

การจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร

พรศิริ เรือนสว่าง พย.บ, เพ็ญพิมพ์ ชันทอง พย.บ,
ณัฐนันท์ หาญณรงค์ พย.บ, ธันฐภรณ์ กอสกุลศิริบุรณ์ พย.บ,
อรุณรัตน์ เพิ่มผล พย.บ.
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร โดยจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และศึกษาผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ในสถาบันบำราศนราดูร และทำการเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับโดยการสำรวจข้อมูลก่อนการดำเนินการตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 12 เดือน (ปี 2554) และหลังการใช้แนวปฏิบัติ 12 เดือน (ปี 2555) โดยสำรวจผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาดังกล่าวจำนวน 13 รายในปี 2554 และ 8 รายในปี 2555 แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยแนวทางปฏิบัติ พบว่าผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้และพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับใหม่เฉลี่ยปี 2554 เท่ากับ 6.5 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอนลดลงเป็น 5.9 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในปี พ.ศ.2555 อัตราความชุกของแผลกดทับลดลงจากเฉลี่ยปี 2554 เท่ากับร้อยละ 12.34 เหลือเฉลี่ยปี 2555 ร้อยละ 8.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องการดูแลป้องกันแผลกดทับ และการจัดทำแนวปฏิบัตินี้เป็น การรวบรวมความรู้ด้านการดูแลแผลกดทับที่กระจัดกระจายอยู่ในที่ต่างๆ มา รวบรวมไว้ในที่เดียวกัน

Pressure ulcers prevention guidelines in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

**Pornsiri Ruansawang B.N.S, Penpim Khanthong B.N.S,
Nattanun Hannarong B.N.S, Thantaporn Korsakulsiriboon B.N.S,
Aroonrat Permpoon B.N.S.**

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

ABSTRACT

This research and development was aimed to develop guidelines to prevent pressure ulcers in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute (BIDI). A working group has developed a practice guideline to prevent pressure ulcers and compared the incidence and prevalence of pressure ulcer before and after the implement of the guideline. The pressure ulcer survey was conducted for a period of 12 months (in year 2011) and after implementation of the guideline for 12 months (in year 2012). The total number of 13 patients were in year 2011 and 8 patients in year 2012. The data was analyzed by descriptive statistics. Nurse practitioners can follow the guidelines and found that the incidence of new pressure ulcers in 2011 was 6.5 per 1,000 bed days was declined to 5.9 per 1,000 bed days. Prevalence of pressure ulcers declined from an annual average 12.34 percent in 2011 to annual average 8.6 percent in 2012. This research had developed a guideline to prevent pressure ulcer in BIDI.

บทนำ

ในปี 1999 มีการสำรวจในระดับประเทศของ อัมลิ่ง มิลเลอร์ และบอสเลย์¹ ทำการสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลจำนวน 356 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลร้อยละ 14.89 สำหรับในประเทศไทยปี พ.ศ.2544 มีการสำรวจในโรงพยาบาลศิริราช พบความชุกของการเกิดแผลกดทับร้อยละ 4.9² ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เมื่อปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีความชุกของการเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 22.03 และในปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ายังมีความชุกของการเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 10.84 ปัญหาแผลกดทับดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย กล่าวคือทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรักษาผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับที่รับการรักษา 7 วัน จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 50,976 เหรียญต่อราย³ สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ ต้องใช้เวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นถึง 16.9-28.7 วันซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแผลกดทับถึง 0.30-0.97 เท่า⁴ ส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับประมาณ 47,764 - 282,000 บาทต่อราย⁵ ด้วยเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันโดยกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม การเกิดแผลกดทับเป็นการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อจากการได้รับแรงกดทับอยู่เป็นระยะเวลานาน รวมถึงแรงเสียดทานและแรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ⁶ แผลกดทับดังกล่าวมักพบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ⁷ จากการศึกษาของเพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล (2545) พบว่าแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในผู้สูงอายุที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 33.33¹⁰ โดยกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ

การเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งที่มีความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเป็นต้น โดยพบที่บริเวณส่วนล่างของลำตัวถึงร้อยละ 95 ซึ่งตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ ก้นกบ (ร้อยละ 36) และ ส้นเท้า (ร้อยละ 30)¹¹ การเกิดแผลกดทับทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เกิดการติดเชื้อ ต้องใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น บุคลากรทีมผู้ดูแลมีภาระงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว บางรายแผลกดทับกลายเป็นแผลเรื้อรัง เกิดการติดเชื้อลุกลามเข้ากระแสเลือดจนทำให้เสียชีวิตได้¹² จากสถิติสถาบันบำราศนราดูร พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงขึ้นจากโดยเฉลี่ย 4 ครั้งต่อ 1000 วันนอนในปี พ.ศ.2553

ประกอบกับการบริการด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันมีการเปลี่ยนรูปแบบไปจากเดิมมีการให้บริการที่เน้นคุณภาพมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้ใช้บริการอื่น ๆ อีกทั้งแนวคิดการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพหรือกำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาล รวมทั้งมีการตรวจสอบรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital accreditation)¹³ ทั้งนี้เพื่อสร้างหลักประกันด้านคุณภาพการบริการให้กับผู้ใช้บริการ การพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับ ได้แก่ การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Clinical practice guidelines, CPGs) รวมถึงการนำแนวปฏิบัติไปใช้¹⁴ นอกจากนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยได้นั้น ควรเป็นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติ (CPGs) ถือเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติหรือทีมผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานได้ง่ายสะดวกขึ้น เกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจให้การดูแลได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุมนำไปสู่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

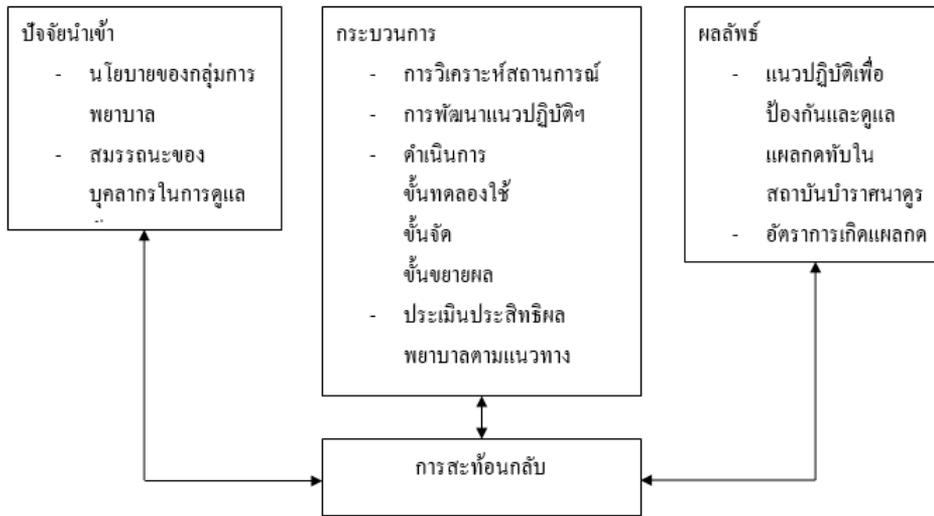
จากความสำคัญที่กล่าวมา ฝ่ายการพยาบาลสถาบันบำราศนราดูรได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพในการ

ดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ และได้ดำเนินการดูแลมาแล้วในระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานและขาดเอกภาพในแนวทางปฏิบัติงาน คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อที่จะลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับซึ่งคาดว่าจะสามารถช่วยในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร
2. ศึกษาผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิด



วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การจัดประชุมคณะทำงานเพื่อเตรียมการ (ประกอบด้วยคณะผู้วิจัย และผู้บริหารภายในกลุ่มการพยาบาล)
 2. การทบทวนวรรณกรรม และแนวปฏิบัติ
 3. ประชุมคณะทำงานเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับสถาบันบำราศนราดูร
 4. จัดทำคู่มือการทำงาน แนวปฏิบัติ และถ่ายทอดภายในหน่วยงาน
 5. การเก็บรวบรวมข้อมูลแผลกดทับเปรียบเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2554 กับปี พ.ศ.2555
- a. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วย

ให้เก็บแบบเฝ้าระวัง และบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับใส่ไว้ใน Chart ผู้ป่วย

- b. ลงข้อมูลรายชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เฝ้าระวัง และข้อมูลการเกิดแผลกดทับลงในแบบสรุปรูปการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในเดือนนั้น ๆ เพื่อคำนวณการเกิดแผลกดทับในแต่ละเดือน
- c. หากยังมีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล และยังคงต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ ให้อัตตัยอดการเฝ้าระวังทุกสิ้นเดือน หากเกิดแผลใหม่หรือแผลเดิมที่มีการลุกลาม ให้คิดเป็นยอดของเดือนต่อไป
- d. ส่งแบบสรุปรูปการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยไปยังคณะกรรมการประกันคุณภาพกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ/ฝ่ายการพยาบาล ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

ประชากรที่ทำการศึกษา

ทำการทดลองปฏิบัติจริงในสถาบันบำราศนราดูร และทำการเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับโดยการสำรวจข้อมูล ก่อนการดำเนินการตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 12 เดือน (ปี 2554) และหลังการใช้แนวปฏิบัติ 12 เดือน (ปี 2555) โดยสำรวจผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาดังกล่าว จำนวน 13 รายในปี 2554 และ 8 รายในปี 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. คู่มือแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สถาบันบำราศนราดูร
2. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ
3. แบบเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทบทวนจัดทำคู่มือโดยคณะทำงาน และผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์ที่เกี่ยวข้องจากนั้นนำแนวทางสู่การปฏิบัติ และเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับโดยการสำรวจ และวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา

นิยามศัพท์

แผลกดทับ หมายถึง การที่ผิวหนังถูกกดทับอยู่ตลอดเวลาทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดเกิดเป็นเนื้อตายกลายเป็นแผล ซึ่งผิวหนังจะถูกทำลายลึกลงไปถึงเนื้อเยื่อชั้นล่างหรือกล้ามเนื้อ และกระดูกแบ่งระดับของแผลกดทับเป็น 6 ระดับดังนี้ Deep Tissue Injury (DTI) ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด สีผิวเป็นสีม่วงเข้มหรือสีเลือดนกปนน้ำตาลหรือผิวหนังพองเป็นตุ่มน้ำปนเลือด อาจมีความเจ็บปวด แข็งขึ้นหรือนุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับที่1 บริเวณที่ถูกกดทับจะเป็นรอยแดง ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่รอยฉีกขาด เมื่อลดการกดทับรอยแดงไม่หายไปภายใน 30 นาที

ระดับที่2 มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก เช่น แผลถลอก เป็นตุ่มพองหรือเป็นแผลตื้น ๆ รอบ ๆ แผลจะแดง อาจมีน้ำเหลืองซึม ไม่มีเนื้อตาย

ระดับที่3 เกิดแผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง ชั้นพังผืด แผลมักเป็นหลุมลึกอาจเจาะไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ บริเวณนั้น หรือมีน้ำเหลืองหรือมีหนองจากแผล

ระดับที่4 มีการตายของเนื้อเยื่อลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อ เนื้อเยื่อจะมีสีม่วงคล้ำหรือดำ Unstageable มีการทำลายเนื้อเยื่อทั้งหมด มีเนื้อตายสีเหลือง เนื้อตายแข็งสีน้ำตาล หรือดำปกคลุมแผลทำให้ไม่เห็นกันแผล

คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตาม แบบประเมิน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน (18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับสูง ได้แก่

1. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/เป็นอัมพาต
2. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/จำกัดกิจกรรม
3. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
4. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของระบบประสาท และไขสันหลัง
5. ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระปัสสาวะรดบ่อยครั้ง
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารมีระดับอัลบูมิน ในเลือดต่ำกว่า 3.4 mg/dl
7. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต เช่น ภาวะโลหิตจาง เบาหวาน มะเร็ง เอ็ดส ความดันโลหิตต่ำ
8. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Corticosteroid ในระยะยาว
9. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมง

10. ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก
11. ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต
12. ผู้ป่วยที่มีไข้ (อุณหภูมิ > 38 °C)

อัตราการเกิดแผลกดทับ หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1-4 ที่เกิดใหม่ และแผลกดทับเดิม ที่มีลักษณะเลวลงเปรียบเทียบกับจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เก็บรวบรวม ข้อมูล ในช่วงเวลา 1 เดือน

จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับใหม่ในเดือนและแผลเก่าที่ระดับของแผลลูกกลม $\times 1000$

จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในเดือน

จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ช่วงเวลาที่มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (ค่าคะแนน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน /18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

จากการทำกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรได้แนวทาง มาตรฐานในการดูแลแผลกดทับตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยรับใหม่หรือรับ

ย้ายทุกรายหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับ

แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ลำดับที่	หัวข้อประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1.	มีการประเมินผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วยทุกรายด้วย Braden Scale ภายใน 24 ชั่วโมงแรก			
2.	มีการแนบแบบเฝ้าระวังฯ โดยบันทึกผลการประเมินในส่วนที่ 1 ประเมินซ้ำทุก 3 วัน จนผู้ป่วยกลับบ้าน ย้ายหรือพ้นจากภาวะเสี่ยง			
3.	มีการดูแลจัดท่านอนและท่านั่งที่ถูกต้อง			
4.	มีการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับ: ผู้ป่วยเสี่ยงสูง/สูงอายุ ใช้ที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลม ใช้หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ			
5.	เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยการยก แทนการดึงลากผู้ป่วยหรือใช้ Pat Slide / ผ้ายกตัว			
6.	ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วย ต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด			
7.	มีการบันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่/มีการเปลี่ยนแปลงของแผล โดยบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวังฯ			

ค่าเฉลี่ยในภาพรวม

ผู้ประเมิน.....วันที่.....
ผู้รับการประเมิน.....

1.1 ในรายที่คะแนน Braden scale มากกว่า 16 คะแนน (หรือ 18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) ให้ปฏิบัติตามหลักการดูแลผิวหนังผู้ป่วยทั่วไป ในโรงพยาบาล (Universal Skin Care)

ประเมินซ้ำการรับรู้ ความสามารถในการ เคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่เลวลงหรือประเมินซ้ำทุก 1 สัปดาห์ และ บันทึกผลการประเมิน

1.2 ผู้ป่วยที่ค่าคะแนน Braden scale น้อยกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน (หรือ 18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) (ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง) ให้แบบแผนเฝ้าระวัง และบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับ และประเมินซ้ำทุก 1-3 วัน จนผู้ป่วยกลับบ้าน ย้ายหอ หรือพ้นจากภาวะเสี่ยง

2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

2.1 การพยาบาลเพื่อลดแรงกดและระยะเวลาการกดทับ ดังนี้

- จัดทำนอนและทำนึ่งผู้ป่วยที่ถูกต้อง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (หมอนหนุน 1 ใบ สูงประมาณ 3 นิ้ว) สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา และนอนคว่ำถ้าไม่มีข้อห้าม และจัดทำนึ่งให้ลำตัวตรงหลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา และไขหัวเตียงนึ่งศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา ขณะให้อาหารนาน 1 ชั่วโมง

- ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวหรือโหนกตัวยกกันบ่อยๆ

- ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้หรือได้น้อย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (หรือตามสภาพผิวหนัง) อย่างถูกวิธี โดยใช้เทคนิค “ยก จัด ดึง ดู”

- ในกรณีนั่งรถเข็นควรกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัวให้กันลอกจากพื้นทุก 15-30 นาที และไม่ควรนั่งรถเข็นเกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน

- ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน เช่น ใช้ที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุ หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เบาะรองกันในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น เป็นต้น

2.2 การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน ดังนี้

- เคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยก ไม่ดึงลากผู้ป่วย และใช้ Pat-slide ช่วยในการเคลื่อนย้าย

2.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง ดังนี้

- หลีกเลี่ยงการถูผิวหนังด้วยความรุนแรง
- ทาโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้งโดยเฉพาะผู้สูงอายุ

- รักษาความสะอาดของผิวหนังไม่ให้เปียกชื้นจากอูจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ

- ทำความสะอาดบริเวณผิวหนัง และซับให้แห้งหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

- เลือกใช้ผ้าปูที่นอน เสื้อผ้าที่เนื้อละเอียดอ่อนนุ่ม

- ผ้าปูที่นอน และผ้ารองตัวผู้ป่วยต้องเรียบตึงและแห้งสะอาด

- แนะนำผู้ป่วยให้ใช้กระจกส่องเพื่อสังเกตลักษณะผิวหนังของตนเอง

2.4 ประเมินสภาพผิวหนัง ปุ่มกระดูกบริเวณกดทับทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัวและลงบันทึกในแบบประเมิน

2.5 เมื่อมีการรับ-ส่งเวร หรือหอผู้ป่วยส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนังและ/หรือ ระดับของแผลกดทับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสียหายสูงสุด และวิธีป้องกันหรือแก้ไขแผลกดทับ

2.6 ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

- ตรวจสอบลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก และบริเวณที่มีอาการชาว่ามีรอยแดง รอยถลอก ตุ่มน้ำหรือไม่ทุกวันหลังอาบน้ำเข้า-เย็น

- การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ถูกวิธี (ปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 2.3)

- การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยขณะตื่นทุก 2 ชั่วโมง

- ไม่ให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็นเกิน 6 ชั่วโมงต่อวันขณะนั่งรถเข็นช่วยเปลี่ยนท่าทุก 15 นาที

- ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น ใช้หมอนหรือผ้านุ่ม ๆ รองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ใช้เบาะลมรองนั่ง ใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ (ถ้าสามารถจัดหาได้)

3. การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ปฏิบัติดังนี้

3.1 บันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/แผลใหญ่ขึ้น/แผลลึกขึ้น/แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี บริเวณที่เกิดแผล ระดับ และขนาดของแผล กดทับลงในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง และข้อมูลการเกิดแผลกดทับ (แผลระดับที่ 1 ทุกวัน แผลระดับที่ 2 ทุก 3 วัน และแผลระดับที่ 3-4 ทุกสัปดาห์)

3.2 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลกดทับดังนี้ แผลระดับที่ 1 ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับรองบริเวณที่พบ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าที่ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด

แผลระดับที่ 2 ทำความสะอาดด้วย NSS ปิดแผลด้วย gauze หรือ transparent dressing, Hydrocolloid dressing, Foam

แผลระดับที่ 3 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย NSS และปิดแผลด้วย gauze วันละ 1-2 ครั้ง หรือปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสม เช่น Foam, calcium alginate, hydrofiber, silver dressing (เปิดทำแผลทุก 3-5 วัน) เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตาย ปรีกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย

แผลระดับที่ 4 ดูแลเหมือนแผลระดับ 3 ปรีกษาแพทย์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม

3.3 การดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

3.3.1 ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ควรดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและมีแคลลอรี่เพียงพอ (2500-2800) กิโลแคลลอรี่ต่อวัน ประกอบด้วย

- โปรตีน ได้แก่ อาหารประเภท เนื้อ ไก่ ปลา
- วิตามินเอ ได้แก่ อาหารประเภท นมไข่ ผัก คะน้า มะละกอ
- วิตามินซี ได้แก่ อาหารประเภท ส้ม ผัก ตับ ผลไม้สด ไข่ ปลา

3.3.2 ดูแลผู้ป่วยได้รับน้ำ อย่างน้อย 2000-3000 ซีซี./วัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

3.3.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้

น้อยหรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน

3.4 ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรแต่ละครั้ง

3.5 เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย และยังคงมีแผลกดทับให้สรุปว่าเกิดแผลกดทับและบันทึกในแบบประเมินพร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเองที่บ้าน โดยเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้แก่ ประเมินความพร้อมของญาติ ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผลแก่ญาติ เขียนใบส่งต่อการดูแล และส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

หมายเหตุ ข้อห้ามในการปฏิบัติ

1. การนวดหรือใช้โคมไฟส่องบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะจะทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น
2. การใช้สบู่หรือน้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงหรือฟอกบริเวณผิวหนัง
3. ใช้ห่วงยางหรือถุงมือน้ำรองบริเวณที่มีการกดทับ

ตอนที่ 2

ก่อนการใช้แนวปฏิบัติพบอัตราการเกิดแผลกดทับใหม่ (Incidence) เฉลี่ยปี 2554 เท่ากับ 6.5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับใหม่เฉลี่ยลดลงภายหลังการใช้แนวปฏิบัติปี 2555 เท่ากับ 5.9 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อนการใช้แนวปฏิบัติพบอัตราความชุก (Prevalence) ของแผลกดทับลดลงจากเฉลี่ยปี 2554 เท่ากับร้อยละ 12.34 เหลือเฉลี่ยปี 2555 ร้อยละ 8.6

อภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรแผลกดทับลดลง แสดงว่าการนำ

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ไปใช้ในสถาบันบำราศนราดูรสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การที่อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงเนื่องจาก ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามแนวคิดของการปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ คือ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ (strong evidence) ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญและเป็นความต้องการของผู้ป่วย¹⁴ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คัดเลือกแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับที่มีขั้นตอนการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ มีขั้นตอนการพัฒนาที่เป็นระบบ และมีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้จริง ประกอบกับทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น ตระหนักถึงความสำคัญในการนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อีกทั้งได้รับความรู้ คำแนะนำทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น และยังเป็นความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการเกิดแผลกดทับขึ้น ทำให้เมื่อผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรไปใช้ในหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยลดลงเช่นเดียวกันกับการศึกษาของมยุรี โรจนอังกูร (2547) และสุพรรณิ เตรียมวิเศษ และคณะ (2548)^{15,16} การนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ไปใช้ในผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรเป็นอย่างดีจากทีมผู้ดูแลของหอผู้ป่วยเนื่องจากก่อนการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ไปใช้ในหอผู้ป่วย ผู้ศึกษามีการเตรียมทีมผู้ดูแลเพื่อให้พร้อมก่อนการปฏิบัติ สำหรับทีมผู้ดูแลผู้ศึกษาชี้แจงทำความเข้าใจกับทีมผู้ดูแลเพื่อให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร เป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ได้แก่ จัดประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา

ความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรมาใช้ในหน่วยงาน และชี้ให้เห็นถึงภาระงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และอื่น ๆ ที่เพิ่มมากขึ้น¹⁷ จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน ทุกคนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวที่จะปฏิบัติ และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ ซึ่งการที่ทีมผู้ดูแลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการพัฒนา และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้¹⁸ อีกทั้งมีการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดเวลาของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ดูแล ซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทีมผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรมากยิ่งขึ้น¹⁹ มีความต้องการการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ความปลอดภัยจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการที่มีแผลกดทับที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่า 15 (ระดับความเสี่ยงปานกลาง) ทางหอผู้ป่วยจะใช้ที่นอนฟองน้ำวางรองบนที่นอนของโรงพยาบาลที่ใช้อยู่ ส่วนในผู้สูงอายุที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่า 13 (ระดับความเสี่ยงสูงและสูงมาก) จะใช้ที่นอนชนิดมีลมเคลื่อนสลับ (APAMS) วางรองบนที่นอนของโรงพยาบาลเป็นอุปกรณ์ช่วยลดแรงกดให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เมื่อผู้ศึกษาติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย หลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรเป็นเวลา 3 เดือนจึงพบว่า ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับใน

ผู้ป่วย แสดงถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย และการนำแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ลงสู่การปฏิบัติประสบผลสำเร็จ ซึ่งควรมีการติดตาม ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแล แผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร แนวปฏิบัติเพื่อ ป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร สำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย วิธีการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับใน สถาบันบำราศนราดูร จากผู้ศึกษาการนำแนวปฏิบัติที่มี ความน่าเชื่อถือ มีความชัดเจน และง่ายต่อการนำมาใช้ ในหน่วยงาน ซึ่งเนื้อหาของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและ การดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร ที่ง่ายต่อการ ทำความเข้าใจในแง่การจัดรูปแบบ และสะดวกต่อการ ใช้ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติเพื่อ ป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร²⁰ ทีมผู้ดูแลทุกระดับได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ในสถาบันบำราศนราดูร เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วย งานตั้งแต่เริ่มแรกทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแนว ปฏิบัติ รู้สึกมีส่วนร่วมเห็นความเหมาะสม และความชัดเจน ของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง การที่ผู้ศึกษา นำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับใน สถาบันบำราศนราดูร ที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ทำให้หลักฐานที่ได้มีความน่าเชื่อถือ ทำให้สามารถ ปรับปรุงการบริการให้ทันกับแต่ละสถานการณ์ และ เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ²¹ อีกทั้งทีม ผู้ดูแลยังเห็นตัวอย่างในการปฏิบัติ กระตุ้นติดตาม และ นิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และได้รับคำปรึกษาจาก ผู้ศึกษาตลอดระยะเวลาที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทำให้ผู้ปฏิบัติหรือทีมผู้ดูแล สามารถปฏิบัติงานได้ง่าย สะดวกขึ้น เกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุม เกิดคุณภาพในการปฏิบัติบริการพยาบาล และเกิดความ พึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแล

แผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูรขึ้นด้วย¹³ การที่ทีม ผู้ดูแลเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มี อาการดีขึ้นและไม่เกิดอุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับขึ้น เลย ทำให้มีความรู้สึกคุ้มทุน คุ้มค่า โดยทีมผู้ดูแลทุกคน (ร้อยละ 100) มีความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถป้องกัน การเกิดแผลกดทับได้ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ อย่างต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ทุกข้อ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของมยุรี โรจนอังกูร (2547)¹⁵ ที่ศึกษาพบว่าการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแล แผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร กล่าวโดยสรุปในการ ศึกษา นี้ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ในสถาบันบำราศนราดูรสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถลดอุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทำให้ บุคลากรทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย ทางคลินิกอยู่ในระดับมาก และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรมีการนำแนว ปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบัน บำราศนราดูรไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ พยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่าบุคลากรทางการ พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องการดูแลป้องกัน แผลกดทับ และการจัดทำแนวปฏิบัตินี้เป็นารรวบรวม ความรู้ด้านการดูแลแผลกดทับที่กระจัดกระจายอยู่ในที่ ต่าง ๆมารวบรวมไว้ในที่เดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ภายใต้งานบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม เกิดการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับที่เหมาะสม

รายการอ้างอิง

1. Amlung SR, Miller WL, Bosley LM. The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. *Adv Skin Wound Care* 2001; 14(6): 297-301.

2. ยูตี เกตุสัมพันธ์, สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. ความชุกของแผลกดทับ. ใน: ยูตี เกตุสัมพันธ์, อัญชญา ท่วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรตวิจิตรเศรษฐ์, จุฬารพร ประสงค์สิต, บรรณาธิการ. การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ไทยเอฟเฟคท์ สตูดิโอ; 2554. หน้า 141-50.
3. อภิชญา โฉมวิณะ, กัลยาณี ยาวิลละ. สภาพและปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเชียงใหม่. เวชสาร 2541; 37: 49-57.
4. วิจิตร ศรีสุพรรณ, จิตตากรณ จิตรเชื้อ, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, ประทิน ชัยศรี, วิลาวัณย์ เสนารัตน์. การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. พยาบาลสาร 2545; 29(2): 1-12.
5. National Pressure Ulcer Advisoer Panel. Presure ulcer prevention points. [Internet]. 2006 [cited 2011 march 4]; Available from://www.npuap.org/NP-UAPPressureUlcerPoints122805.pdf
6. ชวลี แยมวงษ์, จันทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, ปานจิตร โชตพิซิง, ศุภลดี ช้อยชาญชัยกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, สุภาณี กาญจนจारी และคณะ. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ. รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารการพยาบาล 2548; 20(1): 33-48.
7. นลินทิพย์ ตำนานทอง, วีระชัย โค้วสุวรรณ. ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2540; 12(2): 74-82.
8. Bennett G, Moody M. Wound care for Health Professionals. London: Chapman & Hall; 1995.
9. อารี บุรณกุล. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
10. พรทิพย์ มาลาธรรม, ชวลี แยมวงษ์, สุภาณี กาญจนจारी, จันทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. แนวปฏิบัติการคลินิก เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ. นนทบุรี: จุตทอง; 2550.
11. ประเสริฐ อัลสันตชัย. แผลกดทับในผู้สูงอายุ. คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์ 2546: 398-405.
12. Weinberg JK. Balancing autonomy and resources in healthcare for elders. Generations 1998. 22(3): 92.
13. จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตikul, สงวนลิน รัตนเลิศ, เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. Clinical Practice Guide lines: การจัดทำและนำไปใช้. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2543.
14. อารี ชิวเกษมสุข, และธนิดา เขียรธำรุงสุข. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างกับรูปแบบเชิงบรรยาย. วารสารพยาบาล ศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2548; 2(3): 56-64.
15. มยุรี โรจนอังกูร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลอุดรดิตต์. [วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
16. สุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์, นฤมล เลิศคอนสาร, วาสนา วงศ์ประเสริฐ, ปภาพร ไบยา, พรรณี ปิยะวงศ์, สมพร คำดีพิน. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการหกล้มและตกเตียงในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชชนก เชียงใหม่. วารสารพยาบาลสวนดอก 2549; 12(2).
17. Ray A, NHMRC Clinical Trials Centre. Advancing research. Aust Fam Physician 1999; 28(3): 205.
18. Thomas DR. Existing tools: are they meeting the challenges of pressure ulcer healing?. Adv Wound Care 1997; 10(5): 86-90.
19. Gagan, M. and J. Hewitt-Taylor, The issues for nurses involved in implementing evidence in practice. Br J Nurs 2004; 13(20): 1216-20.
20. Ring N, et al. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. J Clin Nurs 2005; 14(9): 1048-58.
21. รุ่งวี นาวีเจริญ. การนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล 2544; 26(3): 121-9.