

บทความวิจัย

ผลการใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Effects of the SSIE-Tq3h Bundle Care to Prevent Pressure Injury in at Risk Patients

นพรัตน์ เรืองศรี (Noppharat Rueangsri)*

Received: Aug 20, 2019

Revised: Sep 5, 2019

Accepted: Dec 11, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในอดีต วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วน การเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มอ้างอิงที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยที่ใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ซึ่งปรับปรุงมาจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ประกอบด้วย S: Surface S: Skin I: Incontinence E: Encourage Nutrition Tq3h: Turn Position ทุก 3 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมที่มี braden score ≤ 16 คะแนน จำนวน 80 ราย กลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิงจำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 40 ราย กลุ่มศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2561 ถึง มีนาคม 2562 กลุ่มอ้างอิงเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างเดือน เมษายน 2560 ถึง มีนาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) ชุดของวิธีปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะเสี่ยงตาม braden scale และการเกิดแผลกดทับผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.89 และค่าความเที่ยงแบบวัดความเท่าเทียมกันเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ข้อมูลภาวะเสี่ยงตาม braden scale และการเกิดแผลกดทับด้วยสถิติ chi-square ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาที่ใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h มีสัดส่วนการเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มอ้างอิงที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)

คำสำคัญ: วิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h แผลกดทับ การป้องกัน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร, e-mail: napharat_j@hotmail.co.th

Abstract

This study was an intervention study with a historical control group. The objective is to compare the ratio of pressure injury between patients receiving normal care with the SSIE-Tq3h bundle care, which was updated from the nursing department at Siriraj Hospital, it consists of S:Surface, S: Skin, I: Incontinence, E: Encourage Nutrition, Tq3h: Turn Position which is to change and reposition every 3 hours. The sample is made up of 80 inpatients in special medical wards with Braden scores of ≤ 16 points. Data from 40 in the study group were collected from April 2018-March 2019, while 40 in the historical control group it was collected from patients medical records from April 2017-March 2018. The tools used were the SSIE-Tq3h bundle care to prevent pressure injury and patient's record form, namely general information, Braden scale and the number of pressure injury. These were validated by 3 experts, the content validity index was 0.90 and 0.89 and the interrater reliability was 1. Analysis of information of general data, risk according to the Braden scale and effects of the SSIE-Tq3h bundle care with chi-square statistics was done. The study indicated that using the SSIE-Tq3h bundle care for ratio of pressure injury is less than the reference group that received regular care and has statistical significance. ($p < 0.01$)

Keywords: SSIE-Tq3h Bundle care, Pressure injury, Prevention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับ เป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ที่มีสาเหตุจากแรงกดที่มีต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ระยะเวลาและแรงกดมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ นั่นคือ ถ้ามีแรงกดปริมาณมาก จะทำให้เกิดแผลกดทับได้ในระยะเวลาสั้น ในทางกลับกันถ้าปริมาณแรงกดต่ำแต่มีระยะเวลาในการกดทับนานก็ทำให้เกิดแผลกดทับได้ (Gatsumpun, 2009) การไม่เคลื่อนไหวหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น เช่น 1) ภาวะทุพโภชนาการมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความยืดหยุ่น 2) การสูญเสียระบบรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือไม่สบาย เกิดการนอนทับเป็นเวลานานโดยไม่มีการขยับหรือพลิกตัว 3) ภาวะโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง ไตวาย มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดและการนำออกซิเจนสู่ผิวหนังลดลงส่งผลให้เกิด

ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย 4) ความเปียกชื้น มีผลทำให้ผิวหนังมีความอ่อนแอมากขึ้น จากการสูญเสียน้ำมันและการเสียดสีของผิวหนังบริเวณสัมผัสกับพื้นผิวรองรับ ความชื้นที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานๆ ทำให้เนื้อเยื่อเปื่อย ผิวหนังถูกกัดกร่อนได้ง่าย โดยเฉพาะความเปียกชื้นจาก อุจจาระและปัสสาวะ (Beekman, Smet, & Bussche, 2018) 5) อายุที่สูงขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70.0 (Manzano et al., 2010) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่ออายุมาก ได้แก่ การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ผิวหนังจะเริ่มบางลง เนื้อเยื่อสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับ รวมทั้งการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อบกพร่อง นอกจากนี้เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังจะมีปริมาณไขมันลดลงทำให้ผิวหนังบางลงเกิดรอยช้ำตามร่างกายได้ง่ายการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง



จากความเสื่อมของปลายประสาทที่เพิ่มขึ้นตามอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกโดยเฉพาะบริเวณก้นกบสะโพก สะบักและส้นเท้า (McInnes, Bell-Syer, Dumville, Legood, & Cullum, 2008)

การเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย เช่น แผลมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายและหายช้า ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การฟื้นฟูหายจากโรคที่เป็นอยู่ช้าลง เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน มีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการทำแผล ยา อาหารเสริม บุคลากรที่ผู้ดูแลมีการะงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากแผลกดทับเพิ่มมากขึ้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับนับเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับชุดการดูแล (care bundle) ซึ่งเป็นการรวบรวมเอาวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศตามหลักฐานเชิงประจักษ์เข้าไว้ด้วยกันเป็นชุดเดียวเพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติติดตาม ตรวจสอบง่ายและทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Xiao-Lin Zuo , & Fan-Jie Meng ,2015)

กองการพยาบาลและเครือข่ายพยาบาลเขตสุขภาพที่ 3 ได้กำหนดให้การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขององค์กรพยาบาล ทีมพัฒนามาตรฐานการพยาบาลกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตรจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับตั้งแต่ปี 2551 ได้จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Braden เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้านได้แก่การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (Skin moisture) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และแรงเสียดสีและแรงเฉือน (Friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-23 ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยงคือ 16 และ

ยิ่งได้คะแนนน้อยจะยิ่งเสี่ยงมาก (Bergstrom, Braden , Laguzza, & Holman , 1987)พร้อมทั้งกำหนดแบบบันทึกเพื่อติดตามเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับและมีระบบการรายงานการเกิดแผลกดทับ โดยกำหนดตัวชี้วัด เป็นอัตราการเกิดแผลกดทับเกรด 2-4 น้อยกว่าเท่ากับ 2 ต่อ 1000 วันนอน (Nursing division, Phichit Hospital, 2008) ซึ่งคู่มือดังกล่าวยังขาดรายละเอียดที่ชัดเจนในการปฏิบัติ ส่วนใหญ่เน้นการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการจำแนกระดับแผลกดทับและแนวทางดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับความก้าวหน้าทางวิชาการในปัจจุบัน

จากการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับพบว่ายังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับขาดความตระหนักถึงการประเมินสภาพผิวหนังภาวะโภชนาการ มีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่หลากหลาย ประกอบกับปัจจุบันมีบุคลากรทางการพยาบาลเข้ามาทำงานใหม่ ย้ายเข้า-ลาออก ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาในการเฝ้าระวังดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับมากขึ้น และจากการติดตามเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร ปีพ.ศ.2558-2560 มีอัตราการเกิดแผลกดทับ 5.60,5.94 และ 6.93 ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนสถิติการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 ปีพ.ศ.2558-2560 มีอัตราการเกิดแผลกดทับ 1.89 , 3.85 และ 4.77 ต่อ 1000 วันนอน (Nursing division, Phichit Hospital, 2017) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำ ชุดของวิธีปฏิบัติ SSI-ET Bundle ของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชที่สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้ ซึ่งง่ายต่อการจดจำและนำไปใช้ (Prasungsit, Rungsangjium, & Moungghen, 2016) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเงินได้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เกรด 2-4 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย S: Surface คือ การใช้ที่นอนลมไฟฟ้าชนิดลอนในการลดแรงกด S: Skin คือการดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนังและบริเวณผิวหนัง



ที่เปราะบาง I: Incontinence คือการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้
E: Encourage Nutrition คือการคัดกรองภาวะโภชนาการและการดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ Tq3h: Turn Position คือการเปลี่ยนและจัดท่านอนทุก 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ดีกว่าการดูแลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สัดส่วนการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด SSI-ET Bundle ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชมาปรับปรุงเป็นชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเกรด 2-4 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพิจิตร

ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h

- 1) S: Surface: การใช้ที่นอนลมไฟฟ้าชนิดนอนในการลดแรงกด
- 2) S: Skin: การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง และบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง
- 3) I: Incontinence: การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเปียกชื้นของปัสสาวะอุจจาระ
- 4) E: Encourage Nutrition: การคัดกรองภาวะโภชนาการและการดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ
- 5) Tq3h: Turn Position: การเปลี่ยนและจัดท่านอน ทุก 3 ชั่วโมง

การเกิดแผลกดทับ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ควบคุมในอดีต (Intervention study with historical control group) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h กับกลุ่มอ้างอิงที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดำเนินการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden score) ≤ 16 คะแนน ที่พักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 จำนวน 268 ราย

กลุ่มตัวอย่างใช้การประมาณจากจำนวนประชากร (Srisaart, 2013) แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มละ 40 ราย ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 ที่มีระดับ Braden score ≤ 16 คะแนน สามารถนอนที่นอนลมได้และไม่มีแผลกดทับมาก่อนรับไว้ใน การดูแลมีระยะเวลาในการดูแลไม่น้อยกว่า 3 วันและยินดีเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนเมษายน 2561 ถึง มีนาคม 2562 2) กลุ่มอ้างอิงเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ อายุรกรรมชั้น 5 ที่มีระดับ Braden score ≤ 16 คะแนน สามารถนอนที่นอนลมได้และไม่มีแผลกดทับมาก่อนรับไว้ใน การดูแลมีระยะเวลาในการดูแลไม่น้อยกว่า 3 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561



เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 หมวด คือ 1) การใช้ที่นอนลมไฟฟ้าชนิดลอนในการลดแรงกด 2) การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง 3) การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเป็กชื้นของ อุจจาระ ปัสสาวะ 4) การดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ 5) การเปลี่ยนและจัดท่านอน ทุก 3 ชม. ซึ่งชุดชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรกรรม และ อาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.89 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) และแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดความเท่าเทียมกัน (Interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การปรับปรุงชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเก็บข้อมูล ดังนี้

การปรับปรุงชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการเชื่อมโยงกับข้อมูลแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแบบเดิมของโรงพยาบาล พิจิตร เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสำหรับการศึกษานี้ จากนั้นผู้วิจัยมีการเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย และอุปกรณ์เพื่อให้มีความพร้อมก่อนการปฏิบัติ มีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมผู้ช่วยวิจัยโดยมีการจัดประชุมทีมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญและรายละเอียดชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ตลอดจนการสอน สาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมตามชุดของวิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการนำชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ไปใช้รวมทั้งกระตุ้นให้ทีมผู้ดูแลทุกคนตระหนักถึงการนำชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ประเมินทีมผู้ดูแลเพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติตามมาตรฐานเดิม

แนวปฏิบัติตามมาตรฐานเดิม

ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h

1. การประเมิน

- ประเมินความเสี่ยงตาม Braden scale ทุกรายตั้งแต่แรกรับ

- ประเมินความเสี่ยงตาม Braden scale ทุกรายตั้งแต่แรกรับ
- ผู้ป่วยกลุ่มปกติ (Braden score >17) ประเมินการเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ทุกวัน

2. การสื่อสารการดูแล

- ส่งต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามรอบการรับส่งเวร

- ผู้ป่วยที่ Braden score \leq 16 ดิจบอร์คสื่อสารให้ทีมการพยาบาลทราบ
- ผู้ป่วยที่ Braden score \leq 16 และมีความเสี่ยงสูง (เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้, ถัดนอนท่าเดิมๆ, พลิกกลับมท่าเดิมก่อนกำหนด, ผิวหนังสัมผัสส่อจระ/บัสสาวะตลอดเวลา) ดิจบอร์คสื่อสารโดยใช้สัญลักษณ์สีแดง
- ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง, มีแผลในกลุ่มไลน์
- สื่อสารกับญาติ/ผู้ดูแลหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มตามเกณฑ์สัญลักษณ์สีแดง

3. กิจกรรมการดูแล

- ใช้ที่นอนลมไฟฟ้าชนิดลอนทุกรายที่มีคะแนน Braden score \leq 16
- ปรึกษาแพทย์เมื่อรับประทานอาหารทางปากไม่ได้
- พลิกตัวทุก 3 ชั่วโมง
- ทำตะแคงซ้าย-ขวา ใส่ที่รองนอนใต้ที่นอนลม ตั้งแต่ระดับไหล่ ถึงเข่าเอียง 15 ถึง 30 องศา
- หลังจัดท่านอนประเมินการกระจายน้ำหนัก ไม่กดจุดใดจุดหนึ่ง เช่น ไบฮู ไหล่ สะโพก ตาตุ่ม
- งดใช้หมอนหรือวัสดุที่ไม่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณจุดกด โดยตรงใช้ใส่ใต้ที่นอนลมแทน
- กำหนดท่าพลิกตะแคงตัวตามวงรอบ หงาย-ซ้าย-หงาย-ขวา-หงาย-ซ้าย-หงาย-ขวา
- ดูแลความเปียกชื้นก่อนเปลี่ยนท่านอน

กำหนดแนวทางชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h

S: Surface การใช้อุปกรณ์ในการลดแรงกด

- ใช้ที่นอนลมไฟฟ้าชนิดลอนทุกรายที่มีคะแนน Braden score \leq 16
- ตรวจสอบประเมินสภาพที่นอนลมทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัวป้องกันการเกิด bottom out และปรับแรงดันลมให้เหมาะสมกับน้ำหนักของผู้ป่วย

S: Skin การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนังและบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง

- ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นโดยการทาโลชั่นหรือครีม
- ประเมินจุดกดและจุดเปราะบางเช่น กรณีมีการเกร็งของแขน ขา มีแผลมาก่อน รวมถึงสภาพผิวหนังที่ ไบฮู ไหล่ ก้นกบ สะโพก สันเท้า ตั้งแต่แรกรับ (Wounds UK, 2018)

I: Incontinence การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเปียกชื้นของปัสสาวะอุจจาระ

- ทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายทันทีหรือไม่เกิน 30 นาที ด้วยสบู่ pH 5.2-5.5 (สบู่เหลวเด็ก)
- ใช้น้ำล้างคราบอุจจาระแล้วซับให้แห้ง งดการขัดถูบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง
- ใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวหนัง

E: Encourage Nutrition การดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ

- ประเมินการได้รับสารอาหารในแต่ละวัน
- เมื่อมีภาวะทุพโภชนา, ระดับ serum albumin \leq 3.5mg/dl, Hct. \leq 30% พิจารณารายงานแพทย์ และปรึกษาโภชนาการ (Khaiphet, 2009)

Tq3h : Turn Position การเปลี่ยนและจัดท่านอนทุก 3 ชั่วโมง

- ดูแลความเปียกชื้นและสังเกตสภาพผิวหนังตำแหน่งที่กดทับก่อนเปลี่ยนท่านอน (Khaiphet, 2009)
- พลิกตัวทุก 3 ชั่วโมง (ตามมาตรฐานเดิม) เพิ่ม
- รายที่มีแผลมาก่อน งดวงรอบท่าพลิกตะแคงตัวที่ทับแผล
- การจัดท่า ตะแคงซ้าย-ขวา ไม่เกิน 30 องศา (Moore & Cowman, 2012) ขาสองข้างต้องไม่ทับกัน



ตารางที่ 1 ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติตามมาตรฐานเดิม (ต่อ)

แนวปฏิบัติตามมาตรฐานเดิม

ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h

- การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใช้ผ้ารองตามยาวของตัวผู้ป่วยและเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการดึงลาก (Guy, 2012) (Aphiradevagesate, 2009).
- กรณีมีการเกร็งน้ำหนักลงที่สันเท้าหรือตาตุ่มหรือเท้าบวม ใช้วัสดุรองใต้ที่นอนลมบริเวณน่องให้สันเท้าหรือตาตุ่มลอยเพื่อลดแรงกด (Guy,2012) (National Pressure Ulcer Advisory Panel:NPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel: EPUAP and Pan Pacific Pressure Injury Alliance: PPIIA, 2014)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการสอน สาธิตและฝึกทักษะแก่พยาบาลในการใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h จำนวน 6 คน รวมถึงบทบาทของพยาบาลผู้ช่วยวิจัยในกาวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ตลอดเวลาของการนำชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไปใช้ มีการนิเทศติดตามให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย มาตรฐานโดยควบคุมกำกับ ให้ปฏิบัติตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ให้ความรู้ คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ มีการตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ รวมทั้งติดตามปัญหา/อุปสรรคและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ดูแล

3. การดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง

3.1 กลุ่มอ้างอิง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามปกติได้แก่ ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จัดให้นอนที่นอนลม ได้รับการพลิกตะแคงตัว ทุก 3 ชั่วโมง และไม่มีแผลมาก่อนจำนวน 40 ราย

3.2 กลุ่มศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของกลุ่มศึกษาตามที่กำหนดไว้และการ

ขอความยินยอมจากผู้ป่วย/ ผู้ดูแล แก่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 ซึ่งเป็นทั้งผู้ช่วยวิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติจากการประชุมปรึกษาทีมผู้ดูแลในช่วงการรับ-ส่งเวรทุกวันราชการโดยมีการรับส่งเวรในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละรายและแนวทางแก้ไขให้แก่ผู้ป่วยโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการแก้ปัญหาให้กับทีมที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวมข้อมูลและการเกิดแผลกดทับหลังใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยตนเองจากแบบบันทึกของพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้
1) ข้อมูลเปรียบเทียบคุณลักษณะระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิง ประกอบด้วย เพศอายุ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยงภายใน BMI และระดับความรู้สึกรู้ตัว ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square 2) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลตาม Braden scale และข้อมูลสัดส่วนการเกิดแผลกดทับทดสอบด้วยสถิติ Chi-square

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพิจิตรจังหวัดพิจิตร รหัส 0098 ลงวันที่ 10 เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้

ดำเนินการวิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล กลุ่มอ้างอิงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 พิจารณาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่ม
 อ้างอิง พบว่า คุณลักษณะประชากรของกลุ่มศึกษาและ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะประชากรของกลุ่มศึกษา (n = 40) และกลุ่มอ้างอิง (n = 40) โดยใช้สถิติ chi-square

ลักษณะ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มอ้างอิง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.818
ชาย	15	37.5	16	40.0	
หญิง	25	62.5	24	60.0	
อายุ					0.217
< 60 ปี	2	5.0	4	10.0	
≥ 60 ปี	38	95.0	36	90.0	
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ					0.477
ต่ำ (15-18 คะแนน)	0	0	1	2.5	
ปานกลาง (13-14 คะแนน)	11	27.5	11	27.5	
สูง (10-12 คะแนน)	27	67.5	25	62.5	
สูงมาก (≤ 9 คะแนน)	2	5.0	3	7.5	
ปัจจัยเสี่ยงภายใน					
ติดเชื้และไข้สูง	29	72.5	28	70.0	0.295
ซีด Hct < 30%	12	30.0	12	30.0	1.00
บวม	9	22.5	14	35.0	0.147
โรคประจำตัว (เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง)	26	65.0	33	82.5	0.075
BMI					0.077
ปกติ	15	37.5	25	62.5	
BMI < 18.5	18	45.0	10	25.0	
BMI > 30	7	17.5	5	12.5	
ระดับความรู้สึกรู้ตัว					0.105
รู้สึกรู้ตัวดี	30	75.0	33	82.5	
หลับ ปลุกตื่นด้วยคำพูดหรือสัมผัส	8	20.0	6	15.0	
ซึมหลับเป็นส่วนใหญ่ ปลุก/ เขย่า ตื่น	2	5.0	1	2.5	

*p < .05



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5 และ 60.0) อายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ร้อยละ 95.0 และ 90.0) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 67.5 และ 62.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.0 และ 82.5) และรู้สึกตัวดี (ร้อยละ 75.0 และ 82.5) ดัชนีมวลกาย กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยกว่า 18.5 (ร้อยละ

45.0) แต่ดัชนีมวลกายกลุ่มอ้างอิงส่วนใหญ่อยู่ระดับปกติ (ร้อยละ 62.5) ตามลำดับ

2. ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden scale โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden scale ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิง โดยใช้สถิติ Chi-square

ลักษณะ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มอ้างอิง		p-value
	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ	
การตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้ไม่สุขสบาย					
มีpain stimuli สื่อสารไม่ได้	12	30.0	13	32.5	0.963
ตอบสนองต่อคำสั่ง แต่บอกไม่ได้ทุกครั้ง	13	32.5	13	32.5	
ตอบสนองได้ดี	15	37.5	14	35.0	
การเปื่อยชื้นของผิวหนัง					
เปื่อยชุ่มตลอดเวลา	24	60.0	25	62.5	0.970
เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/ เวน	13	32.5	12	30.0	
เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/ วัน	3	7.5	3	7.5	
ความสามารถในการทำกิจกรรม					
อยู่บนเตียงตลอดเวลา	34	85.0	36	90.0	0.499
ทรงตัวไม่อยู่ ต้องช่วยพยุงนั่ง/เดิน	6	15.0	4	10.0	
ความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนท่าทาง					
ขยับเปลี่ยนท่าหรือแขนขาเองไม่ได้	11	27.5	9	22.5	0.759
ขยับเปลี่ยนท่าหรือแขนขาเองได้เล็กน้อย	28	70.0	29	72.5	
ขยับเปลี่ยนท่าหรือแขนขาเองได้เป็นส่วนใหญ่	1	2.5	2	5.0	
การได้รับอาหาร					
งดอาหารและน้ำหรืออาหารเหลวหรือรับประทานได้น้อย กว่า 1/3 ถาด (มากกว่า 5 วัน)	3	7.5	6	15.0	0.711
รับประทานอาหารสายยางได้บ้างหรือ รับประทานได้น้อยกว่า 1/2 ถาด	5	12.5	6	15.0	
รับประทานอาหารสายยางได้หมดหรือรับประทานได้มากกว่า 1/2 ถาดหรือให้ TPN	30	75.0	26.00	65.0	
รับประทานอาหารได้ดีทุกมื้อ	2	5.0	2	5.0	



ตารางที่ 2 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden scale ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิงโดยใช้สถิติ Chi-square (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มอ้างอิง		p-value
	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ	
แรงเสียดสีและแรงเฉือน					
กล้ามเนื้อข้อต่อ มีการหกแรงทำให้ เกิดแรงเสียดสีเป็นส่วนใหญ่	18	45.0	14	35.0	0.362
นั่งทรงตัวอาจมีลิ้นไถล	22	55.0	26	65.0	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden scale ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มอ้างอิงด้านการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้ไม่สุขสบายส่วนใหญ่มีการตอบสนองได้ดีต่อแรงกดที่ทำให้ไม่สุขสบาย (ร้อยละ 37.5 และ 35.5) ด้านการเป็ยกขึ้นของผิวหนังส่วนใหญ่มีการเป็ยกขึ้นตลอดเวลา (ร้อยละ 85.0 และ 90.0) ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่บนเตียงตลอดเวลา (ร้อยละ 85.0 และ 90.0) ด้านความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนท่าทาง ส่วนใหญ่ มีการขยับเปลี่ยนท่าหรือ

แขนขาเองได้เล็กน้อย (ร้อยละ 70.0 และ 72.5) ด้านการได้รับอาหารส่วนใหญ่รับอาหารทางสายยางได้หมดหรือรับประทานได้มากกว่า 1/2 ถาดหรือให้ TPN (ร้อยละ 75.0 และ 65.0) และด้านแรงเสียดสีและแรงเฉือนส่วนใหญ่ นั่งทรงตัวอาจมีลิ้นไถล (ร้อยละ 55.0 และ 65.0) ตามลำดับ

3. สัดส่วนการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัดส่วนการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิงโดยใช้สถิติ chi-square

ลักษณะ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มอ้างอิง		p-value
	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ	
การเกิดแผลกดทับ					0.001
เกิดแผลกดทับเกรด 2-4	3	7.5	12	30.0	
ไม่เกิดแผลกดทับ	37	92.5	28	70.0	

* $p < .0.01$

จากตารางที่ 3 พบว่า การเกิดแผลกดทับเกรด 2-4ในกลุ่มศึกษามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มอ้างอิง (ร้อยละ 7.5 และร้อยละ 30.0 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบ สัดส่วนการเกิดแผลกดทับแล้วพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปได้ว่า การใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าสัดส่วนการเกิดแผลกดทับของกลุ่มศึกษาที่ใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีสัดส่วนการเกิดแผลกดทับต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงที่ให้การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าการนำชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 โรงพยาบาลพิจิตรสามารถลดสัดส่วนการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้จริงทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่สัดส่วนการเกิดแผลกดทับลดลง เนื่องจากทีมบุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและได้ปฏิบัติตามชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งชุดของวิธีปฏิบัติดังกล่าวมีขั้นตอนการใช้กระบวนการของการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยได้ทบทวนและนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบมาใช้ มีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้จริงครอบคลุมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Xiao-Lin Zuo & Fan-Jie Meng, 2015; Prasungsit, Rungsangjun, & Mougghen, 2016) โดยชุดของวิธีปฏิบัติประกอบด้วย 1) S: Surface คือการใช้ที่นอนลมไฟฟ้าชนิดลอนในการลดแรงกดเนื่องจากที่นอนลมจะช่วยลดและกระจายแรงกดที่กดทับลงบนผิวหนังที่ทาบบ่มกระดูกส่งผลให้แรงที่กดลงระหว่างที่นอนกับผิวหนังลดลง (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014) ที่นอนลมทำงานแบบสลับการยุบพองต่อเนื่องเป็นจังหวะ ตลอดเวลา ร่างกายไม่ถูกกดทับบริเวณใดบริเวณหนึ่งนานๆ นอกจากนี้ยังมีการตรวจประเมินสภาพที่นอนลมทุกครั้งพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิด bottom out ซึ่งเป็นสภาพที่นอนจมตัวลงบนที่นอนบ่มกระดูกสัมผัสกับพื้นที่นอนและปรับแรงดันลมให้เหมาะสมกับน้ำหนักผู้ป่วย (Prasungsit et al., 2016) 2) S: Skin คือการดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง และบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง โดยการดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นโดยการทาโลชั่นหรือครีมเพื่อป้องกันหรือบรรเทาความแห้งของผิวหนัง เนื่องจากสามารถเพิ่มปริมาณน้ำแก่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนัง

มีความชุ่มชื้น เป็นการช่วยส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Srisupan, 2010) มีการประเมินจุดกดและจุดเปราะบางเช่น กรณีมีการเกร็งของแขน ขามีแผลมาก่อนรวมถึงสภาพผิวหนังที่ ใบหู ไหล่ ก้นกบ สะโพก สันเท้า ตั้งแต่แรกรับ (Wounds UK, 2018) เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม 3) I: Incontinence คือการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเปียกชื้นของปัสสาวะ อุจจาระ ด้วยการทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายทันทีหรือไม่เกิน 30 นาทีด้วยสบู่ pH 5.2-5.5 เพื่อลดการสัมผัสปัสสาวะ/อุจจาระเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ผิวหนังมีความบาง ผิวหนังที่แห้งชื้นนอกสุดจะอ่อนแอสูญเสียความยืดหยุ่น เกิดแผลกดทับได้ง่ายและสบู่ที่มีค่าความเป็นกรดต่างใกล้เคียงกับค่าความเป็นกรดต่างตามธรรมชาติของผิวหนัง เพื่อลดการระคายเคืองจากค่าความเป็นกรดต่างที่เพิ่มขึ้นของผิวหนัง (Beekman, Schoonhoven, Verhaeghe, Heyneman, & Defloor, 2009) ใช้น้ำล้างคราบอุจจาระแล้วซับให้แห้ง งดการขัดถูบริเวณผิวหนังที่เปราะบางเป็นการลดแรงเสียดสีซึ่งเป็นการทำลายผิวหนังและใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวหนังเพื่อปกป้องผิวหนังจากความเปียกชื้น (Beekman, Woodward, & Gray, 2011) 4) E: Encourage Nutrition คือ การดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอด้วยการประเมินการได้รับสารอาหารในแต่ละวันเมื่อมีภาวะทุพโภชนา, ระดับ Serum albumin ≤ 3.5 mg/dl, Hct. $\leq 30\%$ พิจารณารายงานแพทย์และปรึกษาโภชนาการเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนา, ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 mg/dl ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและจำนวนเม็ดเลือดขาวจะลดลงกว่าปกติ ซึ่งจะทำให้เซลล์บวม เกิดความพร่องในการแลกเปลี่ยนอาหาร ออกซิเจน และของเสียมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ทำให้ง่ายต่อการเกิดแผล (Mamom, 2012) 5) Tq3h: Turn Position คือการเปลี่ยนและจัดท่านอนทุก 3 ชั่วโมงโดยใช้อุปกรณ์จัดท่ารองใต้ที่นอนลมในท่าตะแคงซ้าย-ขวาและเอียงไม่เกิน 30 องศาเพื่อกระจายแรงกด และลดแรงกดโดยตรงที่

greater trochanter และไหล่ (Moore & Cowman, 2012) การจัดทำ ตะแคงซ้าย-ขวา ขาสองข้าง ต้องไม่ทับกัน ป้องกันการกดทับเฉพาะที่ระหว่างปุ่มกระดูกท่านอนหงาย กรณีมีการเกร็งน้ำหนักลงที่ส้นเท้าหรือเท้าวม ใช้วัสดุรองใต้ที่นอนลมบริเวณน่องให้ส้นเท้าลอยเพื่อให้ลดแรงกดที่ส้นเท้า (Guy, 2012) การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ใช้ฝารองตามยาวของตัวผู้ป่วยและเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการดึงลากวิธีนี้จะไม่ทำให้เกิดการเสียดสีของผิวหนังผู้ป่วยกับที่นอนจนเป็นแผลกดทับได้ (Aphiradevagesate, 2009) นอกจากนี้ยังดูแลความเปียกชื้น และสังเกตสภาพผิวหนังตำแหน่งที่กดทับก่อนเปลี่ยนท่านอน เพื่อประเมินสภาพผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ และหาแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Khaipheth, 2009)

การนำชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่นการศึกษาของ ประภาพร ดองโพธิ์ (Dongpho, 2019) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการศึกษาของพัชรินทร์ คำนวน นิภาภรณ์ เชื้อยูนานและศิริพร เชนอุปการะกุล (Khamnuan, Chuayunan, & Detupakaraku, 2018) ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพะเยา กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่เกิดแผลกดทับลดลง 45% ของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม เช่นเดียวกับบรรจงพร กันเผือก (Kunphurk, 2009) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1

โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และนอกจากนี้ อิศริย์ ชันชัยทิส (Khunchaitis, 2014) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ดีกว่าการดูแลตามปกติจึงควรสนับสนุนการนำชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะพักฟื้นและนอนพักในหอผู้ป่วยพิเศษ ดังนั้นควรมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในหอผู้ป่วยสามัญ เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งต้องมีการเตรียมอุปกรณ์และเตรียมความพร้อมของทีมบุคลากรผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพิจิตร ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

- Aphiradevagesate, N. (2009). Role of Nurse in Pressure Ulcer Care Within Medical ICU. In Gatsumpan, Y. (Ed.). *Pressure Ulcer Careing : Science and art in nursing care*. Bangkok: Thai Effect studio company. [In Thai].
- Beeckman, D., Smet, S., & Bussche, K. V. (2018). Incontinence-associated dermatitis: why do we need a core outcome set for clinical research?. *Wounds International*, 9(2). Retrieved 30 April 2019 from : <http://www.woundsinternational.com>.
- Beekman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., & Defloor, T. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advance Nursing*, 65(6), 1141-1154. Retrieved 5 July 2019 from: https://wondexpertisecentrum.mumc.nl/sites/wondexpertisecentrum/files/artikel_prevention_en_treatment.pdf.
- Beeckman, D., Woodward, S., & Gray, M. (2011). Incontinence-associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment. *British Journal of Community Nursing*, 16(8), 382-389. Retrieved 5 July 2019 from https://www.researchgate.net/publication/51571472_Incontinence-associated_dermatitis_Step-by-step_prevention_and_treatment.
- Bergstrom, N., Braden, B.J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.
- Dongpho, P. (2019). Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for pressure sore prevention among patients at cardiovascular-thoracic intensive care unit. *Thammasat Medical Journal*, 19(2), 315-323. Retrieved 26 April 2019 from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tmj/article/view/196544>. [In Thai].
- Gatsumpan, Y. (2009). *Pressure ulcer careing : science and art in nursing care*. Bangkok: Thai Effect studio company .
- Guy, H. (2012). Pressure ulcer risk assessment. *Nursing Times* [online], 108(4), 16-20. Retrieved 15 July 2019 from <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/tissue-viability/pressure-ulcer-risk-assessment-20-01-2012/>.
- Khaipheth, P. (2009). Routine to Research : Pressure Ulcer. In Gatsumpan, Y. (Ed.), *Pressure ulcer caring: science and art in nursing care*. Bangkok: ThaiEffect studio company. [In Thai].
- Khamnuan, P., Chuayunan, N., & Detupakarakul, S. (2018). Efficacy of clinical practice guidelines for prevention pressure injury in risk patients, Phayao Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 3(2), 89-101. [In Thai].
- Khunchaitis, A. (2014). *Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Pressure Sores Prevention among Elderly Patients with Stroke, Private Medical Unit, McCormick Hospital*. Master Thesis (Nursing), Chang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Kunphurk, B. (2009). *Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for pressure sore prevention in elderly with cerebrovascular disease at female medical Unit 1 Buddhachinaraj Hospital Phitsanuloke Province*. Master Thesis (Gerontological Nursing). Retrieved 30 July 2019 from: <http://search.lib.cmu.ac.th/search/?searchtype=&searcharg=b1451775>. [In Thai].



- Mamom, J. (2012). The nurses role and pressure ulcers: challenge in prevention and management. *Thai Science and Technology Journal*, 20(5), 478-489. [In Thai].
- Manzano, F., Navarro, M.J., Roldan, D., Moral, M.A., Leyva, I., Guerrero, C., Sanchez, M.A., & Colmenero, M. (2010). Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Journal Critical Care*, 25, 469-476.
- McInnes, E., Bell-Syer, S.E., Dumville, J.C., Legood, R., & Cullum, N.A. (2008). *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. Retrieved 1 July 2019 from: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/policies.html>.
- Moore, Z., & Cowman, S. (2012). Using the 30° tilt to reduce pressure ulcers. *Nursing Times*, 108(4), 22-24. Retrieved 15 July 2019 from <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/tissue-viability/using-the-30o-tilt-to-reduce-pressure-ulcers-20-01-2012/>.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: *Clinical Practice Guideline*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; Retrieved 3 July 2019 from <https://www.ehob.com/media/2018/04/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline.pdf>.
- Nursing division, Phichit Hospital. (2017). *Annual report, Phichit Hospital*. Phichit: Phichit Hospital. [In Thai].
- Nursing division, Phichit Hospital. (2008). Guidelines to prevention of pressure ulcers, *Phichit Hospital*. Phichit Hospital. [In Thai].
- Prasungsit, J., Rungsangjun, K., & Mounghen, Y. (2016). *Wound care for nursing : Evidence base to practice*. Bangkok : P.A.Living company. [In Thai].
- Srisaart, B. (2013). *Preliminary research* (9th ed.). Bangkok: Suveriyasan. [In Thai].
- Srisupan, V. (2010). *Care of patients with pressure ulcers* (4th ed.). Chiang Mai : Faculty of Nursing, Chiang Mai University. [In Thai].
- Trakoonpanichkit, I., Uttama, C., Uangpairroj, N., Chaiwong, D. & Kawemuang, C. (2018). Effectiveness of Implementing the Ventilator Care Bundle in Adult Critical Care Units Nakornping Hospital . *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 24(1), 39-59. [In Thai].
- Wounds, UK. (2018). *Best practice statement: maintaining skin integrity*. Retrieved 15 July 2019 from <https://www.wounds-uk.com/download/resource/5811>.
- Xiao-Lin Zuo, & Fan-Jie Meng. (2015). Acare bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units. *International Journal of Nursing sciences*, 4(2), 340-347. Retrieved 26 April 2019 from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000952>.