



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย

วีระพรรณ บุญมีวิเศษ, พย.บ.*, จันทร์ทิพย์ สุขบัว, พย.บ.*
พิชัย บุญมาศรี, พย.ม.**, ระพีพรรณ นันทะนา, พย.ม.**

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญพบในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดการติดเชื้อ และผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ตึกผู้ป่วยหนักพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็น 1.9, 2.6, 5.8 ต่อพันวันนอน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก

วิธีดำเนินงานวิจัย: วิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาาระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ 17 คน และผู้ป่วยที่มีคะแนนบราเดนสกอร์ (Braden score) ≤ 18 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 260 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/การสนทนากลุ่ม/การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดแบบกึ่งโครงสร้าง 2) แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test, McNemar's test, Independence t-test/ Mann Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย: หลังใช้แนวปฏิบัติพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการประเมินความเสี่ยง (p=0.004) การกระจายแรงกด (p=0.016) การป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ (p=0.004) ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติเกิดแผลกดทับ 8 คน ลดลงจากร้อยละ 6.11 เป็น ร้อยละ 0.8 (p=0.036)

สรุป: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับและนวัตกรรมที่นอนเจล-ยางพารา สามารถลดการเกิดแผลกดทับได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การพยาบาล แผลกดทับ หอผู้ป่วยหนัก

*หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย

**กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 7 พฤศจิกายน 2565

อนุมัติตีพิมพ์: 30 ธันวาคม 2565



Development of Nursing Practice Guideline for Prevention of Pressure Sores in Intensive Care Unit, Loei Hospital

Werapan Boonmewiset, B.N.S*Janthip Sukbua, B.N.S.*

Pichai Boonmasri, M.N.S.***, Rapeepun Nuntana, M.N.S.**

Abstract

Background: Pressure ulcers were a crucial complication in patients with limited mobility that affected patients who became infected and had to stay in the hospital longer. In the intensive care unit, the incidence rate of pressure sores in 2018-2020 were 1.9, 2.6, and 5.8 per thousand sleep days, respectively which tend to increase.

Objective: To develop a nursing practice guideline for the prevention of pressure sores in the intensive care unit.

Method: The study was research and development. The study was conducted from June - December 2021. The participants were 17 registered nurses and 260 patients with a Braden score ≤ 18 were admitted to the intensive care unit. Measurements were: 1) in-depth interviews/group discussions/semi-structured brainstorming and reflection sessions; 2) an evaluation form for nursing practice guidelines to prevent pressure sores. Data analysis, qualitative data used content analysis, and quantitative data were used to compare differences in mean scores by using Fisher's exact test, McNamar's test, Independence t-test/ Mann Whitney U test, and Wilcoxon signed rank test.

Result: After using the guideline, it found that the nursing behavior of taking care of patients increased with statistical significance according to the guidelines in terms of risk assessment ($p=0.004$), pressure distribution ($p=0.016$), and prevention of pressure sores from medical devices ($p=0.004$). Clinical Outcomes after the development and using the guideline, there were pressure sores of 8 participants decreased from 6.11 percent to 0.8 percent ($p=0.036$).

Conclusion: Nursing practice guidelines to prevent pressure sores and gel-latex mattress innovations can reduce the incidence of pressure sores.

Keywords: guideline, nursing, pressure sores, intensive care unit

*Intensive care unit ward, Loei hospital.

**Department of community health nursing, Loei hospital.

Submission: 7 November 2022

Publication: 30 December 2022



บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว สาเหตุจากเนื้อเยื่อถูกกดทับเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁽¹⁾ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 3-4 มีวันนอนเฉลี่ย 29 วัน คิดเป็น 1.7 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า แผลกดทับเป็นปัญหาเรื้อรังที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนสุขภาพและบริการสุขภาพ รวมทั้งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล⁽²⁾

การป้องกันการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานเน้นการพยาบาล 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงด้วย Braden scale การกระจายน้ำหนักลดแรงกดทับด้วยจัดท่าและพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง การดูแลผิวหนัง ให้สะอาดและไม่เปียกชื้น และการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี ไม่ดึงหรือลาก แต่ยังพบการเกิดแผลกดทับ จากข้อมูล Hos XP ปี 2561 ถึง 2563 พบผู้ป่วยแผลกดทับ 1.9, 2.6 และ 5.8 ต่อพันวันนอน สาเหตุจากข้อจำกัดจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ตัว ต้องใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อพยุงชีพและติดอุปกรณ์แพทย์ ทำให้เกิดความพร่องในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลตามผลการรักษามากกว่าการป้องกันและการมีที่นอนลมไม่พอใช้ ที่นอนลมมีน้ำหนักมากและชำรุดง่าย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามี 2 รูปแบบที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ รูปแบบการป้องกันแผลกดทับของ NHS Improvement 2018 และ รูปแบบการป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ของ Gefen และคณะ^(3,4) สำคัญของทั้ง 2

งานวิจัย ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในเรื่องการประเมินความเสี่ยง การดูแลผิวหนัง การใช้อุปกรณ์รองรับน้ำหนัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลการขับถ่าย การจัดการโภชนาการ การให้ความรู้และข้อมูลกับผู้ป่วย/ญาติ การรายงาน การสรุปและปรับปรุง^(3,4) รวมทั้งมีรายงานการศึกษาที่ระบุว่าที่นอนประเภทเจลหรือโฟมสามารถลดแผลกดทับได้^(5,6)

ดังนั้นกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจึงร่วมกันพัฒนานวัตกรรมที่นอนเจล-ยางพารา และแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับขึ้น โดยกระบวนการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้เกิดความครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับ เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการป้องกันแผลกดทับในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวคิดวงจรคุณภาพของ Deming ดำเนินการ 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนวัตกรรมเพื่อป้องกันแผลกดทับ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน โดยจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหน่วย ร่วมกันวางแผนพัฒนาแนว



ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับและ
 นวัตกรรมที่นอนเจล-ยางพารา โดยใช้ความรู้และ
 ประสบการณ์เดิม ร่วมกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการ
 ป้องกันแผลกดทับของ NHS Improvement 2018
 (ASSKING prevention model)⁽³⁾ ดำเนินการโดย
 ทดลองปฏิบัติในหน่วยงาน ตรวจสอบ และปรับปรุง
วงรอบที่ 2 กำหนดให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 เพื่อป้องกันแผลกดทับเป็นมาตรฐานในงานประจำ
 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน โดยประเมิน
 สถานการณ์ปัญหาหลังการใช้นวัตกรรม นำความรู้
 จากประสบการณ์การแก้ปัญหาในวงรอบที่ 1 ร่วมกับ
 การประยุกต์ใช้รูปแบบการป้องกันแผลกดทับจาก
 อุปกรณ์แพทย์ของ Gefen และคณะ (SECURE
 prevention model)⁽⁴⁾ วางแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติ
 ดำเนินการ โดยทดลองปฏิบัติในหน่วยงาน ตรวจสอบ
 และปรับปรุงเพื่อขอรับรองคุณภาพใช้ในงานประจำ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยและพัฒนา
 (Research and Development: R&D) ตามแนวคิด
 วงจรคุณภาพของ Deming มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา
 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในหอ
 ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย ระหว่างเดือน มิ.ย.-ธ.ค.
 2564 กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลในหน่วยงาน 15
 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักทุก
 รายที่มีคะแนน Braden score ≤ 18 ในระยะเวลาที่
 ดำเนินการศึกษา จำนวน 260 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนางาน (Research and
 development) ดำเนินการ ใน หอ ผู้ป่วยหนัก
 โรงพยาบาลเลย ระหว่าง มิ.ย.-ธ.ค. 2564 ขั้นตอนการ
 วิจัย แบ่งออกเป็น 2 วงรอบ ประกอบด้วย

วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการ
 พยาบาลและนวัตกรรมเพื่อป้องกันแผลกดทับ
 ระยะเวลา ม.ค.-มี.ค.2564 โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้ 1)
 วางแผน โดยประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เชิญชวนและ
 ลงชื่อเข้าร่วมโครงการ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์
 และสาเหตุของปัญหา ร่วมกันวางแผนพัฒนาแนว
 ปฏิบัติและนวัตกรรมป้องกันแผลกดทับ โดยถอด
 ประสบการณ์ ทบทวนงานวิชาการและงานวิจัยที่
 เกี่ยวข้อง 2) ดำเนินการ โดยนำแนวปฏิบัติและ
 นวัตกรรมไปทดลองใช้ในหน่วยงาน 3) ตรวจสอบ
 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งด้านพฤติกรรมพยาบาล
 และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และ 4) ปรับปรุง โดยนำ
 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์และปรับปรุงในวงรอบ
 ต่อไป

วงรอบที่ 2 กำหนดให้แนวปฏิบัติทางการ
 พยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับเป็นมาตรฐานในงาน
 ประจำ ระยะเวลา เม.ย.-มิ.ย. 2564 ขั้นตอนได้แก่ 1)
 วางแผน โดยนำผลการวิเคราะห์ในวงรอบที่ 1 มา
 ปรับปรุง 2) ดำเนินการ โดยทดลองใช้ในหน่วยงาน
 3) ตรวจสอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการ
 ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด โปรแกรม Hos
 XP และเวชระเบียน 4) ปรับปรุง โดยสรุปผลการ
 ดำเนินงาน จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
 ป้องกันแผลกดทับเสนอศูนย์คุณภาพ เพื่อประกาศใช้
 ในงานประจำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย เกณฑ์คัดเข้า เป็นกลุ่มพยาบาล
 วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเลย
 อย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยแผลกด
 ทับ 15 คน เกณฑ์คัดออก เมื่อย้ายหน่วยงานหรือ
 ไม่ได้มอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ



กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักทุกรายที่มีคะแนน Braden score ≤ 18 ในระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา เกณฑ์คัดออก เมื่อเกิดแผลกดทับมากกว่าระดับที่ 1 จำนวน 260 คน การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มพยาบาลในหน่วยงาน ไม่มีการเก็บข้อมูลโดยตรงกับผู้ป่วยใช้ข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/การสนทนากลุ่ม/การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดแบบกึ่งโครงสร้าง เครื่องมือดังกล่าวพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญ 3 คน 3) แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ จำนวน 26 คำถาม เลือกได้ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ ทดสอบกับพยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต รพ.เลย จำนวน 10 คน วิเคราะห์ด้วย Kuder-Richardson มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.87 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติ ฯ จำนวน 5 คำถาม เลือกได้ 5 คำตอบ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ทดสอบกับพยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต รพ.เลย จำนวน 10 คน วิเคราะห์ด้วย Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.97 4) โปรแกรม Hos XP และ 5) แฟ้มเวชระเบียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ 1) สัมภาษณ์เชิงลึก เดือน มิ.ย. 2564 ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลหัวหน้าเวร 2 คน และพยาบาลปฏิบัติการ 3 คน 2) สนทนากลุ่มพยาบาล เดือน มิ.ย. 2564 จำนวน 2 ครั้ง 3) ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดกลุ่มพยาบาล เพื่อวางแผน

ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแนวปฏิบัติ ทุกสัปดาห์สุดท้ายของเดือน มิ.ย.-ธ.ค. 2564 จำนวน 6 ครั้ง และ 4) เก็บรวมความข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม Hos XP และ แฟ้มเวชระเบียน เดือน ม.ค.-ธ.ค. 2564 โดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดจัดเป็นหมวดหมู่ จากนั้นตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง เขียนเนื้อความโดยคงความหมายเดิมไว้

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงกลุ่ม นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test และ McNemar's test ข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ Independence t-test/ Mann Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล 13 เลขที่ 014/2564 เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2564



ผลการศึกษา

วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและ นวัตกรรมเพื่อป้องกันแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Plan)

แผนที่ 1 การวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติกร
พยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การวิเคราะห์เชิงเน
สถานการณ์ พบว่าการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกด
ทับไม่ครอบคลุม สาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1)
ข้อจำกัดจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือวิกฤตใน
การสื่อสารและเคลื่อนไหว "คนไข้ส่วนใหญ่ไม่รู้
สึกตัว ใ้ท่อช่วยหายใจสื่อสารลำบาก บางคนต้อง
ผูกยึด ไม่ให้ดึงท่อช่วยหายใจ" การสนทนากลุ่ม
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 2) การพยาบาลที่
มุ่งเน้นการดูแลตามแผนการรักษามากกว่าการ
ป้องกัน "คนไข้วิกฤต ต้องให้การดูแลตามแผนการ
รักษาก่อน การป้องกันน่าจะทำได้หลัง" การสนทนา
กลุ่ม พยาบาลปฏิบัติการ ดังนั้นจึงร่วมกันวางแผน
พัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ โดยการทบทวนความรู้และถอด
ประสบการณ์ ได้แก่ 1) การประเมินผิวหนัง โดย
ประเมินความเสี่ยงด้วย Braden scale แรกรับและ
ต่อเนื่องตามเกณฑ์ 2) การดูแลผิวหนังให้สะอาดและ
ไม่เปียกชื้น โดยอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างน้อยวันละ
1 ครั้ง และเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งเมื่อเปื้อน/เปียก 3)
การรองรับและกระจายแรงกด โดยเปลี่ยนท่าและ
พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง กลุ่มเสี่ยง/กลุ่ม
เสี่ยงต้องรองรับน้ำหนักด้วยที่นอนลม/ที่นอนเจล-
ยางพาราทุกราย 4) การลดแรงเสียดทาน โดยใช้
เจ้าหน้าที่ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ช่วยยกตัวผู้ป่วยด้วยผ้า
หรือ Pat-slide และ 5) การดูแลโภชนาการ ตั้งแต่แรก
รับ และต่อเนื่อง

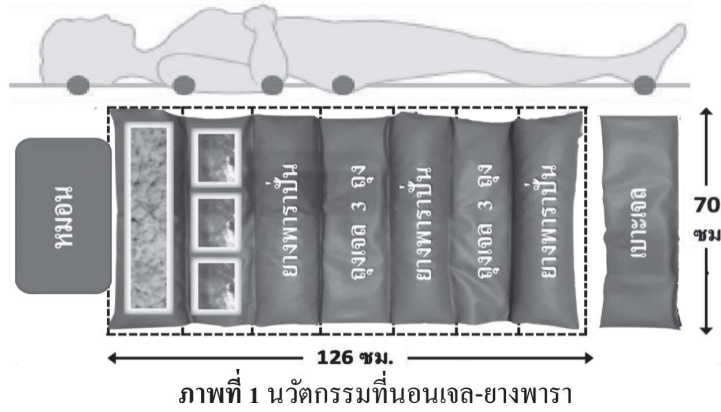
แผนที่ 2 การวางแผนพัฒนานวัตกรรม
ป้องกันแผลกดทับ วิเคราะห์สถานการณ์ความ
ต้องการนวัตกรรม เนื่องจากที่นอนลมของหน่วยงาน

ไม่เพียงพอ เพราะส่วนใหญ่ได้รับการบริจาค มี
สภาพเก่า ชำรุดง่าย "ที่นอนลมส่วนใหญ่ได้จากการ
บริจาค เคยใช้งานมาแล้ว เหมือนว่าจะเยอะแต่ไม่
พอใช้ไม่ถึง 3 เดือนก็รั่ว" สัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาล
หัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนั้นจึงวางแผนจัดทำที่นอนเจล-
ยางพารา เพราะผลิตได้ง่าย ไม่ซับซ้อน แต่ถ้าผลิต
ด้วยเจลทั้งหมดที่นอนจะมีหนักมากถึง 16 กิโลกรัม
จึงต้องทดแทนบางส่วนด้วยยางพาราบัน ซึ่งเป็นวัสดุ
ที่น้ำหนักเบา อ่อนนุ่ม และรองรับน้ำหนักได้ดี

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ (Do)

ปฏิบัติกรที่ 1 การทดลองใช้แนวปฏิบัติใน
หน่วยงาน ได้แก่ 1) สร้างการรับรู้และสร้างความ
หนักในการป้องกันแผลกดทับ โดยชี้แจงโครงการ
คืนข้อมูลสถานการณ์แผนกดทับในหน่วยงาน
ทบทวนความรู้และแนวปฏิบัติ ฯ 2) การสอนและ
ทบทวนการใช้แนวปฏิบัติ ฯ หน่วยงาน 3) มอบหมาย
ให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้กำกับติดตาม และ 4) จัด
ประชุมติดตามและปรับปรุงแนวปฏิบัติทุกเดือน

ปฏิบัติกรที่ 2 การผลิตและใช้นวัตกรรม "ที่
นอนเจล-ยางพารา" ตัดเย็บชั้นนอกเย็บด้วยหนังหุ้ม
เบาะ เย็บแบ่งเป็น 7 ช่อง ชั้นในเย็บปลอกผ้า จำนวน
7 ใบ นำปลอกผ้า 4 ใบ ยัดด้วยยางพาราบัน 0.6
กิโลกรัมต่อใบ และนำปลอกผ้า 3 ใบ ยัดด้วยเจล 3
ถุงต่อใบ โดยนำปลอกผ้ายางพาราใส่ช่องแรกสลับ
กับปลอกผ้าเจล จนครบทุกช่อง เพื่อให้เหมาะกับ
ตำแหน่งแรงกดทับของร่างกาย ทดสอบ Bottom out
(โดยสอดมือใต้ที่นอน ถ้าที่นอนมีความหนาน้อยกว่า
2.5 ซม.และมีลักษณะแข็งถือว่าไม่ผ่าน) น้ำหนักรวม
10.6 กิโลกรัม ต้นทุน 888 บาท วิธีการใช้นวัตกรรม
ผู้ป่วย/ญาติยินยอมใช้นวัตกรรม วางที่นอนเจล-
ยางพาราบนเตียง ให้ผู้ป่วยนอนแล้วทดสอบ Bottom
out นวัตกรรมนี้ต้องใช้งานร่วมกับแนวปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ



ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check)

ผลลัพธ์ที่ 1 จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ๑ โดยพยาบาลในหน่วยงาน 15 คนพบว่า การประเมินผิวหนังและความเสี่ยงตามเกณฑ์ ร้อยละ 33.3 การดูแลผิวหนังให้สะอาดและไม่เปื่อยกขึ้นตามเกณฑ์ ร้อยละ 66.7 การรองรับและกระจายแรงกดตามเกณฑ์ ร้อยละ 53.3 การลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.0 และการดูแลและส่งเสริมโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 2 และภาพที่ 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหลังให้การพยาบาล 3 เดือน ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ 8 คน ร้อยละ 6.1 ความรุนแรงระดับ 2 เกิดขึ้นบริเวณก้นกบและไหล่ (ตารางที่ 2)

ผลลัพธ์ที่ 2 ผลการใช้ที่นอนเจล-ยางพาราเมื่อทดสอบกลุ่มย่อย (Pilot study) แบบสังเกตการณ์ แบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยให้กลุ่มเสี่ยงใช้ที่นอนลมก่อน และใช้นวัตกรรมเมื่อที่นอนลมไม่เพียงพอ พบว่าข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ทั้งเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่า Albumin ไข่และอุจจาระร่วง กลุ่มที่นอนเจล-ยางพาราไม่เกิดแผลกดทับ และกลุ่มที่นอนลมเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 11.1 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.237$)

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง (Act)

1. การประเมินแนวปฏิบัติ ๑ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติระดับสูง ในเรื่องความง่ายในการใช้งาน ร้อยละ 26.7 ความชัดเจนเข้าใจง่าย ร้อยละ 33.3 สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง ร้อยละ 26.7 สามารถป้องกันแผลกดทับได้ ร้อยละ 33.3 และความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 26.7

2. การประเมินนวัตกรรม จากการทำสอบทางสถิติเห็นว่าที่นอนลมและที่นอนเจล-ยางพารา มีประสิทธิภาพป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเป็นการทดสอบแบบสังเกตการณ์ ดังนั้นนวัตกรรมนี้เหมาะสำหรับกลุ่มเสี่ยงทุกรายกรณีกลุ่มเสี่ยงสูงควรใช้ที่นอนลมทุกราย ยกเว้นที่นอนลมไม่เพียงพอหรือผู้ป่วย/ญาติปฏิเสธใช้ที่นอนลม

วงรอบที่ 2 กำหนดให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับเป็นมาตรฐานในงานประจำ

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Plan)

การวิเคราะห์สถานการณ์ หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติ ๑ ในวงรอบที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมไม่ครอบคลุมใน 4 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินผิวหนัง การดูแลผิวหนัง การรองรับและกระจายแรงกด และการลดแรงเสียดทาน รวมทั้งพบผู้ป่วยแผลกดทับ ร้อยละ 6.1 ความรุนแรงระดับ 1 มี



รอยแดงที่จมูกและใบหู ความรุนแรงระดับ 2 ที่ก้น กบ สาเหตุจากมุ่งเน้นการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่คะแนน Braden scale สูง เข้าใจว่าที่นอนลมและที่นอนเจล-ยางพาราใช้สำหรับผู้ป่วยแผลกดทับ และการกดตั้งรั้ง จากอุปกรณ์แพทย์ “คนไข้ที่ส่งตัวมาจากที่อื่น บางคน ติดสายเอ็นจีแบบเก่า สายกดจมูกส่วนบนเป็นรอยแดง บางคนก็ถูกสายออกซิเจนรัดร่องหูเป็นรอยแดง” “คนที่เสี่ยงกับเสี่ยงสูงเราต้องรองที่นอนลมหรือที่นอนเจล-ยางพาราทุกคน ไม่ต้องรอให้เป็นแผล” การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด กลุ่มพยาบาล

การวางแผน นำรูปแบบการป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์มาประยุกต์ใช้กับแนวปฏิบัติฯ เดิม โดยกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน กิจกรรมหลักที่เพิ่มเติม ได้แก่ 1) การให้ความรู้และข้อมูลกับผู้ป่วย 2) เสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการป้องกันแผลกดทับในหน่วยงาน 3) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และรายงานความเสี่ยง 4) สร้างการมีส่วนร่วมในการ

ป้องกันแผลกดทับ และ 5) การสรุปความก้าวหน้า และปรับปรุงบริการพยาบาล (ภาพที่ 2)

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ (Do)

นำแนวปฏิบัติ ๑ ที่ปรับปรุงไปใช้ในหน่วยงาน โดยเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) ตรวจสอบการรับรู้และการสื่อสารของผู้ป่วยทุกเวร 2) จัดเก็บอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ทุกเวร และพยาบาลหัวหน้าเวรรวบรวมรายงานเสนอที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน 3) สอนและฝึกทักษะการประเมินและป้องกันแผลกดทับ ติดตามและเปลี่ยนตำแหน่งอุปกรณ์ตามเกณฑ์ โดยสอนนางงานเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน และทบทวนความรู้ให้เป็นปัจจุบันปีละ 1 ครั้ง 4) ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลทุกเวร และตรวจสอบบันทึกและการรายงานความเสี่ยงอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหน่วยงานทุกเวร 5) ร่วมกันสรุปและวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและอุบัติการณ์แผลกดทับ รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติในหน่วยงานทุกเดือน (ตารางที่ 1 และภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับทั้ง 2 วงรอบ

วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
<p>ประยุกต์ใช้รูปแบบการป้องกันแผลกดทับ ASKING prevention model</p> <p>1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</p> <p>1.1 ประเมินสภาพผิวหนัง/แผลกดทับ ได้แก่ สีผิวหนัง ความชุ่มชื้น อุณหภูมิกาย บวม แห้ง รอยโรค</p> <p>1.2 ประเมินการรับรู้ความรู้สึกและการสื่อสาร สอบถาม บริเวณที่ปวดและไม่สุขสบาย</p> <p>2. การดูแลผิวหนัง</p> <p>2.1 ดูแลผิวหนังให้สะอาดและลดความเปียกชื้น โดยอาบน้ำอย่างน้อยวันละครั้ง ด้วยน้ำเปล่าหรือสบู่สูตรอ่อนโยน งดใช้น้ำร้อน/น้ำอุ่นทำความสะอาดผิว เช็ดผิวหนังและซับให้แห้งด้วยความนุ่มนวล รักษาความชุ่มชื้นผิวด้วยครีมบำรุงผิว</p> <p>2.2 ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาตามแผนการรักษาทุก 4 ชั่วโมง</p>	<p>ประยุกต์ใช้รูปแบบการป้องกันแผลกดทับ ASKING prevention model และ รูปแบบการป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์ SECURE prevention model</p> <p>1.การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพิ่มการประเมินสภาพผิวหนัง/แผลกดทับ บริเวณที่ติดอุปกรณ์การแพทย์และผูกยึดผู้ป่วย</p> <p>2.การดูแลผิวหนัง เพิ่มการตรวจสอบผิวหนังและดูแลความสะอาดบริเวณติดอุปกรณ์แพทย์ กลุ่มเสี่ยงสูงทุก 2 ชั่วโมง กลุ่มเสี่ยงทุก 4 ชั่วโมงและตรวจสอบความถูกต้องและดูแลเปลี่ยนตำแหน่งการติดอุปกรณ์แพทย์ทุกเวร</p> <p>3.การรองรับและกระจายน้ำหนัก เพิ่มการประยุกต์ใช้เอสกิน่า ปิดปุ่มกระดูกที่มีรอยแดงเพื่อป้องกันแผลกดทับทุกคน</p> <p>4. การช่วยเหลือเปลี่ยนท่าทางและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่นเดียวกับวงรอบที่ 1</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับทั้ง 2 วงรอบ (ต่อ)

วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
<p>3. การรองรับและกระจายน้ำหนัก</p> <p>3.1 กลุ่มเสี่ยงสูงดูแลให้ได้รับที่นอนลมรองนอนทุกราย และกลุ่มเสี่ยงดูแลให้ได้รับที่นอนเจล-ยางพารารองนอนทุกราย</p> <p>3.2 ดูแลใช้ฟ้านุ่มรองปมกระดูกทุกคน</p> <p>3.3 ดูแลเสื้อผ้า ผ้าขางเตียง และผ้าปูเตียง ให้เรียบตึงและแห้งสะอาดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อแรงกดและแรงเสียดทานขณะเคลื่อนไหว</p> <p>4. การช่วยเหลือเปลี่ยนท่าทางและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p> <p>4.1 ดูแลเปลี่ยนอิริยาบถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชม.</p> <p>4.2 ลดแรงเสียดทานและการบาดเจ็บโดยใช้เจ้าหน้าที่ช่วยเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่าทาง 2 คนขึ้นไป โดยยกตัวด้วย Pat-slide/ผ้า แทนการลากเตียง</p> <p>4.3 ดูแลจัดท่านอนให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา กรณีนอนศีรษะสูงเกิน 30 องศา ไม่ควรอยู่ในท่าเดิมเกิน 30 นาที และต้องใช้เบาะรองก้นทุกครั้ง</p> <p>5. การดูแลการขับถ่าย ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จทุกครั้งเมื่อขับถ่าย/เบื่อน/เปียก</p> <p>6. การจัดการและส่งเสริมโภชนาการ</p> <p>6.1 ประเมินภาวะโภชนาการแรกรับทุกคน</p> <p>6.2 ประเมินประเภทอาหารและปริมาณที่ผู้ป่วยควรได้รับกับแผนการรักษาทุกวัน</p> <p>6.3 ประเมินการรับอาหารและน้ำของผู้ป่วยตามแผนการรักษาทุกวัน</p>	<p>5. การดูแลการขับถ่าย เช่นเดียวกับวงรอบที่ 1</p> <p>6. การจัดการและส่งเสริมโภชนาการ เพิ่มการปรึกษาแพทย์/นักโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาอุจจาระร่วง</p> <p>7. การจัดการความรู้ เพิ่มการดูแลกรณีผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง สามารถสื่อสารผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ให้ข้อมูลเพื่อป้องกันแผลกดทับและการดึงอุปกรณ์/เครื่องมือ เพื่อลดการผูกยึดทุกเวร</p> <p>8. การจัดการความเสี่ยง</p> <p>8.1 จัดเก็บอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ทุกเวร</p> <p>8.2 พยาบาลหัวหน้าเวรรวบรวมรายงานเสนอที่ประชุมในหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน</p> <p>9. การเสริมสร้างความเข้าใจในองค์กร</p> <p>9.1 สอนและฝึกทักษะการประเมินแผลป้องกันแผลกดทับกับผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล</p> <p>9.2 ทบทวนการติดอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ถูกต้อง การตรวจสอบ และการเปลี่ยนตำแหน่งตามเกณฑ์ โดยสอนหน้างานเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน และทบทวนความรู้ให้เป็นปัจจุบันปีละ 1 ครั้ง</p> <p>10 การบันทึกและรายงาน</p> <p>10.1 ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับมีความถูกต้อง ครบคลุมและต่อเนื่องทุกเวร</p> <p>10.2 ตรวจสอบบันทึกและการรายงานความเสี่ยงอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหน่วยงานถูกต้องและรวดเร็วทุกเวร</p> <p>11. การปรับปรุงบริการ ร่วมกันสรุปและวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและอุบัติการณ์แผลกดทับ รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติในหน่วยงานทุกเดือน</p>

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check)

กลุ่มพยาบาลใช้แนวปฏิบัติ ๑ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการประเมินความเสี่ยง (p=0.004) การกระจายแรงกด (p=0.016) การป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ (p=0.004) แต่ไม่พบ

ความแตกต่างในเรื่องการดูแลผิวหนัง (p=0.375) การลดแรงเสียดทาน (p=0.500) และการดูแลโภชนาการ เนื่องมีการใช้แนวปฏิบัติ ๑ ครบคลุมตามเกณฑ์ ตั้งแต่ช่วงรอบที่ 1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มพยาบาล (n=15)

คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	วงรอบที่ 1		วงรอบที่ 2		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.การประเมินความเสี่ยงต่อแผลกดทับ	5	33.3	14	93.3	0.004 ^a
2.การดูแลผิวหนังให้สะอาดและไม่เปื่อยช้ำ	10	66.7	14	93.3	0.375 ^a
3.การรองรับและกระจายแรงกดทับ	8	53.3	15	100.0	0.016 ^a
4.การลดแรงเสียดทานและดึงรั้งผิวหนัง	12	80.0	15	100.0	0.500 ^a
5.การดูแลให้อาหารตามแผนการรักษา	15	100.0	15	100.0	Na
6.การป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์	7	46.7	14	93.3	0.004 ^a

 สถิติที่ใช้ทดสอบ ^a McNemar test

ผลของการใช้แนวปฏิบัติ ๗ ต่อผู้ป่วย พบว่า เมื่อผู้ป่วยทั้ง 2 วงรอบมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ทั้งคะแนน Braden scale ระดับ Albumin อาการใช้ ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปและผลการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วย (n=130)

ถ่ายเป็นน้ำ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดแผลกดทับพบว่าผู้ป่วยวงรอบที่ 2 เกิดแผลกดทับน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.036) (ตารางที่ 3)

ข้อมูลผู้ป่วย	วงรอบที่ 1		วงรอบที่ 2		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. Braden score					
15-18 คะแนน	12	9.2	11	8.4	0.256 ^b
13-14 คะแนน	54	41.6	40	30.8	
10-12 คะแนน	51	39.2	66	50.8	
6-9 คะแนน	13	10.0	13	10.0	
2. ระดับ Albumin เกล็ด (± SD)	3.7	(± 0.7)	3.8	(± 0.8)	0.479 ^c
3. ผู้ป่วยมีไข้	40	30.8	44	33.9	0.691 ^d
4. ผู้ป่วยถ่ายเหลว/ถ่ายเป็นน้ำ	5	3.9	2	1.5	0.447 ^d
5. การเกิดแผลกดทับ					
ไม่เกิดแผลกดทับ	122	93.9	129	99.2	0.036 ^d
เกิดแผลกดทับ	8	6.1	1	0.8	

 สถิติที่ใช้ทดสอบ ^b Mann Whitney U test, ^c Independence t-test และ ^d Fisher's exact test

ขั้นตอนที่ 4 การรับรองมาตรฐาน (Act)

หลังดำเนินการ พบว่าการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักลดลง พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมมากขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้งานร้อยละ 80.0 มีความชัดเจนร้อยละ 66.7 สามารถใช้ได้จริงร้อยละ 93.3 แก้ปัญหาได้จริง

ร้อยละ 80.0 และความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ 86.7 ดังนั้นกลุ่มพยาบาลในหน่วยงานจึงมีความเห็นร่วมกันว่า ควรนำแนวปฏิบัติ ๗ และนวัตกรรม “ที่นอนเจล-ยางพารา” มาใช้ในการงานประจำ โดยขอการรับรองจากศูนย์คุณภาพและประกาศใช้ในหน่วยงาน



อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรพัฒนาคุณภาพของ Demming โดยเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการสนทนากลุ่ม การประชุม ระดมสมองและสะท้อนคิด วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ซึ่งพบว่าเกิดการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานยึดโยงกับหลายปัญหา ได้แก่ ข้อจำกัดจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้พร้อมในการสื่อสารและเคลื่อนไหว ข้อจำกัดทางการพยาบาลที่รับแรงดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแผนการรักษาทำให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีปฏิบัติไม่ครอบคลุม ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ หน่วยงานมีที่นอนลมไม่เพียงพอ เนื่องจากได้รับจากบริจาคมีสภาพเก่า ชำรุดง่าย และพบผิวหนังถลอกแดงจากการกดและดึงรั้งของอุปกรณ์แพทย์ จึงเห็นได้ว่าการเกิดแผลกดทับมีสาเหตุจากหลายเหตุปัจจัย ดังการแก้ปัญหาจึงต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและรอบด้าน กลุ่มพยาบาลในหน่วยงานจึงร่วมกันจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ถอดความรู้จากประสบการณ์แก้ปัญหา ร่วมกับการประยุกต์ใช้ฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รูปแบบการป้องกันแผลกดทับของ NHS Improvement 2018 (ASSKING prevention model)⁽³⁾ และรูปแบบการป้องกันแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ของ Gefen และคณะ (SECURE prevention model)⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ เรือนสว่าง และคณะ เรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันแผลกดทับ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา มุ่งเน้นการ ทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน⁽⁵⁾ เมื่อนำไปทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไข 2 วงรอบ พบว่าสามารถเพิ่มความครอบคลุมและระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการ

พยาบาล ($p=0.012$) ลดการแผลกดทับในหน่วยงาน จาก ร้อยละ 6.1 เป็น 0.8 ($p=0.036$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stephenson และ Young การใช้รูปแบบป้องกันแผลกดทับ จะพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 3.9-27.7 โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินและบันทึกความเสี่ยง การวางแผนดูแลและติดตามต่อเนื่อง การใช้ อุปกรณ์รองรับและปรับเปลี่ยนอิริยาบถ การดูแล อุปกรณ์แพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย และการขับถ่าย^(6,7) สอดคล้องกับการศึกษาของ Karadag และ Seong พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถป้องกันผิวหนังบาดเจ็บจากแรงกด (Tissue pressure injury) จาก อุปกรณ์แพทย์ได้ กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติเกิดการบาดเจ็บ ร้อยละ 57.1 กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดการบาดเจ็บ ร้อยละ 45.5 โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบการติดอุปกรณ์แพทย์ ดูแลเปลี่ยนตำแหน่งตามเกณฑ์ ประเมินและดูแลผิวหนังอย่างต่อเนื่อง^(8,9)

การพัฒนานวัตกรรม “ที่นอนเจล-ยางพารา” มีประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกับ “ที่นอนลม” ($p=0.237$) จากทดสอบด้วยวิธี Bottom out พบว่าสามารถรองรับและกระจายน้ำหนักได้ตามเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Serraes และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ที่นอนลมเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 32.2 และที่นอนเจลเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 31.7 ไม่แตกต่างทางสถิติ⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rich และคณะ พบว่าผู้ที่ใช้ที่นอนประเภทเจลและโฟมเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 3.3-3.7 และใช้ที่นอนลมเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 3.2 ไม่แตกต่างทางสถิติ⁽¹¹⁾ จึงเห็นได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติ ฯ และ นวัตกรรม “ที่นอนเจล-ยางพารา” ที่กลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยหนักร่วมกันพัฒนา สามารถลดการเกิดแผลกดทับได้ จึงควรใช้เป็นมาตรฐานในงานประจำต่อไป



ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองต่อไป เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ฯ และนวัตกรรม

กิตติกรรมประกาศ

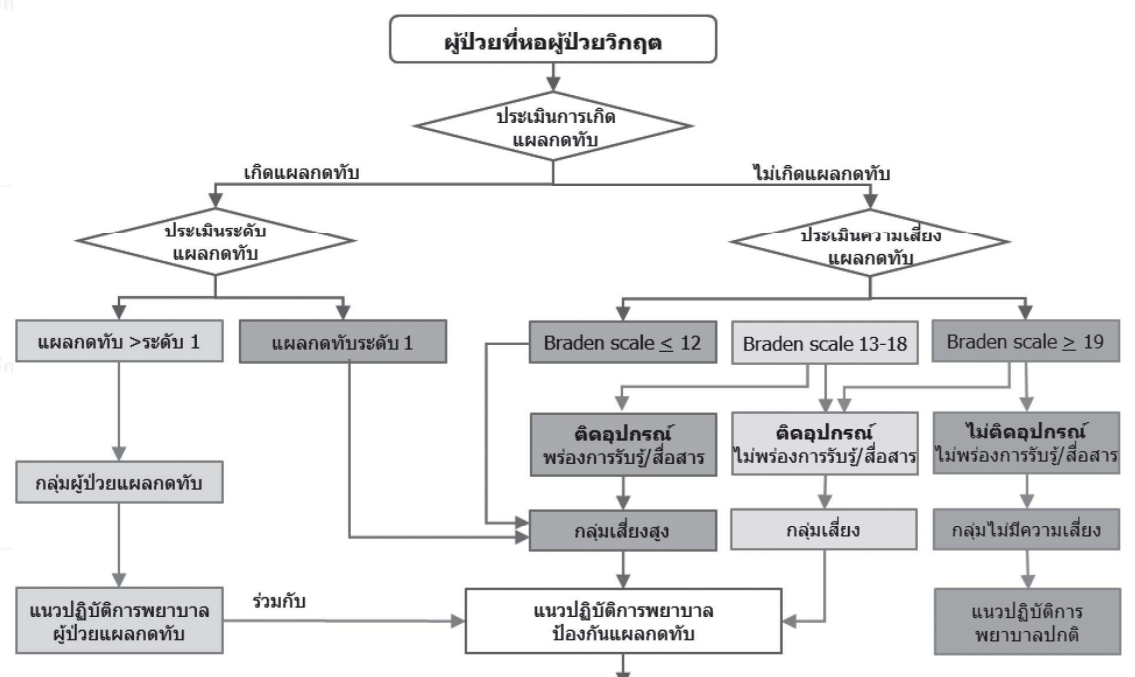
ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่ร่วมมือในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Cooper KL. Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 2013;3(6):57-66.
2. มณี นุช สุทธสนธิ์, กาญจนา ปัญญาธร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอากรหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 2562;37(4):80-9.
3. NHS Improvement. Pressure ulcer core curriculum. NHS Improvement: London, 2018.
4. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne TC, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcer: SECURE prevention. *J Wound Care*, 2020;29(Sup2a):S1-S52.
5. พรศิริ เรือนสว่าง, เพ็ญพิมพ์ ชันทอง, ฉันทนันท์ หาญณรงค์, ธันฐภรณ์ กอสกุลศิริบุรณ์, อรุณรัตน์ เพิ่มผล. การจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร. *วารสารสถานบำราศนราดูร*, 2557; 8(3): 1-11.
6. Stephenson J, Fletcher-Obe J, Pareitt G, Ousey K. National audit of pressure ulcer prevalence in England: a cross sectional study. *Wound UK*, 2021;17(4):45-55.
7. Young C. Using the 'aSSKINg' model in pressure ulcer prevention and care planning. *Nurs Stand*, 2021;36(2):61-6.
8. Karadag A, Hanonu S, Eyikara E. A prospective, descriptive study to assess nursing staff Perceptions of and interventions to prevent medical device-related pressure injury. *Ostomy wound management*, 2017;63(10):34-41.
9. Seong YM, Lee H, Seo JM. Development and testing of an algorithm to prevent medical device-Related pressure injuries. *The journal of health care organization, Provision, and Financing*, 2021;58(1):1-11.
10. Serraes B, Leen MV, Schols J, Hecke AV, Verhaeghe S, Beeckman D. Prevention of pressure ulcers with a static air support surface: A systematic review. *Int Wound J*, 2018;15(1):333-43.
11. Rich SE, Shardell M, Hawkes WG, Margolis DJ, Amr S, Miller R, et al. Pressure-redistributing support surface use and pressure ulcer incidence in elderly hip fracture patients. *The American Geriatrics Society*, 2011;29(6):1053-61.



แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเลย



S	<p>A Assessment: 1.ประเมินสภาพผิวหนัง/แผลกดทับ ได้แก่ สีผิวหนัง ความชุ่มชื้น อุณหภูมิกาย บวม แดง รอยโรค รวมทั้งบริเวณที่ติดอุปกรณ์การแพทย์และผูกยึดผู้ป่วย 2.ประเมินการรับความรู้สึกและการสื่อสาร สอบถามบริเวณที่ปวดและไม่สุขสบาย</p> <p>S Skin care: 1.ดูแลผิวหนังให้สะอาดและลดความเปียกชื้น โดยอาบน้ำอย่างน้อยวันละครั้ง ด้วยน้ำเปล่าหรือสบู่สูตรอ่อนโยน งดใช้น้ำร้อน และนำอุ่นทำความสะอาดผิว เช็ดผิวหนังและซับให้แห้งด้วยความนุ่มนวล รักษาความชุ่มชื้นผิวด้วยโลชั่นและครีมบำรุงผิว 2.ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาตามแผนการรักษาทุก 4 ชั่วโมง 3.ตรวจสอบผิวหนังและดูแลความสะอาดบริเวณติดอุปกรณ์แพทย์ กลุ่มเสี่ยงสูงทุก 2 ชั่วโมง กลุ่มเสี่ยงทุก 4 ชั่วโมง 4.ตรวจสอบความถูกต้องและดูแลเปลี่ยนตำแหน่งการติดอุปกรณ์แพทย์ทุกเวร 5.ตรวจสอบและดูแลบริเวณผูกยึด กลุ่มเสี่ยงสูงทุก 2 ชั่วโมง และกลุ่มเสี่ยงทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>S Surface selection: 1.กลุ่มเสี่ยงสูงสุดเพื่อให้ได้รับที่นอนลมรองนอนทุกราย และกลุ่มเสี่ยงดูแลให้ได้รับที่นอนเจล-ยางพารารองนอนทุกราย 2.ดูแลใช้ผ้าปูรองปมกระดูกทุกคน 3.ดูแลเสื้อผ้า ผ้าขางเตียง และผ้าปูเตียง ให้เรียบตึงและแห้งสะอาดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อแรงกดและแรงเสียดทานขณะเคลื่อนไหว และ 4.ประยุกต์ใช้ไฮสกิน่าปีดปมกระดูกที่มีรอยแดงเพื่อป้องกันแผลกดทับทุกคน</p> <p>K Keep patient moving: 1.ดูแลเปลี่ยนอิริยาบถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชม. 2.ลดแรงเสียดทานและการบาดเจ็บโดยใช้เจ้าหน้าที่ช่วยเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่าทาง 2 คนขึ้นไป โดยยกตัวด้วย Pat-slide/ผ้า แทนการลากเตียง 3.กรณีผู้ป่วยมีอาการบวมดูแลยกให้สูงขึ้น 4.ดูแลจัดที่นอนให้ศีรษะสูงไม่เกิด 30 องศา ทวเนนอนศีรษะสูงเกิน 30 องศา ไม่ควรมีอยู่ในท่าเดิมเกิน 30 นาที และต้องใช้นาฬิกาเวลารองกันทุกครั้ง</p> <p>I Incontinence: ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จทุกครั้งเมื่อขับถ่าย/เปียก/เปียก</p> <p>N Nutrition and hydration: 1.ประเมินภาวะโภชนาการแรกรับทุกคน 2.ประเมินประเภทอาหารและปริมาณที่ผู้ป่วยควรได้รับกับแผนการรักษาทุกวัน 3.ประเมินการรับประทานอาหารและน้ำหนักของผู้ป่วยตามแผนการรักษาทุกเวร</p>
E	Education: 1.ตรวจสอบการรับรู้และความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยทุกเวร 2.กรณีผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง สามารถสื่อสารผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ให้ข้อมูลเพื่อป้องกันแผลกดทับและการตั้งอุปกรณ์/เครื่องมือ เพื่อลดการผูกยึดทุกเวร
C	Champion and Collaborate: 1.จัดเก็บอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์แพทย์ทุกเวร 2.พยาบาลหัวหน้าเวรรวบรวมรายงานเสนอที่ประชุมในหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน
U	Understand: 1.สอนและฝึกทักษะการประเมินแผลป้องกันแผลกดทับกับผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล 2.ทบทวนการติดอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ถูกต้อง การตรวจสอบ และการเปลี่ยนตำแหน่งตามเกณฑ์ โดยสอนหน่วยงานเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน และทบทวนความรู้ให้เป็นปัจจุบันปีละ 1 ครั้ง
R	Report: 1.ตรวจสอบบันทึกทางพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับมีความถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องทุกเวร 2.ตรวจสอบบันทึกและการรายงานความเสี่ยงอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหน่วยงานถูกต้องและรวดเร็วทุกเวร
E	Evaluate: ร่วมกันสรุปและวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและอุบัติการณ์แผลกดทับ รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติในหน่วยงานทุกเดือน

ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ