตรวจดูสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ต้องขังป่วย เช่น ฟันปลอม แหวน นาฬิกา หรือเครื่องประดับต่างๆ
- 6) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมภาชนะสำหรับใส่ชิ้นเนื้อ หรือสารคัดหลั่งเพื่อส่งตรวจภายหลังการผ่าตัด โดยการเขียนชื่อ นามสกุล เลขที่ประจำตัวผู้ต้องขังป่วย ชนิดของสิ่งส่งตรวจ (Specimen) เวลา และวันที่ นอกจากนี้ยังต้องจัดเตรียมผลการตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสีไว้ให้พร้อมด้วย

7) การเตรียมเครื่องใช้สำหรับการผ่าตัด เช่น ผ้าพันแผลชนิดยืด (Elastic bandage) เฟือก ลำกล้องเฟือก (Web rill) สายยางบางชนิด วัสดุปิดแผลชนิดกั้นน้ำ (Tegaderm) เป็นต้น

8) การเตรียมความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ให้ถูกต้องกับบริเวณที่ทำการผ่าตัด บริเวณที่ผมหรือขนให้โกนผมหรือขนทิ้งโดยรอบบริเวณที่จะผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

9) ดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกายทั่วไปโดยล้างด้วยน้ำและสบู่ ในบริเวณที่มีสิ่งสกปรก เช่น คราบ หรือคราบเลือด การล้างหน้าจัดเครื่องสำอางบนใบหน้า ความสะอาดของปาก ฟันโดยให้บ้วนปาก เปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับสวมใส่ในห้องผ่าตัด

10) ดูแลให้ผู้ต้องขังป่วยเซ็นชื่อขอรับการชำระระดับความรู้สึก การยินยอมรับการผ่าตัด ยินยอมรับเลือด เนื่องจากผู้ต้องขังป่วยทุกคนมีสิทธิสมบูรณ์ในตัวเอง จึงต้องมีการเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามกฎหมาย เพื่ออนุญาตให้ผู้อื่นกระทำการใดๆ โดยตรงต่อร่างกายของคนในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ ซึ่งเจ้าหน้าที่พยาบาลเซ็นชื่อกำกับเป็นพยานไว้ด้วย

### 6.1.3 การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและสิ่งแวดล้อม (อรอนงค์, 2531)

1) รักษาความสะอาดในห้องผ่าตัดโดยการเช็ดทำความสะอาด ไฟส่องผ่าตัด โต๊ะเมโย เตียงผ่าตัด เครื่องใช้อื่นๆ ประจำห้องผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ดูแลพื้นห้องให้แห้งอยู่เสมอ

2) จัดแสงสว่างให้มีแสงที่มีแสงสว่างใกล้เคียงกับแสงสว่างธรรมชาติและ โคมไฟสามารถที่จะจัดส่องเข้าไปในแผลผ่าตัดได้ทุกทิศทาง หมุนได้ง่าย โดยไม่เกิดการสัมผัสเชื้อ

3) ตรวจสอบอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดให้พอเหมาะ อยู่ระหว่าง 68 F – 76 F (20 C – 22 C) มีความชื้น 50 – 55 % (Fairchild, 1993) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป ช่วยมิให้ผู้ต้องขังป่วยเกิดการขาดน้ำ (Dehydration) และป้องกันการแห้งของเนื้อเยื่อขณะทำการผ่าตัด

- 4) เตรียมเครื่องมือผ่าตัดด้วยวิธีการสะอาดปราศจากเชื้อ (Sterile technique) และให้มีเครื่องมือครบตามชนิดของการผ่าตัดนั้นๆ
- 5) เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ จัดแยกประเภทอย่างเรียบร้อย พร้อมทั้งจะนำมาใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) เตรียมเครื่องจี้โลหิต เครื่องดูดสารคัดหลั่ง (Suction) ไฟผ่าตัดไฟฟ้า เตียงผ่าตัด เครื่องเย็บผูก น้ำยาและอื่นๆ ที่จำเป็นให้ครบถ้วน ตรวจสอบให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- 7) เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการจัดทำผู้ต้องขังป่วยตามชนิดของการผ่าตัด เช่น หมอนทราย ไม้รองแขน ไม้ฉากกั้นบริเวณผ่าตัด เพื่อเปิดมุมมองให้ผู้ป่วยหายใจสะดวก และลมหายใจของผู้ต้องขังป่วยไม่เข้าสู่แผลผ่าตัด
- 8) ควบคุมดูแลบุคลากรในทีมผ่าตัดให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัด และเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น การแต่งกายของทีมห้องผ่าตัด การสวมหมวกเก็บผมให้เรียบร้อย ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก (Mask) และเปลี่ยนรองเท้าของห้องผ่าตัด พร้อมทั้งจัดหาให้มีพร้อมใช้งาน และเพียงพอ
- 9) จัดเตรียมแปลหรือล้อเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ต้องขังป่วยให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีความปลอดภัย
- 10) จัดเตรียมยา น้ำยา สารเคมี หรือสารน้ำเกลือแร่ต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์

6.2 ระยะเวลาผ่าตัด (Intraoperative phase) หมายถึงระยะตั้งแต่ผู้ต้องขังป่วยได้รับการระงับความรู้สึกจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย ในระยะนี้ใช้กระบวนการพยาบาล โดยการวางแผนการผ่าตัดในระยะผ่าตัด (Intraoperative planning) ตามข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินผู้ต้องขังป่วย มีการกำหนดกิจกรรมพยาบาล วัตถุประสงค์ หรือมีจุดมุ่งหมายของการให้การพยาบาล เพื่อใช้เป็นหลักหรือแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ และนำแผนการพยาบาล ไปปฏิบัติ

(Implementation) โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ต้องขังป่วย และทักษะในการพยาบาลผู้ต้องขังป่วยในห้องผ่าตัด ในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละกิจกรรมต้องตรงตามแผนที่กำหนดไว้ จดบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้กระทำต่อผู้ต้องขังป่วย และการตอบสนองของผู้ต้องขังป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ การบริการพยาบาลที่ได้มีดังนี้ (เรณู, 2535)

6.2.1 อธิบายให้ผู้ต้องขังป่วยร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด และเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น หายใจไม่ออก หรือมีอาการปวดให้บอกแพทย์ ไม่ให้ใช้มือจับบริเวณที่อาการผิดปกติ เพราะจะทำให้เครื่องมือผ่าตัดเกิดการปนเปื้อนได้ (Contamination) ได้

6.2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายไม่เกร็ง ขณะแพทย์ทำการผ่าตัด

6.2.3 คลุมผ้าให้ผู้ป่วยอบอุ่นและรู้สึกว่าจะไม่ถูกเปิดเผยร่างกาย ปิดตาเพื่อมิให้ผู้ต้องขังป่วยเกิดความกลัว

6.2.4 การจัดทำในการผ่าตัดขึ้นอยู่กับบริเวณที่จะผ่าตัด อายุ ขนาด ของผู้ต้องขังป่วย วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และความเจ็บปวดขณะเคลื่อนย้าย ข้อบ่งชี้ในการจัดทำเพื่อป้องกันอันตรายจากการกดทับ การอุดตันทางเดินหายใจ หรืออาการปวดเมื่อย ไม่สบาย (Atkinson, 1992) ซึ่งต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) จัดทำให้ผู้ต้องขังป่วย ด้วยการคำนึงถึงการเคารพในสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ต้องขังป่วย ระงับการเปิดเผยอวัยวะส่วนที่ควรปกปิดมากเกินไปจนจำเป็น
- 2) การจัดทำต้องไม่รบกวนการหายใจ แขนไม่วางบนหน้าอก ควรวางบนไม้รองแขน
- 3) ไม่รบกวนการไหลเวียนโลหิต น้ำเกลือ และเลือดให้ไหลได้สะดวก

4) ไม่มีแรงกดลงบนกล้ามเนื้อหรือเส้นประสาทใดๆ พยายามให้มีการกดทับผิวหนังให้น้อยที่สุด ผู้ป่วยที่อ้วนหรือผอมมากต้องใช้ผ้ารองปุ่มกระดูกต่างๆ การผูกมัดหรือรัดลำตัวผู้ต้องขังป่วยต้องไม่ตึงเกินไป

5) จัดทำให้ถูกต้องตามชนิดของการผ่าตัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ถูกต้องตามลักษณะกายวิภาค(Body alignment) และให้ผู้ต้องขังป่วยสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกกดทับเป็นเวลานานๆ และปลอดภัยมากที่สุดตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

6.2.5 ป้องกันอันตรายจากการตกเตียง โดยใช้สายรัดลำตัว ผู้ต้องขังป่วยกับเตียง เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย

6.2.6 จัดเตรียมยา น้ำยา สารน้ำ ตลอดจน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้ครบถ้วนขณะผ่าตัด

6.2.7 ดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัดให้อยู่ในสภาพดี พร้อมทั้งจะใช้ได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือผ่าตัด เช่น เครื่องมือแหลมคม ไม่นำเครื่องมือชำรุดหรือใกล้ชำรุดมาใช้

6.2.8 เพื่อความปลอดภัยของผู้ต้องขังป่วย การใช้เครื่องจีโกลิต เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ไฟฟ้าต้องมีฉนวนเป็นพิเศษ (ศิริพร, 2542)

6.2.9 ตรวจสอบและดูแลในการทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ โดยการฟอกน้ำยาและทายาระงับเชื้อ ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ

6.2.10 เลื่อนโต๊ะเมโยสำหรับวางเครื่องมือผ่าตัดให้เข้าสู่บริเวณผ่าตัด แพทย์สามารถหยิบเครื่องมือได้สะดวกและไม่เอื้อมือหยิบของข้ามบริเวณที่สะอาดปราศจากเชื้อ

6.2.11 จัดไฟเพดาน ต่อสาย Suction สายเครื่องจีไฟฟ้า หรือสายอื่นๆ ให้เข้าตัวอย่างถูกต้อง

6.2.12 จัดถังทิ้งเศษไหม เอ็น หรือผ้าซับเลือด ให้อยู่ในที่ที่สามารถทิ้งเศษขยะดังกล่าวได้สะดวก ไม่หกเลอะเทอะ

6.2.13 รับผิดชอบอยู่ในห้องผ่าตัดตลอดเวลา ดูแลผู้ต้องขังป่วย ช่วยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ต้องขังป่วยต้องการ

6.2.14 ช่วยผ่อนคลายความกลัว โดยการสัมผัสมือผู้ต้องขังป่วยลูบเบาๆ ให้กำลังใจ (ภัสพร, 2534)

6.2.15 เก็บชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง

6.2.16 ดูแลห้องผ่าตัดให้สะอาดเรียบร้อยตลอดเวลาการผ่าตัด

6.2.17 สังเกตการผ่าตัด และให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่น เมื่อแพทย์ต้องการเครื่องมือผ่าตัดเพิ่มเติม หรือต้องการผู้ช่วยการผ่าตัดและจะต้องเตรียมพร้อมสำหรับความต้องการรับควมต่างๆ เช่น ผู้ต้องขังป่วยช็อกจากการเสียเลือด เป็นต้น

6.2.18 บันทึกการให้การพยาบาลในรายงานผ่าตัด (Nurse's note) เช่น การตรวจนับผ้าซับโลหิต ตรวจนับเครื่องมือเครื่องใช้ บันทึกการเสียเลือด การรู้สึกรู้สึกตัว การได้รับเลือดหรือสารน้ำต่างๆ เป็นต้น (อรอนงค์, 2531)

6.2.19 ดูแลและสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ยา น้ำยา หรือสารเคมี โดยผู้ต้องขังป่วยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเวียนศีรษะ จนถึงมีอาการอย่างมาก เช่น หน้ามืด ว้าวุ่น ชัก หมดสติ ซึพจรเบา เร็ว ความดันเลือดต่ำ เป็นต้น ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ และเตรียมการแก้ไขทันที

6.2.20 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการฟื้นคืนชีพ ให้พร้อมสำหรับใช้งานได้ทันที

6.2.21 ประสานงานกับบุคลากรในทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยดี

6.2.22 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อม และหากมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นสามารถช่วยเหลือแก้ไขผู้ต้องขังป่วยได้ทันทั่วถึง

6.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด (Post operative phase) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่การเย็บแผลเสร็จสิ้นลง และเคลื่อนย้ายผู้ต้องขังป่วยออกจากห้องผ่าตัด (เรณู, 2531) ระยะเวลาเป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว (Evaluation) เช่น การตรวจสอบต่างๆ ที่มีการกดทับจากการจัดทำ ตลอดจนตรวจสอบผิวหนังจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า ประเมินผลการสูญเสียเลือด เป็นต้น เมื่อผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้และประเมินสภาพแล้วว่าปลอดภัย จึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดได้ (ชนิดา, 2540) ถ้าหากพบสิ่งผิดปกติจากการประเมินต้องบันทึกไว้ คอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและรายงานแพทย์ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง มีการวางแผนเตรียมความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันทีและดูแลจนกว่าผู้ต้องขังป่วยจะอยู่ในภาวะปลอดภัย การพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่ (เรณู, 2535)

6.3.1 แจ้งให้ผู้ต้องขังป่วยทราบว่าทำผ่าตัดเสร็จแล้ว และจะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอกและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านหรือเรือนจำได้ ให้ผู้ต้องขังป่วยรอรับยาและรับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและรับใบนัดมาตรวจครั้งต่อไปจากเจ้าหน้าที่พยาบาล

6.3.2 บอกให้ทราบขนาดของแผลและตำแหน่งแผล

6.3.3 ปิดแผล ดัดพลาสติกห่อให้เรียบร้อยและแน่น ไม่เลื่อนหลุด

6.3.4 เช็ดคราบเลือด คราบน้ำยาระงับเชื้อโรค เพื่อป้องกันการระคายเคืองและความไม่สุขสบายของผิวหนัง

6.3.5 เตรียมรถเข็น หรือเปลนอนและอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ต้องขังป่วยให้พร้อม เคลื่อนย้ายผู้ต้องขังป่วยด้วยความระมัดระวัง ดูแลความปลอดภัยตลอดระยะทางจนถึงห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย

6.3.6 เคลื่อนย้ายเครื่องมือผ่าตัด เครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้แล้วออกไปนอกห้อง เครื่องมือผ่าตัดจะนำไปฆ่าเชื้อโรค ก่อนที่จะล้าง และทำให้ปราศจากเชื้อต่อไป

6.3.7 สอบถามอาการ สังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก หรือ ปวดแผล มีเลือดออกมาก สามารถเห็นได้ทางแผลผ่าตัดจะต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไขทันที

6.3.8 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ระยะแรก (ศิริพร, 2545) เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พัก โปรตีน ผัก และผลไม้ ช่วยซ่อมแซมแผล ระวังและป้องกันมิให้น้ำถูกแผล ทำแผลด้วยวิธีการปราศจากเชื้อ โดยใช้บริการจากสถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน การรับประทานยาแก้ปวดหรือ ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

6.3.9 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามความเหมาะสม การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายและการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายมีการฟื้นฟูและกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว

6.3.10 แจกเอกสารที่เกี่ยวกับความรู้ของโรคที่เป็นอยู่ การรักษาและการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคแต่ละชนิด เพื่อความเข้าใจในเรื่องโรคมมากขึ้น และสามารถเปิดคู่มือการพยาบาลตามคำแนะนำในเอกสารแผ่นพับได้เมื่อต้องการ

6.3.11 ให้คำแนะนำหากมีสิ่งผิดปกติ เกิดขึ้นให้รีบมาพบแพทย์ทันที

สรุป จากการทบทวนการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด จะเห็นได้ว่าการบริการพยาบาล ผู้ต้องขังป่วยในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการพยาบาลถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของ ผู้ต้องขังป่วย ซึ่งทำให้ผู้ต้องขังป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากไม่ทราบว่าอะไร จะเกิดขึ้นและจะต้องประสบปัญหาอะไรบ้าง การให้การพยาบาลโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ และการนำเอากระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ทั้งในระลอกก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ผู้ต้องขังป่วยมารับบริการที่ห้องผ่าตัด ได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

## การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยที่รับการผ่าตัด

### การเตรียมและดูแลผู้ต้องขังป่วยโดยทั่วไปก่อนรับการผ่าตัด

- 1.ซักถามหรือสอบถามข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการสังเกตอาการต่างๆ ของผู้ต้องขังป่วยให้ถูกต้องและชัดเจน
- 2.แนะนำให้ผู้ต้องขังป่วยรู้จักสถานที่ สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในหอผู้ป่วย
- 3.ประเมินค่าสัญญาณชีพ (Vital signs) ซ้ำนำหนัก
- 4.เก็บ Specimens ส่งตรวจทางห้องทดลองตามแผนการรักษา
- 5.ให้ผู้ต้องขังป่วยเซ็นชื่อยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งมีพยานเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
  - 5.1 ผู้ต้องขังป่วยที่มีสุขภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์ต้องให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเป็นผู้เซ็นใบยินยอม
  - 5.2 ผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสและไม่รู้สึกรู้ตัว และศัลยแพทย์ต้องรีบผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิต ต้องให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเป็นผู้เซ็นใบยินยอม
  - 5.3 ในกรณีผู้ต้องขังป่วยไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือข้างขวาของผู้ป่วย และให้เขียนกำกับตรงลายพิมพ์ว่า “ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวาของผู้ป่วยหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยนั้น” และให้พยานลงชื่อกำกับ
- 6.แนะนำให้ผู้ต้องขังป่วยงดสูบบุหรี่ในรายที่มีประวัติสูบบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดชนิดรอได้

7. รายงานแพทย์ทราบเมื่อประเมินสภาพผู้ต้องขังป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติด

8. อธิบายถึงการเตรียมตัวผู้ต้องขังป่วยให้ถูกต้อง

8.1 การเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด

8.2 การเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด

8.3 การให้ยากล่อมประสาท

8.4 การงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

8.5 การให้ยาก่อนระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด

9. สอนและแนะนำการออกกำลังกายบนเตียง

9.1 การหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และการหายใจออกยาวๆ

9.2 การออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะพักอยู่บนเตียง

9.3 การพลิกตัวตะแคงซ้ายหรือขวา

10. การแนะนำให้ผู้ต้องขังป่วยเกี่ยวกับการลุกเดิน โดยเร็ว (Early ambulation)

11. ดูแลการได้รับสารอาหาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ บางรายที่มีภาวะโลหิตจางแพทย์มักให้เลือดทดแทน สำหรับผู้ต้องขังป่วยที่รับประทานอาหารได้ก่อนการผ่าตัด พยาบาลดูแลให้ได้รับอาหาร แคลอรีสูง โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่สูง

12. บันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับและที่ขับถ่ายออกแต่ละวันให้ถูกต้องแน่นอน เพื่อความสมดุลของน้ำในร่างกาย

13. ชั่งน้ำหนักทุกวันตามแผนการรักษาของแพทย์

14. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ ไม่มีเสียงรบกวนมาก ที่นอนควรเรียบตึง และสะอาดสิ่งแวดล้อมและของร่างกาย

15. สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ต้องขังป่วยที่เกี่ยวกับภาวะการขาดน้ำ ภาวะขาดโซเดียม และโปตัสเซียม หากพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา

16. สังเกตอาการผู้ต้องขังป่วยอย่างใกล้ชิด และติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง การตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ

17. ดูแลความสะอาดของผิวหนังและช่องปากเสมอ

#### การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยในเช้าวันผ่าตัด

1. การตรวจเยี่ยมผู้ต้องขังป่วยที่เตรียมการผ่าตัด ชักถามการพักผ่อนนอนหลับ การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน ผลการสวนอุจจาระ (ถ้ามี) และสังเกตอาการทั่วไป ตลอดจนกิจกรรมการรักษาพยาบาลพิเศษที่ให้กับผู้ต้องขังป่วย เช่น การคาสายยางสำหรับการสวนปัสสาวะ การให้อาหารและน้ำทางหลอดเลือดดำ ฯลฯ

2. ตรวจสอบความเรียบร้อยของผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัดว่าได้รับการทาผิวหนังด้วย Aseptic solution ในตอนเช้ามีดีแล้ว

3. เก็บของมีค่า(พระเครื่อง) กีบติดผม ฟันปลอม แว่นตา ฯลฯ จากตัวผู้ต้องขังป่วยฝากไว้กับหัวหน้าตึกหรือพยาบาลประจำการ

4. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพการเปลี่ยนแปลงของตัวผู้ต้องขังป่วย บันทึกไว้ในรายงานทางการแพทย์สำหรับเปรียบเทียบในขณะที่ทำการผ่าตัด และบันทึกอาการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ต้องขังป่วยได้รับในรายงานทางการแพทย์ด้วย
5. ตรวจสอบความเรียบร้อยของรายงานผู้ต้องขังป่วย ตลอดจนผลการตรวจต่างๆ ตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ผู้ต้องขังป่วยได้รับยาก่อนระงับความรู้สึก(Pre-medication)
7. แนะนำให้ผู้ต้องขังป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนย้ายไปห้องผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ในรายที่ไม่ได้สวนปัสสาวะสำหรับผู้ต้องขังป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไว้ให้ดวงปัสสาวะและเททิ้ง พร้อมกับบันทึกในรายงานการพยาบาล
8. ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ต้องขังป่วยขึ้นเปลเงินของห้องผ่าตัดเมื่อพนักงานเปลมารับผู้ต้องขังป่วย และเตรียมของใช้ต่างๆ ให้ครบ พร้อมลงบันทึกลงในสมุดสิ่งส่งมอบทุกครั้ง
9. เตรียมเตียงของผู้ต้องขังป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับผู้ต้องขังป่วยกลับจากห้องผ่าตัด โดยทำเตียงแบบ Anesthetic bed และควรมีการปูผ้าอย่างวางเตียงตรงกับบริเวณแผลผ่าตัดผู้ป่วยด้วย รวมทั้งเตรียมผ้าห่ม เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ผู้ต้องขังป่วยหลังทำการผ่าตัด ซึ่งจะมีรู้สึกหนาว นอกจากนี้ควรเตรียมของให้ที่จำเป็น เช่น เสื่อแขวนสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เครื่องดูดเสมหะพร้อมบัวรดน้ำยา เครื่องดูดชนิดต่างๆ ตามความจำเป็นที่จะต้องใช้กับผู้ต้องขังป่วย

#### การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยหลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยหลังการผ่าตัดเริ่มต้นจากระยะเวลาที่เคลื่อนย้ายผู้ต้องขังป่วยมาถึงเตียงผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง จนกระทั่งผู้ต้องขังป่วยกลับเรือนจำและกลับมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินผลการรักษา หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสมถูกต้องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนช่วยให้ผู้ต้องขังป่วยฟื้นฟูสภาพและกลับไปอยู่ในสังคมได้ดี

## การพยาบาลหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยหลังผ่าตัดทันทีหรือในระยะเวลาที่สั้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก (Immediate postoperative stage)
2. การพยาบาลผู้ต้องขังป่วยหลังผ่าตัดในระยะต่อมา (Extended postoperative stage or later postoperative stage)

### การประเมินทางการพยาบาล

การประเมินสภาพผู้ต้องขังป่วยมีความสำคัญมากที่จะทำให้ปลอดภัย สุขสบาย และช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ต้องขังป่วยหลังการผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการประเมินสภาพผู้ต้องขังป่วยหลังการผ่าตัดเช่นเดียวกับในระยะก่อนการผ่าตัด ดังนี้

ก. ความรู้สึกของผู้ต้องขังป่วยต่อสภาวะความเจ็บป่วยหลังการผ่าตัด

ข. การประเมินทางด้านร่างกาย

1. การตรวจร่างกาย พยาบาลควรมีการประเมินผู้ต้องขังป่วยโดยเรียงลำดับความสำคัญ ดังนี้

1.1 ตรวจอกและปอด

1.1.1 สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงของการหายใจ

1.1.2 ตรวจนับอัตราการหายใจ

## 1.2 หัวใจและหลอดเลือด

### 1.2.1 วัดสัญญาณชีพ

### 1.2.2 ตรวจสอบภาวะซีด

### 1.2.3 EKG.

## 1.3 อุณหภูมิ

ผู้ต้องขังป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรก โดยปกติอุณหภูมิของร่างกายปกติ อาจพบได้ว่ามีอุณหภูมิต่ำกว่าปกติได้ใน 2–3 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดและ บางรายอาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย หลังจากนั้นภายใน 24–48 ชั่วโมง ผู้ต้องขังป่วยจะมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติได้ถึง 38 °C หากมีไข้หลังวันที่ 3 ควรพิจารณาถึงการติดเชื้อ

## 1.4 บริเวณแผลผ่าตัด

1.4.1 ตรวจสอบแผลผ่าตัดทุก 15 นาทีแรกหลังการผ่าตัด เพื่อสังเกตการมีเลือดออก หรือ discharge ซึมจากแผลผ่าตัด ให้บันทึกจำนวน ลักษณะด้วย

1.4.2 ตรวจสอบสีผิว ฝ่ามือ ฝ่าเท้า รอยถลอก หรือรอยไหม้ตรงบริเวณผิวหนังที่สาย plate หรือ ผู้รับผิดชอบทำการผ่าตัด

1.4.3 สังเกตลักษณะสี จำนวนของสารเหลวที่ออกจากท่อระบายต่างๆ

1.4.4 สังเกตความผิดปกติของแผลผ่าตัด เช่น ลักษณะบวม แดง ร้อน ปวด เนื่องจากการติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก ฯลฯ

## 1.5 ระบบประสาท

ตรวจดู Consciousness, orientation ของผู้ต้องขังป่วยหลังได้รับการผ่าตัด โดยปกติผู้ต้องขังป่วยมักจะรู้สึกตัวดีภายใน 24 – 72 ชั่วโมง นอกจากนั้นตรวจดูการเคลื่อนไหวของแขนขา รีเฟล็กซ์ต่างๆ กำลังความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ฯลฯ

## 1.6 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

พยาบาลควรสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยด้วยว่าอยู่ระดับใด เพื่อประกอบการพิจารณาให้ยาแก้ปวด

## 1.7 ผิวหนัง

ตรวจดูลักษณะของผิวหนัง เช่น ชีด เจ็บวคล้ำ และความตึงตัวของผิวหนัง

## 1.8 ท้อง

ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้แบบบีบรัดอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด อาจประเมินทุก 4 – 8 ชั่วโมง เนื่องจากผลผลการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การใช้ยาบางชนิด หรือการผ่าตัดช่องท้องที่มีการผูกค้ำกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะทำการผ่าตัด นอกจากนี้ ควรสังเกต ดูภาวะท้องอืด การปวดท้องจากแก๊ส

## 1.9 การขับถ่ายปัสสาวะ

สังเกตสี จำนวนของปัสสาวะที่ไหลออกมาจากสายยางสวนปัสสาวะที่ต่อกับถุงปัสสาวะ คลำดูการโป่งพองของกระเพาะปัสสาวะ กรณีที่ผู้ต้องขังป่วยไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ปกติควรถ่ายปัสสาวะได้เองภายใน 6 – 8 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก

### 1.10 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีการสูญเสียเลือด สารเหลวในขณะที่ทำการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดทางท่อระบายต่างๆ หรืออาจเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดจากการทำการผ่าตัด รวมทั้งการให้สารเหลวและอิเล็กโทรไลต์ทดแทนไม่เพียงพอ พยาบาลควรประเมิน ปริมาณ Intake – output fluid และประเมินสังเกตอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ด้วย เช่น สับสน กระหายน้ำ เยื่อต่างๆ แห้ง ผิวหนังเหี่ยวแห้งเป็นรอยเหี่ยวย่นหรือบวม กดนูน การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ชักเกร็ง ฯลฯ ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะสารเหลวและขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

#### 2. การตรวจทางห้องทดลอง

2.1 CBC.

2.2 BUN & electrolyte

2.3 G/M ในรายที่ซีดจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

2.4 Albumin, PT. & PTT.

2.5 Hemoculture , Urine culture ฯลฯ

2.6 Urine specific gravity

#### 3. การตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษตามดุลยพินิจของแพทย์

## การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. จัดทำนอน
2. การประเมินระดับความรู้สึกตัวในระยะแรกหลังการผ่าตัด
3. หาวิธีการสื่อสารอื่นๆกับผู้ป่วยที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้
4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังการผ่าตัดที่สำคัญได้แก่
  - 4.1 ภาวะอุดตันของทางเดินหายใจ
  - 4.2 ภาวะตกเลือดและช็อก
  - 4.3 ภาวะถุงลมปิดแฟบและปอดบวมเฉพาะที่
  - 4.4 ภาวะเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขาและความดันโลหิตต่ำ
  - 4.5 ภาวะสะอึก ท้องอืด และลำไส้เป็นอัมพาต การปวดท้องจากแก๊ส
  - 4.6 แผลผ่าตัดแยกจากกันบางชั้นและแผลผ่าตัดแยกจากกันทุกชั้น และมีวัชระภายในช่องท้องไหลออกมา เช่น ลำไส้
  - 4.7 การคั่งของน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
  - 4.8 แผลผ่าตัดมีการอักเสบติดเชื้อ
5. การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

6. การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ให้อยู่ในภาวะสมดุล
7. ดูแลให้มีการระบายของสารเหลวออกทางท่อระบายต่างๆ
8. การดูแลด้านจิตใจ
9. การสอนและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะที่อยู่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่เรือนจำ

### เรื่องความรู้แผลผ่าตัด

#### การแบ่งประเภทของแผลผ่าตัด (Classification of Surgical Wound)

แผลผ่าตัดแบ่งได้เป็น 4 ประเภทตามการปนเปื้อนเชื้อของแผล (contamination) ก่อนและระหว่างการผ่าตัดการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดต้องเปรียบเทียบระหว่างแผลที่อยู่ในประเภทเดียวกัน ประเภทต่าง ๆ ของแผลผ่าตัดมีดังนี้

1. แผลผ่าตัดสะอาด (clean wound) คือ
  - 1.1 แผลผ่าตัดที่เตรียมการผ่าตัดล่วงหน้า เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (primary closure) ไม่ได้ใส่ท่อระบายหรือระบายแบบเปิด (open drainage)
  - 1.2 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่ชุ่ม ไม่มีการติดเชื้อ
  - 1.3 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่มีการอักเสบ
  - 1.4 ระหว่างผ่าตัด ไม่มีเหตุการณ์ที่ละเมิดมาตรการปลอดเชื้อ (aseptic technique)
  - 1.5 แผลผ่าตัดที่ไม่ได้ผ่าผ่านทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์

2. แผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อโรคเล็กน้อย (clean-contaminated wound) ได้แก่

2.1 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ

2.2 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ที่ไม่มีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะก่อนผ่าตัด

2.3 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินน้ำดี ที่ไม่มีการติดเชื้อในน้ำดี

2.4 ระหว่างผ่าตัดมีการละเมิดมาตรการปลอดเชื้อเล็กน้อย

3. แผลผ่าตัดปนเปื้อน (contaminated wound) ได้แก่

3.1 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านแผลถันตรงรอยที่เป็นแบบเปิดและเกิดขึ้นใหม่ ๆ ไม่เกิน 4 ชั่วโมง (open, fresh traumatic wound)

3.2 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินอาหารที่มีการรั่วที่เห็นได้ด้วยตาเปล่า

3.3 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ หรือทางเดินน้ำดี ในขณะที่มีการติดเชื้อของน้ำปัสสาวะหรือน้ำดี

3.4 แผลผ่าตัดที่มีเหตุการณ์ละเมิดมาตรการปลอดเชื้ออย่างมาก

3.5 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบแต่ยังไม่มีหนอง

4. แผลผ่าตัดสกปรก (dirty wound) ได้แก่

4.1 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านแผลถันตรงรอยที่มีเนื้อเยื่อตาย มีสิ่งแปลกปลอม มีการปนเปื้อนของอุจจาระ หรือแผลถันตรงรอยที่เกิดขึ้นเกิน 4 ชั่วโมงไปแล้ว

#### 4.2 แผลผ่าตัดช่องท้องในกรณีวัยวะภายในทะเล

#### 4.3 แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านเนื้อเยื่อที่เป็นหนอง

สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดในโรงพยาบาล 33 แห่งทั่วประเทศในปี 2535(สมหวัง, 2539) พบอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดสะอาด 1.3% แผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อเล็กน้อย 1.5% แผลผ่าตัดปนเปื้อน 5.1% และแผลผ่าตัดสกปรก 9.7% จากจำนวนแผลผ่าตัดทั้งหมด 15,319 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจาก CDC's NNIS ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Culver, 1991)

#### การวินิจฉัยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

การวินิจฉัยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจะต้องมีข้อมูลอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. มีอาการแสดงทางคลินิก เช่น บวม แดง เจ็บ ร้อน มีลักษณะของฝี ที่บริเวณแผลผ่าตัด หรือมีการแยกของแผลที่งอกขึ้นเองหรือเกิดจากสลายแพทย์ผ่าเปิดแผลเมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อ
2. มีหนองไหลออกมาจากแผล
3. พบเชื้อจากน้ำหรือเนื้อเยื่อที่เก็บมาจากแผลด้วยวิธีปลอดเชื้อ
4. แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยให้การวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

การวินิจฉัยว่าแผลผ่าตัดนั้นมีการติดเชื้อหรือไม่ต้องติดตามแผลหลังผ่าตัดไปอีก 30 วัน นับจากวันที่ผ่าตัด ยกเว้นในกรณีที่มีการใส่อุปกรณ์หรือวัยวะเทียมเข้าไปซึ่งต้องติดตามแผลหลังผ่าตัดไปอีก 1 ปี ตำแหน่งและความลึกของการติดเชื้อ ที่แผลผ่าตัดแบ่งได้เป็น

1. Superficial incisional surgical site infection คือ ตำแหน่งของการติดเชื้ออยู่เฉพาะที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) บริเวณรอยกรีดของแผลผ่าตัด

2. Deep incisional surgical site infection คือ ตำแหน่งของการติดเชื้ออยู่ลึกถึง deep soft tissue ของรอยกรีดของแผลผ่าตัด เช่น ชั้นพังพืด (fascia) หรือชั้นกล้ามเนื้อ (muscle)

3. Organ/space surgical site infection คือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือไปจากบริเวณที่มีการกรีดของแผลผ่าตัด แต่สัมพันธ์กับการผ่าตัด เช่น การเกิดฝีในช่องท้อง (intraabdominal abscess) หลังการผ่าตัดไส้ติ่ง (appendectomy) เป็นต้น

### ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่บาดแผลผ่าตัด

การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเกิดขึ้นเนื่องจากมีเชื้อโรคเข้าไปในแผลผ่าตัด ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อตามมา ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้แก่

1. เชื้อโรค การติดเชื้อขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อที่ปนเปื้อนแผล ความสามารถในการก่อโรคของเชื้อ ความสามารถของเชื้อที่จะต่อสู้กับภูมิคุ้มกัน และความสามารถของเชื้อในการยึดติดกับผิวของบาดแผล

2. ผู้ป่วย แบ่งได้เป็น

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของแผลผ่าตัดอย่างชัดเจน ได้แก่

2.1.1 อายุ

2.1.2 โรคอ้วน (Lilienfeld, 1988)

2.1.3 การอยู่โรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดนาน

2.1.4 มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย

2.15 สภาพร่างกายก่อนการผ่าตัดตามคำจำกัดความของ American Society of Anesthesiologists (ASA)

## 2.2 ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่

### 2.2.1 Albumin ในเลือดต่ำ

### 2.2.2 ภาวะทุพโภชนาการ

### 2.2.3 การสูบบุหรี่ (Nagachinta, 1987)

## 2.3 ปัจจัยที่อาจจะมี ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่

### 2.3.1 โรคเบาหวาน (Gordon, 1997)

### 2.3.2 การใช้ยาที่กดภูมิคุ้มกัน

### 2.3.3 โรคมะเร็ง

## 3. การผ่าตัด (Mangram, 1999) อัตราการติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

### 3.1 ความชำนาญของศัลยแพทย์

### 3.2 ชนิดของแผลผ่าตัด

### 3.3 การใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

### 3.4 การโกนขนก่อนการผ่าตัด

### 3.5 การปนเปื้อนของเชื้อระหว่างการผ่าตัด ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากภายนอก

### 3.6 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

### 3.7 การใช้ท่อระบาย

### 3.8 การใส่สิ่งแปลกปลอม

#### เชื้อก่อโรคในแผลผ่าตัด

ส่วนใหญ่เชื้อก่อโรคที่พบในแผลผ่าตัดคิดเชื้อเป็นเชื้อที่มาจากตัวของผู้ป่วยเอง (Endogenous) ได้แก่

1. ผิวหนัง เชื้อที่พบบ่อยเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก เช่น staphylococci และ streptococci
2. ทางเดินอาหาร มักเป็นเชื้อหลายชนิด (mixed flora) ซึ่งได้แก่ enteric gram-negative bacilli (เช่น E.coli) , anaerobes (เช่น B. flagilis), และ enterococci
3. ทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ เชื้อที่พบบ่อยได้แก่ E.coli, Klebsiella spp., Pseudomonas spp., enterococci, และ group B streptococci

ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อที่มาจากภายนอก (Exogenous) เช่น จากคณะผู้ผ่าตัด เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

#### การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Prevention of Surgical Site Infection)

ช่วงระยะเวลาที่สำคัญที่ทำให้แผลผ่าตัดมีโอกาสติดเชื้อ ได้แก่ ก่อนผ่าตัด (Preoperative period) และขณะผ่าตัด (intraoperative period) ดังนั้นมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดส่วนใหญ่จะเน้นไปในช่วงเวลาดังกล่าว ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

##### 1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

###### 1.1 รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดให้สั้นที่สุด

- 1.2 เตรียมสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้แข็งแรงก่อนการผ่าตัด
  - 1.3 ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้เกิน 200 มก./ดล. ให้ได้ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
  - 1.4 ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ควรงดสูบบุหรี่อย่างน้อย 30 วันก่อนการผ่าตัด
  - 1.5 ถ้ามีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกายควรรักษาให้หายก่อน
  - 1.6 ให้ผู้ป่วยอาบน้ำและสระผมให้สะอาดในเย็นวันก่อนการผ่าตัด
  - 1.7 เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด ไม่ควรโกนขนถ้าไม่จำเป็น แต่ถ้าจำเป็นต้องโกนขน ควรใช้เครื่องโกนขนไฟฟ้าแทนการใช้มีดโกน และควรจะทำใกล้กับเวลาที่ผ่าตัดที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
  - 1.8 ทำความสะอาดและเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด และบริเวณ โดยรอบด้วย น้ำยาทำลายเชื้อ
  - 1.9 ใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม
2. การเตรียมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด
    - 2.1 ห้องผ่าตัดควรมีเครื่องกรองอากาศ ปรับความดันของอากาศในห้องให้สูงกว่านอกห้องเพื่อให้อากาศถ่ายเทสู่ภายนอก
    - 2.2 มีการเปลี่ยนถ่ายอากาศในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 15 รอบต่อชั่วโมง โดย 3 รอบเป็นการเปลี่ยนถ่ายกับอากาศภายนอก
    - 2.3 ปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดเวลา จะเปิดให้คนผ่านเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น
    - 2.4 จำกัดจำนวนบุคลากรในห้องผ่าตัดและการเคลื่อนไหวของบุคลากรในห้องผ่าตัด

2.5 ทำความสะอาดห้องผ่าตัดหลังการผ่าตัดแต่ละรายในกรณีที่มีการเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.6 ทำความสะอาดห้องผ่าตัดอย่างเหมาะสมหลังการผ่าตัดรายสุดท้ายของวัน

2.7 เครื่องมือผ่าตัดต้องปราศจากเชื้อ

### 3. การผ่าตัด

3.1 แพทย์และพยาบาลที่ช่วยในการผ่าตัดควรล้างมือให้ถูกต้องก่อนทำหัตถการ (surgical hand scrub) โดยฟอกมือตั้งแต่ปลายนิ้วรวมถึงเล็บมือไปจนถึงบริเวณเหนือข้อศอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น 7.5% Iodophore หรือ 4% Chlorhexidine นาน 3-5 นาที (ถ้าเป็นการผ่าตัดครั้งแรกของวันให้แปรงมือด้วยแปรง 1 ครั้ง การผ่าตัดครั้งต่อไปให้ฟอกมือ อย่างเดียว) หลังฟอกมือให้ข้อศอกขึ้น เพื่อไม่ให้น้ำไหลย้อนกลับไปที่มือ แล้วเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าปราศจากเชื้อ

3.2 แพทย์และพยาบาลที่ช่วยในการผ่าตัดไม่ควรสวมแหวน กำไล ตุ้มหูหรือสายสร้อยข้อมือ

3.3 บุคลากรที่เข้าห้องผ่าตัดควรใส่หมวก (hood) ผูกผ้าปิดปาก-จมูก (mask) และสวมเสื้อคลุม (gown) ปราศจากเชื้อ

3.4 ใช้เวลาในการผ่าตัดให้น้อยที่สุด

3.5 ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อให้น้อยที่สุดในการผ่าตัด ไม่มีลิ้มเลือดค้างในแผล ไม่มีช่องอับ (dead space) ไม่มีสิ่งแปลกปลอมค้างในแผล และไม่มีการขาดเลือด

3.6 ใช้ท่อระบายในรายที่มีความจำเป็น หลีกเลี่ยงการใส่ท่อระบายผ่านแผลผ่าตัด และควรใช้ท่อระบายระบบปิด (closed drainage)

#### 4. การดูแลหลังผ่าตัด

4.1 ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังทำแผลผู้ป่วยแต่ละคน และควรสวมถุงมือทุกครั้งที่ทำแผล

4.2 แผลสะอาดให้เปิดแผลน้อยครั้งที่สุด ส่วนแผลสกปรกควรเปิดแผลทำความสะอาดบ่อยๆ

4.3 สอนวิธีการทำแผลรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของแผลเมื่อมีการติดเชื้อให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลทราบ

#### การหายของแผล (wound healing)

เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นแล้วจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม โดยธรรมชาติร่างกายจะมีกลไกในการปรับเพื่อรักษาสมดุล ทำให้เกิดการหายของแผลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การทำแผลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการหายของแผล โดยการป้องกันแผลจากสิ่งก่อกำเนิดการระคายเคืองและขัดขวางการหายของแผล ด้วยเหตุนี้การหายของแผล (Process of wound healing) มี 3 ลักษณะ คือ

##### 1. การหายแบบปฐมภูมิ (primary intention/healing by first intention)

เป็นการหายของแผลโดยมีการเจริญเติบโตของเยื่อบุผิวหนัง (Epithelization) อย่างรวดเร็วเกิดขึ้นเมื่อขอบแผลอยู่ชิดกัน ไม่มีโพรง หรือ dead space อยู่ภายใน ไม่มีการเจริญของเนื้อเยื่อกรานูเลชัน และผิวหนังถูกดึงดึงรั้งน้อยมาก หรือช่วยให้แผลปิดโดยการเย็บปิดปากแผล การหายของแผลในลักษณะนี้พบในแผลที่มีขนาดเล็ก เป็นแผลสะอาด หรือแผลผ่าตัดที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ทำให้แผลหายเร็วและเกิดรอยแผลเป็นน้อย

## 2. การหายแบบทุติยภูมิ (secondary intention/healing by secondary intention)

การหายของแผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ได้แก่ การเผาผลาญของคอลลาเจน การดึงรั้งของแผล (Wound contraction) การเจริญของเยื่อผิวหนังชั้นนอก (Epithelization) และการเจริญของเนื้อเยื่อ กระจานูเลชัน มักพบในแผลที่มีขนาดใหญ่และลึก ขอบแผลกว้าง มีเนื้อตาย มีการทำลายหรือขาดหายไปของเนื้อเยื่อ เมื่อแผลหายจะมีรอยแผลเป็นชัดเจน

## 3. การหายแบบตติยภูมิ (Third intention/tertiary intention/healing by third intention)

เป็นการหายของแผลที่มีการติดเชือกเกิดขึ้น การหายของแผลจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการจัดการติดเชือกให้หมดไป อาศัยการเย็บปิดแผล (Suture) หรือปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft)

### ขบวนการหายของแผล (Phase of wound healing)

ขบวนการหายของแผล จะเริ่มตั้งแต่เกิดแผล และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานต่างๆ กัน แล้วแต่ชนิดของแผล ตำแหน่ง และวิธีการรักษา ขั้นตอนต่างๆ ของการหายของแผล แบ่งเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะอาจมีการเหลื่อมล้ำกันได้ดังนี้

#### 1. ระยะที่มีเลือดออกและการอักเสบ (Stage of hemorrhage & inflammation)

เมื่อเกิดบาดแผลมักมีการฉีกขาดของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อร่วมด้วยเสมอ ร่างกายจะมีทั้งขบวนการห้ามเลือด และการหายของแผลเกิดขึ้นเมื่อเกิดบาดแผล และหลอดเลือดฉีกขาด หลอดเลือดฝอยจะหดตัวอยู่ประมาณ 2-3 นาที ต่อมาเม็ดเลือดขาว (white blood cell) จะผลิตสื่อเคมี (chemical mediators) เช่น ฮีสตามีน (histamine) และพรอสตาแกลนดิน E1 และ E2 (prostaglandins E1 and E2) ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดฝอยขยายตัวเกิดการอักเสบที่บาดแผลและทำให้มีช่องว่างระหว่างเซลล์เยื่อชั้นในของหลอดเลือด (Endothelial cell) ทำให้พลาสมา, เอ็นไซม์ และเม็ดเลือดขาว (leukocytes) รั่วซึมออกมาในบาดแผล พลาสมาที่ซึมผ่านออกมาจะทำให้สิ่งปนเปื้อนเจือจางและสะสมมากเข้าจนเกิดอาการบวมขึ้นเม็ดเลือดขาวที่ออกมาในระยะแรกจะเป็น นิวโทรฟิล (neutrophils) ต่อมาเป็น โมโนไซต์ (monocytes) ซึ่งจะกลายเป็นแมคโครเฟจ และเป็นตัวสำคัญในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในแผล เช่น เนื้อตายและแบคทีเรีย นอกจากนี้ในแผลยังมีลิมโฟไซต์

(lymphocyte) ที่ช่วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในการกำจัดสิ่งแปลกปลอม โดย lymphatic flow จะช่วยกำจัดพวกของเหลวออกเซลล์ส่วนเกิน แบนทีเรียและเนื้อเยื่อตายรวมทั้งสิ่งแปลกปลอมออกไป ถ้ามีจำนวนมากจะระบายสู่ภายนอกในลักษณะของหนอง ซึ่งมีทั้งเนื้อเยื่อ polymorphonuclear cell และแบคทีเรียอยู่ด้วย

อาการแสดงของการอักเสบ จะมีอาการปวด บวม แดง ร้อน อาการปวดเกิดจาก ฮีสตามีน, ไคนิน (kinins) และพรอสตาแกลนดินที่หลั่งออกมาจาก leucocytes และเกิดจากความดันที่เกิดจากการบวมของเนื้อเยื่อ อาการบวมเกิดจากการสะสมของเหลว อาการร้อน แดง เกิดจาก หลอดเลือดฝอยขยายตัว

ระยะที่มีการอักเสบของแผลนี้บางครั้งถูกเรียกว่า “Lag phase” เพราะระยะนี้แผลไม่แข็งแรง เนื่องจากคอลลาเจนเกิดขึ้นน้อย การยึดกันของบาดแผลมีน้อย

2. ระยะการสร้างเนื้อเยื่อเส้นใยหรือระยะงอกขยาย (Stage of fibroplastic หรือ proliferative phase)

ระยะนี้จะมีปัจจัยการเจริญเติบโต (Growth factor) ที่ออกมาจากเกร็ดเลือด (Platelet) นิวโทรฟิล (Neutrophil) และแมคโครเฟจ เป็นตัวกระตุ้นเซลล์เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) ได้แก่ เซลล์ของ Fibrocyte, เยื่อบุผิวของหลอดเลือดฝอย (Capillary endothelium) และกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle) ให้แบ่งตัวและเจริญเข้าไปในแผลต่อมาเซลล์ของ Fibrocyte จะเปลี่ยนแปลงเป็น Fibroblast ซึ่งจะทำหน้าที่สร้างคอลลาเจน เส้นใยที่ยืดหยุ่นได้ (Elastic fiber) และเนื้อเยื่อพื้น (Ground substance) ตั้งแต่วันที่ 3 หรือ 4 หลังจากมีบาดแผล สารที่เป็นเนื้อเยื่อพื้นจะประกอบด้วย Mucopoly-saccharide หลายชนิด มีลักษณะคล้ายวุ้น ช่วยยึดเส้นใยคอลลาเจนอยู่ด้วยกัน คอลลาเจนจะถูกสร้างขึ้นมากและเร็วภายในสองสัปดาห์ หลังจากนั้นอัตราการสร้างจะช้าลง และมีปริมาณคงที่หลัง 40 วัน คอลลาเจนที่ถูกสร้างขึ้นมานี้จะทำให้แผลแข็งแรงและหายเร็วในภาวะที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ หรือขาดอาหารจะมีการสลายตัวของคอลลาเจนได้มากกว่าการสร้าง ทำให้บาดแผลไม่แข็งแรง แรงยึดขอบแผลเข้าด้วยกันลดลง แผลแยกจากกันได้ง่าย (Wound dehiscence) เนื้อเยื่อที่ร่างกายสร้างขึ้นมาใหม่บริเวณแผลจะประกอบด้วย เนื้อเยื่อพื้น (Ground substance) คอลลาเจน หลอดเลือดฝอย ไฟโบรบลาสต์ และเซลล์อักเสบ (Inflammatory cell) ทั้งหมดจะดูมีสีแดงสดเป็นมันรวมเรียกว่า Granulation tissue เยื่อบุผิวที่ขอบแผลเริ่มงอกเข้าไปคลุมแผล โดยเคลื่อนตัวไปบนผิว

ของ Granulation tissue จนขอบของเยื่อผิวหนังมาชนกันจะหยุดการเคลื่อนตัว การหยุดการเคลื่อนตัวของเยื่อผิวหนังออกมาชนกันนี้ เรียกว่า Contact inhibition ระยะเวลาสร้างเนื้อเยื่อเส้นใยหรือระยะงอกขยายนี้จะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 5 จนถึงวันที่ 20 หลังจากเกิดบาดแผล ช่วงนี้ร่างกายต้องการสารอาหารที่มีประโยชน์เพื่อช่วยในการหายของแผล

### 3. ระยะเวลาเนื้อเยื่อเจริญเต็มที่หรือระยะปรับตัว (Maturation phase หรือ remodeling phase)

เป็นระยะสุดท้ายของการหายของแผล เริ่มตั้งแต่หลังวันที่ 20 ดำเนินไปเรื่อยๆ และบางกรณีอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ยาวนานถึง 2 ปี ระยะนี้มีการสลายตัวของเส้นใยคอลลาเจน พร้อมกับมีการสร้างเส้นใยคอลลาเจนใหม่ขึ้นมาทดแทน คอลลาเจนใหม่นี้จะมีมัดโยงไขว้กัน ทำให้บาดแผลแข็งแรงมากขึ้น แต่จะแข็งแรงได้เพียงร้อยละ 80 – 85 ของเนื้อเยื่อเดิม และไม่มี ความยืดหยุ่นที่แผลเป็น เพราะไม่มีการสร้าง Elastin ขึ้นมาทดแทนได้

#### แผลหดตัว (Wound contraction)

การหดตัวของแผลเกิดจากผิวหนังที่เป็นขอบแผลเคลื่อนเข้าหากัน ทำให้แผลมีขนาดเล็กลง และผิวหนังโดยรอบตึงมากขึ้น มีการหดตัวทั้งด้านกว้าง ยาว และลึก จากการที่มีการสลายและการสร้างของเส้นใยคอลลาเจน จะมีผลต่อรูปแบบของแผล เช่น ถ้ามีการสร้างมากกว่าทำลาย ทำให้แผลโป่ง บวม เรียกว่า คีลอยด์ (Keloid) ถ้ามีการทำลายมากกว่าการสร้าง ทำให้แผลเป็นอ่อนนุ่ม (Soft scar) การหดตัวของแผลถ้าเกิดมากจะทำให้เกิดผลเสียต่อการเคลื่อนไหว และความสวยงาม อาจทำให้เกิดความพิการได้ การช่วยให้แผลหดตัวน้อยลงถ้าเป็นแผลแคบ ควรเย็บแผลปิด ถ้าแผลกว้างควรทำ การปลูกผิวหนัง (Skin graft) ร่วมด้วย

#### ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล

การหายของแผลแม้จะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่ก็ยังมีปัจจัยหลายประการที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผล และลดโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

## 1. ปัจจัยเฉพาะที่

### 1.1 ลักษณะ ขนาด และตำแหน่งของแผล

1.1.1 แผลที่มีขนาดใหญ่ ลึก กระบวนการหายของแผลจะช้ากว่าแผลที่มีขนาดเล็ก และตื้น

1.1.2 ตำแหน่งของแผล หากมีบาดแผลบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เส้นใยคอลลาเจน และหลอดเลือดที่สร้างขึ้นใหม่จะเกิดการฉีกขาดได้ง่าย ทำให้แผลหายช้า

1.1.3 ลักษณะแผลที่มีการติดเชื้อ หรือสิ่งแปลกปลอมภายในแผล เช่น การมี Exudates เป็นหนองจะเพิ่มความดันภายในแผลสูงขอบแผลตึดยากจึงขัดขวางการหายของแผลจะทำให้แผลหายช้า

1.2 เทคนิคการเย็บแผล และเทคนิคการทำแผลโดยต้องคำนึงถึงหลักกีดกันเชื้ออย่างเคร่งครัดและกระทบกระเทือนต่อแผลน้อยที่สุด

1.3 การไหลเวียนของเลือดบริเวณแผล ในภาวะที่มีการขาดเลือด ขบวนการ fibrinolytic จะลดลง จึงทำให้มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดในเลือดสูง เลือดก็จะยิ่งมาเลี้ยงแผลได้น้อยลง และเส้นเลือดฝอยที่ถูกสร้างใหม่จะบอบบางและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น ในคนอ้วนที่มีชั้นไขมันหนา จะมีการไหลเวียนของเลือดไม่ดี จึงพบว่าแผลที่เกิดขึ้นหายยาก

1.4 ปริมาณก๊าซออกซิเจนในบริเวณแผล การมีระดับความแตกต่างของปริมาณก๊าซออกซิเจนในเนื้อเยื่อแต่ละส่วนนั้นจะเพิ่มอัตราการหายของแผล ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อปริมาณก๊าซออกซิเจนที่ไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ นั้นมักขึ้นอยู่กับ การไหลเวียนของเลือดที่ไปยังแผลมากกว่าการให้ออกซิเจนโดยตรงที่แผล

1.5 อุณหภูมิของแผลเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น การขาดออกซิเจนจะเพิ่มมากขึ้น การหายของแผล จึงเกิดช้า ซึ่งอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะทำให้ขบวนการเมตาโบลิซึมเพิ่มขึ้น และเพิ่มความต้องการออกซิเจนขึ้นจากเดิมร้อยละ 10

1.6 สารที่ใส่แผล สารแต่ละชนิดจะมีคุณสมบัติแตกต่างกัน การเลือกใช้สารใส่แผล จึงเป็น สิ่งที่สำคัญ การเลือกสารที่ไม่ถูกต้อง นอกจากจะไม่ช่วยให้แผลหายเร็วแล้วยังทำลายเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นใหม่ เป็นผลให้แผลเกิดการลุกลามมากขึ้นด้วย

## 2. ปัจจัยทั่วไป

2.1 อายุ วัยสูงอายุมักจะมีการซ่อมแซมแผลได้ช้ากว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากวัยสูงอายุมักมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย การสังเคราะห์คอลลาเจนและเยื่อใยลดลง สร้างหลอดเลือดใหม่ได้ช้า เพราะผนังหลอดเลือดของผู้สูงอายุมักจะแข็งและหนาตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อของแผลได้น้อย อีกทั้งประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคลดลง

2.2 ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการหายของแผล เช่น โปรตีน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังแผล วิตามินซี ช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจน ไฟโบรบลาสต์ ช่วยทำลายแบคทีเรีย วิตามินเอ ช่วยในการสร้างเยื่อใย สังกะสี เป็น Coenzyme ในการสังเคราะห์คอลลาเจน ดังนั้น การขาดสารอาหารที่ จำเป็นต่อการสร้างเนื้อเยื่อ จึงทำให้แผลหายช้า

2.3 สภาวะการเจ็บป่วย สภาวะการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการหายของแผล เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน แผลจะหายช้ากว่าปกติ เพราะเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ในการกลืนกินสิ่งแปลกปลอมไม่ดี มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบาดแผลน้อย เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือด ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ ความเจ็บป่วยส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า กดภูมิคุ้มกันและเพิ่มเมตาบอลิซึม ความเครียดทำให้มีการหลั่งสาร Catabolic glucagons catecholamine มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวจะยับยั้งกระบวนการอักเสบ ลดการเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือด (Permeability) หลอดเลือดหดตัวทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง

2.4 การได้รับรังสีรักษา (Radiotherapy) รังสีรักษาทำให้เนื้อเยื่อที่ได้รับรังสีอ่อนแอ และการสูบบุหรี่ มีผลต่อหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง ปริมาณการไหลเวียนของเลือดลดลงและการปล่อยฮิโมโกลบินเข้าสู่เนื้อเยื่อลดลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้

2.5 ยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับอาจมีอิทธิพลต่อการหายของแผล เช่น ยาที่รบกวนการสังเคราะห์โปรตีน วิตามินต่างๆ ยาที่รบกวนการเพิ่มจำนวนเซลล์ และยาที่ส่งเสริมให้ได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้น

### ผลกระทบของแผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เมื่อมีแผลเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการยอมรับและสภาพจิตใจของแต่ละบุคคลเพราะการเกิดบาดแผลอาจก่อให้เกิดการสูญเสียเลือดความเจ็บปวด ความกลัวและวิตกกังวล ตลอดจนภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การยอมรับสภาพตนเองภายหลังจากการหายของแผล ซึ่งอาจมีความพิการที่ทำให้ตนเองไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือ บบบาทที่ตนเคยดำรงอยู่ได้ ทำให้รู้สึกเป็นปมด้อย ความพิการนั้นทำให้ขาดความมั่นใจในการออกสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นจะทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัวตามมา ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวได้

### ชนิดของการทำแผล

1. การทำแผลแบบแห้ง (Dry dressing) หมายถึง การทำแผลที่ไม่ต้องใช้ความชุ่มชื้นในการหายของแผล ใช้สำหรับทำแผลสะอาด แผลปิด แผลที่ไม่มีกร อักเสบเป็นแผลเล็กๆ ที่ไม่มีสิ่งขับหลั่งมาก
2. การทำแผลแบบเปียก (Wet dressing) หมายถึง การทำแผลที่ต้องใช้ความชุ่มชื้นในการหายของแผล ใช้สำหรับทำแผลที่มีลักษณะเป็นแผลเปิด แผลอักเสบติดเชื้อ แผลที่มีสิ่งขับหลั่งมาก ซึ่งการปิดแผลชั้นแรกจะใช้วัสดุที่มีความชื้น เช่น ก้อนชุบน้ำเกลือ (0.9% normal saline) ปิดไว้แล้วปิดด้วยก๊อสน้ำอีกชั้น

### การทำแผลในอุดมคติ (ideal dressing)

1. ทำให้ง่าย (easy to apply)
2. เหมาะกับอวัยวะที่บาดเจ็บ (able to conform to body contour)

3. มั่นคง (durable) แต่ยืดหยุ่นได้ (flexible)
4. เหมาะสมกับราคา (cost effective)
5. สามารถซึมซับสิ่งคัดหลั่งได้ดี (able to absorb or contain exudate)
6. ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อที่งอกขึ้นใหม่
7. ไม่ดูน่าเกลียดก่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องปรากฏต่อสายตาผู้อื่น (acceptable in appearance)

#### การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลแผล

เมื่อทำแผลเรียบร้อยแล้วจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและดูแลสภาพแวดล้อมพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่

1. ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปียกชื้น หากแผลชุ่มมากควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล
2. รับประทานอาหารให้ครบหมู่และพอเพียง ร่างกายจะได้รับ น้ำ โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น วิตามินซี เอ อี เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผล
3. หากเกิดอาการคันหรือแพ้พลาสติก ควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล ไม่ควรเกาเพราะจะทำให้ผิวหนังรอบแผลชำรุดเกิดการอักเสบติดเชื้อ ลูกกลมขยายเป็นแผลกว้างได้
4. ไม่ควรแกะหรือเปิดแผลเอง เพราะอาจทำให้ติดเชื้อ หรือเลือดออก โดยเฉพาะในแผลที่ต้องปิดแน่นเพื่อห้ามเลือด
5. สำหรับแผลเปิดจากการผ่าตัดหรือผ้าซีสต์ที่อักเสบควรทำแผลทุกวันหรือ วันเว้นวัน
6. สำหรับแผลที่สะอาดและแห้ง ไม่ต้องทำแผลอีก ให้ถึงกำหนดตัดใหม่จึงค่อยเปิดแผล

7. แผลผ่าตัดที่เป็นโพรงและมีท่อระบายเลือดหรือน้ำเหลืองให้มาเอาสายยางออกตามแพทย์นัด

8. แผลผ่าตัดแต่ละแห่งของร่างกายและแต่ละชนิดของโรค จะต้องการความแข็งแรงของไหม และระยะเวลาของการหายไม่เหมือนกัน จึงให้ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ในการเลือกวัสดุที่ใช้เย็บและระยะเวลาที่นัดตัดไหมเป็นสำคัญ

9. ยาปฏิชีวนะจำเป็นเฉพาะแผลที่อักเสบติดเชื้อเท่านั้น

10. การมีแผลเป็นเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ตำแหน่งของแผล, อายุ, สีผิว, ความชอกช้ำของเนื้อเยื่อ, การอักเสบของแผล เป็นต้น จะป้องกันได้เพียงบางปัจจัยเท่านั้น

#### สารอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล

1. โปรตีน (Protein) การขาดโปรตีนจะทำให้เกิดความผิดปกติของการสังเคราะห์ collagen ลดความแข็งแรงของแผลในการหดตัว ขยายตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค

2. กรดอะมิโน (Amino acid) ช่วยในการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) การงอกใหม่ของ fibroblast การสังเคราะห์ไฮ collagen ทำหน้าที่ในระบบภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้อโรค (immune system functioning) โดยทำหน้าที่เป็น cell-mediated response ในกระบวนการ phagocytosis

3. อัลบูมิน (Albumin) ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลของภาวะ osmotic ป้องกันภาวะบวม (edema prevention)

4. คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) ช่วยในการเสริมสร้างพลังงานให้เซลล์ ในแต่ละวันร่างกายควรได้รับพลังงานจาก carbohydrate 55 % ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด เพื่อที่จะไม่ให้ร่างกายสลายโปรตีน นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการทำงานของ leukocyte และ fibroblast ซึ่งการทำให้เม็ดโลหิตขาวทำงานดีขึ้น สามารถลดการติดเชื้อได้ ทำให้แผลหายเร็วขึ้น

5. ไขมัน (Fat) ช่วยเสริมสร้างพลังงานให้เซลล์

6. เกลือแร่ (Minerals) ทองแดง เป็น Collagen cross-linking สำหรับสร้างความแข็งแรง ให้แผลเป็น (scar strength), เหล็ก สังเคราะห์ Collagen และส่งเสริมการทำหน้าที่ของเซลล์เม็ด โลหิตขาว , สังกะสี ช่วยในกระบวนการงอกใหม่ของเซลล์ และทำให้เซลล์เยื่อผิวแข็งแรง,

7. วิตามิน (Vitamins) วิตามินเอ ช่วยในการสังเคราะห์ Collagen การงอกขยายใหม่ของ เซลล์, วิตามินซี ช่วยต่อต้านการติดเชื้อ สังเคราะห์ Collagen สร้างเส้นเลือดฝอยใหม่ และสร้าง ความแข็งแรงของเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดไม่แตกง่าย, วิตามินรวม สร้างภูมิคุ้มกันต้านโรค สร้างเม็ด เลือดขาว ทำหน้าที่เป็น cofactors ของระบบ enzyme ในกระบวนการหายของแผล, วิตามินเค ช่วยในการแข็งตัวของเลือด (Coagulation)

8. สารน้ำ (Fluid) ช่วยคงสภาพที่ดีของการไหลเวียนเลือด และส่งเสริมสภาพที่ดีของ ผิวหนัง ควรมีการได้รับน้ำอย่างน้อย 2500ลิตรต่อวัน

สารอาหารช่วยส่งเสริมการหายของแผลให้สภาพผิวหนังกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว พยาบาล จะต้องให้ความสนใจกับการส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดในการได้รับ สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกายเพื่อให้เกิดกระบวนการหายของแผล ที่ดี ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมกระบวนการหายของแผล นอกเหนือจาก การทำแผล (Wound dressing) ที่ถูกต้องเหมาะสม

### ความรู้เรื่องผู้ต้องขัง

#### ประเภทของผู้ต้องขัง

คำว่า ผู้ต้องขัง ตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479หมายความว่า (วิสัย, 2538)

1. นักโทษเด็ดขาด
2. คนต้องขัง

### 3. คนฝาก

นักโทษเด็ดขาด คือ บุคคลที่ถูกขังไว้ตามกฎหมายจำคุกหลังคำพิพากษาถึงที่สุด บุคคลซึ่งถูกขังไว้ตามคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายให้ลงโทษ

คนต้องขัง คือ บุคคลที่ถูกขังไว้ตามประมวลกฎหมายอาญา ขังหมายถึงการกักขังจำเลยหรือผู้ต้องหาโดยศาล

ผู้ต้องหา คือ บุคคลที่ถูกกล่าวหาว่าได้กระทำความผิดที่ยังไม่ได้ถูกฟ้องต่อศาล

จำเลย คือ บุคคลที่ถูกฟ้องศาลแล้ว โดยข้อกล่าวหาว่าได้กระทำความผิด

คนฝาก คือ บุคคลที่ถูกฝากให้ควบคุมไว้ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาอาญาหรือกฎหมายอื่น โดยไม่มีหมายอาญา เช่น เด็กสถานพินิจที่มีปัญหาฝากขังในเรือนจำได้ คนรอนเรนเทศฝากขังในเรือนจำไว้ก่อน

#### งานอนามัยเรือนจำ

เรือนจำเป็นหน่วยงานหนึ่งของรัฐ นอกจากมีหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังมิให้หลบหนีแล้ว การดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขังที่ถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำก็เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากได้มีการตกลงในหลักการเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับปฏิบัติต่อผู้ต้องขังของสหประชาชาติ หมวดที่ว่าด้วยที่อยู่อาศัย อนามัยผู้ต้องขัง เครื่องนุ่งห่มหลับนอน อาหาร การบริหารร่างกาย การกีฬาและการแพทย์ ดังนี้ (สมบูรณ์, 2541)

#### 1. ที่อยู่อาศัย (Accommodation)

เรือนจำใดใช้ระบบแยกขังเดี่ยว(Individual cell) พึงให้ผู้ต้องขังแต่ละคนนอนในห้องขังหรือห้องนอนเดี่ยวในเฉพาะเวลากลางคืน ในกรณีจำเป็นจะต้องนอนรวมกันไม่อาจปฏิบัติตามหลักนี้เป็นต้นว่า ผู้ต้องขังเพิ่มจำนวนมากขึ้นชั่วคราวก็ไม่พึงจัดห้องหนึ่งให้นอน 2 คน (ควรจะเป็น 3 คนต่อห้อง)

1.1 เรือนจำใดต้องใช้ระบบขังรวม (Dormitory) ผู้ต้องขังที่นอนรวมห้องเดียวกัน พึงได้รับการคัดเลือกด้วยความระมัดระวังและเหมาะที่จะอยู่ร่วมกันได้ดี จะต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลและสังเกตการณ์ในเวลากลางคืนเป็นประจำด้วย

1.2 อาคารที่ควบคุมทุกแห่งโดยเฉพาะห้องนอน จะต้องให้ถูกหลักอนามัยตามสภาพของดิน ฟ้า อากาศ ข้อสำคัญต้องมีอากาศหายใจที่เพียงพอ พื้นห้องกว้างพอสมควร มีแสงสว่าง ความอบอุ่น ตลอดจนการระบายอากาศที่ดีพอสมควร ทุกแห่งที่ใช้เป็นที่อยู่ และที่ทำงานของผู้ต้องขังควรมีลักษณะดังนี้

หน้าต่าง ให้แสงแดดส่องพอที่จะอ่านหนังสือหรือทำงานได้ และให้อากาศบริสุทธิ์ผ่านเข้ามา ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีวิธีระบายอากาศอย่างอื่นหรือไม่ก็ตาม

แสงไฟ สว่างพอที่จะอ่านหนังสือหรือทำงานโดยไม่เป็นอันตรายแก่สายตา

ส้วม ควรมีจำนวนที่เพียงพอแก่ความจำเป็น ทั้งอยู่ในลักษณะสะอาดและมีฉีดยา

ที่อาบน้ำ เพียงพอ และอุณหภูมิของน้ำเหมาะกับดินฟ้าอากาศ เพื่อผู้ต้องขังจะได้ใช้ตามความจำเป็นแห่งสุขภาพทั่วไป ตามกาลเทศะ แต่อย่างน้อยควรมีให้ผู้ต้องขังอาบน้ำสัปดาห์ละครั้ง เมื่ออากาศร้อน

ทุกส่วนของเรือนจำซึ่งปกติเป็นที่อยู่ของผู้ต้องขัง พึงพิถีพิถันรักษาให้สะอาดเรียบร้อยตลอดเวลา

## 2. อนามัยของผู้ต้องขัง (Personal Hygiene)

ผู้ต้องขังจะต้องรักษาร่างกายให้สะอาด มิฉะนั้น ทางกรมราชทัณฑ์พึงจัดหาน้ำและของใช้ที่จำเป็นเพื่อสุขภาพและความสะอาดของผู้ต้องขังให้ด้วย เพื่อให้ร่างกายของผู้ต้องขังมีลักษณะไม่เป็นที่น่ารังเกียจ และสร้างนิสัยให้รู้จักเคารพตนเอง พึงอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ต้องขัง ให้ตัดหรือแต่งผม ถ้าเป็นชายก็ให้ได้โกนหนวด ตามกำหนดอย่างสม่ำเสมอ

### 3. เครื่องนุ่งห่มหลับนอน (Clothing and Bedding)

ถ้าไม่ยอมใช้เสื้อผ้าของตนเอง ทางเรือนจำควรจัดหาเครื่องแต่งกายให้เหมาะสมกับสภาพดิน ฟ้า อากาศ และเพียงพอที่จะให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพดี เสื้อผ้าที่สวมใส่ต้องไม่มีลักษณะน่าอับอายหรือต่ำต้อยเสื้อผ้าทุกชิ้นจะต้องสะอาดเรียบร้อยเสมอ เสื้อผ้าชั้นในจะต้องเปลี่ยนและซักฟอกตามจำเป็น เพื่อรักษาไว้ซึ่งอนามัยในกรณีพิเศษ เวลาผู้ต้องขังออกนอกเรือนจำตามคำสั่งของทางราชการควรอนุญาตให้สวมเครื่องแต่งกายของตนเอง หรือเครื่องแต่งกายอื่นซึ่งไม่เป็นเป้าสายตาประชาชนถ้าผู้ต้องขังคนใดได้รับอนุญาตให้ใช้เสื้อผ้าของตนเองในเมื่อรับตัวไว้ในเรือนจำควรจัดการเตรียมให้แน่นอนว่า เสื้อผ้านั้นมีความเหมาะสมกับอัตภาพผู้ต้องขังแต่ละคน ควรมีเตียงแยกเป็นเอกเทศ และมีเครื่องหลับนอนที่สะอาดและเพียงพอ จัดไว้อย่างเป็นระเบียบและเปลี่ยนให้ตามสภาพความเป็นอยู่ของท้องถิ่นหรือประเทศ

### 4. อาหาร (Food)

4.1 ผู้ต้องขังทุกคนจะต้องได้รับอาหาร อันมีประโยชน์เพียงพอที่จะเสริมสร้าง สุขภาพ และความแข็งแรงแห่งร่างกาย จัดปรุงอย่างสะอาด และจัดเลี้ยงอย่างเป็นระเบียบ

4.2 จัดหาน้ำไว้ให้พอดื่มได้ทุกเมื่อ

### 5. การบริหารร่างกายและการกีฬา (Exercise and Sport)

5.1 ผู้ต้องขังที่ไม่ทำงานออกกำลังกายควรให้บริหารร่างกายกลางแจ้ง อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง เมื่อโอกาสอำนวย

5.2 ผู้ต้องขังวัยเยาว์ หรือประเภทอื่นที่วัยหรือสังขารไม่อำนวย ควรได้รับการฝึกทางพลศึกษาและการบันเทิงเรีงใจในชั่วโมงบริหารร่างกาย โดยเรือนจำจัดหาสถานที่และอุปกรณ์การเล่นไว้ให้พร้อม

## 6. การแพทย์ (Medical Service)

เรือนจำทุกแห่งพึงจัดให้มีแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับตรวจรักษาอย่างน้อย 1 ท่าน ซึ่งควรมีความรู้ทางโรคจิตบ้าง ควรบำบัดรักษาในเรือนจำ ให้สอดคล้องกับโครงการบริหารงานสาธารณสุขแห่งชาติ ทั้งนี้ควรจะมีการวิเคราะห์ทางจิต (Psychiatric for the diagnosis) และให้การรักษาแก่บุคคลที่จิตพิการ (Mental abnormality) ด้วย

การรักษาพยาบาลซึ่งปรากฏในข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ สำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังของสหประชาชาติ ทั้งหมดที่ว่าด้วย ที่อยู่อาศัย อนามัยผู้ต้องขัง เครื่องนุ่งห่มหลับนอน อาหาร การกีฬา และการแพทย์

### ข้อปฏิบัติส่วนปกครองและทัณฑปฏิบัติ

ฝ่ายปกครองผู้ต้องขังได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานเวรควบคุมผู้ต้องขังประจำวัน เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่มีระบบการจัดการงานที่ดีและมีระเบียบแบบแผน เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและลดขั้นตอนในการทำงานสอดคล้องกับนโยบายทางราชการ เพื่อเป็นผลดีและเกิดประโยชน์แก่ทางราชการ จึงได้กำหนดข้อปฏิบัติส่วนปกครองและทัณฑปฏิบัติว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานเวรควบคุมผู้ต้องขังฝ่ายปกครองผู้ต้องขังดังต่อไปนี้

#### หมวด 1 ในข้อปฏิบัตินี้

แดนผู้ต้องขังป่วย หมายความว่า บริเวณพื้นที่ตามแนวรั้วโลหะด้านทิศตะวันตกทั้งหมด

แดนผู้ช่วยเหลืองาน หมายความว่า บริเวณพื้นที่ตามแนวรั้วโลหะด้านทิศตะวันออกทั้งหมด

แดนหญิง หมายความว่า บริเวณพื้นที่ฝ่ายปกครองผู้ต้องขังหญิง

## หมวด 2 การกำหนดอำนาจและหน้าที่

### เวรเจ้าพนักงานควบคุมผู้ต้องขัง เวลากลางวัน

#### ข้อ 1. เวรประจำแดนผู้ต้องขังป่วย ให้มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 1.1 ควบคุมดูแล ตรวจ รับผิดชอบพื้นที่และแนวกำแพงแดนผู้ต้องขังป่วย
- 1.2 ควบคุมการเปิด-ปิด หอผู้ป่วย
- 1.3 ควบคุมการเปิด-ปิด ประตูทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ด้านใน
- 1.4 การส่ง-รับมอบกุญแจเรือนนอนและหอผู้ป่วย
- 1.5 การประสานงานและงานธุรการฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง
- 1.6 ควบคุมดูแล การเปิด - ปิด การใช้ไฟฟ้า - ประปา ภายในทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ตามนโยบายประหยัดพลังงาน และควบคุมดูแลลิฟท์ ระบบบำบัดน้ำเสีย และระบบอื่นๆ ที่อยู่ในการควบคุมดูแลของฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง
- 1.7 การชั้นสูตรพลิกศพ
- 1.8 หน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

เวรผลัดที่ 1 ทำหน้าที่ส่งมอบกุญแจและประจำฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง และหลังเวลา 22.30 น. ให้ปฏิบัติหน้าที่ (ศูนย์บริการร่วม Call Center) อีกหน้าที่หนึ่ง กรณีที่มีการแจ้งป่วยจากเรือนจำกลางคลองเปรม หรือต่างเรือนจำ และกรณีอื่นๆ

เวอร์ผลัดที่ 2 และเวอร์ผลัดที่ 3 นอกจากปฏิบัติหน้าที่ตาม ข้อ 1.1 -1.8 และปฏิบัติหน้าที่ (ศูนย์บริการร่วม Call Center) แล้ว ให้เวอร์ผลัดที่ 3 ทำหน้าที่รับมอบกุญแจเรือนนอนและร่วมกับ เวอร์ผลัด 3 ประจำศูนย์ระบบโทรทัศน์ วงจรปิด (CCTV) เปิดขังนำผู้ต้องขังลงมาปรุงอาหาร และ ในกรณีที่ มีการลดจำนวนเวรรักษาการณ์ กลางคืน ผลัด 2 เหลือ 1 ท่าน เนื่องจากอัตรากำลัง ไม่เพียงพอ ให้เวอร์ผลัด 2 ปฏิบัติหน้าที่ ทั้ง เวรประจำแดนผู้ต้องขังป่วย และ เวรประจำศูนย์ระบบ โทรทัศน์ วงจรปิด(CCTV)

ข้อ 2. เวรประจำศูนย์ระบบโทรทัศน์ วงจรปิด (CCTV) ให้มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 2.1 ควบคุมดูแล ตรวจสอบพื้นที่และแนวกำแพงแดนผู้ช่วยเหลืองาน
- 2.2 ให้ช่วยเวรประจำแดนผู้ต้องขังป่วย เปิด-ปิดขังห่อผู้ป่วยในยามวิกาล
- 2.3 ควบคุมการเปิด-ปิด ประตูด้านเรือนจำกลางคลองเปรม และทำหน้าที่รับใบแจ้งป่วย จากเรือนจำกลางคลองเปรม พร้อมกับประสานงานให้พยาบาลเวรดำเนินการ
- 2.4 ควบคุมดูแล การเปิด - ปิด การใช้ไฟฟ้า – ประปา ภายในทัณฑสถาน โรงพยาบาล ราชทัณฑ์ตามนโยบายประหยัดพลังงาน (ภายในแดนผู้ช่วยงาน)
- 2.5 ควบคุมดูแล รับผิดชอบระบบโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) และการเฝ้าระวังผู้ต้องขัง โทษสูง รายสำคัญหรือมีความสงสัยในพฤติกรรม
- 2.6 หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย เวอร์ผลัดที่ 2 และเวอร์ผลัดที่ 3 นอกจากปฏิบัติหน้าที่ตาม ข้อ 2.1 – 2.6 แล้วให้เวอร์ผลัดที่ 3 ทำหน้าที่ ร่วมกับเวอร์ผลัด 3 แคนผู้ต้องขังป่วย เปิดขังนำผู้ต้องขังลง มาปรุงอาหาร

### หมวด 3 การกำหนดอำนาจและหน้าที่

เวรเจ้าพนักงานควบคุมผู้ต้องขัง เวลากลางวัน ประจำการควบคุมผู้ต้องขังชาย

ข้อ 3. ในกรณีถ้ามีเจ้าพนักงานเวร ระดับ ปฏิบัติการหรือ ชำนาญงาน ร่วมปฏิบัติหน้าที่เวร ในวันนั้นๆ ให้พัศดีเวร จัดเจ้าพนักงานเวรผู้มีความอาวุโสสูงสุดรองจากพัศดี ทำหน้าที่เป็น “ผู้ช่วยพัศดีเวร” อีกหน้าที่หนึ่งให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

3.1 ปฏิบัติหน้าที่รองจากพัศดีเวร ทำหน้าที่กำกับดูแล ควบคุมกิจการงาน/ปกครอง บังคับบัญชาเจ้าพนักงานเวรในส่วนของฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง/ปกครองและควบคุมผู้ต้องขัง

3.2 ควบคุมดูแลความเรียบร้อยพื้นที่ห้องรับประทานอาหาร/ห้องพักเจ้าพนักงานเวรชั้น 9

3.3 การติดต่อประสานงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.4 หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 4. ให้พัศดีเวรมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานเวรจำนวน 1 ท่าน ทำหน้าที่ประจำฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง ให้มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

4.1 ควบคุมดูแล ตรวจตรา รับผิดชอบพื้นที่และแนวกำแพงแดนผู้ต้องขังป่วยระหว่างแดน 13 และบริเวณรอบที่ทำการฝ่ายปกครองผู้ต้องขังชาย

4.2 การประสานงานและงานธุรการฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง

4.3 ควบคุมการเปิด-ปิด ประตูทัณฑสถานด้านในและประตูแดน 13

4.4 ควบคุมการรับ-ส่ง ยานพาหนะ เข้า-ออกภายในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

4.5 ควบคุมการเล่นกีฬาของผู้ต้องขัง

#### 4.6 หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 5. ให้พัศดีเวรมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานเวรจำนวนไม่น้อยกว่า 2-3 ท่าน ทำหน้าที่ประจำแดนผู้ต้องขังป่วยให้มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

5.1 ควบคุมดูแล ตรวจตรา รับผิดชอบพื้นที่และแนวกำแพงแดนผู้ต้องขังป่วย

5.2 การให้ความช่วยเหลือพยาบาลเวรและการรักษาความปลอดภัยแก่บุคลากร

5.3 ควบคุมการเปิด-ปิดขังหอผู้ป่วย

5.4 ควบคุมดูแล โรงครัว ห้องซักกรีด และหน่วยงานต่างๆ ชั้น 1-3

5.5 ควบคุมการติดต่อระหว่างผู้ต้องขังชายกับผู้ต้องขังหญิง

5.6 ควบคุมการเล่นกีฬาของผู้ต้องขัง

5.7 ควบคุมการจัดเลี้ยงอาหารแดนผู้ต้องขังป่วย

5.8 การชั้นสูตรพลิกศพแดนผู้ต้องขังป่วย

5.9 หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

พัศดีเวรมอบหมายให้เจ้าพนักงานเวรที่มีความอาวุโสหรือผู้ที่พัศดีเห็นว่าเหมาะสม ให้ทำหน้าที่เป็น “หัวหน้าชุดประจำแดนผู้ต้องขังป่วย”

ข้อ 6. ให้พัศดีเวรมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานเวรจำนวนไม่น้อยกว่า 1-2 ท่าน ทำหน้าที่ประจำแดนผู้ช่วยเหลืองานให้มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

6.1 ควบคุมดูแล ตรวจตรา รับผิดชอบพื้นที่และแนวกำแพงแดนผู้ช่วยเหลืองาน

6.2 ควบคุมการเปิด-ปิด ประตูด้านเรือนจำกลางคลองเปรม

6.3 ควบคุมและประสานงานการส่งป่วยจากเรือนจำกลางคลองเปรม

6.4 ควบคุมการเข้า-ออกของผู้ต้องขังระหว่างแดนผู้ช่วยเหลืองานกับแดนผู้ต้องขังป่วย

6.5 ควบคุมการจัดเลี้ยงอาหารแดนผู้ช่วยเหลืองาน

6.6 หน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 7. ให้พัศดีเวรมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานเวรจำนวน 1 ท่านทำหน้าที่ประจำศูนย์ระบบโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) และศูนย์บริการร่วม (Call center) ให้มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

7.1 ควบคุมดูแล รับผิดชอบระบบโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) และศูนย์บริการร่วม (Call center)

7.2 การเฝ้าระวังผู้ต้องขังโทษสูง รายสำคัญหรือมีความสงสัยในพฤติกรรม

7.3 การเฝ้าระวังผู้ต้องขังที่ส่งป่วยจากเรือนจำกลางคลองเปรมหรืออื่นๆ

7.4 ควบคุมดูแล ระบบไฟฟ้า ประปา ลิฟท์ ระบบบำบัดน้ำเสียและระบบอื่นๆ ที่อยู่ในการควบคุมดูแลของฝ่ายปกครองผู้ต้องขัง และดูแล การใช้ไฟฟ้า ประปา ภายในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ตามนโยบายประหยัดพลังงาน

7.5 หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

หมวด 4 การกำหนดอำนาจและหน้าที่

เวรเจ้าพนักงานควบคุมผู้ต้องขัง เวลา 06.00-08.30 น.

ข้อ 8. ให้พัศดีเวรมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานเวรปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้กำหนดไว้ใน หมวด 3 เวรเจ้าพนักงานควบคุมผู้ต้องขัง เวลากลางวัน

หมวด 5 ตามข้อปฏิบัตินี้

ข้อ 9. ให้ใช้บังคับและถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ได้ประกาศเป็นข้อปฏิบัติส่วนปกครอง และทัณฑปฏิบัติเป็นต้นไปและให้ยกเลิกข้อปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและใช้ข้อปฏิบัตินี้แทน

ข้อ 10. ให้“ผู้อำนวยการส่วนปกครองและทัณฑปฏิบัติหรือพัศดีเวร”เป็นผู้รักษาการตามข้อปฏิบัตินี้

### แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดพร้อมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการวิจัย ดังนี้

#### PRECEDE Model

เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาจากเป้าหมายหรือสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไม หรือมีสาเหตุมาจากอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ หรือสภาพดังปรากฏแล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนและกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE MODEL

Green (1980) ในการดำเนินงานตามกระบวนการ PRECEDE Framework นับเป็นการเริ่มจากผล (Output) ได้แก่ สภาวะสุขภาพย้อนหลังกลับไปเหตุ (Input) ได้แก่ ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่างๆ

เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยคุณภาพชีวิตปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เป็นที่เป็นเหตุของพฤติกรรมสุขภาพมาก่อน จากนั้นจึงมาพิจารณาวางแผนโครงการ โดยเลือกกลวิธีที่เหมาะสมพร้อมทั้งพิจารณาป้องกันและแก้ไขอุปสรรคทางการบริหารที่เกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการเป็นระยะๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่ละขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มจากการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาสังคมของกลุ่มประชากรต่างๆ ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องวัดระดับคุณภาพของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์หว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญอยู่ในสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่แล้วหรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่ โดยวิธีการต่างๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์ไว้ในขั้นตอนที่ 2 โดยวิเคราะห์ออกเป็นพฤติกรรมเฉพาะหรือเอามาจัดลำดับเพราะบางสาเหตุอาจจะไม่ใช่ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น เศรษฐกิจ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น รวมทั้งวิเคราะห์ดูว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพได้ การวิเคราะห์เช่นนี้ทำให้สามารถตระหนักถึงแรงผลักดันทางสังคม ซึ่งหลักการของ PRECEDE Framework สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับงานทุกระดับตั้งแต่งานระดับหน่วยงานและระดับชาติ โดยการแยกวิเคราะห์พฤติกรรมที่เกี่ยวกับทางสังคมของคน ซึ่งพฤติกรรมนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ปัจจัยนำประกอบด้วย ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง หรือ แสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงอุปสรรคที่สร้างขึ้นโดยระบบสังคม เช่น ข้อจำกัดต่างๆ แหล่งทรัพยากร บุคคลและชุมชนที่มีอยู่จำกัด รายได้น้อย การประกันคุณภาพ เรื่องของกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งทักษะและความรู้ก็เป็นเรื่องต้องการให้เกิดร่วมกับพฤติกรรมซึ่งกำหนดไว้ในปัจจัยเอื้อเช่นกัน ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการกระทำหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รับการส่งเสริมหรือไม่เพียงใด โดยการเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่ประเมินผลย้อนกลับพฤติกรรม

ที่เปลี่ยนแปลงนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรม จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่างๆ หลายประการ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

### ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของ บุคคลหรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม องค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ องค์ประกอบ เหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยทางด้านประชากร เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม อายุ เพศ ขนาดครอบครัว แต่มีเพียงบางปัจจัยเท่านั้นที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ศึกษา แม้ว่าปัจจัยทาง ประชากรเหล่านี้จะมีความสำคัญเช่นเดียวกับปัจจัยนำก็ตามรายละเอียดของปัจจัยนำมีดังต่อไปนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยนำตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและสิ่งจำเป็น ที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มพูนความรู้อย่างเดียวกันอาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป จะต้องมียปัจจัยอื่นๆมาประกอบด้วย

2. ความเชื่อ (Belief) คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจ มีเหตุผลหรือ ไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้เกิดการ โน้มเอียงที่มนุษย์จะพฤติกรรมปฏิบัติตามแนวความคิด และความเข้าใจนั้นๆ ส่วนแหล่งที่มาของความเชื่อที่สำคัญเกิดจากความกลัวในอำนาจของสิ่งต่างๆ ที่ตนอาจควบคุมได้หรือเกิดจากการขาดความรู้ในสิ่งนั้นๆ เป็นเบื้องต้น ความเชื่อหลายอย่าง ได้ กลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมและชาติต่อมา เมื่อมนุษย์มีความเชื่อในสิ่งหนึ่งสิ่ง ใดความเชื่อนั้นๆ ก็จะทำให้เขากระทำสิ่งต่างๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน ความเชื่ออาจ มีอิทธิพลมาจากผู้อาวุโสในครอบครัว เชื่อสายที่ได้สืบทอดกันมาก็ได้ ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ การขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ทำให้เกิดการสร้างค่านิยมและความเชื่อ ที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความเชื่อเรื่องอาหารของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะ โภชนาการ ของแม่และเด็กอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

3. ทศนคติ หรือเจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ค่านิยม(Value) หมายถึง การให้ความสำคัญ ความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง ความขัดแย้งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

5. การรับรู้ (Perception) หมายถึง ขบวนการที่อินทรีย์ต่างๆ พยายามที่จะแสดงความรู้สึกจากสิ่งที่ตนได้รับรู้ออกมาในรูปของการกระทำใดการกระทำหนึ่ง หรือในรูปของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย กระบวนการเกิดการรับรู้จะต้องเริ่มต้นจากการมีสิ่งเร้า(Stimulus)มากระตุ้นประสาทสัมผัสสมมุติ ซึ่งอยู่ตามอวัยวะที่รับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก เป็นต้น จากนั้นจะเปลี่ยนเป็นพลังงานสิ่งเร้าไปยังสมอง ทำให้เกิดการรู้สึก (Sensation) แต่บอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร สมองต้องตีความว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร และเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น เรียกว่า เกิดการรับรู้ การรับรู้เป็นกระบวนการเลือกสรร(Selective Process) มนุษย์ไม่สามารถรับรู้ได้ทุกสิ่ง ทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวเราได้ทั้งในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการเลือกสรรที่จะรับรู้การเลือกสรรที่จะรับรู้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความน่าจะเป็น (Probability Expectations) และจุดมุ่งหมาย (Purposive Orientations)ความคาดหวังที่น่าจะเป็นไปได้ คือ ความคาดหวังของบุคคลเกิดจากประสบการณ์เดิมที่สะสมไว้อย่างมีแบบแผนเป็นลำดับตามความถี่ของการเกิดประสบการณ์ใดที่เคยเกิดขึ้นบ่อยในอดีต บุคคลย่อมมีแนวโน้มที่คาดหวังว่า เหตุการณ์ในทำนองเดียวกันจะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนจุดมุ่งหมาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลย่อมเป็นไปตามความต้องการค่านิยม หรือจุดมุ่งหมายของบุคคลนั้น

#### ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการพฤติกรรมของบุคคล เช่น การได้รับบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกจากหน่วยงานบริการต่างๆ ได้แก่ ความเพียงพอของบริการอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ค่าบริการและการยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ หรือความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร ได้แก่ เงิน เวลา สุขภาพ หรืออื่นๆ

### ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

ปัจจัยเสริม หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับ อาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ หรือการไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบบังคับให้ปฏิบัติก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้คุณจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้จะต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์แนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆ โดยการศึกษาค้นคว้าถึงปัจจัยทั้ง 3 ประเภท ที่กล่าวมาแล้วเพื่อที่จะได้ตัดสินใจว่าเรื่องใดสำคัญก่อน และมีแหล่งทรัพยากรใดบ้าง ที่จะช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จหรือมีอิทธิพลเหนือปัจจัยนั้นได้

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร หมายถึง การวิเคราะห์ประเมินปัจจัยทางด้านการบริหารจัดการที่มีผลต่อการดำเนินในโครงการ ซึ่งมีทั้งปัจจัยบวกและลบที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือมีอุปสรรค ตลอดจนข้อจำกัดต่างๆ ในด้านการบริหารจัดการทรัพยากรฯ

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลการดำเนินงานโดยจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์และดัชนีชี้วัดในการประเมินผลที่ชัดเจน ซึ่งการประเมินผลมี 3 ระดับ คือ การประเมินผลโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบกับโครงการหรือโปรแกรมที่มีผลต่อปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีการประเมินผลการดำเนินงานในระยะยาว

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 341 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีพฤติกรรมดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี ต่ำแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ส่วนตัวแปร ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้ร้อยละ 27.93

พรสวรรค์ (2544) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วันเพื่อศึกษาถึงความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด โดยปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสามัญทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง และศัลยกรรมชาย หญิง ออร์โธปิดิกส์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 130 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนจำหน่าย 1 วันมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดรองลงมาคือ คุณภาพการนอนหลับหลังการผ่าตัด และคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัด ((-, x) 34.71, 45.77 และ 57.38 ตามลำดับ)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม คือ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ( $r=0.494$ ) ภาวะสุขภาพร่างกาย ( $r=0.184$ )
3. ปัจจัยที่สามารถใช้พยากรณ์คุณภาพการนอนหลับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดโดยสามารถพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับได้ 24.4%

สุวรรณ (2544) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่รับการตรวจรักษาตามนัดที่แผนกสูติรีเวชระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ ได้แก่ จำนวนบุตร และการศึกษามี ปัจจัยภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังตัดมดลูก ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อในความสามารถตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่พบมี 4 ตัว ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังตัดมดลูกและรังไข่ และจำนวนบุตร ร้อยละ 43.3

วรลักษณ์ (2545) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลองผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองซ้ำ มีคุณลักษณะในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกันทั้ง 2 กลุ่ม การศึกษาวิจัยนี้ได้โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคและการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้

เพลินตา (2546) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับแผนการรักษานั้น เป็นไปตามความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้นำมาวิเคราะห์ ทำให้ทราบว่ามีผลต่อพฤติกรรมในทางให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

รัศมี (2548) ศึกษา 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี 2) การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยชายและหญิงที่เป็นโรคหัวใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 218 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยรวมอยู่ในระดับสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 , 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นิรมล (2549) ทำการวิจัยเชิงทดลองในสถานการณ์จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสลายต่อกระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสุขศึกษาและแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลสูงจากตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ภายหลังจากการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูกและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยสลายต่อกระดูกที่เป็นกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกที่เป็นกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดสลายต่อกระดูก ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

รจนา (2549) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 3) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลองมีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001ตามลำดับ

ตุลาชนี (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการสุ่มแบบบังเอิญตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัดที่แผนกสูติรีเวชกรรม ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2549 จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอายุ อาชีพ ของสามีผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้ในความสามารถและศักยภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01และ0.05ตามลำดับ 3) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4) ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองมี 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของ

ตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของผู้ป่วยการศึกษาของสามีผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ร้อยละ 64.00 ตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 49.10

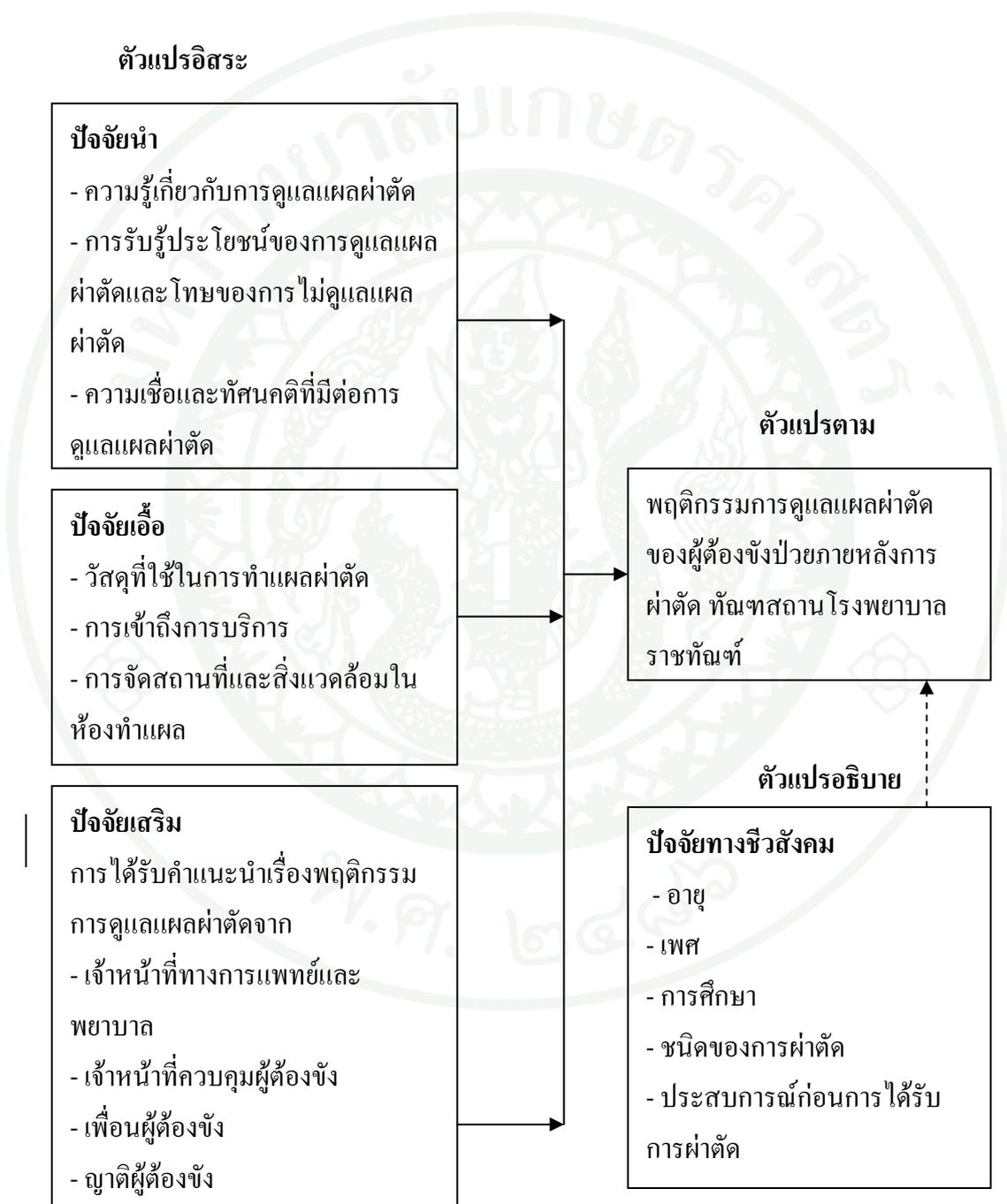
Frazer (1976) ได้รายงานถึงผลการศึกษาของตนเองและคณะซึ่งได้ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1976 โดยให้ผู้ป่วยอาบน้ำหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง แล้วติดตามดูการหายของแผลผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การหายและการติดเชื้อ ที่แผลผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการอาบน้ำหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการอาบน้ำหลังตัดไหมไม่แตกต่างกันและยังพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการอาบน้ำนั้นมีความรู้สึกพอใจ และสามารถดูแลแผลผ่าตัดของตนเองได้ โดยไม่ต้องเป็นภาระสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล อีกทั้งยังลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วย

Goldberg *et al.* (1981) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการหาย และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการอาบน้ำแบบใช้ฝักบัวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่ได้รับการเช็ดตัวจนกว่าแผลผ่าตัดได้รับการตัดไหมจำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การหายและการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และได้เสนอแนะว่าผู้ป่วยที่มีแผลสะอาดบริเวณอื่นๆ ก็ควรได้รับอนุญาตให้อาบน้ำตามปกติหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

จากแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ประมวลมานั้น พบว่า ได้มีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดในบุคคลกลุ่มต่างๆทั้งในและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดแล้วแต่ผู้วิจัยจะนำแนวคิดทฤษฎีอะไรมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรอิสระได้แก่ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด) ปัจจัยเอื้อ (วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล) ปัจจัยเสริม (การได้รับรู้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัด โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง ญาติผู้ต้องขัง) และได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ดังนี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรม การดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่โรงพยาบาลราชทัณฑ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทำ ณ สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทำ ณ สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทำ ณ สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจาก ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทำ ณ สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ดีกว่าการพยากรณ์โดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

## อุปกรณ์และวิธีการ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะ PRECEDE framework เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่โรงพยาบาลราชทัณฑ์

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลราชทัณฑ์

### ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่โรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีสติสัมปชัญญะดี ได้ตอบรู้เรื่อง และมีเลขประจำตัวประชาชน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระหว่าง เดือน ตุลาคม 2552 ถึง เดือน ธันวาคม 2552 รวมทั้งหมด จำนวน 200 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วนซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านชีวสังคม ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ประสบการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด โดยแบ่งตามส่วน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบถูกหรือผิด ใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูกให้ 1 ถ้าตอบผิด ให้ 0

### เกณฑ์การแบ่งระดับ

ในการประเมินระดับความรู้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากเกณฑ์ และวิธีการวัดประเมินผลของ Bloom (1968) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดีมาก	มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม
ระดับดีปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม
ระดับพอใช้	มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

ตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด เป็นการสอบถามแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

### เกณฑ์การให้คะแนน

	เชิงบวก	เชิงลบ
ตัวเลือก	คะแนนข้อความ	คะแนนข้อความ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

ในการประเมินระดับ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ใช้วิธีการประเมินคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ค่าของข้อมูลที่ได้กำหนดความหมายไว้แล้ว (วิเชียร, 2538) โดยกำหนดเกณฑ์การวัด ดังนี้

เกณฑ์	การประเมิน
3.01- 4.00	ระดับมาก
2.01 – 3.00	ระดับปานกลาง
1.00 – 2.00	ระดับน้อย

ตอนที่ 3 ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด เป็นการสอบถามแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

ตัวเลือก	เกณฑ์การให้คะแนน	
	เชิงบวก คะแนนข้อความ	เชิงลบ คะแนนข้อความ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

ในการประเมินระดับ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ใช้วิธีการประเมินคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ค่าของข้อมูลที่ได้กำหนดความหมายไว้แล้ว (วิเชียร, 2538) โดยกำหนดเกณฑ์การวัด ดังนี้

เกณฑ์	การประเมิน
3.01- 4.00	ระดับดี
2.01 – 3.00	ระดับดีพอควร
1.00 – 2.00	ระดับไม่ดี

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	เชิงบวก	เชิงลบ
	คะแนนข้อความ	คะแนนข้อความ
มีมากที่สุด	4	1
มีมาก	3	2
มีน้อย	2	3
ไม่มี	1	4

ในการประเมินระดับ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล ใช้วิธีการประเมินคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ค่าของข้อมูลที่ได้กำหนดความหมายไว้แล้ว (วิเชียร, 2538) โดยกำหนดเกณฑ์การวัด ดังนี้

เกณฑ์	การประเมิน
3.01- 4.00	ระดับได้รับมาก
2.01 – 3.00	ระดับได้รับปานกลาง
1.00 – 2.00	ระดับได้รับน้อย

### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขังเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับสภาพความจริงของผู้ตอบ

## เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	เชิงบวก	เชิงลบ
	คะแนนข้อความ	คะแนนข้อความ
ได้รับมากที่สุด	4	1
ได้รับมาก	3	2
ได้รับน้อย	2	3
ไม่ได้รับเลย	1	4

ในการประเมินระดับ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรดูแลแผลผ่าตัด จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขัง ใช้วิธีการประเมินคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ค่าของข้อมูลที่ได้กำหนดความหมายไว้แล้ว (วิเชียร, 2538) โดยกำหนดเกณฑ์การวัด ดังนี้

เกณฑ์	การประเมิน
3.01- 4.00	ระดับการได้รับมาก
2.01 – 3.00	ระดับการได้รับปานกลาง
1.00 – 2.00	ระดับการได้รับน้อย

## ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรดูแลแผลผ่าตัด

เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับสภาพความจริงของผู้ตอบซึ่งข้อความประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative)

## เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	เชิงบวก	เชิงลบ
	คะแนนข้อความ	คะแนนข้อความ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	3	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

ในการประเมินระดับ พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ใช้วิธีการประเมินคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ค่าของข้อมูลที่ได้กำหนดความหมายไว้แล้ว (วิเชียร, 2538) โดยกำหนดเกณฑ์การวัด ดังนี้

เกณฑ์	การประเมิน
3.01- 4.00	ระดับดี
2.01 – 3.00	ระดับปานกลาง
1.00 – 2.00	ระดับน้อย

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษา แนวคิด เนื้อหา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขต และ โครงสร้างของเนื้อหา สาระ ครอบคลุมวัตถุประสงค์และ สมมติฐานของการวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์
3. นำเครื่องมือให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง การใช้ภาษามีความ ชัดเจน แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ
4. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบ

4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ จากนั้นนำผลที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจไปวิเคราะห์รายข้อ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อดังนี้

ถ้าเห็นว่าสอดคล้อง ตรงกับวัตถุประสงค์	ให้	1	คะแนน
ถ้าเห็นว่าไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์	ให้	-1	คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์	ให้	0	คะแนน

นำผลที่เป็นคะแนนไปคำนวณหาค่าที่เรียกว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้อง (Index of Concordance: IOC) หรือดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้วยสูตรต่อไปนี้

$$\text{IOC หรือ CVI} = \frac{\text{คะแนนรวมที่ผู้เชี่ยวชาญให้}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}}$$

การแปลความหมายของค่า IOC หรือ CVI

ถ้าได้ค่า IOC หรือ CVI มากกว่า 0.50 ขึ้นไป แสดงว่า คำถามข้อนั้นมีความตรงตามเนื้อหา

ถ้าได้ค่า IOC หรือ CVI น้อยกว่า 0.50 หรือเป็นค่าลบ แสดงว่า คำถามข้อนั้นไม่มีความตรง

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .75 ขึ้นไป จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามข้อเสนอแนะ

4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของงานห้องผ่าตัด ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำนวน 60 คนซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และนำข้อมูลจากการทดลองใช้ ไปทำการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

4.2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีวัดความคงที่ภายใน โดยใช้ค่า Alfa coefficient ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการคำนวณ ด้วยวิธีคูเดอร์ และริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตร 20 (KR-20) โดยได้ผลความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.79

4.2.2 แบบวัดปัจจัยนำด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.79และ0.72 ตามลำดับ

4.2.3 ปัจจัยเอื้อ คือ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล ได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.88

4.2.4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง ญาติผู้ต้องขัง การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87

4.2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดในผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ของงานห้องผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82

4.3 นำผลการวิเคราะห์ มาปรับปรุง แก้ไขแบบสอบถาม ในขั้นสุดท้าย และเสนอ ประสานกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำไปเก็บ รวบรวมข้อมูลจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ทำการวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัศนศาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการทัศนศาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อขออนุมัติและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัศนศาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำนวน 200 คน โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวก แจกแบบสอบถามพร้อมกับอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยจะได้รับความร่วมมือจากการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน
3. การเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง แม่นยำ และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทางชีวสังคม อันได้แก่ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ประสบการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด นำมาวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และแบ่งข้อมูลเป็นอันตรภาคชั้น แสดงเป็นตาราง

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ปัจจัยเอื้อ คือวัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล ปัจจัยเสริม ได้แก่ปัจจัยเสริม การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด จาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขังญาติผู้ต้องขัง กับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson – Product Moment Correlation Coefficient)
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์พฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson – Product Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์หาความสามารถในการพยากรณ์ ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์โดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) (ศิริชัย, 2549)

## ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 200 คน ซึ่งเป็นผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 ถึง เดือน ธันวาคม 2552 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สามารถสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 7 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ชนิดของการผ่าตัด และประสบการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง ญาติผู้ต้องขังของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน-โรงพยาบาลราชทัณฑ์

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณซึ่งเป็นการประมาณค่าและการพยากรณ์ค่าของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ที่สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของประชากร

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน) (n =200)	ร้อยละ (%)
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	54	27.0
30 – 39	63	31.5
40 – 49	44	22.0
50 – 59	32	16.0
มากกว่า 60	7	3.5
รวม	200	100.0
เพศ		
ชาย	132	66.0
หญิง	68	34.0
รวม	200	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน) (n=200)	ร้อยละ (%)
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	4.5
ประถมศึกษาตอนต้น	49	24.5
ประถมศึกษาตอนปลาย	47	23.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	7.0
อาชีวศึกษา	17	8.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	7.0
อื่นๆ	-	-
รวม	200	100.0
<b>ชนิดของการผ่าตัดในครั้งนี้เกี่ยวกับระบบ</b>		
การผ่าตัดหู คอ จมูก	10	5.0
การผ่าตัดกระดูกและข้อ	29	14.5
การผ่าตัดตา	9	4.5
การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ	37	18.5
การผ่าตัด สูดิ – นรีเวช	11	5.5
การผ่าตัดทั่วไป	104	52.5
อื่นๆ	-	-
รวม	200	100.0
<b>ประสบการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด</b>		
ไม่เคย	127	63.5
เคย	73	36.5
รวม	200	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน) (n =200)	ร้อยละ (%)
จำนวนครั้งที่เคยได้รับการผ่าตัด		
0	127	63.5
1	47	23.5
2	11	5.5
3	9	4.5
4	2	1.0
5	1	.5
6	1	.5
9	1	.5
12	1	.5
รวม	200	100.0

## จากตารางที่ 1 พบว่า

1. ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0

2. ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 เพศหญิงจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0

3. การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5

4. ชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ส่วนใหญ่ทำหัตถการการผ่าตัดทั่วไปจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5

5. ประสพการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถาน-โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยมีประสพการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัดจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 เคยมีประสพการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด จำนวน 73 คนคิดเป็นร้อยละ 36.5 ในกลุ่มผู้ป่วยมีประสพการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด 1 ครั้งมีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 รองลงมาคือ มีประสพการณ์ก่อนการได้รับการผ่าตัด 2 ครั้งจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำในด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

### 2.1 ปัจจัยนำในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด

ระดับความรู้	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก ( $\geq 80\%$ )	147	73.5
ดีปานกลาง (60-79%)	42	21.0
พอใช้ (<60%)	11	5.5

$$\bar{x} = 16.20 \quad S.D. = 2.24 \quad \text{Max}=19 \quad \text{Min}=8$$

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่ระดับดีมาก จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ระดับดีปานกลาง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับพอใช้จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5

2.2 ปัจจัยนำในด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด

ระดับการรับรู้	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	176	88.0
ปานกลาง (2.01-3.00)	24	12.0
น้อย (1.00-2.00)	0	00.0

$\bar{X} = 55.02$     S.D. = 5.10    Max=64    Min=44

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ในระดับมากมีมากที่สุด มีจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดในระดับปานกลาง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดในระดับน้อย

2.3 ปัจจัยนำในด้าน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด

ความเชื่อและทัศนคติ	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ดี (3.01-4.00)	23	11.5
ดีพอควร (2.01-3.00)	176	88.0
ไม่ดี (1.00-2.00)	1	0.5

$\bar{X} = 35.26$     S.D. = 3.60    Max=50    Min=22

จากตารางที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดในระดับดีพอควรมีมากที่สุดจำนวน 176 คนคิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมาคือ มีความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ในระดับดี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 และกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดในระดับไม่ดีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับวัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	123	61.5
ปานกลาง (2.01-3.00)	76	38.0
น้อย (1.00-2.00)	1	0.5

$\bar{X} = 10.07$  S.D. = 1.34 Max=12 Min=6

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับวัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัดในระดับมากจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 76 คนคิดเป็นร้อยละ 38.0 และระดับน้อยมีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการเข้าถึงการบริการ

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก(3.01-4.00)	104	52.0
ปานกลาง (2.01-3.00)	87	43.5
น้อย (1.00-2.00)	9	4.5

$$\bar{X} = 6.72 \quad S.D. = 1.17 \quad \text{Max}=8 \quad \text{Min}=3$$

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับการเข้าถึงการบริการในระดับมาก จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 และระดับน้อยมี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้บริการด้านจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลเหมาะสม

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	103	51.5
ปานกลาง (2.01-3.00)	95	47.5
น้อย (1.00-2.00)	2	1.0

$$\bar{X} = 10.03 \quad S.D. = 1.42 \quad \text{Max}=12 \quad \text{Min}=5$$

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่ได้บริการด้านจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลเหมาะสมในระดับมากจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 และระดับน้อยมีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขังญาติผู้ต้องขังของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	90	45.0
ปานกลาง (2.01-3.00)	107	53.5
น้อย (1.00-2.00)	3	1.5

$$\bar{X} = 12.51 \quad S.D. = 1.97 \quad \text{Max}=16 \quad \text{Min}=4$$

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลในระดับ ปานกลางจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาคือได้รับในระดับมาก จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 และระดับน้อยมี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	61	30.5
ปานกลาง (2.01-3.00)	93	46.5
น้อย (1.00-2.00)	46	23.0

$$\bar{X} = 5.76 \quad S.D. = 1.60 \quad \text{Max}=8 \quad \text{Min}=2$$

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมาคือได้รับในระดับมาก จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 30.5 และระดับน้อยมี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0

**ตารางที่ 10** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรดูแลแผลผ่าตัดจากเพื่อนผู้ต้องขัง

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	66	33.0
ปานกลาง (2.01-3.00)	119	59.5
น้อย (1.00-2.00)	15	7.5

$\bar{X} = 9.12$     S.D. = 1.80    Max=12    Min=4

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนผู้ต้องขังในระดับปานกลาง จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 รองลงมาคือได้รับในระดับมาก จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 และระดับน้อยมี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรดูแลแผลผ่าตัดจากญาติผู้ต้องขัง

ระดับความคิดเห็น	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01-4.00)	117	58.5
ปานกลาง (2.01-3.00)	72	36.0
น้อย (1.00-2.00)	11	5.5

$\bar{X} = 3.53$     S.D. = 0.71    Max=7    Min=1

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการคำแนะนำจากญาติผู้ต้องขังระดับ  
มากจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมาคือได้รับในระดับปานกลาง จำนวน 72 คน  
คิดเป็นร้อยละ 36.0 และระดับน้อยมี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5

#### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาล ราชทัณฑ์

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้  
ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

ระดับพฤติกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ดี(3.01-4.00)	126	63.0
ปานกลาง(2.01-3.00)	73	36.5
น้อย(1.00-2.00)	1	0.5

$\bar{X} = 29.04$     S.D. = 3.40    Max=36    Min=18

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดในระดับดี  
จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5  
และระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
n	พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด		
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด	200	0.090	0.203
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด	200	0.415	0.000**
ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด	200	0.166	0.019*
ปัจจัยเอื้อ			
วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด	200	0.280	0.000**
การเข้าถึงการบริการ	200	0.382	0.000**
การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล	200	0.435	0.000**
ปัจจัยเสริม			
การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจาก			
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล	200	0.478	0.000**
เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง	200	0.359	0.000**
เพื่อนผู้ต้องขัง	200	0.415	0.000**
ญาติผู้ต้องขัง	200	0.205	0.004**

\*p < .05 \*\*p < .01

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ( $r=0.090$ ) กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.415$ ) ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=-0.166$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ไม่ยอมรับสมมติฐานในส่วนของการรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัดกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์ ( $r=0.280$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การเข้าถึงการบริการกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์ ( $r=0.382$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด( $r=0.435$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด คือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด( $r=0.478$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.359$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเพื่อนผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.415$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากญาติผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.205$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 3

ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณซึ่งเป็นการประมาณค่าและการพยากรณ์ค่าของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Change	F	p-value
การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรม การดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล	.478	.228	-	58.631	.000***
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด	.559	.312	.084	44.665	.000***
การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล	.573	.329	.017	31.993	.000***

\* P < .05 \*\* P < .01 \*\*\* P < .001

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีการเพิ่มขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรการได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) เท่ากับ 0.228 หมายถึง การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ ร้อยละ 22.8

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สองและเพิ่มความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 8.4 ( $R^2$  Change=0.084) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเป็น 0.312 ซึ่งหมายถึง การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดสามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 31.2

ขั้นตอนที่ 3 ตัวแปรการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สามและเพิ่มความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 1.7 ( $R^2$  Change=0.017) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเป็น 0.329 ซึ่งหมายถึง การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดและการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลสามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถาน-โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 32.9

ตารางที่ 15 สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญการถดถอย (t) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์

ตัวแปรทำนาย	b	SEb	Beta	t	p-value
Constant	16.924	1.601	-	10.570	.000***
การได้รับคำแนะนำเรื่อง พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ พยาบาล	.968	.126	.478	7.657	.000***
Constant	6.168	2.671	-	2.309	.022*
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ พยาบาล	.790	.125	.390	6.319	.000***
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแล แผลผ่าตัดและโทษของการไม่ ดูแลแผลผ่าตัด	.236	.048	.302	4.890	.000***
Constant	5.341	2.672	-	1.999	.047*
การได้รับคำแนะนำเรื่อง พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ พยาบาล	.637	.142	.314	4.483	.001**
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแล แผลผ่าตัดและโทษของการไม่ ดูแลแผลผ่าตัด	.204	.050	.261	4.075	.003**
การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม ในห้องทำแผล	.452	.204	.161	2.210	.013*

\* P < .05 \*\* P < .01 \*\*\* P < .001

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปมาตรฐาน(Beta) พบว่า

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลมีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.478

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด มีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.302

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล มีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.161

สมการถดถอยที่ใช้ในการพยากรณ์ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด = 5.341 + 0.637 (การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรม  
การดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล) + 0.204 (การรับรู้ประโยชน์ของ  
การดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด) + 0.452 (การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม  
ในห้องทำ-แผล)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด = 0.314 (การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผล  
ผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล) + 0.261 (การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัด  
และโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด) + 0.161 (การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล)

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.090$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.415$ ) ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.166$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ไม่ยอมรับสมมติฐานในส่วนของการรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด( $r=0.280$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การเข้าถึงการบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด( $r=0.382$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด( $r=0.435$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.478$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.359$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเพื่อนผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.415$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากญาติผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ( $r=0.205$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจาก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ดีกว่าการพยากรณ์โดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 จากปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 32.9 ( $R^2=0.329$ )

## ข้อวิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำผลมาวิจารณ์ได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ปรากฏว่าได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดและ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวรรณ (2544) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อในความสามารถตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ เช่นเดียวกับเพลินตา (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับแผนการรักษานั้น เป็นไปตามความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และตุลาชานิ (2549) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้ในความสามารถและศักยภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

จากผลการวิจัยพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ในส่วนของปัจจัยนำ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งสอดคล้อง ผลงานวิจัยของหลายๆ ท่าน พบว่า ปัจจัยนำ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดและความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงบริการ และ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่า ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีวัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัดเพียงพอ มีการเข้าถึงบริการและการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลที่ดี จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดสูงมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Green et al. (1980) ที่กล่าวว่า ปัจจัยเอื้อ อัน ได้แก่ ความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรต่างๆ การหาได้ง่าย ความสามารถในการเข้าถึงได้ง่าย มีส่วนช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดให้ดีขึ้น ควรสนับสนุนให้ผู้ต้องขังป่วยมีวัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัดเพียงพอ มีการเข้าถึงบริการและการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลที่ดี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริม การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด อัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขัง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด

ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับ สุวรรณ (2544) กล่าวว่าไว้ว่าปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ เพลินดา (2546) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้นำมาวิเคราะห์ ทำให้ทราบว่า มีผลต่อพฤติกรรมในทางให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และรัศมี (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตูลาซินี(2549)พบว่า การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ หากผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด หรือจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดจากแหล่งต่างๆ ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองหลังการผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจาก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันพยากรณ์ พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ดีกว่าการพยากรณ์โดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

ผลการวิจัย พบว่า สอดคล้องกับ สุวรรณ (2544) ที่พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่พบมี 4 ตัว ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังตัดมดลูกและรังไข่ และจำนวนบุตร ร้อยละ 43.3 และตูลาซินี (2549) ที่พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองมี 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของผู้ป่วยการศึกษาของสามีผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ร้อยละ 64.00 ตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 49.10

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 32.9 ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎี PRECEDE Model (ชนวรรณ, 2546) ที่ชี้ว่า ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ การรับรู้ เจตคติ ที่ทำ ค่านิยม ปัจจัยเอื้อ ซึ่งได้แก่ การหาได้ง่าย การเข้าถึงได้ การยอมรับ ทักษะ และการส่งต่อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ เจตคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน ครอบครัว นายจ้าง แรงกระตุ้นจากบุคคลใกล้ชิด กฎหมายและข้อบังคับทางสังคม และได้รับข้อมูลข่าวสาร (ชนวรรณ, 2547) มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีดังกล่าว พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย ภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย ภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ปัจจัยเอื้อ คือ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด จาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขังกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์
3. เพื่อทราบความสามารถพยากรณ์ ของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ปัจจัยเอื้อ คือ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลและปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขัง และญาติผู้ต้องขังกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทันทศสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2552 - เดือนธันวาคม 2552 จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและพัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทางชีวสังคม ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ตอนที่ 2 เป็นการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และ ตอนที่ 3 เป็นความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริมและส่วนที่ 5 เป็นข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดทันทศสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้มีเนื้อหาและโครงสร้างครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน และทดลองใช้กับประชากรที่มีความใกล้เคียงกัน ในทันทศสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำนวน 60 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ในส่วนของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนการหาความสัมพันธ์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดวิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson -Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์หาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้วิธี Stepwise method

### ผลการวิจัยที่สำคัญ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทันทศสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีดังนี้

1. ปัจจัยนำ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัดและ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด แต่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทันทศสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

2. ปัจจัยเอื้อ คือ วัสดุที่ใช้ในการทำแผลผ่าตัด การเข้าถึงการบริการและการจัดสถานที่ และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วย ภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขังและญาติผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาล-ราชทัณฑ์

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผลมีความสามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ได้ร้อยละ 32.9

### ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติดังนี้

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องทำแผล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด ได้ร้อยละ 32.9 ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด ดังนั้น การที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดที่

พึงประสงค์หรือถูกต้อง ควรนำปัจจัยดังกล่าว มาวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์แผนการดำเนินงาน สุขศึกษาให้ครอบคลุมชัดเจน

2. ควรจัดให้มีการประชุม ฝึกอบรม หรือสัมมนา เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พร้อมทั้งควร กระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้คำแนะนำแก่ผู้ต้องขังป่วย ภายหลังการผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัด

### ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติการ

1. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแล แผลผ่าตัด ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแล แผลผ่าตัด จึงควรมีการจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษา โดยทำมาตรฐานกระบวนการให้สุขศึกษา แก่ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดไว้เป็นแนวทาง ครอบคลุมเนื้อหาทุกๆด้าน โดยคำนึงถึง ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ต้องขังป่วยแต่ละคน เพื่อได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติอย่างมีทักษะ ที่ถูกต้องรวมทั้งมีการติดตามประเมินผลความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดอย่าง ต่อเนื่อง

2. ผลการวิจัยพบว่า การได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดจาก เจ้าหน้าที่ ทางการแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ควบคุมผู้ต้องขัง เพื่อนผู้ต้องขังและญาติผู้ต้องขัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทักษสถาน- โรงพยาบาลราชทัณฑ์จึงควรจัดตั้งชมรมกลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการ ผ่าตัด ได้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองร่วมกัน ทั้งในด้านการปฏิบัติ ตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดเกิดการช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เกิดพลังทางใจ จนก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงความคิดนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดในระดับดีซึ่งมีการดูแลแผลผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเสริมทักษะการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด โดยการจัดให้สุขศึกษารายบุคคลทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อสามารถประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดได้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะทางอารมณ์ของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการขยายผลในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดและสามารถนำมากำหนดแนวทาง การพัฒนาพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด หรือศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในโรคอื่นๆ ที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ในการสร้างตัวแปรที่ครอบคลุม เพื่อจะได้นำผลมาพัฒนาและสร้างเสริมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงทดลอง เช่น การจัด โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ที่ให้เพื่อนผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังได้มีส่วนร่วมในดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจะสามารถช่วยก่อให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกัน เกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง วิธีเหล่านี้จะช่วยควบคุมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนรวมไปถึงลดความพิการได้

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กฤษดา แสงวดี. 2542. **มาตรฐานการพยาบาลบริการผู้ป่วยผ่าตัด**. บริษัท สามเจริญพานิชย์ จำกัด, กรุงเทพฯ.

กัญญา ออประเสริฐ. 2541. **กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด**.  
วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2 (3): 1-5

จินตนา ยูนิพันธ์. 2542. **บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดเชิงรุก**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ  
ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระบารมี  
50 ปี ซอยศูนย์การวิจัย, กรุงเทพฯ.

เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541. **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
ห้างหุ้นส่วนจำกัดบุคคลสหประชาพานิชย์, กรุงเทพฯ.

ชนิดา ฤกษ์รัฐติกาล. 2540. **วิวัฒนาการบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา**.  
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2  
ณ ห้องประชุมโรงแรมตะวันนารามาตา, กรุงเทพฯ.

ชุกดา จิตพิทักษ์. 2525. **พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น**. สารมวลชน, กรุงเทพฯ.

ตุลาชณี ธรรมสมบุรณ์. 2549. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลัง  
ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท,  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์. 2552. **ข้อปฏิบัติส่วนปกครองและทัณฑปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง)  
พุทธศักราช 2552**.

ธนวรรณ อิมสมบุรณ์. 2528. **การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน: กระบวนการวิเคราะห์  
อย่างเป็นระบบสุขศึกษา**. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. 2546. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.  
หนังสือเรียนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 3. นนทบุรี
- \_\_\_\_\_. 2547. เอกสารประกอบการศึกษารายวิชาพฤติกรรมศาสตร์ในทางสุขภาพ. ภาควิชา  
พลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (อัคราเนนา).
- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2534. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด.  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรมล สันทวิจิตรกุล. 2549. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
หลังผ่าตัดสายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประคอง กรรณสูตร. 2539. สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.  
พีระพัฒนา, กรุงเทพฯ.
- ประวิช ชวขลาชัย. 2548. การบริหารจัดการและการบริการของทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์  
ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารราชทัณฑ์. 53 (1): 37-38.
- พรสวรรค์ โรจนกิตติ. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม  
กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์  
กรุงเทพมหานครและชิริพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ภัทรกร สัตตวรางค์. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านองค์และค่านิยมวิชาชีพกับการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสพร ขำวิชา. 2534. ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนา สุขสุนิตย์. 2549. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัศมี สิทธิพันธ์. 2548. ความเชื่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เรณู พิพัฒนาภรณ์. 2531. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. เมดิคัลมีเดีย, กรุงเทพฯ.
- เรณู อาจสาลี. 2535. พยาบาลห้องผ่าตัด กรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_. 2540. พยาบาลห้องผ่าตัด: บทบาทและหน้าที่. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 15 (4): 22.
- \_\_\_\_\_. 2550. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. เอ็นพี เอส, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_, พิกุลทิพย์ หงส์เหิร และ กัญญา ออประเสริฐ. 2532. รายงานวิจัยเรื่องผลการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้.

ข่าวสารการวิจัยศึกษา. 8-11.

วิสัย พุกขวัน. 2538. แนวทางปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วยตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์.

พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท., กรุงเทพฯ.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2549. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 16

โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ศิริพร พุทธรังสี. 2542. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุม อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย, กรุงเทพฯ.

สถิติตรายงานประจำเดือน. 2552. ผู้ต้องขังป่วยที่มารับการผ่าตัด. งานห้องผ่าตัด ทัศนสถาน

โรงพยาบาลราชทัณฑ์ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, กรุงเทพฯ.

สมบูรณ์ ประสบเนตร. 2541. คู่มือเจ้าพนักงานเรือนจำในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง. โรงพิมพ์

ราชทัณฑ์, กรุงเทพฯ.

สมหวัง ค่านชัยจิตร. 2539. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สุวรรณ ชีรนาธร. 2544. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูก

และรังไข่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรอนงค์ พุ่มอาภรณ์. 2531. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. เมดิคัลมีเดีย, กรุงเทพฯ.

\_\_\_\_\_. 2543. มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรม

พยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5. ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ.

อุดม สุภาไตร. 2529. **ประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล**. รุ่งศิลป์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

อุบล นิวัติชัย. 2531. **พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล**. เอกสารการสอนชุด  
วิชาการกรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาและทารกและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10-15.  
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

Atkison, L.J. 1992. **Bery & Kohn s operating room technique**. 7<sup>th</sup> ed. Mosby Year  
Book, St.Louis.

Bloom, B.S. 1968. Learning of Mastery. Evaluation Comment, Center for the study of  
Evaluation of Instruction Program. **University of California at Los Angeles**.  
No. 2: 47-62.

Bradley . J.C and M.A. Edinberg. 1986. **Communicating in the nursing context**.  
(2 nd ed). Appleton – Century – Crafts, Norwalk.

Bureckhardt, C.S. 1987. Coping strategies of the chronic III. **Nursing Clinic of North  
American** 22 (11): 543 – 550.

Cruse PJE, F. R. 1980. The epidemiology of wound infection: A 10-year prospective study  
of 62,939 wounds. **Surg Clin North Am.** 60: 27-40.

Culver, D.H., T.C. Horan and R.P. Gaynes. 1991. Surgical wound infection rates by wound class  
operative procedure, and patient risk index. **Am J Med.** 91 (supp 3B): 152-157.

Fairechild, S.S. 1993. **Perioperative nursing: Priciple and practice**. Jones and Bartlett, Boston.

Gordon, S.M., J.M. Serkey, C. Barr, D. Cosgrove and W. Potts. 1997. The relationship between glycosylated hemoglobin (HgA1C) levels and postoperative infections undergoing primary coronary artery bypass surgery (CABG). **Infect Control Hosp Epidemiol.** 18: 29-58.

Green, L.W. 1980. **Health Education.** Mayfield Publishing Company, California.

Horan, T.C., D.H. Culver, R.P. Gaynes. 1993. Nosocomial infections in surgical patients in the United States, January 1986-June 1992. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 14: 73-80.

Lilienfeld, D.E., D. Vlahov and J.H. Tenney. 1988. Obesity and diabetes as risk factors for postoperative wound infections after cardiac surgery. **Am J Infect Control.** 16: 3-6.

Mangram, A.J., T.C. Horan and M.L. Pearson. 1999. **CDC guideline for prevention of surgical site infection Am J Infect Control 1999.** 27: 97-134.

Nagachinta, T., M. Stephens, Reitz B., Polk B.F. 1987. Risk factors for surgicalwound infection following cardiac surgery. **J Infect Dis.** 156: 967-73.





### รายนามผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์จอน เลอวิทซ์วังก์  
นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กรมราชทัณฑ์  
กระทรวงยุติธรรม
2. นายแพทย์ กิตติบูลย์ เตชะพรอนันต์  
นายแพทย์ ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์  
กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
3. นาง พิมพรรณ รัตนวิเชียร  
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์  
กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
4. นางรัชณี หาญสมสกุล  
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์  
กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม



ภาคผนวก ข  
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์

### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัดที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริง อย่างครบถ้วนทุกข้อ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ตอน	
ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด	จำนวน 19 ข้อ
ตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด	จำนวน 16 ข้อ
ตอนที่ 3 ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัด	จำนวน 9 ข้อ

ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและประโยชน์อย่างยิ่งต่อที่สถานพยาบาลราชทัณฑ์ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาร่วมกับหน่วยงานในทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ในทัณฑสถาน-โรงพยาบาลราชทัณฑ์ทุกคน มีพฤติกรรมในการดูแลแผลผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม ได้อย่างครบถ้วน

นางสาว ดุสดี มณีรัตน์  
ผู้วิจัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ถูกตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่าน อายุ .....ปี (ปีเต็ม)
2. เพศ
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. ท่านจบการศึกษา ชั้นสูงสุดระดับใด
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....
4. ชนิดของการผ่าตัดในครั้งนี้เกี่ยวกับระบบใดของร่างกาย
 

<input type="checkbox"/> การผ่าตัดหู คอ จมูก	<input type="checkbox"/> การผ่าตัดกระดูกและข้อ
<input type="checkbox"/> การผ่าตัดตา	<input type="checkbox"/> การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> การผ่าตัด สูดิ - นรีเวช	<input type="checkbox"/> การผ่าตัดทั่วไป
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....	
5. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนการผ่าตัดครั้งนี้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง
---------------------------------	--

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ

### ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหลังข้อความที่ตรงความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

ลำดับ ที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	การระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นการป้องกันที่ดีกว่าการได้รับยาฆ่าเชื้อ.....	.....	.....	.....
2	การลุกเดินและการบริหารร่างกายบนเตียงมีประโยชน์ต่อระบบการไหลเวียนส่งผลให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น.....	.....	.....	.....
3	การมีแผลผ่าตัดบริเวณเท้าควรงดการลงน้ำหนักตรงตำแหน่งของแผลผ่าตัดเพราะเสี่ยงต่อการปวด บวม และมีเลือดซึม...	.....	.....	.....
4	การพบตุ่มแดง คัน รอบแผลผ่าตัด อาจจะเป็นการแพ้ยาฆ่าเชื้อหรือพลาสติกปิดแผล.....	.....	.....	.....
5	แผลผ่าตัดที่ใส่อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมต้องติดตามแผลหลังผ่าตัด 1 ปี.....	.....	.....	.....
6	ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่บาดแผลผ่าตัด คือ เชื้อโรคตัวผู้ป่วย และชนิดแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....
7	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของแผลผ่าตัดอย่างชัดเจนได้แก่ อายุ โรคอ้วน การอยู่โรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดนาน และการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย.....	.....	.....	.....
8	ปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้แก่ การสูบบุหรี่และ การขาดสารอาหาร.....	.....	.....	.....
9	ปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และการใช้ยาที่กดภูมิคุ้มกัน....	.....	.....	.....
10	การที่แผลผ่าตัดถูกน้ำ หรือเปียกชื้นทำให้แผลผ่าตัดติดเชื้อได้.....	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
11	การติดเชื้อของแผลผ่าตัดมีสาเหตุมาจากการไม่ดูแลความ สะอาดร่างกายส่วนบุคคล.....	.....	.....	.....
12	อาการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน และมีไข้ เป็นอาการ ผิดปกติหลังการผ่าตัด.....	.....	.....	.....
13	ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ควรงดสูบบุหรี่อย่างน้อย 30 วันก่อนการ ผ่าตัด.....	.....	.....	.....
14	ผู้ป่วยควรอาบน้ำและสระผมให้สะอาดก่อนการผ่าตัด.....	.....	.....	.....
15	แผลสะอาดให้เปิดแผลน้อยครั้งที่สุด.....	.....	.....	.....
16	แผลสกปรกควรเปิดแผลทำความสะอาดบ่อยๆ.....	.....	.....	.....
17	ผู้ทำแผลต้องล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการทำแผล ทุกครั้ง.....	.....	.....	.....
18	การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และเพียงพอช่วย เสริมสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....
19	เมื่อเกิดอาการคัน หรือแพ้พลาสติก ไม่ควรเกาเพราะจะทำ ให้ผิวหนังรอบแผลขูดลอก เกิดการอักเสบติดเชื้อได้.....	.....	.....	.....

## ตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลแผลผ่าตัดและโทษของการไม่ดูแลแผลผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ขณะพักฟื้นร่างกายหลังผ่าตัด ทำให้ร่างกาย คืนเข้าสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น.....	.....	.....	.....	.....
2	การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ภายหลัง การผ่าตัด เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่างๆ จะช่วย สร้างเส้นใยคอลลาเจนและลดการติดเชื้อ.....	.....	.....	.....	.....
3	การออกกำลังกายส่งผลให้การไหลเวียนเลือด ไปเลี้ยงแผลมากขึ้น.....	.....	.....	.....	.....
4	ท่านรับรู้ว่าการรับประทานยาแก้แสบตามที่ แพทย์กำหนดจะช่วยให้แผลผ่าตัดหายเร็ว.....	.....	.....	.....	.....
5	ท่านรู้ว่าการระวังไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำจะ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	.....	.....	.....	.....
6	ท่านได้รับรู้ว่าการมารับบริการตรวจรักษา ตามที่แพทย์นัดทุกครั้งช่วยลดการติดเชื้อของ แผล.....	.....	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7	เจ้าหน้าที่ฝ่ายควบคุมผู้ต้องขังในแดนอนุญาต ให้มาพบแพทย์ได้เมื่อแผลผ่าตัดมีปวด บวม แดง.....	.....	.....	.....	.....
8	ควรสังเกตอาการผิดปกติของแผลภายหลัง การผ่าตัดจนกว่าจะตัดไหมจะช่วยให้ไม่เสี่ยง ต่อการติดเชื้อของแผล.....	.....	.....	.....	.....
9	ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถช่วยในการ เพิ่มความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดของท่านได้ .....	.....	.....	.....	.....
10	ควรหยุดกายบริหารหรือกิจกรรมที่กระทำเมื่อ รู้สึกเจ็บบริเวณแผลผ่าตัดเพราะจะทำให้แผล มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อได้.....	.....	.....	.....	.....
11	การสูบบุหรี่มีผลทำให้การหายของแผลผ่าตัด ช้าเพราะสารอาหารไปเลี้ยงที่แผลมีปริมาณ น้อยลง.....	.....	.....	.....	.....
12	การเกิดความเครียดหลังการผ่าตัดส่งผลให้ การหายของแผลผ่าตัดช้าลง.....	.....	.....	.....	.....
13	การเปิดทำแผลผ่าตัดบ่อยๆเกินไปทำให้แผล ผ่าตัดติดเชื้อได้.....	.....	.....	.....	.....
14	การไม่สนใจทำแผลผ่าตัดเลยทำให้แผลติด เชื้อได้.....	.....	.....	.....	.....
15	ถ้าท่านทราบอาการผิดปกติได้เร็วทำให้รักษา ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทันทั่วทั้งที่.....	.....	.....	.....	.....
16	การทำแผลด้วยตนเองหรือให้เพื่อนผู้ต้องขัง ทำแผลให้โดยไม่ทราบเทคนิคที่ถูกต้องทำให้ แผลผ่าตัดติดเชื้อได้.....	.....	.....	.....	.....

### ตอนที่ 3 ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการดูแลแผลผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การสนใจดูแลตนเองทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจหลังการผ่าตัดเพราะมีความเชื่อว่าทำให้สุขภาพร่างกายมีความแข็งแรงเร็วขึ้น.....	.....	.....	.....	.....
2	การปฏิบัติตัวและการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องหลังผ่าตัดทำให้การหายของแผลเร็วขึ้น...	.....	.....	.....	.....
3	การดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัดทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ.....	.....	.....	.....	.....
4	หลังการผ่าตัดท่านมีความยินดีที่จะไปตรวจตามแพทย์นัด.....	.....	.....	.....	.....
5	หลังการผ่าตัดท่านรู้สึกว่าร่ากายแข็งแรงดีทำงานได้ตามปกติเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล.....	.....	.....	.....	.....
6	การใช้น้ำมันจากวัดชื่อดังทาบริเวณรอบๆแผลผ่าตัดทำให้ไม่ปวดแผล.....	.....	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7	การเป่าน้ำมนต์ สวดคาถา พ่นน้ำหมากช่วยให้ แผลผ่าตัดของท่านหายเร็วขึ้น.....	.....	.....	.....	.....
8	การกินไข่หลังการผ่าตัดทำให้มีแผลเป็นนูน เกิดขึ้นได้.....	.....	.....	.....	.....
9	การกินกุ้งทำให้แผลผ่าตัดเป็นหนอง.....	.....	.....	.....	.....
10	การกินผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวทำให้แผลผ่าตัดมีสีดำ เกิดขึ้น.....	.....	.....	.....	.....
11	ท่านเชื่อว่าการดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ช่วยให้ ลดอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดได้.....	.....	.....	.....	.....
12	การใช้ยาฆ่าเชื้อจากในแคปซูล ropy แผลผ่าตัด แทนการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อได้.....	.....	.....	.....	.....
13	การได้ลุกเดินหลังการผ่าตัดช่วยให้เลือด ไหลเวียนดีส่งผลให้แผลหายเร็วขึ้น.....	.....	.....	.....	.....

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ของทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มีมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับตามข้อความมากที่สุด  
 มีมาก หมายถึง ท่านได้รับตามข้อความมาก  
 มีน้อย หมายถึง ท่านได้รับตามข้อความน้อย  
 ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับตามข้อความนั้น ๆ เลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	มีมากที่สุด	มีมาก	มีน้อย	ไม่มีเลย
1	วัสดุที่ใช้ทำแผลผ่าตัด มีความเพียงพอต่อการทำแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
2	ชุดทำแผล และอุปกรณ์ทำแผลมีการจัดเก็บอย่างสะอาดในที่เหมาะสม.....	.....	.....	.....	.....
3	ท่านได้รับการทำแผลผ่าตัดด้วยเครื่องมือที่สะอาดและปราศจากเชื้อ.....	.....	.....	.....	.....
4	ท่านได้รับการบริการทำแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์..	.....	.....	.....	.....
5	บริเวณพื้นหรือเตียงทำแผลภายในห้องทำแผลสะอาด ไม่มีคราบเลือด .....	.....	.....	.....	.....
6	การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมทำให้ได้รับความสะดวกรวดเร็วในการทำแผล.....	.....	.....	.....	.....
7	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลระหว่างการให้บริการทำแผลผ่าตัด....	.....	.....	.....	.....
8	ทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์มีการจัดสถานที่ในห้องทำแผล ได้ในพื้นที่ ที่เหมาะสม.....	.....	.....	.....	.....

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม ของทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สำหรับท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับตามข้อความมากที่สุด  
 ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับตามข้อความมาก  
 ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับตามข้อความน้อย  
 ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับตามข้อความนั้น ๆ เลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ เลย
1	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล .....	.....	.....	.....	.....
2	ท่านได้รับใบนัดเพื่อได้มาพบแพทย์ให้ดูแผลผ่าตัดก่อนกลับในแดนหรือย้ายกลับเรือนจำ.....	.....	.....	.....	.....
3	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่างๆรวมทั้งโรคที่ต้องทำการผ่าตัดจากเพื่อนผู้ต้องขัง...	.....	.....	.....	.....
4	เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลได้อธิบายและพูดคุยเพื่อคลายความวิตกกังวลหลังการผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
5	เพื่อนผู้ต้องขังช่วยท่านในการตรวจสอบวันเวลาในการมารับการตรวจตามนัดของแพทย์....	.....	.....	.....	.....
6	เพื่อนผู้ต้องขังช่วยเตือนเรื่องการรับประทานยาแก้ปวด แก้อักเสบในกรณีที่ย้ายกลับแดนหรือกลับเรือนจำ.....	.....	.....	.....	.....
7	เมื่อญาติเข้ามาเยี่ยมหลังการผ่าตัดทำให้ท่านมีกำลังใจในการมีชีวิตต่อสู้กับโรคและความเจ็บปวดมากขึ้น.....	.....	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	ได้รับมาก ที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ เลย
8	เพื่อนผู้ต้องขังให้การช่วยเหลือท่านในยามที่ ท่านเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองไม่สะดวก หลังได้รับการผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
9	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคต่างๆ รวมทั้งโรคที่ต้องทำการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ ควบคุมผู้ต้องขัง.....	.....	.....	.....	.....
10	เมื่อท่านมีปัญหาจากแผลผ่าตัดสามารถขอ คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังได้.....	.....	.....	.....	.....

### ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความสม่ำเสมอทุกวันหรือตรงตามเวลาที่กำหนดทุกครั้งที่มีอาการหรือเหตุการณ์นั้น
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยๆแต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นไม่สม่ำเสมอหรือนานๆครั้ง
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆเลย

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1	ท่านสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด เช่น มีผื่นแดงรอบๆ แผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
2	ท่านเช็ดตัวหรืออาบน้ำโดยพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ.....	.....	.....	.....	.....
3	ท่านออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับโรคและลักษณะของแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
4	ท่านระมัดระวังไม่สัมผัส แคะ แกะหรือเกาเมื่อมีอาการคันแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
5	ท่านระมัดระวังดูแลไม่ให้แผลผ่าตัดได้รับแรงกระแทกและการลงน้ำหนักลงบนแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
6	ท่านขออนุญาตเจ้าหน้าที่ที่ควบคุมผู้ต้องขัง มาทำแผลที่ ทัณฑสถานโรงพยาบาล ราชทัณฑ์เมื่อพบว่าแผลผ่าตัดมีลักษณะ เปื่อยกขึ้น.....	.....	.....	.....	.....
7	ท่านได้ขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทาง การแพทย์และพยาบาลเมื่อท่านพบอาการ ผิดปกติกับแผลผ่าตัด.....	.....	.....	.....	.....
8	เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด ท่านได้หางานอดิเรก ทำ เช่น รดน้ำต้นไม้ อ่านหนังสือหรือ ทำงานอดิเรกอื่นๆเป็นประจำ.....	.....	.....	.....	.....
9	ท่านมีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรึกษาได้ ตลอดเวลาที่เกิดความเครียดหลังการผ่าตัด..	.....	.....	.....	.....



ภาคผนวก ค  
รายละเอียดพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดรายชื่อของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด  
ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ตารางผนวกที่ ค1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดราย  
ชื่อของผู้ต้องขังป่วยภายหลังการผ่าตัด ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ระดับพฤติกรรม		กลุ่มตัวอย่าง	
		จำนวน	ร้อยละ
ข้อที่ 1			
ไม่ปฏิบัติเลย		1	.5
ปฏิบัติบางครั้ง		19	9.5
ปฏิบัติสม่ำเสมอ		91	45.5
ปฏิบัติเป็นประจำ		89	44.5
$\bar{X} = 3.34$	S.D. = .67	Max=4	Min=1
ข้อที่ 2			
ไม่ปฏิบัติเลย		1	.5
ปฏิบัติบางครั้ง		12	6.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ		72	36.0
ปฏิบัติเป็นประจำ		115	57.5
$\bar{X} = 3.51$	S.D. = .63	Max=4	Min=1
ข้อที่ 3			
ไม่ปฏิบัติเลย		4	2.0
ปฏิบัติบางครั้ง		23	11.5
ปฏิบัติสม่ำเสมอ		100	50.0
ปฏิบัติเป็นประจำ		73	36.5
$\bar{X} = 3.21$	S.D. = .72	Max=4	Min=1

## ตารางผนวกที่ ค1 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ข้อที่ 4		
ไม่ปฏิบัติเลย	2	1.0
ปฏิบัติบางครั้ง	25	12.5
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	90	45.0
ปฏิบัติเป็นประจำ	83	41.5
$\bar{X} = 3.27$ S.D. = .71   Max=4   Min=1		
ข้อที่ 5		
ไม่ปฏิบัติเลย	1	.5
ปฏิบัติบางครั้ง	12	6.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	76	38.0
ปฏิบัติเป็นประจำ	111	55.5
$\bar{X} = 3.49$ S.D. = .63   Max=4   Min=1		
ข้อที่ 6		
ไม่ปฏิบัติเลย	8	4.0
ปฏิบัติบางครั้ง	36	18.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	81	40.5
ปฏิบัติเป็นประจำ	75	37.5
$\bar{X} = 3.12$ S.D. = .84   Max=4   Min=1		

## ตารางผนวกที่ ค1 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ข้อที่ 7		
ไม่ปฏิบัติเลย	3	1.5
ปฏิบัติบางครั้ง	29	14.5
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	91	45.5
ปฏิบัติเป็นประจำ	77	38.5
$\bar{X} = 3.21$ S.D. = .74 Max=4 Min=1		
ข้อที่ 8		
ไม่ปฏิบัติเลย	2	1.0
ปฏิบัติบางครั้ง	66	33.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	60	30.0
ปฏิบัติเป็นประจำ	72	36.0
$\bar{X} = 3.01$ S.D. = .86 Max=4 Min=1		
ข้อที่ 9		
ไม่ปฏิบัติเลย	3	1.5
ปฏิบัติบางครั้ง	68	34.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	77	38.5
ปฏิบัติเป็นประจำ	52	26.0
$\bar{X} = 2.89$ S.D. = .81 Max=4 Min=1		

## ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ	นางสาวดุสิต มณีรัตน์
เกิดวันที่	5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บำราศนคราดูร ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานห้องผ่าตัด ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
ผลงานดีเด่นและรางวัลทางวิชาการ	-
ทุนการศึกษาที่ได้รับ	-