

ผลงานวิจัย

เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure
Ulcers Prevention in Medical patients Vajira Hospital

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานวิจัย

เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

**Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure
Ulcers Prevention in Medical patients Vajira Hospital**

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความสนับสนุนและความกรุณาของที่ปรึกษาหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ได้แก่ พว.มณฑิชา วิไลกิจ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B อาจารย์ นพัตถร พฤษยานันตกาล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และสัตยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ พว.อรรณณ กล้ายไม้ และ พว.ธมลวรรณ ยอดกลกิจ ที่ได้ให้คำปรึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถามและเนื้อหาวิชาการ พว.ณัฐพิมล วงศ์เชษฐา หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม ที่ให้กำลังใจทำให้ผู้วิจัยสามารถแก้ไขปรับปรุงวิจัยครั้งนี้ได้

ขอขอบพระคุณที่มบุคลากรพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ประจำหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ทั้งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยและที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยทุกท่านเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ให้ผู้วิจัยมีโอกาสเรียนรู้ และพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผลกตทัพบให้ดียิ่งขึ้น

คู่ขวัญ มาลีวงษ์

กันยายน 2563

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยดัดแปลงแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 ราย

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่เกิดแผลกดทับ จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ การป้องกันแผลกดทับ/ อายุรกรรม

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure Injury Prevention Among Medical Patients. Vajira Hospital

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the nursing practice guideline for the prevention of pressure ulcers for internal patients admitted to Vajira Hospital. Divided into 3 phases: Phase 1, Development of Nursing Practice Evidence of empirical evidence was collected for the reliability and feasibility. Phase II, Quality assessment and draft nursing practice guideline. Phase III, were applied to a sample of 34 nursing practice guidelines.

The results of the research were as follows: The developed nursing practice consists of 6 categories: 1) risk assessment 2) pressure prevention. Friction and shear 3) Nutritional care 4) Skin care 5) Educating staff and caregivers and 6) Environmental management. Clinical evaluation found that 100% of patients did not develop Pressure ulcers. The results of this study show that the developed nursing practice is suitable for the prevention of Bedsores in patients with internal medicine. Who were admitted to Vajira Hospital and should be continually developed to enhance the quality of sustainable patient care.

Keyword: clinical nursing practice guideline/ pressure injury prevention/ medicine

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
นิยามศัพท์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แผลกกดทับ	5
ความหมาย	5
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	6
พยาธิสภาพ	13
ความรุนแรงของแผลกกดทับ	14
การป้องกันการเกิดแผลกกดทับ	15
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีแผลกกดทับ	17
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล	18
แนวคิดการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์	70
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	78
อภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	88
ภาคผนวก ข แนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม	94
ภาคผนวก ค เครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติ	99
ทางการพยาบาล	
ภาคผนวก ง เครื่องมือประเมินผลเชิงผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการ	107
พยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม	
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการวิจัย	112
ประวัติผู้วิจัย	105

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล	71
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	72
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	73
ตารางที่ 4.4	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอาชุลยกรรมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอาชุลยกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล	74
ตารางที่ 4.5	ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอาชุลยกรรม	75

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1	42
กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ เนื่องจากได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน รวมทั้งมีแรงเฉือน แรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ การตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจน และเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมลดลง และผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 3 - 4 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย (Schoonhoven, Defloor, Tweel, Buskens & Grypdonck, 2002) แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้อยู่เสมอ (Jaul, 2010) และถูกจัดลำดับเป็น 1 ใน 5 ของภัยคุกคามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก (Elliot, McKinly, & Fox, 2008) ในประเทศไทยพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณร้อยละ 5 – 10 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุดตาน วงศ์ศิริรัตนชัย, 2556) เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงในหลายด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยถูกจำกัดการมีกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ และ 3) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และความผาสุกทางด้านจิตใจอีกทั้งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผล และอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ แผลกดทับถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล ซึ่งความล้มเหลวในการป้องกันแผลกดทับนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้ แผลกดทับยังได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตัวหนึ่งของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพ การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากการเกิด แผลกดทับเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และหากเกิดขึ้นในระยะแรกที่ยังไม่มีการทำลายถึงชั้นหนังแท้การป้องกันจะได้ประสิทธิผลดี การดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญจากผลกระทบดังกล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยจึงควรต้องได้รับการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เนื่องจากการป้องกันเป็นวิธีที่ดีกว่าการรักษาจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกด

ทับเป็นจำนวน 36 47 และ 64 ครั้งต่อพันวันนอน ในปีพ.ศ. 2560 2561 และ 2562 ตามลำดับ และจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับโดยส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุรกรรม (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2563)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับกันอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยขณะนั้นและบริบทของหน่วยงานในแต่ละที่ เช่น ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ ความเพียงพอของทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน เป็นต้น โรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้มีการจัดทำวิธีปฏิบัติงานเรื่องการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับขึ้น โดยมีหัวข้อวิธีการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การประเมิน 2) การป้องกัน 3) การประเมินแผลและการทำแผล 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลแผลกดทับ และ 6) การดูแลผิวหนังผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเพียงวิธีปฏิบัติงาน ไม่ใช่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันแผลกดทับ และช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการนำความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้ได้มาตรฐาน ในการแก้ไขปัญหาด้านการปฏิบัติและดูแลผู้ป่วยต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้ในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน นอกจากนี้ด้านนโยบายขององค์กรยังมีความต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อก่อให้เกิดปลอดภัย ความคุ้มค่าคุ้มทุน และได้มาตรฐานเป็นการพัฒนา

คุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยมีมุ่งหวังผลลัพธ์คือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า (Advanced Healthcare Accreditation : AHA) เป็นที่ยอมรับในสากลว่ามีการให้บริการที่มีคุณภาพ มีการพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความรู้ประสบการณ์จากการทำงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย บริบท และทรัพยากรในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ

ดังนั้นในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วย และเป็นคณะกรรมการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จึงมีความสนใจในการพัฒนาและประเมินผล

แนวปฏิบัติทางการแพทย์ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NGMRC], 1998) นำองค์ความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วย มาเป็นแนวทางการพัฒนาแนวการปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 34 คน ในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

แผลกดทับ หมายถึง การถูกทำลายหน้าที่ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดแผลซึ่งเป็นผลจากความรุนแรงของแรงกด หรือระยะเวลาของการถูกกดทับ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ 2 ประเภท

ได้แก่ แผลกดทับระดับ 1 แผลกดทับระดับ 2 แผลกดทับระดับ 3 แผลกดทับระดับ 4 ประเภท ได้แก่ แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ และระดับที่คาดว่าจะมีการทำลายเนื้อเยื่อส่วนลึก

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง กระบวนการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยง บทบาทพยาบาลในการป้องกัน และดูแลแผลกดทับ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้แก่

1. ความสามารถของพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B หมายถึง พยาบาลมีทักษะในการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ความคิดเห็นของพยาบาลเพชรรัตน์ 12B หมายถึง ความรู้สึนึกคิดต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และข้อเสนอแนะของพยาบาล
3. การเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B และได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และเกิดแผลกดทับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่เกิดแผลกดทับ
2. สามารถนำแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใ้กับผู้ป่วยสาขาอื่น ๆ
3. ลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหนังสือวารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการศึกษา และเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แผลกดทับ

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
- 1.3 พยาธิสภาพ
- 1.4 ความรุนแรงของแผลกดทับ
- 1.5 การวินิจฉัย
- 1.6 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

2. แนวคิดการปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
- 2.3 กระบวนการพัฒนาการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

แผลกดทับ

ความหมาย

แผลกดทับ หมายถึง เนื้อเยื่อที่ได้รับการบาดเจ็บจากแรงกด แรงเสียดสี หรือแรงเฉือนเป็นเวลานาน อย่างต่อเนื่อง ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณที่ถูกกดลดลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและอาหาร มีการซึมผ่านของน้ำออกนอกหลอดเลือด ไม่สามารถขับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญของ

เนื้อเยื่อได้ เนื้อเยื่อมีความเป็นกรด และเกิดการตายในที่สุด ซึ่งจะพบว่าผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดง และมีการแตกทำลายของผิวหนัง (รจนาภา เจริมธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย สามารถสรุปได้ดังนี้ (รจนาภา เจริมธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

1. ปัจจัยภายนอกในร่างกาย (Extrinsic Factor) หมายถึง ปัจจัยส่งเสริมภายนอกในร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้การเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย แรงกด แรงไถล/แรงเฉือน แรงเสียดสี ความเปียกชื้น การได้รับยาบางชนิด และใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษา ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1 แรงกด (Intensity of Pressure) เป็นแรงภายนอกที่มากระทำโดยตรงต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีผลต่อผิวหนังและการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ เมื่อมีแรงกดมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่องจะทำให้การทำลายของเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นในสุดที่ติดกับกระดูก ขยายออกมาถึงผิวหนังด้านนอกเป็นลักษณะกรวย (Cone Shape) ถ้าผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้ามีการเคลื่อนไหวทุก 2 ชั่วโมง แรงกดจะลดลงเหลือ 70 มิลลิเมตรปรอท (Defloor, Bacquerb & Grypdonch, 2005) ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองบนเตียง ในท่านอนจะมีแรงกดที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกถึง 100 มิลลิเมตรปรอท และในท่านั่งจะมีแรงกดมากกว่า 300 มิลลิเมตรปรอท

1.2 แรงไถล/แรงเฉือน (Shearing Force) เป็นแรงสองแรงที่กระทำต่อกันในทิศทางตรงกันข้ามและแนวขนาน เช่น การจัดท่านอนให้ศีรษะสูงกว่า 30 องศา หรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน เมื่อผู้ป่วยเลื่อนตัวลงไปที่ยาเตียง น้ำหนักตัวส่วนบนจะถูกส่งผ่านไปตามแนวกระดูกสันหลังถึงกระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกเบียดและถูกกดมากกว่าปกติ ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมาในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่จึงเกิดแรงขานสองแรงที่มากระทำในทิศทางตรงกันข้าม เซลล์ได้รับออกซิเจนลดลง เกิดการตายเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับในที่สุด

1.3 แรงเสียดสี (Friction) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวที่มีการสัมผัสกันเช่น การเลื่อนตัวผู้ป่วยโดยวิธีการดึงหรือลากทำให้ผิวหนังชั้นหนังกำพร้า (Epidermis) และส่วนบนของชั้นหนังแท้ ถลอกและเสียหาย เกิดเป็นแผลลักษณะคล้ายแผลถลอกได้ซึ่งแรงนี้มักทำให้เกิดแผลกดทับระดับที่ 2 แต่ไม่เป็นสาเหตุทำให้เกิดเนื้อตายหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นในลึก

1.4 ความเปียกชื้น (Moisture) ความเปียกชื้นและความแฉะของร่างกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับ เมื่อผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสเหงื่อ ปัสสาวะ

และอุจจาระ ผิวนั่งบริเวณนั้นจะเปื่อย เมื่อเปียกชื้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดแผลกดทับซึ่งสภาพผิวนั่งที่อ่อนแอมากขึ้นไป

1.5 การได้รับยาบางชนิด ยาบางชนิดมีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายของผู้ป่วยสูงอายุ ในห่ออุทกบาลผู้ป่วยหนัก เช่น ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้มีส่วนในการส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะในรายที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อย

1.6 การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสาขสวน การใส่กายอุปกรณ์ การดึงถ่วง การใส่ฝือก การพันผ้ายึด เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยลดลง หรือมีกีดจากอุปกรณ์ในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ ผู้ป่วยในห่ออุทกบาลผู้ป่วยหนักมักได้รับการดูแลรักษาที่ต้องใช้อุปกรณ์หลายชนิด เช่น สายยาง ท่อระบาย สายของอุปกรณ์ เช่น สายยางให้อาหาร สายสวน ปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งผิวนั่งอาจถูกทำลายได้จากการใช้วัสดุยึดติดสายยางท่อระบาย รวมทั้งการยึดติดผ้าปิดแผลกับผิวนั่งได้ พลาสเตอร์ติดแผล และผ้าปิดแผลแบบติดผิวนั่ง ซึ่งอาจทำให้เกิดผิวนั่งถูกทำลาย เช่น รอยแดงจากการแพ้ เกิดถุงพองน้ำหรือผิวนั่งฉีกขาดได้มักพบผิวนั่งลอกจากการดึงลอกพลาสเตอร์จากสายสวนปัสสาวะได้บ่อยในห่ออุทกบาลผู้ป่วยหนัก

2. ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic Factor) หมายถึง ปัจจัยส่งเสริมภายในร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ภาวะโภชนาการ ประสาทสัมผัสการรับรู้ภาวะโรคที่เป็นอยู่ ภาวะทางจิตของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ ความเครียด ภาวะไข้ น้ำหนักร่างกายมาก หรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะขาดน้ำ และการจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 การจำกัดการเคลื่อนไหว และไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม (Immobility and Inactivity) เป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่ง ร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อย จะทำให้แรงกดทับต่อเนื้อเยื่อบริเวณนั้นคงอยู่ และนำไปสู่ภาวะของการขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเลือดไม่สามารถไหลกลับได้ เป็นผลให้เกิดการคั่งบวมของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ออกซิเจนไม่สามารถถูกส่งไปยังเนื้อเยื่อ และผิวนั่งที่ถูกกด จากการเสียดสีของ อุลัย จำปาอะดี, โสรัจญา สุริยันต์, ทรงชัย วิริยะอำไพวงศ์, และอารยะ เสนาคูณ (2547) พบว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 31.81 ผู้ป่วยสูงอายุวิกฤตมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ส่งผลให้ความสามารถในการเปลี่ยนท่านอนบนเตียงลดลง ส่งผลให้มีแรงกดทับที่มาก (Intensity) และเป็นเวลานานกระทำต่อผิวนั่ง ผู้ป่วยสูงอายุหลายรายไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เนื่องจากระบบการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ หรือการได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปภายในร่างกายหรือเข้าเส้นเลือด และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ

การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอในส่วนหนึ่ง ส่วนใดของร่างกายที่ถูกกดทับอยู่เป็นเวลานาน และเกิดผิวหนังถูกทำลายเป็นแผลกดทับในที่สุด

2.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นผิวหนังจะบาง เพราะชั้นไขมันจะลดลงทำให้ผิวหนังดูหยาบขรุขระ เส้นเลือดเปราะร่วมกับชั้นไขมันบางตัวทำให้ไม่สามารถพุงเส้นเลือดไว้ เมื่อมีการจับคั่งจึงเกิดจ้ำเลือดขึ้นส่วนผลิตไขมันจะลดลงมากผิวหนังจะแห้งแตกเป็นขุย และคัน โดยเฉพาะในฤดูหนาว และพวกที่อาบน้ำอุ่นบ่อยครั้ง ผิวหนังลักษณะนี้จะฉีกขาดง่ายและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

2.3 ประสาทสัมผัสการรับรู้ คือ การมีความพร้อมในการรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหว ทำให้การตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ในผู้สูงอายุระบบประสาท เซลล์สมอง (Neurons) ลดลง ขนาดของสมองเล็กลง น้ำหนักน้อยลง การทำงานของสมองโดยเฉพาะเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง แหแลม ทุ จะด้วยลดลง ทำให้ผู้สูงอายุประสิทธิภาพด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งการอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การเคลื่อนที่ และการใช้สอย โดยภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความสูงอายุ ทำให้สภาพร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์เท่าเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าคนที่อายุน้อย

2.4 ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักสูญเสียฟันไปจนต้องใช้ฟันปลอม และมีโรคเหงือกร่วมด้วย การสูญเสียฟันทำให้มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีกหลายอย่าง ที่สำคัญที่สุดทำให้การรับประทานอาหารไม่สะดวก ไม่อาจบด คัด อาหารที่แข็งหรือเหนียว จึงมักกินผัก เนื้อสัตว์ไม่ได้ ต้องเลือกอาหารนิ่ม ๆ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแป้ง และน้ำตาลทำให้ขาดสารอาหารและน้ำหนักน้อย แต่ในบางรายอาจเกิดปัญหาน้ำหนักเกินได้ กลุ่มที่ได้อาหารไม่เพียงพอจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะบวมเป็นต้น ต่อมาบริบทในปากจะทำงานลดลง การรับรสจะค่อยลง รับประทานอาหารไม่อร่อย ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากจะเปลี่ยนมาชอบอาหารรสหวานเพราะรู้สึกอร่อยภาวะโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม ภาวะทุพโภชนาการ เช่น การเบื่ออาหาร ภาวะน้ำหนักลด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ อัลบูมินต่ำ ทำให้เซลล์บวมเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจน และของเสียมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์ และความคงทนง่ายต่อการเกิดแผล

2.5 ภาวะโรคที่เป็นอยู่ หรือภาวะโรคทางกายที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต และการส่งเลือดหรือออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย หรือในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง เช่น กระดูกสันหลังคด (Scoliosis) ทำให้ร่างกายด้านใดด้านหนึ่งรับน้ำหนักมากกว่าปกติ มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุจะมีโรคประจำตัวหลายโรค (Comorbidity/ Multi morbid) ทั้งที่ควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะระบบไหลเวียนไม่คงที่ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะของโรคหรืออาการต่าง ๆ ดังนี้ คือ ภาวะการล้มเหลวของการไหลเวียน

2.6 ภาวะไข้ ทำให้เนื้อเยื่อต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากเดิม โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจะมีปัญหาการไหลเวียนปกติไม่เพียงพออยู่แล้ว เมื่อผู้ป่วยมีไข้ ความต้องการออกซิเจนมีมากขึ้น ทำให้สูญเสียความสมบูรณ์และความแข็งแรงต่อการเกิดแผล และในภาวะที่มีไข้ เสื้อผ้าที่ขัดขวางการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เป็นสาเหตุส่งเสริมสำคัญของการเกิดแผลกดทับด้วย หรือเกิดการขัดขวาง หรือรบกวนการไหลเวียนของเลือด ภาวะบวม น้ำภาวะที่เลือดมีการไหลเวียนกลับได้ไม่สะดวก เช่น การอุดตันที่เกิดจากก้อนลิ่มเลือด หรือการที่ขาไม่ได้เคลื่อนไหวติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น ภาวะการถั่งของเลือดในหลอดเลือดบริเวณขาภาวะซ็อก หรือภาวะที่ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือเสียเลือดจำนวนมาก ทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนของร่างกายลดลง ทำให้เซลล์ภายในร่างกายขาดออกซิเจน เซลล์และเนื้อเยื่อจะเกิดความเสียหาย จากภาวะที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า แผลกดทับที่เกิดจากภาวะที่มีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ทำให้ไม่อาจนำสารอาหาร และก๊าซออกซิเจนไปสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้เพียงพอ ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปย่อมมีอิทธิพลต่อการเกิดแผลกดทับด้วย

2.7 ภาวะทางจิตของผู้ป่วย เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมลงขาดความสนใจในตนเอง ขาดการตอบสนอง หรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนอื่น

2.8 ภาวะเครียด เชื่อว่าความเครียดจะลดประสิทธิภาพของกลไกการปรับตัวจะทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) จากต่อมหมวกไตมากขึ้น โดยฮอร์โมนคอร์ติซอลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถของผิวหนังในการดูดซึมน้ำของผิวหนังที่ถูกกดลดลง

นอกจากนี้ฮอร์โมนคอร์ติซอลอาจมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญทางเคมีระหว่างหลอดเลือด และเซลล์อาจจะทำให้ผิวหนังอักเสบได้ง่าย และฟื้นตัวได้ช้า

2.9 ภาวะน้ำหนักร่างกายมาก หรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีผลต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากภาวะน้ำหนักเกิน เนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดีจากมีแรงกดมาก ส่วนภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อยทำให้แรงกดของเนื้อเยื่อกับปุ่มกระดูกมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะน้ำหนักลดลง เพราะมวลกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณสารน้ำในร่างกาย และมวลกระดูกรวมทั้งขนาดของตับลดลงกว่าเดิม ยกเว้นผู้ป่วยสูงอายุบางกลุ่มที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี เช่น พวกที่มีโรคเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว ถุงลมโป่งพอง อัมพาต อัมพฤกษ์ พาร์กินสัน ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มนี้จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ เพราะร่างกายเคลื่อนไหวน้อย

2.10 ภาวะความดันโลหิตต่ำ และภาวะขาดน้ำ ภาวะน้ำในร่างกายลดลง จะลดการไหลเวียนในกระแสเลือด โดยเฉพาะในหลอดเลือดฝอย ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด ส่วนภาวะความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง และเกิดภาวะขาดเลือดตามมา ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทั้งน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์ และในเซลล์ จากปริมาณน้ำในตัวที่เคยมีถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว จะลดน้อยกว่าเดิมร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัวทั้งหมด (Total Body Weight) ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความพร่องในระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดน้อยลง และภาวะขาดน้ำ (Dehydration) เป็นภาวะที่ร่างกายต้องสูญเสียน้ำหรือของเหลวออกจากร่างกายมากกว่าที่ร่างกายได้รับส่งผลให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่นและกระด้าง เยื่อต่างๆ แห้ง ผิวหนังอ่อนแอต่อการถูกทำลาย

แผลกดทับเป็นปัญหาของผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม และมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคทางอายุรกรรม และในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความเสื่อมของระบบต่างๆ และความพร่องของประสาทสัมผัสการรับรู้ในร่างกาย โดยเฉพาะผิวหนังที่หยาบ ขาน แห้ง แตก เป็นขุย เพราะชั้นไขมัน และการผลิตไขมันลดลง เส้นเลือดประปรายร่วมกับ ชั้นไขมันบางตัวทำให้ไม่สามารถพุงเส้นเลือดไว้ เมื่อมีการจับ ดึงรั้งจึงเกิดจ้ำเลือดขึ้น ทำให้อักเสบ และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากความเสื่อมถอยของร่างกายดังกล่าวมีปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด แรงไถล/แรงเฉือน แรงเสียดสี ความเปียกชื้น การได้รับยาบางชนิด และการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา และปัจจัยภายในผู้ป่วยได้ อายุภาวะโภชนาการ ประสาทสัมผัสการรับรู้ ภาวะโรคที่เป็นอยู่ ภาวะทางจิตของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ ความเครียด ภาวะใช้น้ำหนักร่างกายมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะขาดน้ำ และการจำกัดการเคลื่อนไหว ทั้งหมดนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย มีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไว้หลากหลายรูปแบบดังนี้

1. แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) แบบประเมินของบราเดน (Bergstrom, Barden, Laguzza & Holman, 1987) มีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (Sensory Perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Skin Moisture) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility) การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และแรงเสียดสี แรงไถล (Friction and Shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งน้อย ยิ่งเสี่ยงมาก หรือแปลผลตามช่วงคะแนนดังนี้

- 19 – 23 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง
- 15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง
- 13 – 14 คะแนน มีภาวะเสี่ยงปานกลาง
- 10 – 12 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูง
- 6 – 9 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูงมาก

ค่าคะแนนเท่ากับ 16 คือ เริ่มมีภาวะเสี่ยง แต่ในกรณีที่ใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยสูงอายุ ค่าคะแนนที่เริ่มมีภาวะเสี่ยงจะเท่ากับ 18 แบบประเมินของบราเดน เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่มีความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (The Joanna Briggs Institute of Evidence Based Nursing and Midwifery [JBI], 2008) แต่ผู้ประเมินต้องมีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ด้าน ที่ระบุไว้ในเครื่องมือเป็นอย่างดี

2. แบบประเมินของนอร์ทตัน (The Norton Risk Assessment Scale)

แบบประเมินของนอร์ทตัน ถูกจัดทำขึ้นในปี 1962 เรียกว่า Norton Scoring System ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเครื่องมือแรกที่มีการเผยแพร่เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ นอกจากนี้เครื่องมือยังมีค่าความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น แต่มีรายละเอียดค่อนข้างหายาก เมื่อนำไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงเป็นข้อจำกัดที่ยังต้องการการปรับปรุงอีก (JBI, 2008) มีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ (Physical Condition) ภาวะการรับรู้ (Mental Condition) กิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) และการควบคุมการขับถ่าย (Incontinence) คะแนนแต่ละตัวแปรเริ่มตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5 – 20 คะแนน เริ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ คือ 14 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งน้อย ยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาก

3. แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (The Waterlow Pressure Sore Risk Scale)

จูดี วอเตอร์โลว์ (Judy Waterlow) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นเมื่อปี 1985 (Waterlow, 2005) นิยมใช้ในประเศอังกฤษ ประกอบด้วยตัวแปร 11 ตัวแปร โดย 6 ตัวแปรแรกเป็นตัวแปรจากปัจจัยโดยตรง และมีตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสริมเพิ่มอีก 5 ปัจจัยเสริมเพิ่มอีก 5 ปัจจัย ซึ่งมีวิธีการใช้ค่อนข้างยุ่งยาก เนื่องจากประกอบด้วยหลายตัวแปรและมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณาแตกต่างกัน รวมถึงค่าคะแนนที่ใช้ในแต่ละตัวแปรมีค่าไม่คงที่แน่นอน (ค่าตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน) ดังนั้น วอเตอร์โลว์ จึงได้จัดทำเป็นแผ่นการคู่มือขึ้น โดยด้านหนึ่งบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง อีกด้านหนึ่งบอกรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการทำแผล การป้องกันและระดับของแผลกดทับ เพื่อให้สะดวกในการใช้มากขึ้น ค่าคะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินนี้มีค่าระหว่าง 2 - 22 คะแนน และการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้คือ 1) คะแนนรวมมากกว่า 10 ถือว่าเริ่มความเสี่ยง 2) คะแนนรวมมากกว่า 15 ถือว่ามีความเสี่ยงมาก และ 3) คะแนนรวมมากกว่า 20 ถือว่ามีความเสี่ยงสูงมากซึ่ง JBI (2008) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า แบบประเมินของวอเตอร์โลว์จะสามารถทำนายความเสี่ยงได้ดี และมีความไวสูงแต่มีความจำเพาะต่ำ ทำให้วัดได้ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมายความว่าแบบประเมินนี้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยหลายรายมีความเสี่ยง แต่ในความเป็นจริงแล้วไม่ได้เสี่ยงเป็นเหตุให้มีการใช้วิธีการป้องกันกับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

4. แบบประเมินของกอสเนลล์ (Gosnell Scale)

แบบประเมินนี้ถูกดัดแปลงมาจากแบบประเมินของนอร์ตัน โดยกอสเนลล์ (NPUAP, 2007) กอสเนลล์ได้นำปัจจัยด้านโภชนาการมาเป็นตัวแปรโดยตรง แต่ตัดเรื่องภาวะสุขภาพออก ดังนั้นตัวแปรหลักของกอสเนลล์ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะทางด้านจิตใจ การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหว กิจกรรม และภาวะโภชนาการ โดยแต่ละตัวแปรจะแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 – 5 ระดับ ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 5 - 20 ถ้าได้คะแนน 16 หรือมากกว่า แสดงว่ามีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า แบบประเมินมีความคล้ายคลึงกันในส่วนของการนำเอาปัจจัยทั้งภายใน และปัจจัยภายนอกมาเป็นตัวแปรและจัดออกมาเป็นค่าคะแนน เพื่อให้สามารถวัดออกมาได้ในเชิงปริมาณ เพียงแต่รายละเอียดความยากง่ายในการใช้ประเมินมีความแตกต่างกัน การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นเพียงวิธีการหนึ่งที่อยู่ในแผนการป้องกันแผลกดทับ การเลือกใช้แบบประเมินเสี่ยงแต่ละแบบประเมินควรพิจารณาถึงความไวและความจำเพาะของแบบประเมินซึ่งความไว (Sensitivity) คือ ค่าความไวในการทำนายว่าเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เป็นจริงได้ถูกต้อง (true positive) มีการศึกษาพบว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับส่วนใหญ่เลือกใช้แบบประเมิน ของบราเคนเป็นแบบประเมินที่ถือว่ามีความไว

ต่อการทำนายค่าความถี่สูงมากกว่าแบบประเมินอื่น ๆ ซึ่งแบบประเมินของบราเดน มีความไวเท่ากับร้อยละ 100 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 87–91 ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินของบราเดนในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้

พยาธิสภาพ

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอย โดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขาดออกซิเจนไปเลี้ยง จึงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ และผิวหนังบริเวณนั้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับแรงกดจะเริ่มมีสีแดงจาง ๆ สังเกตได้ภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด หากขจัดแรงกดได้ รอยแดงจะหายไป ในเวลา 60 นาที หากไม่ได้ลดหรือจัดการกับแรงกดนั้น จะเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน สังเกตพบผิวหนังเริ่มมีสีคล้ำ หากจัดการแรงกดนั้นภายใน 2–6 ชั่วโมง รอยคล้ำจะหายไปในเวลา 36 ชั่วโมง หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ผิวหนังจะเริ่มบวมเพราะมีน้ำซึมออกมาจากผนังเส้นเลือดฝอย เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผิวหนังจะนิ่มขาดออกจากกันเป็นแผล สังเกตได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์ซึ่งต่อมาอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

กลไกการเกิดแผลกดทับเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกลมากระทำต่อผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งแรงกลที่เป็นสาเหตุแรกของแผลกดทับคือ แรงกด แรงไถล และแรงเสียดสี โดยปกติหลอดเลือดและระบบไหลเวียนจะนำเอาอาหารและออกซิเจนมาใช้ในการเผาผลาญ และใช้ในการเจริญเติบโตของเซลล์ร่างกาย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการรักษาระดับอุณหภูมิและขับของเสียออกจากร่างกายอีกด้วย จากการศึกษาด้านสรีรวิทยาพบว่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยมีค่าประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ป่วยสูงอายุจะพบความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ความต้านทาน ความตึงผิวและระบบหล่อเลี้ยงของผิวหนังลดลง รวมทั้งระบบการไหลเวียน หรือความชุ่มชื้นของผิวที่ลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวบาง บาง แห้ง แตก เป็นขุย และคัน นึกขาดง่ายและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ในภาวะปกติ ร่างกายจะสามารถทนต่อแรงกดที่อาจสูงกว่าค่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยได้ หากแรงที่มากระทำต่อร่างกายนั้นกระจายเท่ากันในทุกทิศทาง แต่ถ้าแรงที่มากระทำนั้นกระทำเฉพาะจุดโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก และมีแรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับถูกกดอยู่เป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง แรงนั้นจะกระทำผ่านจากผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกภายในทำให้เนื้อเยื่อทุกชั้น ตั้งแต่ผิวหนังถึงปุ่มกระดูกถูกกดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้เคียงกับปุ่มกระดูกจะถูกกดทับ มีการอุดตันของระบบการไหลเวียน ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดในบริเวณนั้นลดลง สารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่เพียงพอ เกิดกระบวนการอักเสบ เซลล์ก็จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฮีสตามีนออกมาทำให้หลอดเลือดเสียไป ของเหลวไหลออกสู่ภายนอกเซลล์

มากขึ้น เกิดการคั่งบวม และเพิ่มแรงกดต่อหลอดเลือดโดยรอบบริเวณนั้น เลือดมาเลี้ยงน้อยลงเรื่อย ๆ จนเนื้อเยื่อตายและเกิดเป็นแผลในที่สุด อีกทั้งยังมีการคั่งของของเสียจากกระบวนการเมตาบอลิซึม ทำให้เห็นผิวหนังมีสีแดง ซึ่งถ้ามีแรงกดมากระทำต่อหลอดเลือดจะมีการอุดตันและเกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ผิวจะเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ เมื่อกดลงบนรอยแดง ๆ นั้นไม่จางหายไป แต่หากมีการขจัดแรงกดทับผิวหนังจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในระยะเวลาที่สั้นที่สุดประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ถ้ายังคงมีแรงกดกระทำต่อไปจะก่อให้เกิดผิวหนังชั้นกำพร้าเกิดการอักเสบ บวม และเกิดเป็นตุ่มน้ำพอง ทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้นเกิดการหลุดลอกของหนังกำพร้า และหนังแท้จะถูกทำลายจนึกขาดเห็นเป็นแผลตื้น ถ้าหากดูแลรักษาอย่างดีแผลจะหายเป็นปกติได้โดยใช้เวลา 2 - 4 สัปดาห์ ถ้ามีแรงมากระทำต่อจะมีการทำลายของผิวหนังลึกถึงชั้นไขมัน จะเห็นกลางแผลมีลักษณะซึด มีรอยแดงล้อมรอบและมีความกระด้างของผิวทำให้เห็นแผลเป็นรอยลึกหรือโพรงในระยะนี้ถ้ามีเชื้อแบคทีเรียเข้ามาในแผลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อแบคทีเรียที่สะสมอยู่ในแผลจะดึงออกซิเจนจำนวนมากไปใช้ในการเจริญเติบโต ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในระยะนี้เนื้อเยื่อที่ตายแล้วจะแยกขอบเขตจากเนื้อเยื่อปกติอย่างชัดเจน อาจเห็นสะเก็ดสีดำซึ่งสามารถหลุดลอกออกได้ หากยังถูกกดอย่างต่อเนื่องหรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจะมีการทำลายถึงชั้นเอ็น กล้ามเนื้อและกระดูก กลายเป็นแผลเปิดที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ยากต่อการดูแลรักษาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้

ความรุนแรงของแผลกดทับ

การประเมินระดับความรุนแรงของแผลกดทับ องค์การซึ่งเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรเลีย (NPUAP) ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับไว้เมื่อ ค.ศ. 1989 และต่อมาปี ค.ศ. 2007 ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับโดยมีการเพิ่มจากเดิม 4 ระดับเป็น 6 ระดับ และมีการประกาศใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2007 (NPUAP, 2007) ดังนี้

ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก (Suspected Deep Tissue) เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการนึกขาด สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (Maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงไถล และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉกขึ้นหรือเป็นปุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ลักษณะดังกล่าวอาจทำให้การระบุระดับที่ชัดเจนไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีผิวสีคล้ำ อาจมีตุ่มน้ำขาว ๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลสีคล้ำและอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (Eschar) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจรวดเร็วและลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียงแม้ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่นึกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non-blanchable Erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะ

ไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แห้งขึ้นหรือนุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial-Thickness Skin Loss) ถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) ผิวหนังอาจไม่ลึกขาด อาจเห็นน้ำเหลืองบริเวณคุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลดื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) หรือรอยถลอก

ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-Thickness Skin Loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมัน แต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้ออาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผล

ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-Thickness Skin Loss) ซึ่งมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน และส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การได้

แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (Unstageable Wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-Thickness Skin Loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (prevention is the best) มีความสำคัญมากเพราะหากเกิดแผลกดทับขึ้น จะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเรื่องเวลา ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยหลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สำคัญมีดังนี้ (NPUAP, 2007)

1. การลดแรงกด (Pressure relief) และการป้องกันการเสียดสี

1.1 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนแรกในการป้องกันแรงกดที่สัมพันธ์กับการทำลายคือ การใช้แบบวัดประเมินความเสี่ยงที่ช่วยค้นหา “ผู้ที่มีความเสี่ยง” เช่น แบบประเมินของบราเดน (The Braden scale) ประกอบด้วยตัวแปร 6 ปัจจัย คะแนนแต่ละด้านเริ่มตั้งแต่ 1 - 4 ยกเว้นปัจจัยด้านแรงเสียดสีและแรงเฉือนมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 6 - 23 คะแนน ค่าคะแนนที่ถือว่าเริ่มเสี่ยง คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 หรืออาจแบ่งเป็นช่วงความเสี่ยง ในระดับต่าง ๆ

- คะแนนรวม 15-18 = เริ่มเสี่ยง
- คะแนนรวม 13-14 = เสี่ยงปานกลาง
- คะแนนรวม 10-12 = เสี่ยงสูง

- คะแนนรวมน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 9 = เสี่ยงสูงมาก
- ในกรณีใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยสูงอายุ คะแนนรวม 18 = เริ่มเสี่ยง

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงให้พิจารณาการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิวหนัง เช่น ที่นอนสลับความดัน หรือหมอนน้ำ

1.2 การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย (Patient positioning) การพลิกตะแคงตัวเป็นหลักเบื้องต้นในการป้องกันแผลกดทับ โดยการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และพิจารณาชนิดของที่นอน ใช้เตียงลม หรือเบาะรองนุ่ม ๆ เพื่อลดแรงกดทับ

1.2.1 ท่านอนตะแคงตัวให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกัน greater trochanter

1.2.2 ท่านอนหงาย จัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่น ระหว่างหัวเข่าและระหว่างเข่า 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

1.3 การป้องกันการเสียดสี โดยเฉพาะระหว่างการยกตัว พลิกตะแคงตัว ควรใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้การลาก ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง

2. การดูแลผิวหนัง (Skincare) มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและปรับปรุงเนื้อเยื่อที่ถูกกดให้มีความแข็งแรง และป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผิวหนัง คือ การช่วยเหลือดูแลความสะอาดของผิวหนัง การช่วยส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของผิวหนัง การช่วยป้องกันการเกิดแผลและแผลกดทับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การประเมินและทำความสะอาดผิวหนัง (skin assessment and cleansing)

2.1.1 การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ

2.1.2 การอาบน้ำ/เช็ดตัวในผู้ป่วยสูงอายุ

2.1.3 การสระผม ตรวจดูความผิดปกติของผิวหนังบริเวณศีรษะ โดยเฉพาะบริเวณจุดกดต่าง ๆ

2.2 การทำความสะอาดผิวหนังหลังการจับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ควรเช็ดทำความสะอาดทันที โดยใช้แผ่นสำลีชุบน้ำและเช็ดทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และบริเวณก้นให้แห้ง

2.3 การบำรุงผิวและส่งเสริมความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง

2.3.1 กระตุ้นให้ได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี ถ้าไม่มีขีดจำกัด

2.3.2 ใช้ครีมทาผิว โดยเฉพาะบริเวณที่แห้งวันละ 2 - 3 รอบ

2.3.3 บริเวณที่ผิวหนังหนา และแห้งแตกมาก เช่น บริเวณเท้า ควรแช่ด้วยน้ำอุ่นๆ และทาครีมเพื่อลดการแห้งแตกของผิวหนัง

3. ภาวะโภชนาการ (nutritional status) ดูแลเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ
อื่นดังนี้

3.1 โปรตีนช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล

3.2 วิตามินซี เช่น ส้ม ผัก ผลไม้สด มีผลต่อการหายของแผล

3.3 วิตามินเอ เช่น นม ไข่ ผักคะน้า ผักใบเขียว เป็นต้น ช่วยให้แผลหายเร็ว

3.4 สังกะสี เช่น หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน ช่วยในการสังเคราะห์ โปรตีน
สร้างคอลลาเจน

4. การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต (Blood circulation)

- การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต สามารถทำได้ โดยการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยได้
เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพลิกตัว นั่ง ยืน เดิน และการออกกำลังกาย ขา รวมทั้ง active-passive
exercise

5. การให้ความรู้ (Education) มีความสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้
ความเข้าใจ เกี่ยวกับแผลกดทับ แล้วจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง โดยมีการจัดโปรแกรม
การให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ (educational programs)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการในหอผู้ป่วย สามารถดำเนินงานได้
อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ(รจนาภา เจริญธโนปจัย และสุวิมล แสงเวียงจันทร์, 2561) คือ

1. ผู้ให้บริการ (Care provider) พยาบาล ควรประเมินผู้ให้บริการและครอบครัว
วิเคราะห์ ข้อมูล จัดทำแผนการพยาบาล โดยดำเนินการร่วมไปกับกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นงาน
ประจำ กำหนดการสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดแผลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ซึ่งต้องกลับไปทำเองที่บ้าน ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือเป็นแผลที่ไม่สามารถทำเองได้
เช่น บริเวณหลังและก้น พยาบาลก็จะสอนญาติหรือผู้ดูแลให้ฝึกปฏิบัติจนชำนาญ หรือปฏิบัติได้แล้วโดย
ถูกหลักในการทำแผล หลักปราศจากเชื้อ และจัดหาอุปกรณ์ในการทำแผลให้พร้อมก่อนการจำหน่าย

2. ผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาล ประจําการจะประสานงานกับทีมสุขภาพ
ในการดูแลแผลขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันก็ประสานงานกับทีมพยาบาล
ผู้ให้บริการที่บ้าน เพื่อจัดทำแผนการดูแลต่อที่บ้าน ให้คำแนะนำ ในการจัดสิ่งแวดล้อมหรือปรับ

สิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย ต้องใช้เวลาในการดูแลระยะยาว อาจต้องประสานงานกับสถานบริการอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนหรือรับการส่งต่อ

3. ผู้จัดการเฉพาะราย (Care manager) เป็นผู้ดูแลปัญหาของผู้ใช้บริการและครอบครัว ทุกปัญหา จัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการและหน่วยงาน ติดต่อประสานงานเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐาน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

4. ผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocate) เป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้การดูแลตามโครงการเฉพาะกิจของรัฐที่จัดขึ้น

5. ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลเป็นผู้ที่เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและการดำเนินวิถีชีวิต เป็นที่ไว้วางใจของครอบครัว พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัญหาสุขภาพ และสถานการณ์ของครอบครัว วางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกับ ครอบครัว พยาบาลเป็นผู้เสนอแนวทางเลือกในการ แก้ไขปัญหา ความช่วยเหลือและบริการพยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้การครอบครัว ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาเอง

6. นักวิจัย (Researcher) พยาบาลต้องจัดระบบข้อมูลให้เป็นระบบและทันสมัย ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะใช้ในการประเมินผล และวิจัยเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพ พยาบาลจะเป็นผู้ทำวิจัยเองหรือเป็นผู้ร่วมทีมวิจัยก็ได้

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลที่ให้การดูแลมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลบาดแผลพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล (รุจภา เจริมธโนปจัยและ สุวิมล แสงเวียงจันทร์, 2561) ดังนี้

1. การประเมินบาดแผล และการประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้พยาบาล วางแผนตัดสินใจเลือกวิธี และเตรียมอุปกรณ์การทำแผล รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าของบาดแผล
2. การเตรียมพื้นบาดแผล ได้แก่ การจัดการกับเนื้อเยื่อ การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ การจัดการกับสารคัดหลั่ง และการจัดการขอบแผลได้อย่างเหมาะสม
3. การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริม ภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย

การประเมินบาดแผลและการประเมินข้อมูลพื้นฐาน

การประเมินบาดแผล (Wound Assessment) การประเมินบาดแผลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลบาดแผลอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของแผล และช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการทำแผลที่เหมาะสม การประเมินบาดแผลจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพแผล ให้ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุ การเกิดบาดแผล ชนิดของบาดแผล ตำแหน่งของบาดแผลความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อขนาด ลักษณะของบาดแผล สิ่งกีดขวางที่ออกจากบาดแผล และผิวหนังรอบ ๆ บาดแผล อาการปวดแผล การติดเชื้อ รวมถึงสภาพด้านจิตสังคมของผู้ป่วย(รูกาภา เจริมชโนปัยและสุวิมล แสงเวียงจันทร์, 2561) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ตำแหน่ง (Location) บันทึกตำแหน่งที่มีแผลตามกายวิภาค ตำแหน่งของแผลอาจทำให้ทราบสาเหตุของการเกิดแผลได้ กรณีมีแผลตามปุ่มกระดูกมักจะเป็นแผลกดทับที่กระดูกงูขากรรมา (Sacrum) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้มากที่สุด

2. ขนาดแผล (Wound Size) การประเมินขนาดแผลเป็นสิ่งสำคัญในการติดตามประเมินความก้าวหน้าการหายของแผล ประกอบด้วย การวัดขนาดของแผล (Wound Measurement) มี 2 วิธี ดังนี้

2.1 การวัดขนาดของแผลแบบ 2 มิติ หรือ 2 ระนาบ (Two - dimensional) ได้แก่การวัดแบบเส้นตรง (Linear Measurement) คือ วัดส่วนที่กว้างที่สุด X ส่วนที่ยาวที่สุด และการลอกลาย (Wound Tracing) คือ ลอกลายตามขอบแผลโดยใช้แผ่นตารางในการทาบวัด

2.2 การวัดขนาดของแผลแบบ 3 มิติ หรือ 3 ระนาบ (Three-dimensional) ได้แก่การวัดแบบเส้นตรง (Linear Measurement) คือ วัดส่วนที่กว้างที่สุด X ส่วนที่ยาวที่สุด X ส่วนที่ลึกที่สุด ซึ่งความลึกของแผลอาจวัดโดยใช้ก้านสำลีพันปลายไม้ (Cotton Swab Applicator) การถ่ายภาพ (Serial Digital Photography) หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

3. ขอบแผล (Wound Edge) ประเมินคุณลักษณะสี และความหนาของขอบแผล ลักษณะขอบแผลแต่ละชนิดจะมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขอบแผลอาจมีลักษณะม้วนเข้ามาในแผลเมื่อมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่ขอบแผล แต่ไม่สามารถคลุมได้ทั้งแผล เป็นลักษณะของการหายของแผลที่ไม่ดี

4. ชนิด และปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง (Exudate Type and Amount) สิ่งคัดหลั่งเป็นการเพิ่มจำนวนของสารน้ำในแผล อาจประกอบด้วยน้ำเหลือง (Serum) เนื้อตาย (Cell Debris) เซลล์แบคทีเรียและ Leukocytes การประเมินสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล สิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ ปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง แบ่งเป็นเล็กน้อย ปานกลาง มาก (Davidson, 2002) หรือประเมินลักษณะ ได้แก่

เป็นน้ำเหลืองค่อนข้างใส (Serous) เลือด (Sanguineous) เป็นน้ำปนเลือด (Serosanguineous) เป็นหนอง เจียวมีกลิ่นเหม็น (Purulent)

5. สภาพของเนื้อเยื่อรอบแผล (Surrounding Tissue Condition) ควรประเมินเกี่ยวกับ สีความอ่อนแข็ง และอาการบวม แดง และอุ่นของผิวหนัง ซึ่งอาจแสดงถึงการติดเชื้อ อาการเปื่อยยุ่ยของผิวหนังรอบแผล (Maceration) อาจเกิดจากการทำแผลที่ไม่เหมาะสมกับชนิด และปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง

6. ลักษณะพื้นของแผล (Wound Bed) เนื้อเยื่อที่พื้นของแผลจะแสดงถึงระยะและความก้าวหน้าของการหายของแผล ควรประเมินพื้นแผลเกี่ยวกับสี ความเปียก และปริมาณของเนื้อเยื่อผิวใหม่ โดยใช้มนิทัน 3 สี (RYB Color Code หรือ Three Color Concept หรือ Three-color Coding System) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 Granulation (Red Wound) ลักษณะสีแดงสด หรือสีชมพูเข้ม เป็นแผลที่มีตุ่มเนื้อเล็ก ๆ (Granulation) ขรุขระ ไม่เรียบ บอบบาง เป็นมันวาว แสดงถึงความชุ่มชื้นของแผลที่มีการเจริญดีแล้ว

6.2 Slough Tissues (Yellow Wound) เป็นสีของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลโดยมีเชื้อแบคทีเรียออกมาพร้อมกับสิ่งคัดหลั่ง ซึ่งมีลักษณะเปื่อยยุ่ยคล้ายเส้นด้ายที่ล้างแล้วไม่หลุดออกสีขาว สีเหลืองขุ่น เหลืองปนเขียว หรือเหลืองปนแดง และมีเนื้อตายเป็นสีเหลือง (Fibrinous Slough)

6.3 Necrotic Tissues (Eschar หรือ Black Wound) เป็นแผลที่มีเนื้อเยื่อตายมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง มีสิ่งคัดหลั่งจากแผล และมีเนื้อตายสีดำ (Eschar) หรืออาจเป็นสีเทาน้ำตาลเข้ม พบในบางส่วนของพื้นแผล หรือพบคลุมทั้งแผล นอกจากมนิทัน 3 สี ยังแบ่งลักษณะพื้นของแผลได้อีก คือ

6.4 Epithelialization (Pink Wound) เป็นกระบวนการแบ่งตัวของ Epithelium Cell เห็นเป็นสีชมพูลักษณะเป็นชั้น ๆ บอบบาง

6.5 Infection (Green Wound) ลักษณะของแผลที่อาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นต้องประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน สิ่งคัดหลั่งจากแผลที่ออกมา

จากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้จากการประเมินบาดแผล สามารถใช้สื่อสารกับทีมในการวางแผนการดูแลแผลกดทับ และใช้เป็นข้อมูลในการปรับการดูแลรักษาได้เป็นในทิศทางเดียวกัน โดยสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลในเครื่องมือประเมินการหายของแผลกดทับ ซึ่งทำให้สามารถทราบความก้าวหน้าการหายของแผลในรูปแบบกราฟ ทำนายแนวโน้ม และความรุนแรงของแผลได้

เครื่องมือประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับหลายเครื่องมือ เครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการนำไปใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด ได้แก่ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) ซึ่งในขณะนี้ได้มีการปรับปรุงเป็น Version 3.0

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool)

PUSH Tool สร้างโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) เครื่องมือฉบับแรก que พัฒนาขึ้นถูกนำมาใช้และทดสอบความเหมาะสมในการใช้ในคลินิกครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดย Center for Medicare and Medicaid Service (CMS) ในเดือนมีนาคม ปี ค.ศ. 1998 และได้มีการปรับปรุงเป็น PUSH Tool Version 3 เมื่อวันที่ 15 เดือนกันยายน ปี ค.ศ. 1998

วัตถุประสงค์ของการใช้ แบบประเมินการหายของแผลกดทับ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) เป็นการใช้เพื่อประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกช่วงเวลา และเพื่อแยกแผลที่หายออกจากแผลที่ไม่หาย นอกจากนั้นยังมีความเที่ยงตรง ใช้ง่ายและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของแผลที่เกิดขึ้น

PUSH Tool Version 3.0 มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถใช้ได้ง่าย และมีความไว (Sensitivity) ต่อการเปลี่ยนแปลงของแผล เครื่องมือนี้เหมาะที่สุดที่ใช้ประเมินการหายของแผลในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลแผลหลายสัปดาห์ และเหมาะสมในการใช้สำหรับแผลที่มีเนื้อเยื่อหลายชนิดบนพื้นผิวของแผล ทำให้เห็นอัตราการหายของแผลได้ชัดเจน PUSH Tool Version 3.0 เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ และใช้ได้ง่าย เพราะมีหัวข้อการประเมินเพียง 3 ด้านเท่านั้น ซึ่งพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยสามารถประเมินได้เองใช้ระยะเวลาสั้นเพียงประมาณ 1 นาที และมีหลักฐานงานวิจัยที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ได้ผลดี ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาการใช้ PUSH Tool 3.0 ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จำนวน 32 คน พบว่า PUSH scores ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแผลกดทับที่หาย แต่ไม่ลดลงในแผลที่ไม่หาย และ PUSH scores ในกลุ่มแผลกดทับที่หายต่ำกว่าในกลุ่มแผลที่ไม่หายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอีกงานวิจัยศึกษาในผู้ที่ใช้ PUSH Tool 3.0 จำนวน 103 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (77%) เห็นด้วยกับการใช้ PUSH Tool 3.0 เนื่องจากประเมินง่าย ใช้เวลาน้อย และเห็นด้วยกับการประเมินขนาดของแผล (size subscale) 59% ชนิดของเนื้อเยื่อ (tissue type subscale) 49% และปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (exudates amount subscale) 32% นอกจากนี้ในแบบประเมิน PUSH Tool 3.0 จะมีการบันทึกข้อมูลด้วยกราฟเส้นตรงทำให้มองเห็นความก้าวหน้าของแผลได้ชัดเจน ส่วน Pressure Sore Status Tool (PSST) เหมาะในการนำเครื่องมือไปใช้ในการทำวิจัยมากกว่านำมาใช้ในคลินิกเพราะมีหัวข้อการประเมินแผลละเอียดมากเกินไป ซึ่งต้องใช้เวลาประเมินนาน

(10 – 15 นาที) ทำให้รับทวนการปฏิบัติงานประจำ และประเมินyakต้องใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญในการประเมิน

การเตรียมพื้นบาดแผล

การเตรียมพื้นบาดแผลมีเป้าหมายที่จะต้องให้แผลนั้นปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อเสริมสร้างกระบวนการหายของแผลที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟาแลงกา คือ การเตรียมพื้นของแผล หมายถึง การจัดการแผลอย่างครอบคลุมโดยเน้นการเตรียมสภาพพื้นของแผลเป็นอย่างดี เพื่อส่งเสริมให้บาดแผลเกิดกระบวนการหายของแผลตามปกติ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการกับเนื้อเยื่อ (Tissue Management) 2) การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ (Inflammation and Infection Control) 3) การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) และ 4) การจัดการขอบแผล (Epithelial Edge Advancement) เรียกว่า “TIME” ซึ่งวิธีการจัดการตามหลักของ TIME มีรายละเอียด (ยูวดี เกื้อกูลวงศ์ชัย, 2562) ดังนี้

1. การจัดการกับเนื้อเยื่อ (Tissue Management) เป็นขั้นตอนแรกของการดูแลบาดแผล ซึ่งในเนื้อเยื่อแผลที่มีลักษณะเป็นเนื้อตายจะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของบาดแผล แผลหายช้าลง วิธีการจัดการทำโดยการตัดเนื้อตาย (Debridement Technique) ซึ่งชนิด และความบ่อยในการตัดเนื้อตายจะขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและแผนการรักษา ซึ่งมีข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัด ของแต่ละวิธีโดยสามารถเลือกใช้หลายวิธีประกอบกันตามความเหมาะสม ได้แก่

1.1 การตัดออก (Surgical or Sharp Debridement) เป็นการจัดการเนื้อเยื่อโดยวิธีการผ่าตัดหรือการตัดเล็มเนื้อเยื่อที่ตายออกโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และอาจทำได้ทั้งข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ไขมีดผ่าตัด ปากคีบ กรรไกร หรือเครื่องมือที่มีคมต่าง ๆ เป็นวิธีการที่สามารถลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้กระบวนการหายของแผลรวดเร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ การจัดการเนื้อเยื่อโดยวิธีการตัดออก พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาครอบ ๆ บาดแผล และทักษะการตัดเนื้อเยื่อที่ไม่เกิดความเสียหายต่อเส้นเลือดแดง เส้นเลือดดำหรือเส้นประสาทที่อยู่บริเวณใกล้เคียง เพราะวิธีนี้อาจมีข้อเสีย เช่น ความเจ็บปวดอาจต้องใช้ยาระงับความรู้สึก เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด และถ้าบาดแผลเปิดมีขนาดใหญ่อาจต้องทำที่ห้องผ่าตัด ห้ามทำในผู้ที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ มีปัญหาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันอย่างรุนแรง มีภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงที่ขา และผู้ป่วยที่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดังนั้นผู้ที่จะใช้วิธีการจัดการเนื้อเยื่อโดยวิธีการตัดออก ต้องมีทักษะ และความชำนาญเป็นอย่างสูง เพื่อความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุด

1.2 วิธีการเชิงกล (Mechanical Debridement) เป็นจัดการเนื้อเยื่อด้วยการชะล้างมีหลายวิธี ได้แก่ Wet-to-dry Dressing, Wound Irrigate และ Whirlpool Technique ดังนี้

1.2.1 การทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ 0.9% Normal Saline ปิดแผลไว้แล้วปล่อยให้แห้ง (Wet-to-dry Dressing) เป็นการทำให้เนื้อตายเกิดการเปื่อยยุ่ยแล้วหลุดลอกพร้อมกับการทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือใส่ในแผลแล้วทิ้งไว้ให้แห้งแล้วลอกเอาเนื้อตายออกโดยต้องเปลี่ยนทำแผลวันละ 4 - 6 ครั้ง วิธีนี้นิยมใช้กับแผลที่เป็นโพรงขนาดใหญ่ที่มีเนื้อตายแต่ยังไม่พร้อมจะผ่าตัดออก เสียค่าใช้จ่ายน้อย ข้อเสีย คือ เจ็บปวดมาก การลอกออกมักดึงทั้งเนื้อดีและเนื้อตายออกมาพร้อมกัน เศษผ้าก๊อชที่ทิ้งค้างไว้ในแผลเป็นสิ่งแปลกปลอม นำมาซึ่งปฏิกิริยาต่อต้านสิ่งแปลกปลอมได้เสี่ยงต่อการเกิดการเปื่อยยุ่ย (Maceration) รอบแผล และอาจทำให้หลอดเลือดฉีกขาด เลือดออกได้

1.2.2 การสวนล้างแผล (Wound Irrigation) นิยมใช้ในแผลที่ลึกหรือมีโพรงแผล เพื่อชะล้างเนื้อเยื่อที่ตาย เชื้อโรค และสิ่งตกค้างในแผลให้หลุดออก ซึ่งสามารถชะล้างทำความสะอาดทั่วพื้นผิวแผล จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของสถาบัน The Joanna Briggs Institute [JBI] (2006) พบว่า การใช้แรงดัน 13 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว โดยใช้กระบอกฉีดขนาด 12 มิลลิลิตร สวมด้วยเข็มเบอร์ 22 สวนล้างแผลจะมีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อ และการอักเสบของแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการใช้แรงดันน้อยกว่า 8 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว โดยใช้กระบอกฉีดขนาด 30 มิลลิลิตรสวมด้วยเข็มเบอร์ 20 นาน 3.9 นาที พบว่า ไม่มีผลในการลดจำนวนแบคทีเรียที่แผล การสวนล้างแผลต้องระวังการฝึกลึกของเชื้อแบคทีเรีย วิธีนี้ควรเปลี่ยนทำแผลวันละ 1 - 2 ครั้ง

1.2.3 การทำความสะอาดโดยแช่แผลในน้ำและใช้แรงหมุนของน้ำ (Whirlpool Technique) เป็นการให้ผู้ป่วยลงไปแช่ในถังน้ำอุ่น เพื่อช่วยให้กระแสน้ำช่วยลอกเนื้อตายให้หลุดออก ลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียและสิ่งคัดหลั่งในบาดแผล ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้แผล วิธีนี้จะเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีบาดแผลขนาดใหญ่ แผลที่อยู่ในระยะอักเสบ (Inflammation) มีสิ่งคัดหลั่งมาก และมีเนื้อตายที่หนาทั้งชนิดเนื้อตายสีเหลืองและเนื้อตายที่มีสีดำแต่ไม่เหมาะกับแผลที่granulation ดี เนื่องจากอาจชะล้างอีพิเธลิอัล (Epithelial Cells) ไปด้วย และต้องระวังการแพร่กระจายเชื้อไปสู่แผลอื่น

1.3 วิธีการทางเคมี (Chemical Debridement) ใช้น้ำยาที่เป็นสารเคมีต่าง ๆ ในการช่วยให้เนื้อตายหลุดออกและฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราที่มีอยู่ในแผล ซึ่งเกิดจากการขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ ทำให้ Metabolism ทำงานผิดปกติ และเพิ่ม Permeability ของ Plasma Membrane ของเชื้อ ทำให้ไม่สามารถควบคุมชนิด และปริมาณสารต่าง ๆ ที่ผ่านเข้าออกเซลล์ได้ ทำให้เซลล์ของเชื้อไม่สามารถคงสภาพปกติไว้ได้ สารเคมีที่นำมาใช้ในการช่วยกำจัดเนื้อตายในโรงพยาบาลต่าง ๆ

ได้แก่ Dakin's Solution, Hydrogen Peroxide, Povidone Iodine แต่สารเคมีเหล่านี้ก็มีข้อเสียคือทำลายเนื้อดีและเซลล์ดีที่ช่วยในการหายของแผล อาจระคายเคืองกับผิวหนังที่อยู่รอบแผล ดังนั้นพยาบาลที่จะใช้วิธีการทางเคมีในการกำจัดเนื้อตายจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของสารเคมีวิธีใช้ และข้อห้าม เช่น ห้ามใช้กับแผลสะอาดที่ไม่มีการติดเชื้อ หรือในกรณีที่บาดแผลมีเนื้อตายร่วมกับเนื้อเยื่อกรานูเลชัน ขณะใช้ต้องระมัดระวังไม่ให้สารเคมีถูกเนื้อเยื่อกรานูเลชัน เป็นต้น

1.4 วิธีการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของบาดแผลเอง หรือการใช้สารสังเคราะห์ปิดแผล (Autolytic Debridement) โดยสิ่งกีดขวางจากแผลจะมีแมโครฟาจและเอนไซม์ต่าง ๆ เป็นตัวทำให้เนื้อตายอ่อนตัวหลุดลอกจากเนื้อเยื่อที่ดี อาจใช้สารสังเคราะห์ (Synthetic Dressing) ซึ่งจะให้น้ำแทรกเข้าไปในแผลทำให้เนื้อเยื่อที่ตายเปื่อยยุ่ย และเอนไซม์ที่มีอยู่ในแผลจะทำการย่อยสลายเนื้อตายออกไป สารสังเคราะห์ปิดแผลที่มีใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น ไฮโดรเจล (Hydrogel) ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid) ทรานพารেন্ট ฟิล์ม (Transparent Film) เป็นต้น ข้อเสียคือการทำงานค่อนข้างใช้เวลานาน ควรระวังเรื่องการติดเชื้อ ต้องประเมินการไหลเวียนเลือดสู่ส่วนปลายห้ามใช้ในแผลติดเชื้อ แผลที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ แผลที่ลึกมากเกินไป ผู้ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำอย่างรุนแรง ในกรณีที่วิธีการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของบาดแผลเองไม่เห็นผลใน 72 ชั่วโมง ควรเลือกวิธีอื่น หรือกรณีที่เนื้อตายแข็งไม่ยอมย่อยสลาย ควรกรีดเนื้อตายก่อนซึ่งจะช่วยเสริมวิธีการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของบาดแผลเองได้ง่ายยิ่งขึ้น

1.5 การใช้เอนไซม์ย่อยสลายเนื้อตาย (Enzymatic Debridement) เป็นวิธีกำจัดเนื้อเยื่อโคโปรตีนเอนไซม์ที่ช่วยทำลาย และย่อยเนื้อตาย (Proteolytic Enzymes) เช่น คอลลาจีเนส (Collagenase) พาเพนยูเรีย (Papain-urea) ทริปซิน (Trypsin) อีลาส (Elastase) วาไรดาส (Varidase) เป็นต้น นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีบาดแผลกว้าง มีข้อห้ามในการทำผ่าตัด เช่น ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ลดการชอกช้ำต่อแผล ไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อดี สามารถใช้กับแผลติดเชื้อได้ ข้อเสีย คือใช้ไม่ได้ผลดีกับแผลที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ ต้องให้แพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาวิธีนี้ใช้ร่วมกับผลิตภัณฑ์อื่นที่มีโลหะเป็นส่วนผสม หรือสารละลายสำหรับฆ่าเชื้อไม่ได้มีราคาแพง บางครั้งพบมีการอักเสบของผิวหนังรอบแผล ห้ามใช้ในแผล Granulation ที่สะอาด

1.6 วิธีชีวภาพ (Biotherapeutic Debridement หรือ Maggot Debridement) เป็นการใช้นอนที่ปราศจากเชื้อ (Sterile Maggots) ในการกัดกินเนื้อเยื่อที่ตาย ไม่กัดกินเนื้อเยื่อส่วนดี ซึ่งได้จากไข่ของแมลงวัน *Lucilia Sericata* โดยที่ตัวหนอนจะหลั่งโปรตีนเอนไซม์ที่ช่วยทำลายและย่อยเนื้อตาย ใช้ได้ดีไม่มีอาการเจ็บปวด ทำงานเร็ว ใช้ได้กับแผลเรื้อรังหลายชนิด ข้อเสียคือ บางคนรู้สึกขยะแขยง อาจมีอาการระคายเคืองผิวหนัง หรือแพ้ได้ และใช้ไม่ได้ผลในแผลที่มีลักษณะเป็น

อุโมงค์ แผลที่มีสิ่งคัดหลั่งจำนวนมาก แผลที่มีการติดเชื้อที่กระดูก (Osteomyelitis) เป็นต้น รวมทั้งห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ไข่ ถั่วเหลือง และไข่แมลงวัน

2. การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ (Inflammation and Infection Control) ดังต่อไปนี้

2.1 การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติในผู้ป่วยเบาหวาน การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หยุดยาที่กดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 การลดชนิดและจำนวนเชื้อโรค (Reduce Bacterial Load) ดังต่อไปนี้ (Rajhathy, E. M., 2023)

2.2.1 การชะล้างแผล (Wound Cleansing) เป็นการทำความสะอาด และลดสิ่งปนเปื้อนในบาดแผล รวมถึงการทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ บาดแผล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมไม่ให้เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่บริเวณผิวหนังเพิ่มจำนวน จนเกิดการติดเชื้อภายในบาดแผลเพิ่มขึ้น การชะล้างบาดแผลมีหลายวิธี ได้แก่ การเช็ด (Scrubbing) โดยใช้สำลี หรือผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือหรือแอลกอฮอล์ หรืออื่น ๆ เช็ดพื้นผิวของแผล

2.2.2 การใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ (Topical Antimicrobial Agents) ปัจจุบันผลิตภัณฑ์สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ได้รับการพัฒนาโดยลำดับ แต่เกือบทุกชนิดจะมีพิษต่อเนื้อเยื่อที่ดีของบาดแผลไม่มากนักน้อย การเลือกใช้จึงต้องเข้าใจคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ให้ดีก่อนตัดสินใจใช้ได้แก่ สามารถครอบคลุมเชื้อได้มากชนิดที่สุด ฆ่าเชื้อได้นาน ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย สามารถซึมผ่านไปออกฤทธิ์ได้เนื้อตายที่พื้นผิวของแผลได้ ไม่มีอันตรายต่อเซลล์ หรือกระบวนการหายของแผลดูดซึมเข้ากระแสเลือดน้อยและไม่เป็นพิษ วิธีใช้ง่าย เก็บรักษาง่าย และราคาไม่แพง น้ำยาฆ่าเชื้อเฉพาะที่ในการดูแลบาดแผลพบว่าสารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ที่ใช้กันบ่อย ๆ มีดังนี้

2.2.2.1 โพรวิโดน-ไอโอดีน (Providone-iodine) เป็นการผสมสารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ 2 ชนิด คือ ไอโอดีน (Iodine) และโพลีไวนิล หรือไพโรไลดีน (Polyvinyl/ Pyrrolydine) มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ รวมตัวได้โดยตรงกับโปรตีนในเซลล์ ทำให้โปรตีนนั้น ๆ เสียคุณสมบัติไปจะออกฤทธิ์เมื่อสัมผัสกับผิวหนัง สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก และเชื้อแบคทีเรียแกรมลบได้ดี ทั้งนี้มีการศึกษาถึงผลของโพรวิโดนที่มีต่อแผลมากมายทั้งด้านประสิทธิภาพ และภาวะที่เป็นพิษต่อเซลล์ ทั้งนี้โพรวิโดน-ไอโอดีนยังมีพิษต่อไฟโบรบลาสต์ ทำลายเนื้อเยื่อปกติ และเนื้อเยื่อที่กำลังงอกขยาย (Granulation Tissue) ทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ในนามคาดีโซเมอร์ ไอโอดีน (Cadexomer Iodine) ซึ่งผสมไอโอดีน ใน Modified Starch Matrix สามารถดูดซับสิ่งคัดหลั่งได้ถึง 6 เท่า แล้วจะค่อย ๆ ปล่อย ไอโอดีนออกมาเพื่อทำลายแบคทีเรีย

และไอโอดีนสามารถลดระดับของเชื้อ MRSA และเชื้อแบคทีเรียอื่น ๆ ได้ และสามารถส่งเสริมกระบวนการหายของแผลได้เป็นอย่างดี

2.2.2.2 ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen Peroxide: H_2O_2) เป็นสารในกลุ่ม Oxidizing Agent ที่ไม่คงตัว จะสลายตัวให้ Oxygen Free Radical และน้ำ ซึ่งออกซิเจนทำให้จุลชีพมีเวลาในการทำปฏิกิริยาสั้นลง โดยจะมีฤทธิ์เฉพาะช่วงที่สลายตัวมาจากไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์เท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ถ้าใช้กับแผลเพื่อการปลูกผิวหนังจะทำลายเยื่อผิวที่เจริญขึ้นมาใหม่ ดังนั้นจึงไม่ควรใช้สารละลายนี้กับเนื้อเยื่อผิวที่เจริญขึ้นมาใหม่ ทั้งยังเป็นพิษต่อไฟโบรบลาสต์ และอาจเกิดการอุดตันของ Oxygen Embolus ได้เนื่องจากขณะไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์สลายตัวให้ออกซิเจน และน้ำ ถ้าอยู่ในแผลที่มีลักษณะระบบปิดจะเกิดความดันสูงขึ้นทำให้ฟองอากาศเข้าสู่กระแสเลือดได้ ดังนั้นการใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์จำนวนมากในแผลที่มีขนาดใหญ่ต้องระมัดระวัง ปัจจุบันนิยมใช้ในการจัดการกับเนื้อเยื่อโดยเป็นน้ำยาที่ช่วยให้เนื้อตายหลุดออก

2.2.2.3 ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิลเวอร์ (Silver Compounds) ได้แก่ ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน (Silver Sulfadiazine) เป็นสารทำลายเชื้อในแผลที่นิยมใช้ชนิดหนึ่งเนื่องจากราคาไม่แพง และมีผลข้างเคียงน้อย จัดทำเป็นตัวยาที่มีความเข้มข้น 1% สามารถทำลายเชื้อได้ทั้งกลุ่ม Gram Positive และ Gram Negative Bacteria เชื้อราพวก Candida Albican และสามารถครอบคลุมทั้งเชื้อ Herpes Virus จากการศึกษพบว่า ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน ช่วยเพิ่มการเสริมสร้างเส้นเลือดใหม่เข้ามายังบาดแผล ลดระยะอักเสบ (Inflammation) และลดปริมาณของเชื้อแบคทีเรียได้อย่างมีนัยสำคัญ การใช้ยาซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีนควรเปลี่ยนทำแผลทุก 12 - 24 ชั่วโมง และระหว่างการใส่ยาผู้ป่วยอาจรู้สึกแสบแผลเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีข้อเสียสำหรับยาตัวนี้ คือ จะทำให้เกิด Pseudo Eschar บาง ๆ ขึ้นคลุมแผลหลังการใช้ยา 2 - 3 วัน ทำให้ประเมินยากว่าบาดแผลเกิดเนื้อตายหรือไม่ Nanocrystalline Silver Compounds (Acticoat) เป็นแผ่นทำแผลที่มีซิลเวอร์ เคลือบอยู่ อาศัยกลไกของน้ำกลั่นเป็นตัวกระตุ้นให้ซิลเวอร์แตกตัวออกมาเป็นประจุ โดยข้อดีของ Acticoat คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้แผ่นทำแผลที่มีซิลเวอร์เคลือบอยู่ให้ได้ผลดียิ่งขึ้นพบว่ามีการเพิ่มประสิทธิภาพในการฆ่าแบคทีเรียได้ดีกว่าผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิลเวอร์ตัวอื่น ๆ ลดจำนวนครั้งในการทำแผลลงสามารถเปลี่ยนแผลได้ทุก 3 - 7 วัน ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้บาดแผลและลดการติดเชื้อในแผลเรื้อรังได้ดี

2.2.2.4 กรดอะซิติก (Acetic Acid) มีฤทธิ์เป็น Bactericidal สามารถทำลายเชื้อได้ทั้งกลุ่มแบคทีเรียแกรมบวก และแบคทีเรียแกรมลบ มีการศึกษาในมนุษย์พบว่า สามารถทำลายเชื้อสทูโดโมแนสได้ดี ทั้งนี้ยังมีการศึกษาพบว่า สารละลาย 2.5% กรดอะซิติกมีผลต่อระยะเวลาของกระบวนการหายของแผล และพบว่าเป็นอันตรายต่อไฟโบรบลาสต์ การทำให้เจือจาง และชุบผ้า

ก๊อชให้ชุ่มใส่ในแผลที่มีกลิ่นเหม็นรุนแรง 15 นาทีต่อวัน จะช่วยลดกลิ่นเหม็นลงได้ ดังนั้นสรุปได้ว่าการจัดการกับแบคทีเรียที่ปนเปื้อนบาดแผลทั้ง 4 ลักษณะ คือ 1) แผลปนเปื้อนเชื้อ (Wound Contamination) ใช้วิธีการล้างด้วยน้ำเกลือออร์มอล 2) แผลที่มีเชื้อจุลชีพอยู่ (Wound Colonization) ใช้วิธีการล้างด้วยน้ำเกลือออร์มอล และกำจัดเนื้อตายหรือสิ่งแปลกปลอมในบาดแผล 3) แผลที่พบมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุให้แผลไม่หาย (Critical Colonization) ใช้วิธีการให้ยาต้านจุลชีพร่วมกับการทำแผลโดยใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ ได้แก่ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิลเวอร์ (Silver Compounds) และคลาดิโซเมอร์ ไอโอดีน ที่สามารถปล่อยสารที่ละน้อยออกมาทำลายเชื้อแบคทีเรีย 4) แผลติดเชื้อ (Wound Infection) ใช้วิธีการให้ยาต้านจุลชีพร่วมกับการทำแผลโดยใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ เช่นเดียวกับ Critical Colonization ร่วมกับการกำจัดเนื้อตาย

2.3 การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมมีวิธีการดังต่อไปนี้

2.3.1 Hand Washing การล้างมือ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ การล้างมือมี 3 วิธี คือ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และการล้างมือก่อนผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลบาดแผลชนิดเปิดควรมีการล้างมืออย่างถูกวิธี ทั้งก่อนและหลังการทำแผล ซึ่งในปัจจุบันการล้างมือโดยไม่ใช้น้ำ (Alcohol Hand Rub) เป็นมาตรการเสริมสำหรับการล้างมือ สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่อยู่บนมือชั่วคราวออกได้ และสามารถใช้แทนการล้างมือธรรมดา โดยใช้เมื่อไม่มีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่เห็นได้ชัด การทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันก่อนและหลังการทำแผลผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีวิธีการดังนี้ ใช้น้ำยาประมาณ 2 - 3 cc ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่ว รองนกระทั้งน้ำยาแห้ง โดยไม่ต้องล้างมือด้วยน้ำหรือน้ำยาฆ่าเชื้ออีก

2.3.2 การสวมถุงมือ ควรเปลี่ยนถุงมือคู่ใหม่ทุกครั้ง เมื่อจะทำแผล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) การควบคุมจำนวนสิ่งคัดหลั่ง (Exudates) ให้มีปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้แผลหายได้ดีขึ้น เนื่องจากการช่วยให้เซลล์และ Matrix ที่ช่วยในการหายของแผลเข้ามาในแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นการสร้างสมดุลของความชุ่มชื้นของแผลซึ่งความชื้นของแผลที่เหมาะสมจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เพราะกรณีที่แผลจะเกินไปจะทำให้เนื้อรอบแผลเปื่อย และอาจเกิดแผลลุกลามเพิ่มได้ การเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมนั้นต้องขึ้นอยู่กับสาเหตุของแผล ซึ่งอาจต้องใช้วิธีการอื่นร่วม เช่น การกดรัด (Compression Therapy) ในผู้ป่วยที่มีแผลจากหลอดเลือดดำหรือการใช้ผลิตภัณฑ์เชิงกล เช่น การใช้แรงดูดสูญญากาศ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันผลิตภัณฑ์ใส่แผลหรือวัสดุปิดแผลมีให้เลือกมากมาย เพื่อช่วยให้สิ่งคัดหลั่งในบาดแผลมีความสมดุล การเลือกวัสดุปิดแผลให้

เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของแผล พื้นที่ใต้แผลผิวหนังบริเวณรอบแผล ลักษณะของแผล ปริมาณสารคัดหลั่งออกจากแผล และราคาที่เหมาะสมกับเศรษฐกิจของผู้ป่วย และสถานพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการเลือกใช้วัสดุในการดูแลบาดแผล ผู้ที่ให้การดูแลควรทราบว่า วัสดุนั้นมีชนิดใดบ้าง ข้อดี - ข้อเสีย ของวัสดุแต่ละอันเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในแผลเรื้อรัง (chronic wound) ซึ่งต้องการดูแลที่มากกว่าแผลสด (acute wound) โดยวัสดุทำแผลที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. สามารถดูดซึมและเก็บกักสารคัดหลั่ง (exudate) ที่ออกมาจากแผลได้
2. ไม่มีสารตกค้างอยู่ในแผล
3. น้ำสามารถซึมผ่านออกมาได้
4. เป็นฉนวนกันความร้อน
5. ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเมื่อทำการเปลี่ยนวัสดุทำแผล
6. ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย
7. ลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย
8. ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
9. ไม่ระคายเคืองผิวหนัง
10. กระตุ้นการหายของบาดแผล
11. ไม่แพง

การแบ่งชนิด (classifications) ของวัสดุทำแผลสามารถแบ่งได้ตามลักษณะการทำงาน (function) เช่น การตัดเนื้อตาย (debridement) ต้านปฏิชีวนะ (antibacterial) สามารถดูดซับน้ำได้ (absorbent) สามารถติดแผลได้ (adherence) หรือแบ่งตามวัสดุองค์ประกอบ เช่น สารประกอบ ไฮโดรคอลลอยด์ (hydrocolloid) คอลลาเจน (collagen) เป็นต้น หรือแบ่งตามลักษณะของวัสดุ เช่น จี๊ส (ointment) ฟิล์ม (film) โฟม (foam) หรือเจล (gel) เป็นต้น วัสดุทำแผลแต่ละชนิดมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก๊อช (Gauze)

ก๊อชเป็นอุปกรณ์ทำแผลที่ใช้มาอย่างยาวนานและใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วไป เนื่องจากมีราคาถูก ขั้นตอนการทำแผลง่าย ผู้ป่วยสามารถทำแผลได้ด้วยตนเอง และมีขายทั่วไป แต่การทำแผลโดยวิธีนี้ ข้อเสียคือ แผลซึมบ่อย ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย อาจมีการทำลายเนื้อเยื่อผิวหนัง ขณะลอกเปลี่ยนแผล และเจ็บเวลาเปลี่ยนแผล

ผ้าตาข่าย (Tulles)

ผ้าตาข่ายได้เกิดจากการพัฒนามาจากการทำแผลโดยก๊อช สามารถลดความเจ็บปวดเวลาทำแผล วัสดุทำแผลติดแผลลดลง และยังสามารถให้สารคัดหลั่งซึมผ่านได้ด้วยโดยได้

ทำการเคลือบสารต่าง ๆ ไปยังแผ่นตาข่าย ได้แก่ พาราฟิน(parafin) วาสลีน (vasaline) ปิโตรเลียม (petroleum) หรือยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Chlorhexidine โดยที่ราคาไม่แพงเหมาะกับแผลที่มีขนาดคืบ และสารคัดหลั่งไม่มากนัก

ฟิล์ม (Film)

ฟิล์มเป็นอุปกรณ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติสามารถติดกับผิวหนังรอบๆ แผลได้ อากาศ และไอน้ำสามารถซึมผ่านได้ แต่ป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรค มีลักษณะเป็นแผ่นใสทำให้สามารถสังเกตดูแผลได้โดยไม่ต้องทำการเปิดแผล เหมาะสำหรับแผลที่มีลักษณะคืบและ สารคัดหลั่งมีปริมาณเล็กน้อย หรืออาจใช้ปิดแผลร่วมกับ อุปกรณ์ทำแผลชนิดอื่นๆ และปิดแผลบริเวณข้อต่อและมือ เพราะมีคุณสมบัติในการยืดหยุ่นได้

โฟม (Foam)

โฟมเป็นสารประกอบ polyurethane ซึ่งมีในรูปแบบแผ่นและชีต มีความสามารถในการดูดซึมสารคัดหลั่งสูง และสร้างภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผล สามารถใช้ทำแผลทั้งแผลที่คืบและแผลที่ลึกเป็นหลุมได้ แต่เนื่องจากการใช้ในแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมากทำให้อาจต้องทำการเปลี่ยนแผลบ่อย

ไฮโดรเจล (Hydrogel)

ไฮโดรเจล เป็นสารประกอบ polymer ที่มีส่วนผสมของ glycerine หรือ water-based gels ที่เคลือบไปยังแผ่นวัสดุทำแผล มีคุณสมบัติ ให้ความชุ่มชื้นบาดแผล (rehydrate) สามารถลอกเปลี่ยนวัสดุได้โดยไม่ติดบาดแผล ไม่เจ็บ สามารถเอาเนื้อตายออกมาจากบวมแผลได้โดยการดูดซึมเนื้อตายเอาไว้ที่วัสดุทำแผล แต่ไม่ทำลายเนื้อเยื่อผิวหนังปกติ เหมาะสำหรับแผลที่มีขนาดไม่ลึกมาก แผลที่แห้ง และมีสารคัดหลั่งน้อย

ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid)

ไฮโดรคอลลอยด์ ประกอบไปด้วย gelatin, pectin และ Carboxymethyl cellulose ที่เคลือบไปบน self-adhesive polyurethane films ทำให้มีลักษณะเป็นแผ่นขีต สามารถติดทำแผลได้ทุกรูปร่าง กระตุ้นการหายของแผลและการสลายเนื้อตายแบบ autolytic debridement ป้องกันการซึมผ่านของน้ำและอากาศได้ ทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย (ทำแผลทุก 2 - 3 วัน) แต่ไม่เหมาะกับแผลที่มีสารคัดหลั่งมาก เพราะจะทำให้เสียคุณสมบัติดังกล่าว และอาจเกิดผิวหนังเปื่อยยุ่ย (maceration) รอบ ๆ บริเวณแผลได้ แผลที่เหมาะสมกับวัสดุชนิดนี้ได้แก่ แผลถลอก แผลคืบ แผลกดทับระยะที่ 1 - 2 แผลเส้นเลือดขาด (venous ulcer) แผลน้ำร้อนลวก และแผล Donor site skin graft

Alginate alginates เป็นสารประกอบ cellulose-like polysaccharide ที่สกัดได้จากสาหร่ายและสาหร่ายสีน้ำตาล มีส่วนประกอบของประจุโซเดียมและแคลเซียม ทำให้มีคุณสมบัติ

ในการอุ้มน้ำสูง จึงเหมาะสำหรับแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมาก เช่น แผลกดทับ หรือแผลเบาหวาน เป็นต้น แต่ก็มีข้อเสียคือ alginates จะติดที่ก้นแผลและแห้ง ทำให้เจ็บเวลาเปลี่ยนแผล และอาจทำให้มีเลือดออกหรือเนื้อเยื่อติดออกมาขณะทำการเปลี่ยนแผลได้ ดังนั้นจึงต้องทำการชุบล้างแผลด้วยน้ำเกลือก่อนทำการเปลี่ยนแผลเพื่อลดอาการดังกล่าว

Antimicrobial dressings ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีส่วนผสมของสารต้านจุลินทรีย์ได้มีการศึกษาจำนวน มากกว่ามีประโยชน์และเหมาะสมในการใช้ทำแผลที่มีแบคทีเรียปนเปื้อน (colonization) แผลที่มีการติดเชื้อ (infection) แผลเรื้อรัง รวมไปถึงแผลที่มีไบโอฟิล์มเคลือบ 7-8 โดยสารต้านจุลินทรีย์ที่นิยมใช้ผสมในวัสดุทำแผลได้แก่ silver, Iodine-based หรือ metronidazole เป็นต้น

Silver-impregnated dressings เป็นวัสดุที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้มีการนำส่วนผสมของ silver มาผสมในวัสดุต่าง ๆ เช่น gauze, hydrocolloid, alginates, foams, creams และ gels ซึ่งจะมีการสลายได้เป็น silver ion ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรค และในปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยี nanocrystalline silver มาใช้ทำให้สามารถผลิตสาร silver ขนาดเข้มข้น 70-100 ppm ซึ่งมีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อได้ดีขึ้น โดยสามารถฆ่าได้ทั้งเชื้อรา (Fungi), MRSA และ Vancomycin resistant enterococci (VRE) ตัวอย่างวัสดุกลุ่มนี้ เช่น Acticoat เป็นวัสดุประกอบไปด้วย 3 ชั้น ชั้นกลางเป็นส่วนประกอบของ Rayon/polyester ส่วนชั้นบนและล่างเป็นส่วนประกอบของ Silver-coated high density polyethylene mesh มีความเข้มข้นของ Silver มากกว่าปริมาณที่สามารถฆ่าเชื้อโรค 20-30 เท่า สามารถทิ้งไว้ได้ 5-7 วัน โดยไม่ต้องทำแผลบ่อยทำให้ลดการรบกวนกระบวนการหายของบาดแผล เป็นต้น

Negative pressure wound therapy (NPWT) หรือ Vacuum-assisted closure (VAC) เป็นวิวัฒนาการในการดูแลบาดแผล ช่วยให้บาดแผลที่หายยากดีขึ้น กระตุ้นการเจริญของเซลล์โดยใช้แรงดูดที่ต่ำกว่าชั้นบรรยากาศ คือ 100-125 mmHg¹⁰ โดยมี 2 ระบบการทำงานทั้งการทำงานแบบตลอดเวลา (continuous) และการทำงานเป็นพัก ๆ (intermittence) การทำงานดังกล่าวมีการกระตุ้นทั้งแบบ macrostrain (physical response) และแบบ micro strain (biological response) อีกทั้งยังสามารถดูดสารคัดหลั่งออกจากบาดแผลผ่านทางเครื่องดูด เพื่อให้สภาวะเหมาะสมกับการ mal living replacement หรือ Skin living replacement ซึ่งวัสดุชนิดนี้สามารถช่วยในการดูแลบาดแผลทั้งในเรื่องของการป้องกันการสูญเสียสารน้ำ ป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อหรืออาจนำมาใช้ในการปิดบาดแผล ทดแทนเนื้อเยื่อที่ขาดหายไป เพื่อช่วยในการปิดแผลถาวรต่อไป แต่ข้อเสียที่สำคัญของวัสดุชนิดนี้ก็คือ ยังคงมีราคาที่สูง ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้และต้องทำการเลือกบาดแผลที่เหมาะสมในการใช้วัสดุชนิดนี้

การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้ (NPUAP, 2007)

1. การจัดการกับความเจ็บปวดถือว่าเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งของพยาบาล พยาบาลจะต้องบูรณาการความรู้ความสามารถในการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการกับความเจ็บปวดในการทำแผลของบุญญภัทร ชาดิพัฒนานันท์ (2560) ได้แนะนำเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดในการทำแผล โดยแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยา และการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

1.1 การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยาจะใช้หลักขององค์การอนามัยโลกที่ได้แนะนำการใช้ยาระดับความเจ็บปวดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 คະแนนระดับความเจ็บปวด 1-3 เริ่มจากการให้ยาระดับปวดธรรมดาที่ไม่เสพติด (Non Opioids) ได้แก่ แอสไพริน พาราเซตามอล และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal Anti - inflammatory Drugs: NSAIDs) ยากลุ่มนี้ใช้รักษาในรายที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง

ระดับที่ 2 เมื่อให้ยาในขั้นที่ 1 ไม่ได้ผลก็จะให้ขั้นต่อไป ได้แก่ ให้ยาในขั้นที่ 2 โดยการให้ยาที่ใช้ในขั้นที่ 1 ร่วมกับยาระดับปวดที่อยู่ในกลุ่มยาเสพติดอย่างอ่อน (Weak Opioid Analgesics) ซึ่งได้แก่ โคดีอีน (Codeine) ทรามาดอล (Tramadol) เด็กซ์โตรโปรพอกซิเฟน (Dextropropoxyphene หรือ Doloxene Compound) ยากลุ่มนี้ใช้ระดับปวดในรายที่เจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง คະแนนระดับความเจ็บปวด 4 - 6

ระดับที่ 3 เมื่อให้ยาในขั้นที่ 2 ไม่ได้ผลก็จะให้ยาในขั้นที่ 3 โดยการให้ยาที่ใช้ในขั้นที่ 1 ร่วมกับยาระดับปวดที่อยู่ในกลุ่มยาเสพติด (Strong - opioid Analgesics) ซึ่งได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) เพทิดีน (Pethidine) เมทาโดน (Methadone) บิวพรีนอร์ฟีน (Buprenorphine หรือ Temgesic) ยาในกลุ่มนี้ใช้ระดับปวดในรายที่เจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง คະแนนระดับความเจ็บปวด 7 - 10 การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา The European Wound Management Association (2002) และ Wound Union of Wound Healing Society (2004) ได้มีมติ และมีข้อเสนอแนะในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

- ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะเอาผ้าปิดแผลออก โดยสอบถามถึงขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยปวดมากที่สุด และสิ่งที่ทำให้ปวดลดลง

- ในขณะที่ทำแผล แนะนำและอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถดึงผ้าปิดแผลออกเองได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการจัดการกับความเจ็บปวด โดยบริเวณใดที่มีความเจ็บปวดมาก จะใช้น้ำเกลือราดให้ชุ่มเพื่อให้ดึงผ้าปิดแผลออกได้ง่าย

- ขณะทำแผล แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายและเป็นการบรรเทาอาการปวดแผล

- ผู้ป่วยสามารถขอหยุดการทำแผลได้ชั่วคราว เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดจากการเช็ดด้วยสำลี หรือการขูด/ ตัดเนื้อตาย

- มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเครียด ได้แก่ การปิดม่านไม่เปิดเผยผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยก่อนทำแผลให้เหมาะสม เพื่อลดความไม่สบายใจให้มากที่สุด และมัตระวังไม่ให้มีการเปิดเผยแผลของผู้ป่วยนานเกินไป ในระหว่างทำแผล หรือระหว่างรอแพทย์เฉพาะทางมาตรวจการเปิดผ้าปิดแผล ในขณะที่มีการเปลี่ยนผ้าปิดแผลโดยดึงวัสดุปิดแผลที่ติดอยู่กับแผลออก จะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกที่แผล และก่อให้เกิดความเจ็บปวดมาก โดยเฉพาะเมื่อติดแน่นกับแผล

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวสำคัญคือโปรตีน และพลังงาน มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดังนี้

2.1 ผิวหนังปกติ ให้โปรตีน 0.8-1.0 gm/ kg น้ำ 30 cc/ kg/ day พลังงาน 30 cal/ kg/day

2.2 แผลกดทับระยะที่ 1 และ 2 ผิวหนังมีขีด และแผลจากหลอดเลือดแดง (1 - 2 แผล) ให้โปรตีน 1.2-1.5 gm/ kg น้ำ 35 cc/ kg/ day พลังงาน 35 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

2.3 แผลกดทับระยะที่ 3 และ 4 ให้โปรตีน 1.5 - 2.0 gm/ kg น้ำ 35-40 cc/ kg/ day พลังงาน 40 Kcal/ kg/day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

2.4 แผลกดทับระยะที่ 4 อย่างรุนแรงและแผลไหม้ ให้โปรตีน 3.0 gm/ kg น้ำ 40 cc/ kg/ day พลังงานมากกว่า 40 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

2.5 แผลที่มีหลายตำแหน่ง แผลหลอดเลือดดำ และแผลที่ไม่หาย และ/ หรือมีภาวะอัลบูมินต่ำ ให้โปรตีน 2.0 - 3.0 gm/ kg น้ำมากกว่า 40 cc/ kg/ day พลังงาน 35 - 40 Kcal/ kg เพิ่มวิตามินและเกลือแร่ ทั้งนี้การให้อาหารต้องพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น อายุ เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียจากการให้สารอาหารบางอย่างมากเกินไป

3. การดูแลด้านจิตใจ

การมีบาดแผลย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ทั้งของผู้ป่วยเอง และผู้ดูแลซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความพร้อมในการเผชิญกับการดูแลแผล ความกลัวการตอบสนองของบุคคลอื่นรอบข้างที่มีต่อแผลของผู้ป่วย ซึ่งอาจกลัวว่าบุคคลอื่นจะรังเกียจหรือมองว่าตนเองเป็นบุคคลที่น่าสงสาร มีภาวะเครียด ทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลอาจกังวลว่าแผลจะไม่หาย บางครั้งแผลจะมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากการติดเชื้อหรือการมีเนื้อตายในแผล อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากแผลและการรั่วซึมของสิ่งที่ซึมออกมาจากแผลอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์

ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าคุณเองสกปรก เมื่อได้กลิ่นแผลหรืออาจกล่าวคำขอโทษบุคคลอื่นที่แผลของคุณส่งกลิ่นรบกวนจนบางครั้งผู้ป่วยอาจแยกตัวเองเกิดความวิตกกังวล ความเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตลดลง พยาบาลควรประเมิน และกำจัดสาเหตุของกลิ่นที่เกิดขึ้น อาจด้วยการรักษาการติดเชื้อ หรือการตัดเนื้อตายกลิ่นอาจลดลงจากการทำความสะอาดแผล (Wound Cleansing) การล้างแผล (Wound Irrigation) การใช้อุปกรณ์ใส่แผลที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ (Topical Antimicrobial Agents) การใช้ Metronidazole ปิดแผล หรืออาจทำแผลด้วย Activated Charcoal แผลที่มีกลิ่นออกมากับสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมามากเกินไปควรเปลี่ยนแผลบ่อยขึ้น พยาบาลไม่ควรแสดงท่าทีรังเกียจ และควรจัดสภาพแวดล้อมให้มีลักษณะทำแผล เพื่อไม่เป็นการเปิดเผยผู้ป่วยมากเกินไป กรณีที่แผลมีขนาดใหญ่ อาจใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วยขณะทำแผลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว

แนวคิดการพัฒนากฎปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

1. หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (NHMRC, 1998)

1.1 เป้าหมายของกระบวนการพัฒนา และการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติ คือ ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในทางสุขภาพ อาจจะเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล หรือกลุ่มบุคคลตลอดจนคุณภาพของหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ต้องระบุปัญหา ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เป้าหมาย และลักษณะหรือระดับของหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้

1.2 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ควรพัฒนาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีวิธีการรวบรวมหลักฐาน การคัดเลือกเอกสาร การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ถึงระดับคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ความเกี่ยวข้อง และความเที่ยงตรงของหลักฐาน หลักฐานที่มีคุณภาพสูงมีระดับความน่าเชื่อถือสูง อาจจะไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติในทุกหน่วยงาน

1.3 วิธีการสังเคราะห์ระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ

1.4 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีคุณภาพ ควรจะดำเนินการเป็นสหสาขาวิชาชีพ มีผู้สนับสนุนการทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ทีมยกร่าง หรือทีมพัฒนา ผู้เชี่ยวชาญ และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบ คำนึงถึงผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่สรุปแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมควรมีการพัฒนาต่อไป

1.5 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นควรมีความยืดหยุ่น และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ปัจจัยสำคัญที่จำเพาะ และเหมาะสมกับหน่วยงานทั้งระบบ คำนึงถึงทักษะของผู้รับบริการ

1.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติควรคำนึงถึงทรัพยากร และภาวะเศรษฐกิจที่มีอยู่ มีขั้นตอนที่ให้บริการน้อยที่สุด มีคุณภาพเหมาะสมกับราคา ระบบทางเลือกที่จะใช้ให้ชัดเจน และมีวิธีการที่ชัดเจน

1.7 ชัดเจนในการประมาณค่า ผลที่พึงประสงค์ทั้งทางคลินิกและการประมาณค่าใช้จ่าย

1.8 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นต้องมีการสรุปข้อเสนอสำคัญจากแนวปฏิบัติควรมีการเผยแพร่และนำสู่การปฏิบัติ

1.9 แนวปฏิบัติที่นำไปปฏิบัติต้องได้รับการประเมิน และวิเคราะห์ถึงผลกระทบของการนำไปใช้ประโยชน์ และโทษที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วยและระบบบริการเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมเข้ากับสถานการณ์

2. คุณสมบัติแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพ สำหรับแนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพนั้นต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (NHMRC, 1998)

2.1 ความน่าเชื่อถือ แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ มีการอธิบายความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อขัดแย้งและเปรียบเทียบชี้ให้เห็นระหว่างความเห็นของกลุ่มกับหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเปิดเผย และเมื่อปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัตินั้นแล้วจะต้องทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2.2 ความคุ้มค่า - คุ่มทุน แนวปฏิบัติที่ดี และมีคุณภาพจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ ผลลัพธ์การดูแลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผลมากขึ้นนั้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลต้องเป็นที่ยอมรับได้ ถ้าผู้พัฒนาแนวปฏิบัติไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่าย และมุ่งแต่ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างเดียว ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แต่อาจจะไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่าต่อการบริการ

2.3 ความคงที่ แนวปฏิบัติที่ดี และมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความคงที่ ซึ่งคงที่ของหลักฐานเชิงประจักษ์หมายความว่า ในหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเดียวกัน กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติกลุ่มอื่นจะสรุปเป็นวิธีปฏิบัติที่แนะนำคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นได้ด้วย

2.4 ความเที่ยง แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความเที่ยง หมายความว่า ในสถานการณ์ทางคลินิกอย่างเดียวกัน ทีมสุขภาพอื่นๆ จะทำตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำเพื่อแก้ปัญหาผู้รับบริการในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ถ้าแนวปฏิบัตินั้นพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบ และเข้มงวด

2.5 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี และมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาจากกลุ่มซึ่งมีผู้แทนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมทั้งผู้รับบริการด้วย

2.6 ความสามารถในการประยุกต์ทางคลินิก แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้สามารถประยุกต์ได้ถูกต้อง

2.7 ความยืดหยุ่น แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก โดยระบุข้อยกเว้นหรือทางเลือกในการใช้ และควรพิจารณาค่านิยมความเชื่อของผู้ป่วยร่วมด้วยในกระบวนการตัดสินใจ

2.8 ความชัดเจน แนวปฏิบัติที่ดี และมีคุณภาพต้องมีความชัดเจนในการเขียนทั้งนิยามคำต่างๆ ที่ใช้ ภาษาที่เขียนและรูปแบบ ต้องอยู่ในรูปแบบที่ผู้ใช้มีความคุ้นเคย ภาษาที่ใช้ต้องไม่มีความคลุมเครือ

2.9 ความพึงพิถันในการเขียน แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความพึงพิถันในการเขียน โดยระบุรายละเอียดของกระบวนการพัฒนาทั้งหมดรวมทั้งระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนวิธีการใช้ ข้อตกลงเบื้องต้น และเชื่อมโยงวิธีปฏิบัติที่แนะนำกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่อ้างอิง และควรระบุระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วย

2.10 แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพควรกำหนดการทบทวนเป็นระยะ และปรับปรุงความรู้ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

2.11 แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพควรมีการระบุกลไกในการช่วยให้ผู้ใช้ทำตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ รวมทั้งการติดตามประเมินผล

3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

รูปแบบของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้น มีหลากหลายรูปแบบ บางรูปแบบดัดแปลงมาจากรูปแบบการใช้ผลงานวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่ง จีวีวรรณ ธงชัย (2548) กล่าวว่า องค์การด้านสุขภาพหลายองค์กรที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นทั้งในระดับชาติ และสมาคมบริการสุขภาพเฉพาะทาง เช่น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 2011) เครือข่ายระหว่างมหาวิทยาลัยประเทศสกอตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network : SIGN) หน่วยหน่วยงานวิจัยดูแลสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Health Care Research and Quality : AHRQ) และ สถาบันผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกนานาชาติ (National Institute for Clinical Excellence: NICE) แต่ละองค์กรมีการกำหนดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความหลากหลายของขั้นตอนตั้งแต่ 4 – 5 ขั้นตอนจนกระทั่ง 17 – 18 ขั้นตอนแต่หลักการใหญ่ ๆ จะมีความคล้ายคลึงกันและอิงกรอบแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิง

ประจักษ์เหมือนกัน เช่น การกำหนดปัญหาประเด็นทางคลินิก การประเมินวิเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยการทดลองดำเนินการโครงการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินผลการปฏิบัติการหรือผลลัพธ์ของโครงการ เป็นต้นซึ่งมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น โมเดลการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model) สเตตเลอร์ โมเดล (The Stetler Model) ไอโอวา โมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care) เป็นต้น ซึ่งผู้ดำเนินการสามารถเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงานให้มากที่สุดเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ คือการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) ที่เป็นสถาบันที่ได้รับการยอมรับ และมีความน่าเชื่อถือขององค์กรด้านสุขภาพและไม่มีการจัดทำและเผยแพร่ไว้มากมาย มีแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงได้เป็น 8 ขั้นตอนต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการ ควรเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และมีความเห็นไปในแนวทางเดียวกัน การกำหนดประเด็นปัญหาสามารถทำได้จากการทบทวนผลลัพธ์ในเรื่องเหล่านั้น เช่น ผลลัพธ์ที่ได้ไม่แน่นอน หรือผลลัพธ์ไม่ดี มีความเสี่ยงสูง ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ มีข้อร้องเรียน หรือได้จากการทบทวนวิธีปฏิบัติในหน่วยงาน เช่น มีความหลากหลายในการปฏิบัติในเรื่องเดียวกัน บางครั้งการปฏิบัติในบางเรื่องก็เป็นการระงับงานมากเกินไป (Workload) ที่ส่วนหนึ่งมาจากการทำในสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องทำ หรือทำตามความเคยชิน การปฏิบัติบางอย่างใช้เวลามาก ต้นทุนสูง แก้ไขปัญหาช้าหากไม่ได้ บางครั้งก็ไม่มีผลการประเมินผลลัพธ์อย่างจริงจัง เนื่องจากขาดข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้มีปัญหาในการตรวจสอบคุณภาพ กลยุทธ์ในการกำหนดประเด็นปัญหาอาจทำได้โดยการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงาน หรือกำหนดจากประเด็นตัวชี้วัดคุณภาพการบริการที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือกำหนดประเด็นปัญหาจากการลงพื้นที่ในหน่วยงาน เพื่อจุดประกายให้มองเห็นปัญหาตัวอย่างประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การติดเชื้อการเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การจัดการความเจ็บปวด การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การเลิกใช้

เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น สำหรับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ควรมาจากสาขาวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องประเด็นหรือหัวข้อเรื่องที่จะพัฒนา เช่น แพทย์ พยาบาล เกษษกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เป็นต้น ทีมพัฒนาฯ ควรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในเรื่องที่ปฏิบัติ สามารถสืบค้น ประเมินผลคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะที่มาจากงานวิจัยได้ การสร้างทีมพัฒนาฯ ที่มีการประสานความร่วมมือกันอย่างแท้จริง ระหว่างฝ่ายวิชาการ ฝ่ายวิจัย และฝ่ายปฏิบัติจะทำให้ การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นจำนวนสมาชิกทีมควรอยู่ระหว่าง 5 – 10 คน เพื่อความสะดวก ในการนัดหมายประชุมและทำงาน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องมีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และมีการกำหนด หน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์

การกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่กำหนดจะเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานและองค์กร ผลลัพธ์เป็นได้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น หรือผลลัพธ์ระยะยาว การกำหนดผลลัพธ์ล่วงหน้าจะทำให้ สามารถกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหาหลักฐานได้ และสามารถวางแผนการประเมินผลลัพธ์ ล่วงหน้า เช่น การสร้างเครื่องมือ ประเมินผลลัพธ์ วิธีการรวบรวมข้อมูล เป็นต้น ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง กับผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) เช่น อัตราตาย อัตราโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเวลานานในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรม หลักฐาน เชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานนั้น ๆ

การทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องกระทำการสืบค้นให้เป็นระบบ และครอบคลุม ทุกแหล่งของข้อมูล เนื่องจากเป้าหมายหลักของการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ การทำให้เกิด ประโยชน์สูงสุด เกิดอันตรายน้อยที่สุด และมีค่าใช้จ่ายต่ำ ดังนั้นคำแนะนำของแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลจะต้องมาจากหลักฐานความรู้ที่ดีที่สุดเท่าที่จะสืบค้นมาได้ และต้องเป็นปฏิบัติที่จะ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแลทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต้องวางแผนการสืบค้นหลักฐาน เชิงประจักษ์ดังต่อไปนี้

หลักฐานเกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การกำหนด แหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัย และงานที่ทำการทบทวน วรรณคดีอย่างเป็นระบบ เช่น Medline, EMBASE, Pro Quest และ PubMed เป็นต้น เว็บไซต์ที่

สามารถสืบค้นงานที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เช่น www.joannabriggs.edu.au เป็นต้น

ส่วนการคัดเลือกและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องให้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ มีผลลัพธ์ที่กำหนดในหลักฐานเชิงประจักษ์ ชัดเจนสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าไว้แล้วในขั้นตอนที่ 3 และที่สำคัญ ก็คือ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการในหน่วยงานได้ ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในแต่ละหัวข้อมักจะได้นิพนธ์ของหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกมาหลากหลาย เช่น ได้หลักฐานที่เป็น Primary Research, Systematic Review, Meta-Analysis แนวปฏิบัติทางการแพทย์ หรือได้งานที่เป็นรายงานแบบ Anecdotal Record, Case Study, Quality Improvement Project หรือได้บทความของผู้เชี่ยวชาญการประเมินคุณค่าของหลักฐานที่สืบค้นได้ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินหลักฐานที่เป็นงานวิจัยจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการออกแบบ การควบคุมและลดอคติ การดำเนินการวิจัย วิธีการวัดผลลัพธ์ เป็นต้น การประเมินงานที่ทำการทบทวนวรรณกรรมคืออย่างเป็นระบบ ต้องพิจารณาการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ การพิจารณาคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พิจารณาข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนว่ามีความไวต่อการนำไปใช้เพียงใดและข้อสรุปเชิงปริมาณได้รับการอภิปรายอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยคำนึงถึงการนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาทางคลินิกในวงกว้างหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนการร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ประกอบด้วย

1. การสรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยรวบรวมคำแนะนำที่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ถูกประเมินและคัดเลือกมาแล้ว การจัดหมวดหมู่ของสาระสำคัญของแนวปฏิบัตินั้นสามารถจัดทำแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเด็นทางคลินิก ขั้นตอนการร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ ต้องสร้างความมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างแรงจูงใจในผู้ปฏิบัติโดยจัดให้ขั้นตอนนี้อยู่ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ให้ความเห็น มีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น อาจเป็นการประชุมกลุ่มการปรึกษาหารือร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ การขอความคิดเห็นโดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

2. การจัดทำแผนประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้าน โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) วางแผนวิธีรวบรวมข้อมูล เช่น จะเป็นการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต

หรือการรวบรวมข้อมูลจากการรายงานผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินผลเชิงกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากร ว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของบุคลากร ประเมินความสะดวก ความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ทั้งด้าน โครงสร้าง และกระบวนการ) ประเมินความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นต้น

3. การจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฉบับยกร่าง รูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้

3.1 ชื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และรายชื่อ ทีมพัฒนา ตำแหน่งสถานที่ทำงาน
คำนำ สารบัญ

3.2 วัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์

3.3 กระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างละเอียด

3.4 คำจำกัดความที่ใช้

3.5 สารสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นหมวดหมู่ ระบุระดับของหลักฐาน

3.6 แผนผังสำหรับขั้นตอนที่ซับซ้อนและสำคัญ (ถ้ามี)

3.7 แหล่งอ้างอิง

ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ

สำหรับรูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับยกร่างต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 1 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนาภายหลังการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทีมพัฒนานำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนนี้เป็นการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และหากพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเที่ยงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยต้องนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และคู่มือฯ มาปรับปรุงแก้ไขและนำไปให้พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มเดิมนำไปทดลองปฏิบัติ บันทึกความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้และนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง จนกว่าจะได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

ระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้ปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 8 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบผลการนำไปใช้นำร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 – 10 คน หรือใช้ระยะเวลา 1 – 2 สัปดาห์ ในการประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จีวีวรรณ (2548) กล่าวว่า การจัดทำแผนประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรครอบคลุมด้านโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดยต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บุคลากรว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินผลโครงสร้างและกระบวนการ จะประเมินความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของบุคลากร ความสะดวก ความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนการประเมินด้านผลลัพธ์จะระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยผลลัพธ์ดังกล่าวอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราป่วย อัตราตาย อาการ และอาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องทดลอง ค่าใช้จ่าย ความสะดวกความปลอดภัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรศิริ เรือนสว่าง และคณะ (2557) ศึกษาการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร เปรียบเทียบผลการป้องกันแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 12 เดือน ผลการวิจัยพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงจาก 6.5 เป็น 5.9 ครั้งต่อ 1000 วันนอน

รินณารายาเมฆ (2559) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้สูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะตรวจสอบคุณภาพและระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับติดต่อกัน 4 วัน ผู้สูงอายุไม่เกิดแผลกดทับร้อยละ 100

มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร (2562) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมจังหวัดอุดรธานี โดยพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลียทีม เก็บข้อมูลจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 8 คน และผู้ป่วยอาการหนักจำนวน 30 คน ที่เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คนผลวิจัยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยกลุ่มทดลองไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น และกลุ่มควบคุมมีแผลกดทับเกิดขึ้นร้อยละ .06 โดยสรุปการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนักโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมได้

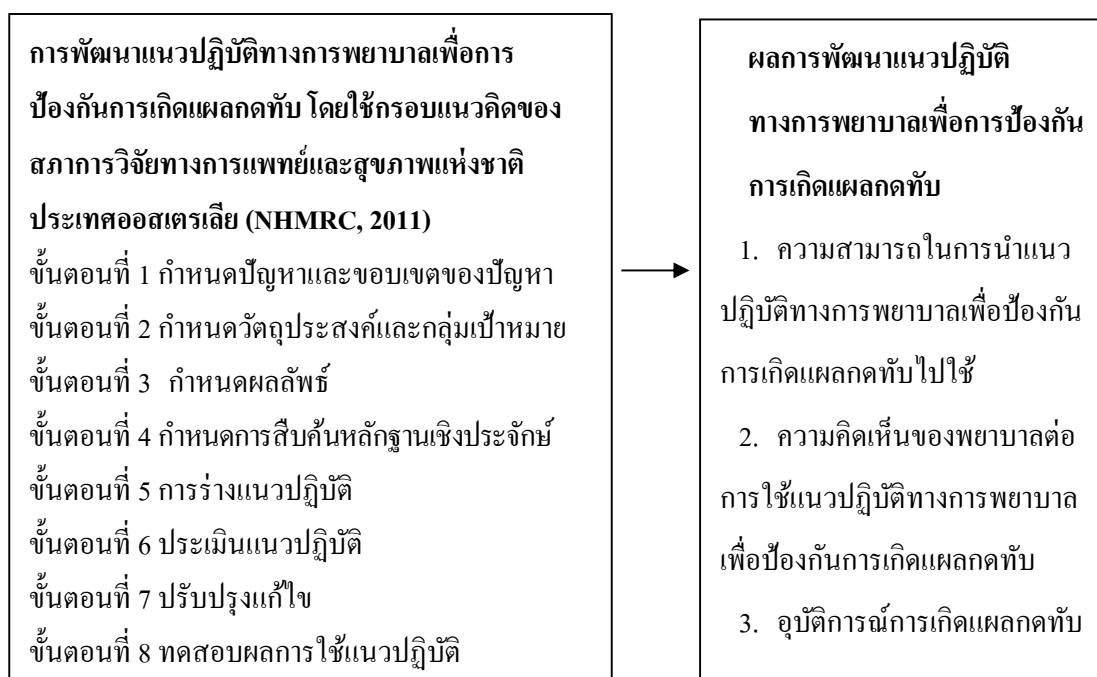
ยุวดี เกื้อกูลวงศ์ชัย (2562) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 45 คน ผลการวิจัยพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .013

รุจภา เจริญธนโปชัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์ (2561) ศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าการป้องกันแผลกดทับประกอบด้วย การดูแลตามปัจจัยทางกายภาพ การดูแลตามปัจจัยทางชีวภาพ เช่นความสมบูรณ์ของผิวหนัง และความทนของแต่ละบุคคล การนำหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติมาใช้ควรเหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการป้องกันการดูแลแผลกดทับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติได้ในบริบทของหน่วยงาน และความเหมาะสมกับผู้ป่วย จากนั้นนำมากำหนดเป็นข้อเสนอแนะ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แบ่งเป็น 3 ระยะ (8 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะเผยแพร่และนำไปใช้ และระยะประเมินผล มาดัดแปลงเป็นแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ได้แก่ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/ หลักฐานเชิงประจักษ์คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 6 การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยประเมินผลเชิงกระบวนการจากความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจของการพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดดังภาพ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชิริพยาบาล โดยผู้วิจัยดัดแปลงแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) พยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B และ 2) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 จำนวน 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B จำนวน 19 คน 2) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ที่มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 5 วัน ได้จำนวน 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Include criteria)

1. พยาบาล
 - 1.1 ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
 - 1.2 มีหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2563
2. ผู้ป่วย
 - 2.1 เป็นผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
 - 2.2 มีคะแนน Braden score น้อยกว่า 18 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclude criteria)

1. พยาบาล
 - ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ผู้ป่วย
 - 2.1 ผู้ป่วยมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 วัน
 - 2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life)
3. เกณฑ์การหยุดการวิจัย
 - 3.1 ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะดำเนินการวิจัยต่อไป
 - 3.2 เกิดภาวะอันตรายต่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การดูแลสภาพผิวหนัง 3) การดูแลภาวะโภชนาการ สารอาหาร/สารน้ำ 4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเฉือน และแรงเสียดสี 5) การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ การค้นปัญหาการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และกำหนดขอบเขตของปัญหาที่จะศึกษา

วิธีการ 1) ผู้วิจัยวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เอกสารทางวิชาการและบริบทต่าง ๆ ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล 2) สัมภาษณ์พยาบาลอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ดังนี้

1. จากรายงานข้อมูลสถิติ ตลอดระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 36 47 และ 64 ครั้งต่อพันวันนอน

2. จากการสัมภาษณ์พยาบาล พบว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่หลากหลาย การประเมินระดับการเกิดแผลกดทับยังไม่ทันสมัย บางหน่วยงานยังใช้การประเมินระดับของแผลกดทับตามเกณฑ์จำแนกความรุนแรงของแผลกดทับ 4 ระดับที่เสนอแนะ

โดย Panel for The Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adult (AHPCR, 1992) ซึ่งในปัจจุบัน NPUAP (2007) ได้ปรับปรุงการประเมินระดับของแผลกดทับจากเดิม 4 ระดับเป็น 6 ระดับ การป้องกันแผลกดทับจากเสียดสีและแรงกดด้วยการพลิกตะแคง และยกตัวผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถทำได้สม่ำเสมอ และบางครั้งใช้เจ้าหน้าที่เพียง 1 คน ในการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถูกลากและอยู่ในท่านอนที่ไม่ถูกต้อง ส่วนในด้านทรัพยากรพบว่ามืออยู่อย่างจำกัดได้แก่ ที่นอนลม หรือมีที่นอนลมที่เสื่อมคุณภาพ นอกจากนี้ค่านโยบายของหน่วยงานนั้นมีความต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือพยาบาล ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งยังไม่มี การประเมินและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

จากนั้นผู้วิจัยได้นำปัญหาที่วิเคราะห์ได้มากำหนดเป็นแนวทางและของเขตในการศึกษาครั้งนี้ คือ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B จำนวน 19 คน (พยาบาลทั้งหมดในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ที่ปฏิบัติงานเวรเช้า – บ่าย – คึก) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (คะแนนประเมินบราเดน น้อยกว่า 16 คะแนน) รับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์

กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งนี้

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ 1) พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้และความคิดเห็นการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ 2) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรม คัดเลือก และประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยโดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ในครั้งนี้คือ Best Practice, Prevention, Guidelines, Pressure ulcer, Pressure Injury, Bed Sore, Critical Care, Medicine, Elderly Patient, Risk Factor, แนวปฏิบัติ การป้องกัน แผลกดทับ ผู้ป่วยอายุรกรรม จากวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่

บทความ งานวิจัย เอกสารวิชาการ รวมทั้งสื่ออินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 – 2020 ได้จำนวน 30 เรื่อง จากนั้นประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ โดยผู้วิจัยจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับการนำไปใช้ของข้อเสนอแนะ ตามเกณฑ์ของโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2008) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปใช้ได้รวม 7 เรื่อง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการป้องกันและการรักษาแผลกดทับ (level 1) จำนวน 5 และวิจัยที่เป็นแนวปฏิบัติ จำนวน 2 เรื่อง ดังตารางวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
1.	The Registered Nurses' Association of Ontario, / Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers (Amir Qaseem, 2011)/ ระดับ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกัน และการรักษาแผลกดทับ รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	แนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติในการป้องกัน และการรักษาแผลกดทับ ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ 1. การประเมินความเสี่ยง ด้วย Braden scale ระดับ คะแนน >18 ทุกเวรเช้า หรือเมื่อมีอาการ เปลี่ยนแปลง และระดับ คะแนน ≤ 18 ให้ประเมิน ทุกเวร 2. การจัดท่านอนหงาย ให้ มีหมอนสอดคั่นระหว่าง เข่า และพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง 3. การป้องกันและ ส่งเสริมความสมบูรณ์ของ ผิวโดยหลีกเลี่ยงน้ำอุ่นใน การเช็ดตัว และใช้สารทำ ความสะอาดที่มี pH 5.5

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			4. การป้องกันผิวจากความ เปื่อยช้ำ โดยใช้แผ่นรอง ซับ และประเมินความ เปื่อยช้ำทุกครั้งที่พลิก ตะแคงตัว 5. การประเมินภาวะ โภชนาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยในผู้สูงอายุให้ โปรตีน 1.5 gm/kg/day 6. การให้ความรู้และ ทักษะแก่เจ้าหน้าที่ในเรื่อง ของสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ เกิดแผลกดทับ 7. มีการประเมินผลลัพธ์ ด้านอุบัติการณ์ของการ เกิดแผลกดทับ การนำไปใช้ นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 1. ประเมินความเสี่ยงด้วย Braden scale ระดับ คะแนน >18 ทุกเวรเช้า หรือเมื่อมีอาการ เปลี่ยนแปลง และระดับ คะแนน ≤ 18 ให้ประเมิน ทุกเวร 2. จัดทำอนหงาย มี หมอนสอดคั่นระหว่างหัว

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			เช่า และพลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง 3. หลีกเลียงน้ำอุ่นในการเช็ดตัว และใช้สารทำความสะอาดที่มี pH 5.5 4. ใช้แผ่นรองซับ และประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว 5. ประเมินภาวะโภชนาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยในผู้สูงอายุให้โปรตีน 1.5 gm/kg/day 6. ให้ความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่ เรื่องสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ 7. ประเมินผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับ
2.	European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel,/ Prevention and treatment of pressure ulcers:	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันและการรักษาแผลกดทับตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพแบบมืออาชีพได้ทั่วโลก รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research)	แนวปฏิบัติ กำหนดนโยบายประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานที่มีความชัดเจน - ขั้นตอนเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีดังนี้

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
	quick reference guide (Linda Norton, 2009)/ ระดับ 1	ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	1. การประเมินสภาพ ผิวหนัง โดยประเมินรอย แดง และสภาพผิวหนัง ภายใต้อุปกรณ์ทาง การแพทย์ โดยใช้เทคนิค Finger Pressure Method 2. การประเมินภาวะ โภชนาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในรายที่ไม่มี ข้อจำกัดในการได้รับ สารอาหารหรือพลังงาน ให้ผู้ป่วยได้รับพลังงาน ประมาณ 30-35 kcal/kg/day 3. การจัดทำในรายที่ไม่มี ข้อจำกัดในการรักษา ให้ ผู้ป่วยนอนตะแคงกึ่งหงาย 20 - 30 องศา ไปทางด้าน หลัง โดยใช้หมอนรองยก ส่วนปลายเท้าขึ้น 4. การเลือกพื้นผิวที่นอน ใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงทุกคน 5. การป้องกันแผลกดทับ บริเวณสันเท้า ใช้โฟมที่มี ความหนานุ่มรองบริเวณ สันเท้า

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			การนำไปใช้ 1. ประเมินรอยแดง และ สภาพผิวหนังภายใต้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยใช้เทคนิค Finger Pressure Method 2. ประเมินภาวะ โภชนาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในรายที่ไม่มี ข้อจำกัดในการได้รับ สารอาหารหรือพลังงาน ให้ผู้ป่วยได้รับพลังงาน ประมาณ 30 - 35 kcal/kg/day 3. จัดทำนอน ในรายที่ไม่ มีข้อจำกัดในการรักษา ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงกึ่ง หงาย 20 - 30 องศา ไป ทางด้านหลัง โดยใช้ หมอนรองยกส่วนปลาย เท้าขึ้น 4. ใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยที่ มีความเสี่ยงทุกคน 5. ใช้โฟมที่มีความหนา นุ่มรองรับบริเวณสันเท้า

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
3	Pressure Ulcers – Prevention of Pressure Related Damage. Best Practice (JBI, 2008) / ระดับ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อการปฏิบัติที่เป็นเลิศและให้ ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรสุขภาพ ถึงวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกัน แผลกดทับ รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	แนวปฏิบัติ 1. ใช้ แบบประเมินความ เสี่ยง Braden scale เนื่องจากมีความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นดีที่สุด และถูกนำไปใช้กันอย่าง กว้างขวาง 2. การใช้ที่นอนโฟม สามารถลดการเกิด แผลกดทับ 3. ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 - 4 ชั่วโมง 4. การจัดท่านอนยกเท้า สูง 30 องศา (วางหมอน ใต้ก้นกับขาแต่ละข้าง) หรือท่านอนตะแคง 90 องศา 5. ควรจัดอาหารเสริม 2 มื้อ/ วันร่วมกับอาหาร ปกติ การนำไปใช้ 1. ใช้ที่นอนโฟม/นอนลม ทุกราย และตรวจสอบการ ทำงานอยู่เสมอ 2. พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง และสำหรับผู้ป่วย ที่มีระดับความเสี่ยงสูง

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1 - 2 ชั่วโมง 3. จัดท่านอนหงาย โดยใช้ หมอนสอดคั่นระหว่างหัว เข่าทั้ง 2 ข้าง และ หลีกเลี่ยงการนอนตะแคง 90 องศา 4. ให้ได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน เป็นต้น เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้า ไม่มีข้อจำกัด)
4	การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับใน ผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาล นภลัย จังหวัด สมุทรสงคราม (นภาพร ภมร, 2550) ระดับ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย สูงอายุโรงพยาบาล รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	แนวปฏิบัติ 1. การประเมินความเสี่ยง ด้วยแบบประเมิน บราเดน สเกล 2. การประเมินประวัติ การเจ็บป่วยและยา 3. การประเมินภาวะ โภชนาการ MNA ทุกสัปดาห์ 4. พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง 5. หากอยู่ในท่านั่งดูแล ขยับร่างกาย 6. จัดตารางเวลาหมุนพลิก ตะแคงตัวไปตามเจ็มน าฬิกาใ้ Flow Chart

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			ติดปลายเตียง 7. ไม่จัดทำให้ปุ่มกระดูก สัมผัสพื้นโดยตรง 8. หากผู้ป่วยมีระดับ ความเลี้ยวสูง ควรพลิก ตะแคงตัวบ่อยขึ้น 9. ไม่จัดทำผู้ป่วยสูงเกิน 30 องศา 10. การเปลี่ยนหรือ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้ บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไป และใช้อุปกรณ์ช่วย เคลื่อนย้าย 11. ไม่ประคบ หนุนวด บริเวณที่แห้งกร้านหรือ มีผื่น 12. เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่าง น้อย 8 ชั่วโมงหรือทุกครั้ง ที่ฉะ 13. เช็ดตัวหรือเปลี่ยนผ้า ในผู้ป่วยที่มีไข้แห้งออก 14. ทาโลชั่น 3-4 ครั้งต่อ วัน หรือครีมบำรุงผิว 2-3 ครั้งต่อวัน หรือจี้ผึ้ง 1-2 ครั้งต่อวัน ในรายที่ผิวแห้ง กร้านหลังอาบน้ำทุกวัน

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			15. จัดให้ได้รับอาหารโปรตีนสูง วิตามินซีและธาตุเหล็ก 16. ประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน ทำความสะอาดอย่างน้อยวันละครั้ง และทุกครั้งที่จับถ่าย 17. บริหารข้อมือเท้า จัดทำระวังเท้าตก 18. ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพในรายที่มีภาวะซับซ้อน 19. การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน การนำไปใช้ 1. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น ให้ขยับร่างกายอย่างน้อยทุก 15 - 30 นาที 2. ใช้ผ้านุ่มหนา 2 - 3 ชั้นรองปุ่มกระดูก 3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้น

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			ไป และใช้ Pad slide ช่วยเคลื่อนย้าย 4. ทาโลชั่น 3 – 4 ครั้งต่อวัน หรือครีมบำรุงผิว 2 – 3 ครั้งต่อวัน หรือจี้ผึ้ง 1-2 ครั้งต่อวัน ในรายที่ผิวแห้งกร้านหลังอาบน้ำทุกวัน
5	การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนัก ผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม (ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, 2550)/ ระดับ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	แนวปฏิบัติ 1. พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง สลับตะแคงซ้ายนอนหงาย หรือตะแคงขวาตรงตามเวลาที่กำหนด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด 2. ทำนอนศีรษะสูงไม่ควรเกิน 30 องศา/ ทำนอนตะแคงให้นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศา ไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองก้นส่วนปลายของเตียงขึ้น ใช้หมอนรองที่ปลายเตียง 3. ใช้ที่นอนลม หมอน หรือผ้าห่มนุ่มรองตามปุ่มกระดูก ห้ามใช้ห้วงยางหรือหมอนรูปโดนัทรองปุ่มกระดูก

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			4. จับคู่ช่วยกันพลิกตะแคงตัว/ ไม่ดึงลากเวลาพลิกตัว/ รองผ้ารองตัวผู้ป่วย เพื่อช่วยผู้ป่วย/ จัดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย 5. ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรอยู่ในท่านั่งครึ่งตะไมไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง จัดให้นั่งเก้าอี้หรือรถเข็นที่มีเบาะรองและที่รองเท้า และเปลี่ยนท่าทุก 1 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ได้รับพลังงาน > 25 Kcal/Kg/day 7. ซับผิวหนังให้แห้งทุกครั้งหลังการขับถ่าย/ ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระบ่อย ให้ทาวาสลินบริเวณฝีเย็บ และก้นหลังทำความสะอาด 8. ห้ามนวคบริเวณรอยแดง 9. งดใช้สบู่ในผู้ป่วยที่ผิวหนัง ควรทาโลชั่นหรือครีมหลังอาบน้ำ 10. ประเมินผิวหนังตั้งแต่วันแรกรับ โดยประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยเฉพาะปุ่มกระดูก

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			11. บันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ (บันทึกบริเวณ/ ระดับ/ ขนาด) 12. บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิด รอยแดง/ ใหญ่ขึ้น/ ลึกลง/ แผลหาย) 13. ส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรแต่ละครั้ง 14. จัดทำแผ่นป้ายแนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับติดไว้ที่ผนังตึก 15. ติดต่อประสานงานกับโภชนาการ เพื่อรวบรวมตามรายการแลกเปลี่ยนในแต่ละมื้อและอาหารเฉพาะโรค เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับในแต่ละวัน การนำไปใช้ 1. พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงและกระตุ้นให้

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด 2. ท่านอนศีรษะสูงไม่ควรเกิน 30 องศา/ ท่านอนตะแคงให้นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศา ไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองก้นส่วนปลายของเตียงขึ้น 3. ใช้ผ้าห่านุ่มรองบริเวณปุ่มกระดูก 4. ใช้ผ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายและยกผู้ป่วย โดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน 5. รายที่ไม่มีข้อจำกัด ให้รับสารอาหารหรือพลังงานประมาณ 30-35 kcal/kg/day 6. จับคู่ช่วยกันพลิกตะแคงตัว/ ไม่ดึงลากเวลาพลิกตัว/ รองผ้ารองตัวผู้ป่วยเพื่อใช้ยกตัวผู้ป่วย/ จัดเสื่อผ้า ผ้าปูเตียงให้เรียบตึง 7. ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จัดให้อยู่ในท่านั่งครึ่งตะแคงไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง 8. ประเมินผิวหนังตั้งแต่วันแรกรับ โดยประเมิน

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยเฉพาะปุ่มกระดูก
6	Can an early mobilisation programme prevent hospital-acquired pressure injuries in an intensive care unit/ Leticia Nieto-García , Adela Carpio-Pérez , María Teresa Moreiro-Barroso , Montserrat (Alonso-Sardón, 2021)/ ระดับ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลายสำหรับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	แนวปฏิบัติ การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หากไม่มีข้อจำกัดควรให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับแนวทางต่อไปนี้ 1. Skin Care หลังทำความสะอาดใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวที่มีส่วนประกอบของซิลิโคนหรือทาโลชั่น 3-4 ครั้งต่อวัน ถ้าเป็นครีม ทา 2 - 3 ครั้งต่อวัน ถ้าเป็นจี้ผึ้งทา 1 - 2 ครั้งต่อวัน 2. การจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีสิ่งแวดล้อมที่มีความชุ่มชื้น มีอากาศที่เหมาะสม และจัดเสื้อผ้าและผ้าปูให้เรียบตึง 3. การป้องกันผิวจากแรงกดโดยใช้หมอนรองได้นองให้ส้นเท้าลอยจากพื้นเตียง และใช้โฟมที่มีความหนาแน่นรองส้นเท้า การใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้าย

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ pad slide หรือผ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 4. การป้องกันผิวหนังถูกทำลายจากการกลืนปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ 5. การดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ไม่ควรให้ร่างกายได้รับความหนาวเย็น 6. การติดตามภาวะโภชนาการ 7. การประเมินซ้ำ การบันทึก การส่งต่ออาการ และการรายงานแพทย์ การนำไปใช้ 1. ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวที่มีส่วนประกอบของซิลิโคน 1 - 2 ครั้งต่อวัน 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีสิ่งแวดล้อมที่มีความชุ่มชื้น มีอากาศที่เหมาะสม ไม่ควรให้ร่างกายได้รับความหนาวเย็น 3. ใช้หมอนรองได้น่อง ให้สันเท้าลอยจากพื้นเตียง และใช้โฟมที่มีความหนานุ่มรองสันเท้า

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
7	Assessment and management of pressure ulcers in the elderly (Jankowski, I.M., 2010)/ ระดับ 2	วัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายเทคนิคในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผลการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับ	แนวปฏิบัติ เทคนิคในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้ 1. จัดท่านยกหัวสูง ≥ 30 องศา พลิกตะแคงตัวทำมุม 30 องศา เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ และใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คนในการเคลื่อนตัวผู้ป่วย 2. ใช้ที่นอนลม 3. การประเมินผิวหนังของผู้ป่วยทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำความสะอาดด้วยสารทำความสะอาด (cleanser) ใช้กระดาษทิชชูเปียกซับ ลดการเสียดสีให้มากที่สุด หลังทำความสะอาดใช้สารบำรุงที่ทำให้ความชุ่มชื้น 4. การใช้หมอนรองรับแรงกดที่ตัวผู้ป่วย ใช้ผ้านุ่มลิ้น เช่น ผ้าลินิน เป็นต้น รองผู้ป่วย หรือใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีความหนา เช่น โฟม ปิดบริเวณผิวหนังที่มีความ

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			เสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ และประเมินผิวหนังได้ วัสดุอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 5. การยึดท่อช่วยหายใจ และสายยางให้อาหารทาง จมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวเหมาะสม บริเวณเหนือริมฝีปาก ไม่ ดัดคั้ง การนำไปใช้ 1. สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุม การขับถ่ายไม่ได้ ทำความ สะอาดด้วยสารทำความสะอาด (cleanser) ใช้ กระดาษทิชชูเปียกซับ ลดการเสียดสีให้มากที่สุด หลังทำความสะอาดใช้ สารบำรุงที่ให้ความชุ่มชื้น 2. ใช้ผ้านุ่มลิ้น เช่น ผ้า ลิ้น เป็นต้น รองผู้ป่วย หรือใช้วัสดุทางการแพทย์ ที่มีความหนา เช่น โฟม ปิดบริเวณผิวหนังที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผล กดทับ และประเมิน ผิวหนังได้วัสดุอย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / ระดับ	วัตถุประสงค์/ รูปแบบงานวิจัย/ ผลการวิจัย	แนวทางปฏิบัติ/ การนำไปใช้
			3. ยึดท่อช่วยหายใจและ สายยางให้อาหารทางจมูก ด้วยพลาสติกที่มีความ เหนียวเหมาะสม บริเวณ เหนือริมฝีปาก ไม่ติดคิ๊ง

ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ในขั้นตอนนี้ คือ ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ฉบับร่าง ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่
1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การดูแลสภาพผิวหนัง 3) การดูแลภาวะ
โภชนาการ สารอาหาร/สารน้ำ 4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเสียดสี 5) การให้
ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้ง
สร้างแผนผังแสดงขั้นตอนปฏิบัติของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความเป็นไปได้ใน
การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย
1) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ผู้ชำนาญการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) หัวหน้าสาขา
การพยาบาล อายุรกรรม 3) แพทย์แผนกศัลยกรรมผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 4) พยาบาลวิชาชีพวุฒิการศึกษาปริญญาโท
ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี
และ 5) พยาบาลวิชาชีพจบเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล และออสโตมี มีประสบการณ์ใน
การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี

2. การหาความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้แก่ พยาบาลประจำ
หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 4 ราย และทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 ราย

วิธีการ

1. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับร่างพร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้อง ระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency : IOC) ในการคิดคำนวณค่า IOC คำนวณโดยนำคะแนนความคิดเห็นในแต่ละข้อของแบบประเมิน ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 5 ท่านมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด ก็จะได้เป็นค่า IOC เฉลี่ย ซึ่งถ้ามีคะแนนค่า IOC เฉลี่ยตั้งแต่ 0.50 - 1.00 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่ดี ใช้ได้ตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถ้าได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.50 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่าไม่เป็นไปตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป ซึ่งผลการตรวจสอบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับร่าง พร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นได้ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ .98 สำหรับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พิจารณาจาก 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) 2) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และ 3) ความคุ้มค่า (Cost – Benefit Ratio) ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยอายุรกรรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกัน แผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย การหาค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 ราย ในเวลาเดียวกัน (Inter-Rater Reliability) โดยผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลที่หอผู้ป่วยและคัดเลือกรายการจำนวน 4 ราย โดยแบ่งเป็นพยาบาลเวรเช้า 2 ราย และพยาบาลเวรบ่าย 2 ราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และอธิบาย ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นแจกแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นให้พยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม คนเดียวกันในเวลาเดียวกันเป็นเวลาต่อเนื่อง 16 ชั่วโมง (เวรเช้าและเวรบ่าย) แล้วบันทึกความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ของผู้วิจัยนำข้อมูลการบันทึกความสามารถในการปฏิบัติได้จากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ของพยาบาลทั้ง 4 ราย มาตรวจสอบความเห็นพ้องของข้อมูล (Percent of Agreement) โดยกำหนดสัญลักษณ์ตัวเลข 1 แทนความเห็นพ้องกัน และ ตัวเลข 0 แทนความไม่เห็นพ้อง

จากนั้นคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (Percent of Agreement) คือ ค่าร้อยละของความสอดคล้องเท่ากับจำนวนข้อที่เห็นพ้องกันหารด้วยจำนวนข้อที่เห็นพ้องกัน บวกกับจำนวนข้อที่ไม่เห็นพ้องกัน ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ต้องมากกว่า 0.8 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9 นอกจากนี้ ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงในการประเมินความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับด้วยวิธีหาค่าความเท่าเทียมกัน (Inter - Rater Reliability) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลกดทับ โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญประเมินระดับการเกิดแผลกดทับจากรูปภาพแผลกดทับจำนวน 5 รูปในเวลาเดียวกัน และเว้นระยะห่าง 7 วัน แล้วทำการประเมินซ้ำอีกครั้ง จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง ซึ่งได้ค่าความเที่ยง

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ในขั้นตอนนี้ คือ เพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล ผู้ปฏิบัติทางการพยาบาล ขั้นสูง หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผล ออสโตมี และควบคุมการจับถ้าย การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ได้นำมาหาค่าความเที่ยงได้ค่า (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.98

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ขั้นตอนนี้ คือ การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่สร้างขึ้นในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 30 พฤศจิกายน 2563 ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 34 คน โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และข้อเสนอแนะ มีจำนวน 6 หมวด 27 ข้อ แบ่งเป็น 2 คำตอบ ได้แก่ ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้

ความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติได้ เท่ากับ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ได้ เท่ากับ 0 คะแนน

แปลผลคะแนน (ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, 2550)

คะแนน 0 – 6.3 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย

คะแนน 6.4-12.6 หมายถึง ปฏิบัติได้ปานกลาง

คะแนน 12.7-19.3 หมายถึง ปฏิบัติได้มาก

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วยมีจำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยพยาบาลจะตอบแบบสอบถามนี้ หลังใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

แปลผลคะแนน (ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, 2550)

คะแนน 0-1.2 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

คะแนน 1.3 - 2.5 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

คะแนน 2.6 - 3.8 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

คะแนน 3.9 - 4.00 หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนน 4.01 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับอย่างน้อย 1 แผลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ในช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ที่มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 5 วัน ได้จำนวน 34 คน อุบัติการณ์แผลกดทับ มี 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) เกิดอุบัติเหตุแผลกดทับ 2) จำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 3) อายุ 4) เพศ 5) ประวัติโรคที่เป็น 6) ประวัติการใช้ยา 7) ประวัติการเกิดแผลกดทับ 8) การเกิดแผลกดทับมาจากบ้าน 9) ประวัติการผ่าตัด / หัตถการ 10) การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด 11) ระดับฮีมาโตคริต 12) ระดับปัสสาวะและครีเอตินิน 13) ค่าดัชนีมวลกาย และ 14) ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ 15) คะแนนประเมินของบราเดน 16) การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการประเมินการเกิดแผลกดทับที่เป็นรูปภาพ เพื่อระบุตำแหน่งของแผลกดทับที่ตรวจพบ โดยไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งแบบประเมินส่วนนี้จัดเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อช่วยต่อการปฏิบัติโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับขององค์กร NPUAP ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรเลีย ได้มีการแบ่งระดับของแผลกดทับไว้เมื่อ ค.ศ. 1989 และมีการพัฒนาต่อมาปี ค.ศ. 2007 NPUAP (2007) ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับและความหายของแต่ละระดับให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการระบุระดับของแผลกดทับ โดยมีการเพิ่มจาก 4 ระดับเดิมเป็น 6 ระดับและมีการประกาศใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2007 ดังนี้

ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก Suspected Deep Tissue เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาดสีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (Maroon) หรือเป็นคุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงไถล และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉกขึ้นหรือเป็นปุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่า หรือเย็นกว่า

บริเวณข้างเคียง อาจมีตุ่มน้ำยาว ๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลลึกดำและอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (Eschar)

ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non - blanchable Erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แฉงขึ้น หรือนุ่ม อุณหภูมิอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial – thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาด อาจเห็นเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลดินที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) หรือรอยถลอก

ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full – Thickness Skin Loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมัน แต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผล

ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full- Thickness Skin Loss) ซึ่งมองเห็นกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตาย หรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วนและส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้

แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (Unstageable Wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness Skin Loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. ภายหลังที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เลขที่โครงการ 049/2563 ให้เก็บข้อมูลในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้วิจัยจัดประชุมพยาบาลของหอผู้ป่วย จำนวน 19 ราย ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
3. ผู้วิจัยแจกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลคู่มือการใช้ และแบบสอบถามให้กับพยาบาล รวมถึงแจกปากกา ซองใส่เอกสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมวิจัย รวมทั้งขอ

ความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วย
 อายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปทดลองใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ใน
 การทำวิจัย อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนว
 ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาใน
 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

4. กำหนดการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือนมิถุนายน 2563
 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2563ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยซึ่งมี
 ทั้งหมดโดยผู้ป่วยอายุรกรรม 1 คนจะได้รับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปพร้อมกับ
 การประเมินการเกิดแผลกดทับติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 – 4 วัน

การประเมินผล แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
 การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยสังเกต
 ความสามารถในการปฏิบัติได้และให้บุคลากรพยาบาลแสดงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ
 ทางการพยาบาล ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการใช้
 แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยประเมินหลังจากใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลกับผู้ป่วยในเดือน
 พฤศจิกายน 2563

1.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติ
 ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบ่งเป็น คะแนน 0 – 6.3 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย,
 คะแนน 6.4-12.6 หมายถึง ปฏิบัติได้ปานกลาง, คะแนน 12.7-19.3 หมายถึง ปฏิบัติได้มากโดยเก็บ
 ข้อมูลระหว่างการปฏิบัติงานโดยการสังเกต

1.2 การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
 การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล แบ่งเป็น คะแนน
 0 - 1.2 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด, คะแนน 1.3 - 2.5 หมายถึง เห็นด้วยน้อย, คะแนน 2.6 - 3.8
 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง, คะแนน 3.9 - 4.00 หมายถึง เห็นด้วยมาก, คะแนน 4.01 - 5.00 หมายถึง
 เห็นด้วยมากที่สุด โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15-30 พฤศจิกายน 2563

2. การประเมินผลเชิงผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการ
 เกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยประเมินการเกิดแผลกดทับ

โดยใช้การแบ่งระดับของผลกดทับของ NPUAP (2007) ในเวลา 08.00น. 16.00น. และ 24.00น. ของทุก ๆ วัน เป็นระยะเวลา 3 - 4 วันติดต่อกัน เพื่อจัดเก็บข้อมูลจำนวนผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ ภายหลังรับผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. แบบประเมินความสามารถของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันผลกดทับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้รับจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ
3. แบบประเมินความความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล วิเคราะห์ด้วย สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. อุบัติการณ์การเกิดผลกดทับของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

นำเสนอโดยการบรรยายและบรรยายประกอบตารางตามคำถามการวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบและเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

2.2 ข้อมูลความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

2.3 ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม หลังใช้แนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปทดลองใช้

3.2 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบและเนื้อหา

แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย 6 หมวด ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ

หมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

หมวดที่ 4 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ พบว่า

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล (N = 19)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
อายุ 20 - 29	12	63.15
> 29 ปีขึ้นไป	7	36.84
ระยะเวลาที่ปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล		
ระหว่าง 1 - 5 ปี	10	52.63
ระหว่าง 6 - 10 ปี	3	15.78
> 10 ปีขึ้นไป	6	31.57
ไม่เคยมีประสบการณ์อบรม	10	52.63

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นพยาบาลประจำ 19 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี จำนวน 12 ราย อายุมากกว่า 29 ปี จำนวน 7 ราย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1 – 5 ปี จำนวน 10 ราย ระหว่าง 6 – 10 ปี จำนวน 3 ราย และปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ราย และ 10 รายไม่เคยมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 52.6

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถต่อการใช้นโยบาย
ทางการพยาบาล (N = 19)

ความสามารถ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
หมวดที่ 1 : ประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับ	15.5	0.18	มาก
หมวดที่ 2 : การดูแลสภาพผิวหนัง	13.1	0.27	มาก
หมวดที่ 3 : การดูแลภาวะโภชนาการ	14.5	0.51	มาก
หมวดที่ 4 : การป้องกันเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเหวี่ยง	14.7	0.21	มาก
หมวดที่ 5 : การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแล	15.7	0.27	มาก
หมวดที่ 6 : การจัดการสิ่งแวดล้อม	14.0	0.51	มาก
โดยรวม	14.58	0.50	มาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ความสามารถของพยาบาลในการนำนโยบายปฏิบัติการทางการพยาบาลไปใช้โดยรวม อยู่ในระดับมาก (MEAN = 14.58, SD= 0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด โดยหมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (MEAN = 13.1, SD= 0.27) และหมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (MEAN = 15.7, SD= 0.27)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N = 19)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.57	0.50	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯมีความ ชัดเจน	4.84	0.37	มากที่สุด
3. ท่านสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลฯได้จริง	4.68	0.47	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯมีความ เป็นไปได้ในการปฏิบัติของทิมสหสาขา	4.01	0.65	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯมีประโยชน์ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยอายุรกรรม	4.63	0.49	มากที่สุด
6. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาลฯโดยรวม	4.78	0.41	มากที่สุด
โดยรวม	4.58	0.48	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.48) จากการนำแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลไปใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยในข้อแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลฯมีความชัดเจน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.84, SD = 0.37) และข้อแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลฯมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของทิมสหสาขา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean =
4.01, SD = 0.65)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปทดลองใช้

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (N = 34)

	คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	50 - 60 ปี	12	35.29
	> 60 - 70 ปี	9	26.47
	> 70 ปี	13	38.24
เพศ	ชาย	34	100
	หญิง	0	0
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ	10 วัน	20	58.82
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (วัน)	12 วัน	14	41.18
ประวัติโรคที่เป็น (ผู้ป่วยอายุรกรรม 1 คน มีมากกว่า 1 โรค)	โรคความดันโลหิตสูง	11	32.35
	โรคเบาหวาน	15	44.11
	ไตวายเรื้อรัง	6	17.64
	โรคอื่นๆ (เช่น โรคปอดบวม, โรคอัมพาต, โรคมะเร็ง)	2	15.90
ยาที่มีผลต่อความดันโลหิต	มี	13	38.23
	ไม่มี	21	61.77
ประวัติการเกิดแผลกดทับ	มี	6	17.64
	ไม่มี	28	82.36
ประวัติการผ่าตัด/หัตถการ	การผ่าตัดเปลี่ยนไต	1	2.94
การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด (ผู้ป่วย 1 คน มีมากกว่า 1 อย่าง)	สายออกซิเจนทางจมูก (Cannula)	11	32.35
	ท่อช่วยหายใจ	8	23.52
	สายยางให้อาหาร	9	26.47
	หน้ากากออกซิเจน (O ₂ Mask with Bag)	2	5.88
	สายสวนปัสสาวะ	9	11.78
ระดับฮีมาโตคริต (%)	20 - 30	18	52.94

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (N = 34)

	คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับบิยูเอิน (mg/dL)	30 - 40	10	29.41
	40 - 50	6	17.65
	> 40 - 80	5	14.71
ระดับครีเอตินิน (mg/dL)	ไม่ได้ตรวจ	1	2.94
	0.1 - 1.0	7	20.58
	> 1.0 - 2.0	21	61.76
	> 2.0	5	14.72
ค่าดัชนีมวลกาย	< 18.5 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน	7	20.58
	18.5 - 22.9 ปกติ	3	8.82
	23 - 24.9 อ้วนระดับ 1	17	50.02
	25 - 29.9 อ้วนระดับ 2	7	20.58
ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ	อาหารปั่นสูตรผสม (1 กิโลแคลอรีต่อ 1 มิลลิลิตร)	9	26.47
	อาหารอ่อนจืด	10	29.41
	อาหารธรรมดาจืด	15	44.12

จากตาราง 4.4 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้้นำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปทดลองใช้ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563 จำนวน 34 ราย พบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมเพศชาย มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เฉลี่ย 12 วัน/ราย (SD = 0.89) ซึ่งผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้ง 34 ราย มีประวัติการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค และมีการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกดมากกว่า 1 อย่าง และส่วนใหญ่มีระดับฮีมาโตคริตอยู่ที่ช่วง 30 – 40 % ระดับบิยูเอินอยู่ในช่วง 10 – 40 mg/dL ระดับครีเอตินิน มากกว่า 2.0 mg/dL ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และส่วนใหญ่ได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิต

4.2 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรม

ระดับแผลกดทับ	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (N=45)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (N=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แผลกดทับระดับ 1	0	0	0	0
แผลกดทับระดับ 2	0	0	0	0
แผลกดทับระดับ 3	0	0	0	0
แผลกดทับระดับ 4	0	0	0	0
แผลกดทับที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้	0	0	0	0
แผลกดทับที่เนื้อเยื่อชั้นลึกถูกทำลาย	1	2.2	0	0
โดยรวม	1	2.2	0	0

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับทุกระดับ ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเนื้อเยื่อชั้นลึกถูกทำลาย เท่ากับร้อยละ 2.2

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้นโยบายที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 19 ราย ผู้ป่วยอายุรกรรม 34 ราย โดยเก็บข้อมูลวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีทั้งหมด 6 หมวด และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล 2) เครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล 3) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับของ NPUAP (2007) ส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เป็นผลจากการประเมินผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยแบบประเมินการเกิดแผลกดทับโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับของ NPUAP (2007) ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency : IOC) ได้เท่ากับ .98 และหา

ค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 รายในเวลาเดียวกัน (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับ .91

สรุปผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ หมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการที่ 4 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเสียดสี หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า

2.1 ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยรวม อยู่ในระดับมาก (MEAN = 14.58, SD= 0.50)

2.2 ความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.48) โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ เสนอแนะให้ควรลดจำนวนครั้งในการประเมิน หรือเหลือเฉพาะประเมินแรกรับ และเวรเช้า จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.78

หมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง เสนอแนะให้จัดหาอุปกรณ์ในการป้องกัน และดูแลให้เพียงพอ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.78

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ ไม่มีข้อเสนอแนะ

หมวดที่ 4 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเสียดสี เสนอแนะให้ควรรายงานแพทย์ให้ทราบอาการ ในรายที่พอรู้เรื่องหรือเข้าใจบ้าง ควรอธิบายให้เข้าใจ และผู้ป่วยที่ใส่สายอุปกรณ์ทางการแพทย์นาน ๆ ให้มีวัสดุรองรับที่หาได้ง่ายภายในหน่วยงาน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26

หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล เสนอแนะให้ ในรายที่ไม่มีญาติให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ Home Health Care ติดต่อญาติและให้ความรู้แก่ญาติ สอนญาติในกรณีที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม เสนอแนะให้เปิดหน้าต่างและพัดลม และแจ้งหัวหน้าหอเพื่อเพิ่มอุปกรณ์ระบายอากาศ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26

3. ผลของการประเมินในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไปใช้กับผู้ป่วย 34 ราย พบว่า พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับทุกระดับ ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ **เนื้อเยื่อชั้นลึกถูกทำลาย** เท่ากับร้อยละ 2.2

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยนำเสนอ การอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ได้มาจากการทบทวนวรรณคดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาคัดเลือกวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้อง และสามารถปฏิบัติได้ในบริบทที่ทำงานรวมถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วย จนได้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6 หมวดหลักคือ 1) การประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ 2) การดูแลสภาพผิวหนัง 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่า IOC เท่ากับ .98 และหาค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 รายในเวลาเดียวกัน (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับ .91 ดังนั้นเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจึงมีความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพและนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปทดลองใช้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) อีกครั้งแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ได้ดัดแปลงจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสาขาสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในการเตรียมจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล (พรพิลาส พลประสิทธิ์, 2552) การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (อารยา โกมล, 2556) เป็นต้น

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เจริญกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ามีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

2.1 ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (MEAN = 14.58, SD= 0.50) เนื่องจากมีคู่มือชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ และมีการสอนให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ยุ่งยากมาก สามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) ที่กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีรายละเอียดและมีการเขียนเป็นแผนผังให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ภูมิ (2550) ที่กล่าวว่า การมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในระดับดี

2.2 ความคิดเห็นของพยาบาลความคิดเห็นต่อการใช้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า โดยรวมพยาบาลทุกคนเห็นด้วยในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.48) โดยในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน (Mean = 4.84, SD = 0.37) เนื่องจากมีการรวบรวมแนวปฏิบัติจากงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ เหมาะสมกับบริบทขององค์กร และผลจากการศึกษาไม่พบแผลกดทับ สอดคล้องกับการศึกษาของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) ที่กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร

ในประเด็นความพึงพอใจกับการใช้นำแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.78, SD = 0.41) ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้จัดเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน และมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพร้อมเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใส่แฟ้มไว้ที่โต๊ะทำงานของพยาบาล ดิฐพลิกตะแกงตัวไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วยทุกเตียง และแทรกแบบประเมินความเสี่ยงไว้ในแฟ้มบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงดิฐรูปาพระดับแผลกดทับไว้ที่แฟ้มการดูแลแผลกดทับ เพื่อให้พยาบาลได้อ่านหรือเปิดดูเมื่อพยาบาลลิ้มขั้นตอนหรือจำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ได้ ส่วนในประเด็นพยาบาลสามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย ธรรมกิจ (2550) ที่กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากงานวิจัยเชิงทดลอง จะส่งผลให้ความน่าจะเป็นของการนำไปใช้ได้อยู่ในระดับดีมาก

ในประเด็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, SD = 0.49) เนื่องจากแนวปฏิบัติสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้จริงตามสาเหตุและลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรม เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยอายุรกรรมมีความหลากหลาย และตรงกับหัวข้อในแนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของรินณารายา (2559) ที่กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วย จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ในระดับดี

2.3 ผลการศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยประเมินผลจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษา พบว่าไม่เกิดแผลกดทับทุกระดับ เนื่องจากผลการประเมินความสามารถพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับดี และมีผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากแนวทางปฏิบัติมีความชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ถ้าผู้ปฏิบัติมีความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับดี และมีความเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับดี จะทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีด้วย ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงและไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลดังนี้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยทั้งวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญที่มีทั้งผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยอายุรกรรม และเลือกใช้กิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรวมถึงบริบทสถานที่นั้น ๆ

2. ควรนำแบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของบันทึกการพยาบาลประจำวันของพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลผลลัพธ์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ขณะอยู่ในโรงพยาบาลที่เกิดจากการดูแลของพยาบาล รวมทั้งมีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูล

ให้กับพยาบาลในเวรถัดไป เพื่อให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน ควรดำเนินการจัดอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และขั้นตอนวิธีการใช้แนวปฏิบัติให้กับพยาบาลทุกคนก่อน เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และมองเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย และสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย รวมถึงมีการมอบหมายงานให้พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับแทนพยาบาลเจ้าของไข้ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่มีเวลา เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต นอกจากนี้ควรมีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม เช่น ที่นอนลม ผ้าลินิน เป็นต้น

4. ควรมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันอย่างเพียงพอ และหาได้ง่ายในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต

บรรณานุกรม

- ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์. (2550) การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ผู้ป่วยหนัก ผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิตมหาวิทาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63 – 76.
- นภาพร ภมร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
สูงอายุโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต
มหาวิทาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์. (2560). การจัดการความปวดแผลเรื้อรังและเจ็บพลัน: จากหลักฐาน
เชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37(3). 144-152.
- เปรมจิตร คล้ายเพ็ชร อรอนงค์ เนียมเจียม และสุพัตรา นำสุวัฒน์. (2548). โครงการการประชุม
วิชาการเรื่อง ICU care 2008. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
และชมรมพยาบาล ไอซียู แห่งประเทศไทย.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2563) สถิติการปฏิบัติงานประจำปี.
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.
- พุดตาน วงศ์ศิริรัตนชัย. (2556). *Assessment of Pressure Ulcer and Benefit of Pressure Ulcer
Treatment Following Clinical Practice Guideline*. กรุงเทพฯ: เวชสาร 2556; 209-221.
- พรพิลาศ พลประสิทธิ์. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ค้ำสาวยสวนหลอดเลือดดำ
พรศิริ เรือนสว่าง, เพ็ญพิมพ์ ชันทอง, ณัฐนันท์ หาญณรงค์, ธันฐกรณ กอสกุลศิริบุรณ์ และอรุณรัตน์
เพิ่มผล. (2557). การจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบัน
บำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 8(3). 1-11.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธี
ปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มณีนุช สุทธสนธิ์ และ กาญจนา ปัญญาธร. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกัน
การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอากรหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมจังหวัด
อุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 37(4). 80-89.
- ยุวดี เกื้อกุลวงศ์ชัย. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 8(1). 1-11.

- รินณาราย สายเมฆ. (2559). การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รุจภา เจริญธนโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกัน
แผลกดทับ. วารสารพยาบาล. 67(4). 53-61.
- สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2556). ผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์
แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อารยา โกมล. (2556). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอน
หลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัย สงขลา
นครินทร์, สงขลา.
- อุทัย จำปาเวศ, โสรัจญา สุริยันต์, ทรงชัย วิริยะอำไพวงศ์ และอารยะ เสนาคูณ. (2547). ผลของการ
ใช้เบาะรองสะโพกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว.
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], (1992). *Panel for the Prediction and
Prevention of Pressure Ulcers in Adults*. Rockville (MD). Retrieved July 22, 2013,
from <http://www.ahrq.gov/professionals/dclinicians-providers/guidelines-recommendations/archive.html>
- AGREE Next Steps Consortium (2009). *The AGREE II Instrument [Electronic version]*.
Retrieved< Month, Day, Year>, from <http://www.agreetrust.org> .
- Bergstrom, N., Braden, J.B., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting
pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.
- Defloor, T., Bacquerb, D.D., & Grypdonck, M.H.F. (2005). The effect of various combinations of
turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers [Electronic
version]. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 34-46.
- Elliott, R., McKinly, S., & Fox, V. (2008) Quality improvement program to reduce the prevalence
of pressure ulcers in an intensive care unit [Electronic version]. *American Journal of
Critical Care*, 17(4), 328-335.

- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009).
Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:
 National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: Current Strategies.
Drugs & Aging, 27(4), 311-326.
- Joanna Briggs Institute [JBI], (2008). Pressure Ulcers – Prevention of Pressure Related Damage.
 Best Practice, 12(2), 1-4.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). *A guide to the development,
 implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved July 10, 2011,
 from http://www.ausinfo.gov.au/gen_hottobuy.html.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP]. (2007). *Pressure ulcer stages revised by
 NPUAP: PressureUlcer Definition*. Retrieved September 13, 2012, from
www.npuap.org/pr2htm.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009) . *European Pressure Ulcer Advisory Panel and
 National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers:
 quick reference guide*. Retrieved September 13,2012, from www.npuap.org
- Nieto-García, L., Carpio-Pérez, A., Moreiro-Barroso, M. T., & Alonso-Sardón, M. (2021). Can an
 early mobilisation programme prevent hospital-acquired pressure injures in an intensive
 care unit?: A systematic review and meta-analysis. *International wound journal*, 18(2),
 209–220. <https://doi.org/10.1111/iwj.13516>
- Rajhathy, E. M., Meer, J. V., Valenzano, T., Laing, L. E., Woo, K. Y., Beeckman, D., & Falk-
 Brynhildsen, K. (2023). Wound irrigation versus swabbing technique for cleansing
 noninfected chronic wounds: A systematic review of differences in bleeding, pain,
 infection, exudate, and necrotic tissue. *Journal of tissue viability*, 32(1), 136–143.
<https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.11.002>
- Schoonhoven, L., Defloor, T., van der Tweel, I., Buskens, E., & Grypdonck, M. H. (2002). Risk
 indicators for pressure ulcers during surgery. *Applied nursing research : ANR*, 15(3),
 163–173. <https://doi.org/10.1053/apnr.2002.34145>

- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2007). *Pressure Ulcer Category/Staging Illustrations*. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-ulcer-categorystaging-illustrations/>
- The Registered Nurses Association of Ontario. (2011) *Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers*. Revised 2011 Supplement Enclose. Retrieved September 1, 2012, from www.rnao.org/bestpractices.
- Waterlow, J. (2005). *Waterlow Score Card*. Retrieved September 13, 2012, from <http://www.judywaterlow.co.uk/the-waterlow-score-card.htm>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กุลวัฒน์ พัฒนประภาพันธ์ อาจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
2. อาจารย์นพัตถร พฤกษาอนันตกาล อาจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
3. พว.ณัฐวิมล วงศ์เชษฐา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
4. พว. อรวรรณ กล้ายไม้ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4D
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
5. พว. ธมลวรรณ ขอดกลกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๖๓๖

วันที่ ๕๖ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๖๔ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์กุลวัฒน์ พัฒนประภาพันธ์ อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวิชัย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน
ผู้พิมพ์ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๓ (๖๒ ม.๑. ๖๓)



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๓๐๘๒)

ที่ นมร. ๐๓๑๒/๒๗๕๖ วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการกุศล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๖๙ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ อาจารย์นพพัตร พฤษพานันตกาล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการกุศล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ได้รับเรื่องแล้ว

ลงชื่อ.....

(๓๑ มี.ค. ๒๕๖๓)

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล.....

หัวหน้าสาขาการพยาบาล.....

ผู้ตรวจทาน.....

ผู้พิมพ์ จรจิต แสงแก้ว (๒๖๓.๑๓)



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๖๓๒

วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม (พว.ณัฐพิมล วงศ์เชษฐา)

ด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๖๙ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่าน พว.ณัฐพิมล วงศ์เชษฐา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวินิชย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๒๓๘ วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน พว.ธมลวรรณ ยอดกลกิจ

ด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๖๙ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่าน พว.ธมลวรรณ ยอดกลกิจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภู่วัฒนนิษฐ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ภาคผนวก ข

แนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม

แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม

ความหมาย

แผลกดทับ หมายถึง เนื้อเยื่อที่มีการตายจากการขาดเลือด อันเกิดจากถูกกดทับเป็นเวลานาน และหรือร่วมกับแรงเฉือน/แรงดึง ซึ่งมักเกิดบริเวณปุ่มกระดูก เช่น เหนือกระดูกก้นกบ สันเท้า สะโพก และตาตุ่ม เป็นต้น

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยอายุรกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่

1. ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60ปี)
2. ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินบราเคน น้อยกว่า 18
3. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เส้นประสาทไขสันหลัง หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง
4. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
5. ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางด้านโภชนาการ

เกณฑ์การรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงทุกราย (คะแนนบราเคนน้อยกว่า 18)

ผู้ที่จะได้ประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ คือ

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งจะได้รับการดูแลป้องกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร และได้มาตรฐานในการปฏิบัติงาน ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
3. หน่วยงานและองค์กรวิชาชีพ เป็นการเพิ่มมาตรฐานการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสี และแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.1 ใช้แบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับของบราเดน (1987) ในผู้ป่วยทุกราย โดยความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับค่าคะแนน Barden's Scale > 18 ประเมินทุกเวรเช้า หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยน และ ระดับค่าคะแนน Braden's Scale ≤ 18 ประเมินทุกเวร

1.2 ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีอุณหภูมิสูงกว่าผิวหนังโดยรอบ

1.3 เมื่อเกิดรอยแดงตามผิวหนัง ประเมินรอยแดง โดยใช้เทคนิค Finger Pressure Method

1.4 ประเมินบริเวณผิวหนัง หรือเยื่อบุอ่อนภายใต้อุปกรณ์ทางการแพทย์

หมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง

2.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดา หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายจากผิวหนังที่แห้งและบอบบาง

2.2 ใช้สารทำความสะอาด (Cleanser) ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (pH 5.5) หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่มีความเป็นด่างสูง และหลีกเลี่ยงการนวดที่รุนแรง หรือการขัดถูผิวหนัง

2.3 ภายหลังทำความสะอาดใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิว ที่มีส่วนผสมของซิลิโคน พร้อมสารบำรุงที่ทำให้ความชุ่มชื้น

2.4 สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทาโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นขี้ผึ้งทา 1-2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว

2.5 ป้องกันความเปียกชื้น โดยใช้แผ่นรองซับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว สอบถามความต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดการพลิกตะแคงตัว

2.6 สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence) ทำความสะอาดด้วยสารทำความสะอาด (Cleanser) ใช้กระดาษทิชชูเปียกซับ ลดการเสียดสีให้มากที่สุด หลังทำความสะอาดใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวที่มีส่วนผสมของซิลิโคน พร้อมสารบำรุงที่ทำให้ความชุ่มชื้น

2.7 ใช้ผ้าที่มีความนุ่ม ลื่น เช่น ผ้าลินิน (Linen) รองผู้ป่วยเพื่อป้องกันแรงเสียดสี/แรงเฉือน

2.8 ใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีความหนา เช่น แผ่นโฟม ปิดบริเวณผิวหนังที่มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับและประเมินผิวหนังได้วัสดุทางการแพทย์ที่ติดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ สารอาหาร/สารน้ำ

3.1 ประเมินภาวะโภชนาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3.2 ในผู้ป่วยสูงอายุให้โปรตีน 1.2 -1.5 g/kg/day

3.3 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณ 30 - 35 kcal/kg/day

3.4 การติดตามประเมินตามระดับ Serum albumin, Hct 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

3.5 รายงานแพทย์เมื่อระดับ Serum albumin 3.5 mg/dl

3.6 ติดตามประเมินค่า BUN,Cr 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

3.7 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้า-ออกทุกวัน

3.8 ประเมินการรับได้ของอาหารทางสายยาง

3.9 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 30 ml/kg/day

3.10 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin < 3.5 mg% ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูงโดยให้ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

3.11 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

หมวดที่ 4 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเฉือนแรงและเสียดสี

4.1 ใช้ที่นอนลมรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกคน และตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอ หรือใช้ผ้านุ่มหนา 2-3 ชั้นรองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดความอับชื้น

4.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง สำหรับในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูงให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1-2 ชั่วโมง และในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็นเป็นเวลานาน ดูแลยก ขยับร่างกายอย่างน้อยทุก 15 – 30 นาที

4.3 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรอยู่ในท่านั่ง ไม่เกินครั้งละ 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4.4 ใช้หมอนรองได้น่องให้ส้นเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด และใช้โฟมที่มีความหนานุ่มรองส้นเท้า

4.5 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการรักษา ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงกึ่งหงาย 20-30 องศาไปทางด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย

4.6 ในการจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า และระหว่างตาตุ่มเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

4.7 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไถลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ pad slide หรือผ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน

4.8 หลีกเลี่ยงการทำนวด/ตะแคง 90 องศา หรือท่าที่จะเพิ่มแรงกด หรือแรงเสียดสีบริเวณก้นกบ

4.9 ลดแรงกดจากเครื่องมือทางการแพทย์ โดยใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีความหนานุ่มรองเพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง และประเมินผิวหนังวัสดุทางการแพทย์ทุกเวอร์

4.10 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปาก ไม่ติดคั้ง

4.11 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด

หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเลือกวัสดุทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พร้อมทั้งแจกเอกสารประกอบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

6.1 ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อย หรือร่างกายได้รับความหนาวเย็น โดยสอบถามจากผู้ป่วยหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็น ควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอบอุ่น

6.2 จัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม

6.3 จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบตึง

ภาคผนวก ค

เครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

**เครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล**

คำชี้แจง แบบสอบถามเชิงกระบวนการมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ระดับการศึกษาสูงสุด () 1. ปริญญาตรี () 2. สูงกว่าปริญญาตรี
2. อายุ _____ ปี
3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพพยาบาล
() 1. ระหว่าง 1 – 5 ปี () 2. ระหว่าง 6 – 10 ปี () 3. มากกว่า 10 ปีขึ้นไป
4. ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล / ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
() 1. มี () 2. ไม่มี
5. ผู้ป่วยที่ท่านได้รับมอบหมายให้ดูแล เกิดแผลกดทับทุกระดับรวม..... แผล
6. ระดับความพึงพอใจของท่านในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน
() พึงพอใจมากที่สุด
() พึงพอใจมาก
() พึงพอใจปานกลาง
() พึงพอใจน้อย
() พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
เพื่อการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คำชี้แจง อ่านข้อความแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง / ตามความคิดเห็นของท่าน และกรณาระบุเหตุผลในข้อที่ท่านปฏิบัติไม่ได้ ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ

หมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

หมวดที่ 4 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	หมายเหตุ
หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ			
1.1 ใช้แบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับของบราเดน (1987) ในผู้ป่วยทุกราย โดยความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับค่าคะแนน Barden's Scale > 18 ประเมินทุกเวรเช้า หรือ เมื่อมีอาการเปลี่ยน และ ระดับค่าคะแนน Braden's Scale ≤ 18 ประเมินทุกเวร			
1.2 ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีอุณภูมิสูงกว่าผิวหนังโดยรอบ			
1.3 เมื่อเกิดรอยแดงตามผิวหนัง ประเมินรอยแดง โดยใช้เทคนิค Finger Pressure Method			
1.4 ประเมินบริเวณผิวหนัง หรือเยื่อบุอ่อนภายใต้อุปกรณ์ทางการแพทย์			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	หมายเหตุ
หมวดที่ 2 การดูแลสภาพผิวหนัง			
2.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดา หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจาก จะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายจากผิวหนังที่แห้งและบอบบาง			
2.2 ใช้สารทำความสะอาด (Cleanser) ที่มีค่า pH ใกล้เคียง ผิวหนัง (pH 5.5) หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่มีความเป็นด่างสูง และ หลีกเลี่ยงการนวดที่รุนแรง หรือการขัดถูผิวหนัง			
2.3 ภายหลังทำความสะอาดใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิว ที่มี ส่วนผสมของซิลิโคน พร้อมสารบำรุงที่ให้ความชุ่มชื้น			
2.4 สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทาโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นจี้ผึ้งทา 1-2 ครั้ง/ วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของ น้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว			
2.5 ป้องกันความเปื่อยกร่อน โดยใช้แผ่นรองซับและประเมิน ความเปื่อยกร่อนทุกครั้งที่เกิดตะไคร่ขาว สอบถามความต้องการ ขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดตะไคร่ขาว			
2.6 สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence) ทำความสะอาดด้วยสารทำความสะอาด (Cleanser) ใช้กระดาษทิชชู เปียกซับ ลดการเสียดสีให้มากที่สุด หลังทำความสะอาดใช้ ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวที่มีส่วนผสมของซิลิโคน พร้อมสารบำรุงที่ ให้ความชุ่มชื้น			
2.7 ใช้ผ้าที่มีความนุ่ม ลื่น เช่น ผ้าลินิน (Linen) รองผู้ป่วย เพื่อ ป้องกันแรงเสียดสี/แรงเฉือน			
2.8 ใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีความหนา เช่น แผ่นโฟม ปิด บริเวณผิวหนังที่มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับและประเมิน ผิวหนังได้วัสดุทางการแพทย์ที่ติดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	หมายเหตุ
หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ สารอาหาร/สารน้ำ			
3.1 ประเมินภาวะโภชนาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง			
3.2 ในผู้ป่วยสูงอายุให้โปรตีน 1.2 -1.5 g/kg/day			
3.3 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณ 30-35 kcal/kg/day			
3.4 การติดตามประเมินตามระดับ Serum albumin, Hct 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์			
3.5 รายงานแพทย์เมื่อระดับ Serum albumin $\leq$ 3.5 mg/dl			
3.6 ติดตามประเมินค่า BUN,Cr 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลย พินิจของแพทย์			
3.7 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้า-ออกทุกวัน			
3.8 ประเมินการรับได้ของอาหารทางสายยาง			
3.9 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารน้ำ 30 ml/kg/day			
3.10 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin < 3.5 mg% ดูแลให้ได้รับ อาหารโปรตีนสูงโดยให้ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เป็นโปรตีนจาก สัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อยู่ในดุลย พินิจของแพทย์			
3.11 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	หมายเหตุ
หมวดที่ 4 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเฉือนแรงและเสียดสี			
4.1 ใช้ที่นอนลมรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกคน และตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอ หรือใช้ผ้านุ่มหนา 2-3 ชั้นรองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดความอับชื้น			
4.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง สำหรับในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูงให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1-2 ชั่วโมง และในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็นเป็นเวลานาน ดูแลยก ขยับร่างกายอย่างน้อยทุก 15 – 30 นาที			
4.3 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรรออยู่ในท่านั่งไม่เกินครั้งละ 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ			
4.4 ใช้หมอนรองได้น่องให้สันเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด และใช้โฟมที่มีความหนานุ่มรองสันเท้า			
4.5 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการรักษา ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงกึ่งหงาย 20-30 องศาไปทางด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย			
4.6 ในการจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า และระหว่างตาตุ่มเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่			
4.7 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไถลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ pad slide หรือผ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน			
4.8 หลีกเลี่ยงการท่านั่ง/ตะแคง 90 องศา หรือท่าที่จะเพิ่มแรงกด หรือแรงเสียดสีบริเวณก้นกบ			
4.9 ลดแรงกดจากเครื่องมือทางการแพทย์ โดยใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีความหนานุ่มรอง เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง และประเมินผิวหนังวัสดุทางการแพทย์ทุกเวร			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	หมายเหตุ
4.10 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วย พลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปาก ไม่ติดคิ๊ง			
4.11 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด			
หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและ ญาติผู้ดูแล			
5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ผู้ป่วย ในเรื่องความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ ให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของ แผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเลือกใช้วัสดุ ทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พร้อมทั้งแจก เอกสารประกอบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย			
หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม			
6.1 ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อย หรือร่างกายได้รับความ หนาวเย็น โดยสอบถามจากผู้ป่วยหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็น ควร เพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอบอุ่น			
6.2 จัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม			
6.3 จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบตึง			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์

เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คำชี้แจง แสดงความคิดเห็นของท่านต่อข้อความในแต่ละข้อโดยใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็น

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

มาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก แต่ไม่ทั้งหมด

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงครึ่งเดียว

น้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. นโยบายทางการแพทย์ฯ ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน					
2. นโยบายทางการแพทย์ฯ มีผลความชัดเจน					
3. ท่านสามารถปฏิบัติตามนโยบายทางการแพทย์ฯ ได้จริง					
4. นโยบายทางการแพทย์ฯ มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของทิมสหสาขา					
5. นโยบายทางการแพทย์ฯ มีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม					
6. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้นโยบายทางการแพทย์ฯ โดยรวม					
ปัญหา / อุปสรรค และข้อเสนอแนะ					
.....					
.....					

ภาคผนวก ง

เครื่องมือประเมินผลเชิงผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผล
กดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

**เครื่องมือประเมินผลเชิงผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผล
กดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล**

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย
เพชรรัตน์ 12B ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับอย่างน้อย 1 แผลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์
12B ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับใน

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน กรกฎาคม 2563

1. จำนวนรายงานอุบัติการณ์แผลกดทับเดือนมิถุนายน 2563
 - () ไม่เกิดแผลกดทับ
 - () เกิดแผลกดทับ จำนวน..... แผล (ระบุรายละเอียดในส่วนที่ 2)
2. จำนวนรายงานอุบัติการณ์แผลกดทับเดือนกรกฎาคม 2563
 - () ไม่เกิดแผลกดทับ
 - () เกิดแผลกดทับ จำนวน..... แผล (ระบุรายละเอียดในส่วนที่ 2)
3. จำนวนรายงานอุบัติการณ์แผลกดทับเดือนสิงหาคม 2563
 - () ไม่เกิดแผลกดทับ
 - () เกิดแผลกดทับ จำนวน..... แผล (ระบุรายละเอียดในส่วนที่ 2)

No.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับอย่างน้อย 1 แผลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ระหว่างเดือน
มิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม 2563 อุบัติการณ์แผลกดทับเดือน.....พ.ศ.

2563

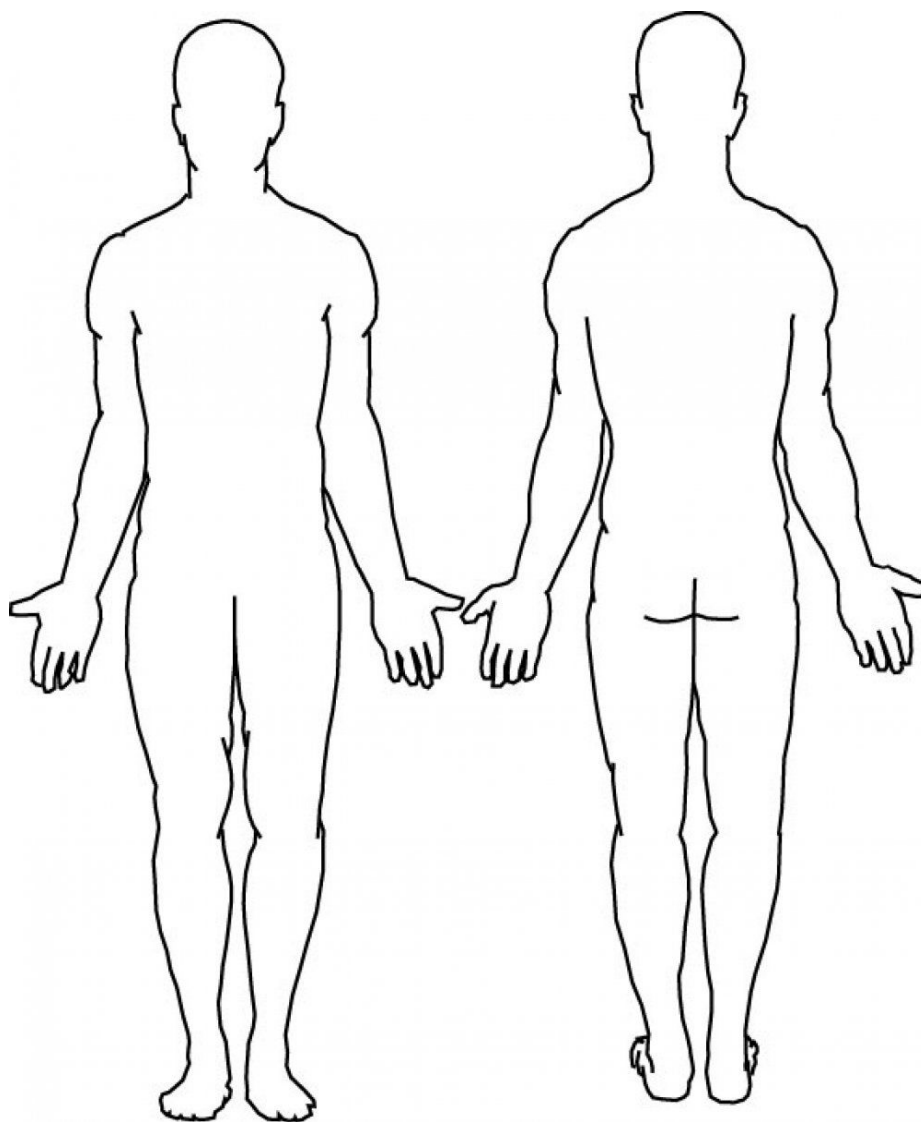
1. เกิดอุบัติการณ์แผลกดทับเดือน.....พ.ศ. 2563
2. จำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล วัน
3. อายุ ปี
4. เพศ () ชาย () หญิง
5. ประวัติโรคที่เป็น
6. ประวัติการใช้ยา
7. ประวัติการเกิดแผลกดทับ () มี ระบุช่วงเวลา..... () ไม่มี
8. การเกิดแผลกดทับมาจากบ้าน () มี () ไม่มี
9. ประวัติการผ่าตัด / หัตถการ
 - ผ่าตัด (ระบุชนิดของการผ่าตัด)
 - วันที่ผ่าตัด
 - หัตถการ (ระบุชนิดของหัตถการ)
 - วันที่ทำหัตถการ
10. การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด () ไม่มี
 - () สายออกซิเจนทางจมูก (Canula) () ท่อช่วยหายใจ () สายยางให้อาหาร
 - () เปลือก / เครื่องดาม () ท่อ/สายระบายต่างๆ
11. ระดับ Hct (%) วันที่ตรวจ
12. ระดับ BUNCr..... วันที่ตรวจ
13. BMI
14. ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ วันที่.....
15. คะแนนประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk แกร์รับ).....

16. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับการประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเฉพาะราย

ว / ค / ป	ตำแหน่ง	ระดับ	ลักษณะ / ขนาด	ชื่อผู้บันทึก

สรุปการเกิดแผลกดทับวันที่จำหน่าย / ย้ายผู้ป่วยหอผู้ป่วย.....

กรุณาใช้ดินสอทำเครื่องหมาย ✕ บนรูปภาพตรงตำแหน่งที่ตรวจพบรอยแดงทุกครั้ง พร้อมวันที่ตรวจพบ (ไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว)



ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

๖๘๓ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๖๔๔-๖๘๔๓



COA ๐๖๔/๒๕๖๓

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย
ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report,
CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure Ulcers Prevention in
Medical patients Vajira Hospital.

เลขที่โครงการ : ๐๔๙/๖๓

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศุภวิญ มาลีวงษ์

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version ๓ ลงวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๓
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการให้กสิณธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย
Version ๑ ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๓
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป) Version ๑
ลงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๓
- เครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับ
ผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล Version ๒ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓
- แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- งบประมาณและแหล่งทุน Version ๓ ลงวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๓
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :

๑. นางสาวศุภวิญ มาลีวงษ์

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ หังจิตรมกล)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ต่ออายุรับรองครั้งที่ ๑

วันที่รับรอง : ๑๐/๐๖/๒๕๖๓

วันที่รับรอง : ๑๐/๐๖/๒๕๖๔

วันหมดอายุ : ๐๙/๐๖/๒๕๖๔

วันหมดอายุ : ๐๙/๐๖/๒๕๖๕

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ หังจิตรมกล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๖๘๓ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๖๔๔-๖๘๔๓ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๘๔๓

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อสกุล	นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	22 กุมภาพันธ์ 2519
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	69/517 ถนน ลำลูกกา ตำบล/แขวง บึงคำพร้อย อำเภอ/เขต ลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12150 โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 08-2989-5414
ประวัติการศึกษา	-ระดับปริญญาตรี วิชาเอก พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ประเทศไทย - ระดับปริญญาโทวิชาเอก พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย -การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและทวารใหม่ ร.พ.ศิริราช ประเทศไทย

ข้อมูลประสบการณ์/ความถนัด/ความสนใจพิเศษ

1. ประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมา ปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัย
นวมินทราชินราช รวมระยะเวลา 19 ปี
2. ประสบการณ์ในงานด้านวิชาการลักษณะงาน เช่น วิทยากร ผู้เขียนบทความ
ที่ปรึกษา ฯลฯ เป็นวิทยากรในการอบรมเรื่อง ostomy & wound care ปี 2551 – ปัจจุบัน

ผลงานวิจัยในอดีต (ทั้งที่เป็นเจ้าของโครงการและร่วมโครงการ)

1. ประสิทธิภาพของโพวิโนไอโอดีนต่อการบรรเทาอาการหลอดเลือดดำส่วนปลาย
อักเสบจากการทำหัตถการ
2. การศึกษาเปรียบเทียบการทำแผลด้วย 0.9% นอร์มัลซาลินกับไฮโดรคอลลอยด์
ชนิด ตาข่ายผสมซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีนต่อการบรรเทาภาวะผิวหนังอักเสบ
3. การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

