รายงานการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

โดย

นางสาวณิชาภา ยนจอหอ

นางประภัสสร ดาราทิพย์

นางสาวพิมพ์ชนก ช่วงนาค

กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

ปีงบประมาณ 2560

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากการได้รับคำแนะนำตลอดจนการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้รายงานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่นายแพทย์วิโรจน์ หมั่นคติธรรม นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาอายุรกรรม นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรม นางเครือวัลย์ บุญโต รองหัวหน้าพยาบาลสาขาอายุรกรรม นางสาวแสงจันทร์ ปิ่นประดิษฐ์ พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี่ และควมคุมการขับถ่ายไม่ได้ และอาจารย์ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่ได้กรุณาตรวจสอบ และให้คำแนะนำรวมทั้งข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ขอขอบพระคุณนางสุทธิพร เทรูยา หัวหน้าพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร บุคลากรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 และเจ้าหน้าที่ของสถาบันบำราศนราดูรทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณนางสาวณัฐนันท์ หาญณรงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสาขาศัลยกรรม นางพุทธิพร ลิมปนดุษฎี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สาขาอายุรกรรม นางปิยะวดี ฉาไธสง ที่กรุณาแก้ไขข้อบกพร่อง ตรวจสอบและให้คำแนะนำในการทำวิจัยในครั้งนี้ และนางสาวนภาพร ภมร พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ได้อนุญาตให้นำเครื่องมือวิจัยมาปรับใช้

ท้ายสุด ขอขอบพระคุณผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

ณิชาภา ยนจอหอ* ศษ.ม. (สุขศึกษา) ประภัสสร ดาราทิพย์ ** พย.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์) และพิมพ์ชนก ช่วงนาค*** พย.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูรดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2559 ถึง เดือน กรกฎาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คนวิธีดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1)การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 2)การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน 3)ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน 4) ศึกษานำร่องในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกนก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติง่ายต่อการนำไปใช้เห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 85 แนวปฏิบัติมีข้อเสนอแนะชัดเจน มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ พบว่าสามารถปฏิบัติได้จริงและได้ผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ และพบว่าคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากผลการวิจัยควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และควรพิจารณาอัตรากำลังที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Pressure Ulcer in Ward 5, Internal Medicine at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

Nichapa Yonchoho, Prapassorn Darathip and Pimchanok Chuangnak, Nursing department,
Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

Abstract

The purpose of this research was to develop a nursing practice guideline for the prevention of pressure ulcer and to study the effect of this approach in the medical 5, Internal Medicine at Bamrasnaradura Institute, between the month of October 2016 and July 2017. A purposive sample of 10 elderly patients with a risk of pressure ulcer and 10 nurses working in this ward was taken. The research method consists of 4 steps; 1) The development of nursing practice guideline, 2) The content validity and reliability of the guideline was reviewed by 5 experts, 3) The possibility was evaluated by 30 professional nurses, and 4) The pilot study was done by 10 subject of risk group. The research tools used in this study are; a nursing practice assessment to prevent pressure ulcers form, a recording format to assess the risk of pressure ulcers, an evaluation of feasibility in nursing care form, a nutritional assessment form, and a questionnaire commenting on the ability to follow this approach. The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test was used for descriptive analysis to compare risk factors score for pressure ulcers before and after using nursing practice to prevent pressure ulcers in elderly patients according to the guideline of the Braden Scale.

The results showed high levels (85%) of the nurses perceived that the guidelines were easy to used, its recommendations are clear and can be applied as a guideline in patient care to prevent and approach the problem of pressure ulcers in the ward. Subjects reveals a greater satisfaction (90%) associated with the nursing practice guideline. This approach was used to examine the feasibility of 10 samples and found to be practicable and effective in using as indicated in this guideline. Braden Scale scores before and after nursing use to prevent pressure ulcers in elderly patients were statistically significantly different ($p < 0.05$). Based on the findings, nursing practice guideline should be applied to other patients at risk for pressure ulcers. And the appropriate rate of care takers should be considered.

Key words: Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Pressure Ulcer

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ..... ก

บทคัดย่อภาษาไทย..... ข

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ค

สารบัญ..... ง

สารบัญตาราง..... จ

สารบัญแผนภูมิ..... ..... ฉ

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามของการวิจัย..... 5

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 5

ขอบเขตของการวิจัย..... 5

กรอบแนวคิดของการวิจัย..... 6

นิยามศัพท์..... 9

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 11

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ..... 12

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ..... 20

ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ 22

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ..... 24

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ..... 27

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 33

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ..... 35

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานำร่อง..... 40

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 42

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 43

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 45

บทที่ 4 ผลการวิจัย และอภิปรายผล..... 46

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 73
บรรณานุกรม 76
ภาคผนวก
ก. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ…….. 82
ข. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 91
ค. คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย……. 93
ง. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……. 95
จ. การวิเคราะห์สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้น…….. 111
ฉ. ตารางสรุปการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แนวปฏิบัติ..... 140
การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ช. ตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย……. 144
ซ. นาฬิกาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย……... 146

ประวัติผู้วิจัย..... 148

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนแนวปฏิบัติการพยาบาลและงานวิจัยที่สืบค้นได้……. จากแหล่งฐานข้อมูล ต่างๆจำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้ และชื่อเรื่องชื่อผู้แต่งและปีที่แต่ง	47
2	การวิเคราะห์สังเคราะห์ และคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้.....	50
3	จำนวนและร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามการแสดงความคิดเห็น..... และ ข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	59
4	จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ....	64
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	66
6	แสดงผลการเปรียบเทียบสภาพผิวหนังและคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อ..... การเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ	68
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ..... ตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ	69

สารบัญแผนภูมิ

แผนภาพที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล..... เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร	8
2	การดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน..... การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Iowa Model of Evidence-Based Practice	38

รายงานการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

โดย

นางสาวณิชาภา ยนจอหอ

นางประภัสสร ดาราทิพย์

นางสาวพิมพ์ชนก ช่วงนาค

กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

ปีงบประมาณ 2560

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การบริการพยาบาลเป็นระบบหนึ่งที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆในโรงพยาบาล และในฐานะที่การพยาบาลเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่ต้องมีมาตรฐาน จรรยาบรรณและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เป็นเครื่องกำกับทิศทางและแนวปฏิบัติในการบริการ (สำนักการพยาบาล, 2554) ดังนั้นความต้องการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน การประกันคุณภาพการพยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงหรือลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และชีวิตของผู้รับบริการ ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สถานที่ และบริการทางการแพทย์การพยาบาล เช่น การเกิดแผลกดทับขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (มาลี ชิดโคกสูง, 2551) อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดแผลกดทับระดับที่ 2-4 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับจะสะท้อนถึงคุณภาพการบริการพยาบาล (สำนักการพยาบาล,2550) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลกับการป้องกันและการดูแลแผลกดทับจึงมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และการจำกัดการเคลื่อนไหว หรือเป็นอัมพาตบางส่วนของร่างกาย (มาลี ชิดโคกสูง, 2551) จากอุบัติการณ์พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 6.4 ถึงร้อยละ 55 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่พบมากคือ บริเวณก้นกบ สะโพก สะบัก และส้นเท้าตามลำดับ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545; Burenekul, A,2002) ผลกระทบของการเกิดแผลกดทับ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ 3-5 เท่า (ชญานิศ ลือวานิช และคณะ, 2542) ผลต่อร่างกายผู้ป่วยคือ ความเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ และการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวนวันนอนเฉลี่ยของการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น รองลงมาคือ ค่ายา และอุปกรณ์สิ้นเปลือง (Baltzi & Dafogianni,2004)นอกจากนี้แผลกดทับยังทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งระบบสุขภาพและครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการทำแผล ค่ายา อาหารเสริมการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาล และกายภาพบำบัด รวมทั้งพยาบาลต้องเพิ่มจำนวนชั่วโมง

การดูแลมากขึ้น (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ วรรณิภา สายหล่าและจุฬาพร ประสังสิต,2558) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการเกิดแผลกดทับ พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการลดจำนวนการเกิดแผลกดทับ จึงควรมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันและลดปัญหาที่เกิดขึ้น (ขวัญจิตร์ ปุ่นโพธิ์ และจิณพิชญ์ชา มะมม, 2555)

จากรายงานของ National Decubitus Foundation (2002) พบมีความชุกของการเกิดแผลกดทับร้อยละ 1.4-36.4 และมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2538 มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลทั่วประเทศ พบผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจำนวน 260,000-340,000 รายต่อปี (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และป่วน สุทธิพิจธรรม, 2539) และในปีพ.ศ. 2539 มีการสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบร้อยละ 8.5 ซึ่งรัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงให้กับโรงพยาบาล จากการศึกษาของ นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย โควสุวรรณ (2538) พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับประมาณ 15,217-20,781 บาทต่อคน และในปีพ.ศ. 2558 มีการสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาลชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล พบร้อยละ 4.02

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ที่บอกถึงสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานไว้เปรียบเทียบหลังดำเนินการ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการสร้างเครื่องมือประเมินแผลกดทับ ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนจัดการดูแลต่อไป ด้านความชุกและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจะแตกต่างกันขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ความชุกของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 18.6 สำหรับอุบัติการณ์ในผู้ป่วยสูงอายุและเจ็บป่วยเฉียบพลันพบร้อยละ 10 ผู้ป่วยในสถานพักฟื้นระยะยาวพบสูงร้อยละ 23.9 (Bergstom, 1996) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 50-90 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จึงมีนโยบายให้องค์กรต่างๆดำเนินการจัดการและป้องกันแผลกดทับ (Dealey, 1994) จากการศึกษาของ ดีฟอร์ (Defloor, 2000) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานบริการตามบ้าน พบว่าการเปลี่ยนท่านอนทุก 4 ชั่วโมงบนที่นอนแบบลดแรงกดทับ จะมีจำนวนและตำแหน่งการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของขวัญจิตร์ ปุ่นโพธิ์ และจิณพิชญ์ชา มะมม (2555) ได้ศึกษาผลของกระบวนการดูแลแผลในการส่งเสริมการหายของแผลการลดความเสี่ยงในการเกิดแผลใหม่และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความก้าวหน้าในการหายของแผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกัน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกระบวนการดูแลแผลกดทับในระดับมากที่สุด ส่วนการศึกษาของวาสนา มิกราช (2557) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหอผู้ป่วย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้ เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมพบว่าการเกิดแผลกดทับก่อนใช้แนวปฏิบัติเป็นร้อยละ 0.75 และหลังใช้แนวปฏิบัติเป็นร้อยละ 0.57 อุบัติการณ์ลดลงจากเดิมเป็นร้อยละ 53.33 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจมากในด้านความสะดวกในการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 85.71 และด้านการใช้งานได้จริงส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากคิดเป็นร้อยละ 93

การวิเคราะห์ปัญหา

สถาบันบำราศนราดูรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาและบริการพยาบาลแบบเฉพาะทางโรคติดเชื้อ โรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ดังนั้นในแต่ละปีจะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4,888 คน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม 783 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้สูงอายุ ที่ต้องให้การรักษานาน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนาน มีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการทำหัตการต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการติดเชื้อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2559 พบมีอัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลระดับ 2-4 ดังนี้ 0.94, 1.70, 2.11 และ 2.17 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ และอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 เท่ากับ 0.62, 0.80, 1.43 และ1.70 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ (รายงานประจำปี สถาบันบำราศนราดูร, 2559) ดังนั้นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จึงมีความจำเป็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น จึงช่วยลดระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยมีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัย ร่วมกับประสบการณ์ความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการกำหนดแนวทางในการพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ในรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม

กลุ่มการพยาบาลได้กำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่แสดงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสำนักการพยาบาลได้กำหนดการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรพยาบาล แผลกดทับต้องอาศัยการจัดการในหลายๆด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

ได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่บุคลากร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งในด้านการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ เพื่อความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายประกันคุณภาพของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่ามีบุคลากรใหม่ในการปฏิบัติงานร้อยละ 60 ย้ายเข้าออกหมุนเวียนในแต่ละหน่วยงานบ่อยครั้ง มีภาระงานมาก และขึ้นเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเฉลี่ยคนละ 15 เวรต่อเดือน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เช่นการได้รับการรักษาที่ซับซ้อน การทำกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว ทำให้การดูแลและการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับ จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าแผลกดทับส่วนใหญ่ร้อยละ 95 สามารถป้องกันได้ (Gould, 2000) การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการบริการพยาบาล และแสดงถึงการละเลยต่อการประเมินและจัดการเพื่อป้องกันแผลกดทับ แม้ว่าแผลกดทับจะเป็นปัญหาที่บุคลากรในทีมสุขภาพต้องร่วมกันรับผิดชอบ แต่พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นการป้องกันแผลกดทับ จึงเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับพยาบาล (Taler, 2002) จึงต้องการรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ (ชวลี แย้มวงษ์ และคณะ, 2548) ดังนั้นกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่บุคลากร จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ เช่น การประเมินผิวหนังและสภาพแผล ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา ไม่ได้ประเมินภาวะโภชนาการ การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ การฝึกทักษะของผู้ดูแลต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่ายไม่เป็นแบบเฉพาะเจาะจงในรายมีแผลกดทับ รวมทั้งไม่มีการระบุข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ส่วนในวิธีปฏิบัติมีความหลากหลายของการปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดความรู้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร เป็นอย่างไร

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาไปใช้ในสถาบันเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุ

3. ผลการศึกษานำร่องโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาไปใช้ในสถาบันเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. เพื่อศึกษานำร่องการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตของเนื้อหาการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก นำมาปรับปรุงเพื่อให้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง และทำการศึกษานำร่องกับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน และผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

3. ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับโดยใช้แนวคิดของ Iowa model of evidence-based practice (อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 130-135) มาเป็นกรอบในการศึกษา และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ของการดูแลแผลกดทับซึ่งจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่มีอยู่แล้วมาปรับปรุงและพัฒนาให้สามารถใช้ได้กับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยกรอบแนวคิดมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ศึกษาปัญหาจากการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และความรู้ที่มีอยู่

1.2 สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) และงานวิจัย

1.3 วิเคราะห์และประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถใช้ได้จริง ตามความเหมาะสมของบริบทในหน่วยงาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถสืบค้นได้เพื่อนำมาคัดเลือกและจัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นๆ

1.4 นำข้อมูลและหลักฐานที่สืบค้นมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถใช้กับบริบทของสถาบันบำราศนราดูรได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

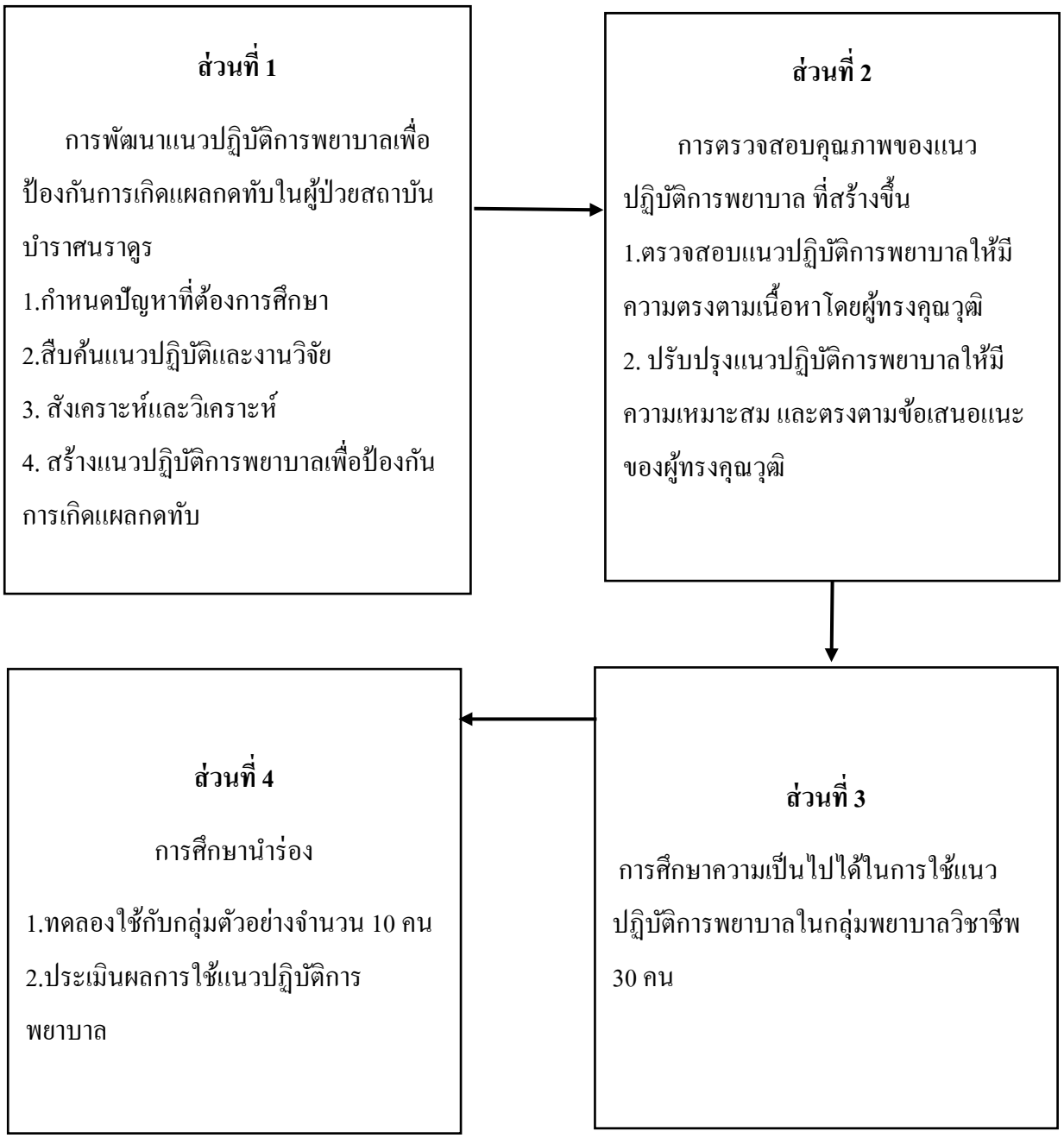
2.1 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ให้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น

2.2 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 30 คน ทำแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านการหาความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปให้พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่องใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปให้พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน ใช้เวลาในการวิจัยประมาณ 60 วัน และประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

นิยามศัพท์

1. แผลกดทับ (Pressure sore) หมายถึง แผลที่เกิดจากการตายของเนื้อเยื่อเฉพาะที่ เนื่องจากการได้รับแรงกดทับหรือการเสียดสีบนวัตถุ เช่น ที่นอน เก้าอี้ เครื่องค้ำจุนร่างกาย เฝือก อุปกรณ์ผูกยึด เป็นต้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงจนเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง และเกิดแผลขึ้นในเวลาต่อมา

การแบ่งระดับของแผลกดทับ

การแบ่งระดับของแผลกดทับใช้เกณฑ์ของThe National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007) ได้แบ่งระดับของแผลกดทับ เป็น 4 ระดับ และเพิ่มการแบ่งระดับใหม่ซึ่งเป็นลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Suspected deep tissue injury) และระดับที่ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในระดับใด (Unstageable) โดยมีรายละเอียดดังนี้ลักษณะแผลที่สามารถระบุระดับของแผลได้มี 6 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 หมายถึง ลักษณะรอยแดงบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ จะไม่จางหายไปภายใน 30 นาที เกิดจากการมีการทำลายชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ แต่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด ผิวหนังอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่นในคนที่มีผิวสีอ่อนสังเกตเห็นผิวหนังมีรอยแดงเมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไปการเปลี่ยนแปลงของสีผิวบางรายอาจมีสีผิวที่เข้มข้นสีจางลงอาจมีลักษณะอุ่น บวม แข็ง หรือหยาบ

ระดับที่ 2 หมายถึง ลักษณะผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส แผลจะเป็นแอ่งตื้นหรือผิวถลอก อาจมี สิ่งคัดหลั่ง (Exudates) ปริมาณไม่มาก ผิวหนังอุ่น และมีอาการปวด แต่ยังไม่มีเนื้อตาย เกิดจากการทำลายชั้น หนังกำพร้ามากขึ้นจนเกิดรอยถลอกและลุกลามถึงชั้นหนังแท้

ระดับที่ 3 หมายถึง ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด และมีภาวะเนื้อตายตั้งแต่หนังกำพร้าลึกลงไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง แต่ยังไม่ถึงชั้นพังผืด และแผลเริ่มมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลเริ่มมีกลิ่น มีเนื้อตาย มีสิ่งคัดหลั่ง

ระดับที่ 4 หมายถึง มีการทำลายผิวหนังทั้งหมด (Full thickness skin loss) และมีการทำลายขยายกว้างขึ้น มีเนื้อตายหรือทำลายถึงชั้นกล้ามเนื้อกระดูก หรือเอ็น และเยื่อหุ้มข้อต่อ เกิดเป็นภาวะกระดูกติดเชื้อ สังเกตพบเนื้อตายปริมาณมาก มีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลมีกลิ่นเหม็น ปริมาณสิ่งคัดหลั่งมีปานกลางถึงมาก

ลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่

1. ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Suspected deep tissue injury) ผิวหนังในตำแหน่งที่ถูกกด มีสีม่วงคล้ำ มีสีเปลี่ยนจากผิวหนังปกติ หรือมีสีซีดจากการที่มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงส่วนนั้นลดลง ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อด้านใน อาจมีอาการนำมาก่อน เช่น กดเจ็บ เนื้อแข็งด้านหรือนิ่ม เปื่อยยุ่ย ร้อนหรือมีสีที่ต่างจากผิวหนังบริเวณข้างเคียง ซึ่งเป็นการยากที่จะตรวจพบความ

ผิดปกติได้จากการดูที่สีผิวอย่างเดียวอาจจะรวมไปถึงตุ่มพองที่อยู่บนรอยคล้ำของผิวหนังบริเวณที่ถูกกด บางครั้งแผลอาจพัฒนามาจากรอยสะเก็ดของผิวหนังที่หลุดลอก

2. ระดับที่ไม่สามารถจะจำแนกได้ชัดเจน (Unstageable) เป็นระยะที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อทั้งหมดและบาดแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย หรือรอยสะเก็ดที่ทำให้ยากแก่การเห็นเนื้อเยื่อที่แท้จริงจนกว่าจะมีการเอาส่วนของเนื้อตายนั้นๆออกจากปากแผล จนสามารถมองเห็นความลึก และระยะของแผลที่แท้จริง

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลของการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 เป็นต้นไป

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม 5 โดยมีรูปแบบซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่ในฐานข้อมูลของแนวปฏิบัติ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (The Braden risk assessment scale) การประเมินสภาพผิวหนัง (Skin assessment) การประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ Mini nutrition assessment การประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา

2.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย 14 ด้านได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยง 2) การประเมินผิวหนังและสภาพแผล 3)ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา 4) ประเมินภาวะโภชนาการ 5) การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 6) การจัดท่านอน 7) การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารที่มีโปรตีนสูงและน้ำตามที่ต้องการ 8) การดูแลการเสียดสีและการบาดเจ็บของผิวหนัง 9) การดูแลความสะอาด ลดความเปียกชื้น 10) การดูแลความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 11) การให้ความรู้ในการดูแล 12) การฝึกทักษะในการดูแล 13) การปรึกษาทีมและการส่งต่อ 14) การวางแผนจำหน่าย

3. คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน Braden scale ผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน (ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

4. อัตราการเกิดแผลกดทับ หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1 ขึ้นไปที่เกิดขึ้นใหม่ ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลเปรียบเทียบกับจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในช่วงเวลา 1 เดือน

สูตรคำนวณ $\frac{\text{จำนวนการเกิดแผลกดทับใหม่ (ระดับ1ขึ้นไป) ในรอบ 1 เดือน (ครั้ง)}}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 1000$

5.จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หมายถึง ช่วงเวลาที่มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (ผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนนในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

6. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความพร่องในการรับรู้และการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตังเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรม ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยที่มีความพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มีภาวะโภชนาการระดับ 2 ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยมีภาวะซีดหรือระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3g/dl และเมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยแบบประเมินแล้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน

7. ผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ของสถาบันบำราศนราดูร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ครอบคลุมประเด็นปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับตามแนวทางที่กำหนด

2. ได้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป็นแนวปฏิบัติแบบเดียวกันที่สามารถนำมาใช้ในสถาบันบำราศนราดูรได้

3. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงการป้องกัน เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

4. ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในสถาบันบำราศนราดูร

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ
    1.1 ความหมายของแผลกดทับ
    1.2 พยาธิสภาพการเกิดแผลกดทับ
    1.3 การแบ่งระดับของแผลกดทับ
    1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ
    1.5 ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ
    1.6 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ
4. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

1. ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเฉพาะระบบผิวหนัง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางจากสาเหตุของชั้นไขมันลดลง ทำให้ผิวหนังดูหย่อนยาน แห้งเปราะบาง และฉีกขาดได้ง่าย และเมื่อมีอายุมากขึ้นการกำซาบของออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายมีน้อยลง ผู้สูงอายุบางรายมีสีผิวเปลี่ยน มีการตกกระเนื่องจากเม็ดสีทำงานลดลง บางรายมีรอยจ้ำเลือดบริเวณแขนทั้งสองข้างเนื่องจากเส้นเลือดเปราะบางร่วมกับชั้นไขมันบางตัวทำให้ไม่สามารถพยุงเส้นเลือดไว้เมื่อมีการจับดึงมักเกิดจ้ำเลือดขึ้น และบางรายผิวหนังแห้งแตกและคัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการสร้างคอลลาเจนลดลงอย่างมากทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงร่วมด้วยส่งผลให้การไหลเวียนเลือดลดลงทำให้รากขน ต่อมเหงื่อ และต่อม

น้ำมันฝ่อ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) แผลกดทับในผู้สูงอายุที่เกิดจากแรงกด แรงเลื่อนไถล และแรงเสียดทานเมื่อผิวหนังถูกกดทับเป็นเวลานานส่งผลให้ผิวหนังบริเวณนั้นได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ เซลล์เกิดเสื่อมสภาพหรือทำหน้าที่เสียไป หรือเกิดการตายเซลล์จะปล่อยสารที่เรียกว่า ฮีสตามีนออกมาทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีการคั่งของเสียจากกระบวนการเมตาบอลิซึม ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีสีแดง แรงกดจะมีผลต่อหลอดเลือดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ ถ้ามีการขจัดแรงกดที่ผิวหนังได้ ผิวหนังจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในเวลา 1 สัปดาห์ แต่ถ้ายังมีแรงกดต่อไปจะส่งผลให้ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเกิดการอักเสบ บวมและเกิดเป็นตุ่มน้ำพองได้ ผิวหนังที่ถูกทำลายจะเสียหน้าที่เพิ่มมากขึ้น เกิดการหลุดลอกของหนังกำพร้า และหนังแท้จะถูกทำลายฉีกขาดเป็นแผลตื้นๆ ระยะนี้ถ้าได้รับการดูแลแผลจะหายในเวลา 2-4 สัปดาห์ แต่หากยังมีแรงกดอย่างต่อเนื่อง จะเกิดการทำลายของผิวหนังลึกลงถึงชั้นไขมัน ซึ่งจะพบว่ากลางแผลจะมีลักษณะซีด มีรอยแดงล้อมรอบและมีความกระด้างของแผล ทำให้เห็นแผลเป็นรอยลึกหรือโพรง ระยะนี้จะมีแบคทีเรียเข้ามาในแผลก่อให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งแบคทีเรียที่สะสมในแผลจะดึงออกซิเจนไปใช้ในการเจริญเติบโต ส่งผลให้เซลล์บริเวณนั้นขาดออกซิเจนและขาดเลือดมาเลี้ยง ในระยะนี้เนื้อเยื่อจะตายและแยกขอบเขตชัดเจน อาจเป็นสะเก็ดสีดำและหลุดลอกออกได้ และหากมีแรงกดอย่างต่อเนื่อง หรือการดูแลแผลไม่ถูกต้องจะมีการทำลายถึงชั้นเอ็น กล้ามเนื้อและกระดูก กลายเป็นแผลเปิด ทำให้ยากต่อการดูแลรักษาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นจะเห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังที่สามารถสังเกตได้ทำให้ผิวหนังสูญเสียความสมบูรณ์แข็งแรงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับการดูแลผิวหนังมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับร่วมด้วย

1.1 ความหมายของแผลกดทับ

แผลกดทับคือ แผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยเป็นเวลานาน (Berlowitz, 2012) โดยมีแรงกดทับเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับแรงกด เริ่มจากผิวหนังเริ่มมีสีแดงจางๆ สังเกตได้ภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด ซึ่งระยะแรกจะสังเกตเห็นรอยแดงและรอยแดงนั้นก็ไม่จางหายไปแม้จะเปลี่ยนท่านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที จากนั้นจะเกิดการบวมและมีน้ำขังจนกลายเป็นแผลพุพองขึ้น (Blister formation) และเกิดเป็นแผลถลอก แผลกดทับที่เกิดขึ้นอาจเรียกว่า Pressure ulcer, Pressure sore, Bed sore หรือ Decubitus ulcer (UPUAP & NPUAP, 2009)หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดทับเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ผิวหนังจะเริ่มบวมเพราะจะมีน้ำซึมออกมาจากผนังเส้น

เลือดฝอย เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผิวหนังจะเกิดการฉีกขาดเป็นแผล สังเกตได้ภายใน 2 สัปดาห์ (Shelly & Kristen, 2012; Guy, 2012)

1.2 พยาธิสภาพการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอย โดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขาดออกซิเจนไปเลี้ยง จึงเกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยผิวหนังจะเริ่มมีสีแดงจางๆภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด ถ้าขจัดแรงกดได้รอยแดงจะหายไปในเวลา 60 นาที หากไม่ได้ลดแรงกดนั้นจะเกิดเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ผิวหนังจะมีสีคล้ำ หากลดแรงกดภายใน 2-6 ชั่วโมง รอยคล้ำจะหายในเวลา 36 ชั่วโมง หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ผิวหนังจะบวมเพราะมีน้ำซึมออกมาจากผนังหลอดเลือดฝอย เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องผิวหนังจะฉีกขาดออกจากกันเป็นแผล สังเกตได้ภายใน 2 สัปดาห์ซึ่งต่อมาอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Shelly & Kristen, 2012; Guy, 2012)

1.3 การแบ่งระดับของแผลกดทับ

ระดับของแผลกดทับ องค์กรด้านแผลกดทับ (The National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2007) ได้แบ่งระดับของแผลกดทับ เป็น 4 ระดับ และเพิ่มการแบ่งระดับใหม่ซึ่งเป็นลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Suspected deep tissue injury) และระดับที่ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในระดับใด (Unsaleable) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลักษณะแผลที่สามารถระบุระดับของแผลได้มี 6 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 หมายถึง ลักษณะรอยแดงบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ จะไม่จางหายไปภายใน 30 นาที เกิดจากการมีการทำลายชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ แต่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด ผิวหนังอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่นในคนที่มีผิวสีอ่อนสังเกตเห็นผิวหนังมีรอยแดงเมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไปการเปลี่ยนแปลงของสีผิวบางรายอาจมีสีผิวที่เข้มข้นสีจางลงอาจมีลักษณะอุ่น บวม แข็ง หรือหยาบ

ระดับที่ 2 หมายถึง ลักษณะผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส แผลจะเป็นแอ่งตื้นหรือผิวถลอก อาจมี สิ่งคัดหลั่ง (Exudates) ปริมาณไม่มาก ผิวหนังอุ่น และมีอาการปวด แต่ยังไม่มีเนื้อตาย เกิดจากการทำลายชั้น หนังกำพร้ามากขึ้นจนเกิดรอยถลอกและลุกลามถึงชั้นหนังแท้

ระดับที่ 3 หมายถึง ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด และมีภาวะเนื้อตายตั้งแต่หนังกำพร้าลึกลงไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง แต่ยังไม่ถึงชั้นพังผืด และแผลเริ่มมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลเริ่มมีกลิ่น มีเนื้อตาย มีสิ่งคัดหลั่ง

ระดับที่ 4 หมายถึง มีการทำลายผิวหนังทั้งหมด (Full thickness skin loss) และมีการทำลายขยายกว้างขึ้น มีเนื้อตายหรือทำลายถึงชั้นกล้ามเนื้อกระดูก หรือเอ็น และเยื่อหุ้มข้อต่อ เกิดเป็นภาวะกระดูกติดเชื้อ

สังเกตพบเนื้อตายปริมาณมาก มีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลมีกลิ่นเหม็น ปริมาณสิ่งคัดหลั่งมีปานกลางถึงมาก

ลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่

1. ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Suspected deep tissue injury) ผิวหนังในตำแหน่งที่ถูกกด มีสีม่วงคล้ำ มีสีเปลี่ยนจากผิวหนังปกติ หรือมีสีซีดจากการที่มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงส่วนนั้นลดลง ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อด้านใน อาจมีอาการนำมาก่อน เช่น กดเจ็บ เนื้อแข็งด้านหรือนิ่ม เปื่อยยุ่ย ร้อนหรือมีสีที่ต่างจากผิวหนังบริเวณข้างเคียง ซึ่งเป็นการยากที่จะตรวจพบความผิดปกติได้จากการดูที่สีผิวอย่างเดียวอาจจะรวมไปถึงตุ่มพองที่อยู่บนรอยคล้ำของผิวหนังบริเวณที่ถูกกด บางครั้งแผลอาจพัฒนามาจากรอยสะเก็ดของผิวหนังที่หลุดลอก

2. ระดับที่ไม่สามารถจะจำแนกได้ชัดเจน (Unstageable) เป็นระยะที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อทั้งหมดและบาดแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย หรือรอยสะเก็ดที่ทำให้ยากแก่การเห็นเนื้อเยื่อที่แท้จริงจนกว่าจะมีการเอาส่วนของเนื้อตายนั้นๆออกจากปากแผล จนสามารถมองเห็นความลึก และระยะของแผลที่แท้จริง

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับมีสาเหตุมาจากสองสาเหตุหลักคือสาเหตุภายนอกและสาเหตุภายใน สาเหตุภายนอกที่สำคัญคือ ความแรงและระยะเวลาของแรงกดทับ แรงเฉือนและแรงไถล ส่วนสาเหตุภายใน คือ ความทนทานของเนื้อเยื่อที่สามารถทนทานต่อสาเหตุภายนอกที่มากระทำ นอกจากนี้ยังมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.ปัจจัยจากสาเหตุภายนอกร่างกาย

1.1 แรงกดทับ (Pressure intensity) เนื้อเยื่อจะได้รับเลือดเลี้ยงต้องอาศัยการไหลเวียนของเลือดที่อยู่ภายในหลอดเลือดที่มีแรงดันเพียงพอที่จะให้เลือดสามารถไหลไปตามหลอดเลือดเพื่อนำสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย ในคนปกติมีแรงดันในหลอดเลือดฝอย (Capillary arteriolar pressure) ที่นำเลือดไปเลี้ยงบริเวณผิวหนังประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท แรงกดที่มากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอทกระทำต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อที่ถูกกดไม่เพียงพอ ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณ รอบๆจะขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของของเสียในเซลล์ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ (Bennet & Moody, 1995; Phillips, 1997) เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจึงเป็นการลดแรงกดหรือกระจายแรงกด ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณที่ถูกกด เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้นจึง ทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ จากการศึกษาของบายแอท (Bryant, 1992) โดยมีการวัดปริมาณแรงกดทับที่เกิดขึ้นพบว่าความดันหลอดเลือดแดงส่วนปลายมีค่าปกติระหว่าง 28-32 มิลลิเมตรปรอทความดันหลอดเลือดดำ ส่วนปลายอยู่ระหว่าง 9-12 มิลลิเมตรปรอท และความดันหลอดเลือดตำแหน่งกึ่งกลางระหว่างหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดแดง คือ 25 มิลลิเมตรปรอท และยังพบว่าแรงกดทับที่ทำให้

หลอดเลือดอุดตัน ถ้าเป็นแรงกดทับจากภายนอกร่างกายต้องมีปริมาณมากกว่าความดันหลอดเลือดที่มีอยู่เดิม จึงจะทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ซึ่งได้มีการกำหนดเป็นค่ามาตรฐานอยู่ระหว่าง 12-32 มิลลิเมตรปรอท

1.2 แรงเฉือน (Shearing force) เป็นแรงสองแรงที่เกิดจากเนื้อเยื่อกระทำต่อผิวหน้าของเบาะหรือเตียงกระทำในทิศทางขนานกัน เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูงกว่า 30 องศาหรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่า ครึ่งนั่งครึ่งนอน เมื่อผู้ป่วยเลื่อนลงไปที่ปลายเตียง น้ำหนักตัวส่วนบน จะถูกส่งผ่านมาตามแนวกระดูกสันหลังมาถึงกระดูกก้นกบทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกเบียดและถูกครูดมากกว่าปกติส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมา ในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่ จึงเกิดแรงสองแรงที่กระทำในทางขนานกัน ทำให้หลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ไป การไหลเวียนเลือดในบริเวณนั้นก็ลดลงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้น ได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลง เกิดสารพิษจากการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อจนสูญเสียความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือดทำให้มีการสูญเสียสารน้ำจากหลอดเลือดไปอยู่ที่ช่องว่างระหว่างเซลล์ จนเกิดการบวม ยิ่งทำให้การซึมผ่านออกซิเจนยากยิ่งขึ้นเซลล์ขาดออกซิเจนมากขึ้นจนเกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับได้ในที่สุด

1.3 แรงเสียดทานหรือแรงเสียดสี (Friction) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ในทางตรงกันข้ามกันของพื้นผิวสองอย่างที่สัมผัสกัน เช่น การเลื่อนผู้ป่วยโดยวิธีการดึงหรือลาก ทำให้มีการหลุดลอกของผิวหนัง ชั้น ตื้นๆ เกิดเป็นแผลลักษณะคล้ายแผลถลอก อย่างไรก็ตามการเสียดสีอาจเกิดจากการลื่นไถลจากแรงโน้มถ่วงได้ด้วย ดังนั้นเมื่อมีการดึงรั้งย่อมมีแรงเสียดสีเกิดขึ้นเสมอ จากการศึกษาของมาลี งามประเสริฐ (2545) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดแผลกดทับได้สูงสุดคือ การเพิ่มขึ้นของแรงเสียดสีและแรงเฉือนทำให้เกิดแผลกดทับมากกว่าไม่มีแรงเสียดสีและแรงเฉือนถึง 4.6 เท่า

1.4 ระยะเวลาของแรงกด (Duration of pressure) แรงกดทับที่มีปริมาณน้อยแต่กดทับอยู่เป็นเวลานานจะทำให้มีการทำลายมากกว่าการมีแรงกดทับในปริมาณสูงแต่ระยะเวลาสั้น เมื่อแรงกดทับที่กระทำต่อหลอดเลือดในปริมาณปานกลาง เมื่อเทียบกับความดันหลอดเลือดประมาณ 1.5 ปอนด์ต่อตารางนิ้วซึ่งพบว่าเนื้อเยื่อจะไม่เกิดอันตรายถ้าบุคคลนั้นมีการเคลื่อนไหวเป็นระยะ แต่ในทางกลับกันถึงแม้แรงกดทับมีปริมาณน้อยกว่า 1 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว (50 มิลลิเมตรปรอท) แต่มีระยะเวลาการกดทับนานเนื้อเยื่ออาจถูกทำลายและเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเนื้อเยื่อจะถูกทำลายต่อเนื่องและอาการแสดงที่เกิดหลังลดแรงกดทับคือมีเนื้อเยื่อบวม หลอดเลือดและทางเดินน้ำเหลืองเกิดการอุดตันเกิดเนื้อเยื่อขาดเลือด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉพาะที่ได้ (Husain, 1953)

1.5 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ร่างกายอยู่กับที่ หรืออยู่ในท่าเดิมตลอดเวลาร่างกายบางส่วนอาจถูกกด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงในบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพออาจเกิดแผลกดทับได้ ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยอัมพาต การรับความรู้สึกลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดกิจกรรมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงตลอดเวลาเป็นต้น ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ จากการศึกษาของ เดเล่ย์ (Dealey, 1991) พบว่าปัจจัยที่ให้เกิดแผลกดทับจากการสูญเสียความรู้สึกทางประสาทสัมผัส หรือการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น

การได้รับยาบางประเภท เช่น กลุ่ม Hypnotics, Anxiolytics, Antidepressants และ Antihistamine หรือผู้ป่วยที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน การได้รับยาสลบ ยาแก้ปวด การคาท่อระบาย ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยอัมพาต และผู้ป่วยเบาหวาน

2. ปัจจัยจากสาเหตุภายในร่างกาย

2.1 ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) การประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จะพบค่าของอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ สารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการหายของแผล ได้แก่ โปรตีน ซึ่งเป็นส่วนประกอบในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังแผล วิตามินซี สังกะสี เป็นส่วนประกอบในการสังเคราะห์คอลลาเจน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2541) ภาวะทุพโภชนาการมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์เกิดแผลกดทับ เช่น ผู้ที่รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 g/dl ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงกว่าปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดแผลกดทับ (Bergstrom & Braden, 1992; Phillips, 1997) จากการศึกษาของชวลี แย้มวงษ์ และคณะ (2542) พบว่าผู้สูงอายุที่เกิดแผลกดทับที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ จะใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดปกติ และจากการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2545) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 g/dl จะมีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดสูงกว่า 3.5 g/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2.2 อายุของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง คือ การสร้างคอลลาเจนจะมีการลดลงอย่างมากทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง และในผู้สูงอายุยังมีการสร้างหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังลดลงโดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของวิจิตรศรีสุพรรณ และคณะ (2547) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2.6 เท่า

2.3 ความพร่องในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวมีส่วนช่วยให้มีการเพิ่มการไหลเวียน การรับความรู้สึกทำให้มีการรับรู้ต่อความปวด และความไม่สุขสบาย และตอบสนองความรู้สึก ด้วยการเปลี่ยนท่าทางของตนเอง (เรณู รุ่งพันธ์, 2555) แต่ในคนที่มีภาวะพร่องในการรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการรับรู้ เป็นต้น ทำให้การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง และปัจจัยเสี่ยงสำคัญในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือผู้ที่นอนบนเตียงและเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้

2.4 ภาวะความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลงส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบการหายใจ เช่น กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด เนื่องจากการหายของแผลขึ้นอยู่กับปริมาณออกซิเจนใน

สิ่งแวดล้อมของแผลและการไหลเวียนที่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงแผลรวมทั้ง การกำจัดของเสียออกจากแผล ภาวะความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่นโรคเบาหวานเป็นโรคของต่อมไร้ท่อที่มีปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลและแผลหายช้าควรประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ควรน้อยกว่า 130 mg/dl และ HbA1C ควรน้อยกว่าร้อยละ 7 นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้าซึ่งเกิดจากปัญหาการไหลเวียนเลือดและปลายประสาทเสื่อม ระบบประสาทและกระดูกและกล้ามเนื้อผู้ป่วยที่บกพร่องในการเคลื่อนย้าย เช่น การได้รับอุบัติเหตุรวมทั้ง ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากการรักษาเช่นการใส่เฝือก การดึงถ่วงน้ำหนักกระดูก จะส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ระบบทางเดินอาหารเช่นโรคกระเพาะอักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบเนื่องจากระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญในการย่อยและดูดซึมสารอาหารและน้ำ ซึ่งมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอันส่งผลต่อการหายของแผล โรคที่มีการกดภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเอดส์ รวมทั้งโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เนื่องจาก ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblasts) ที่มีอายุมากจะแบ่ง เซลล์ลดลงและไม่ตอบสนองต่อ growth Factor ปัจจัยด้านจิตใจ ความเครียดมีส่วนเสริมให้เกิดแผล เมื่อมีอารมณ์เครียดต่อมหมวกไตจะเพิ่มการหลั่ง Glucocorticoid Hormone ซึ่งจะขัดขวางการสร้างคอลลาเจน ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายง่าย การศึกษาของบราเดน (Braden,1987) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเกิดแผล พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มีระดับของคอร์ติซอล (Cortisol) ในเลือดสูงขึ้นและพบในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน 2 อาทิตย์ขึ้นไป การใช้ยาในการรักษาอาการเจ็บป่วยได้แก่ยาสเตียรอยด์ กลุ่ม glucocorticoids ทำให้แผลหายช้าลงได้เนื่องจากระยะการอักเสบในกระบวนการหายของแผลนานขึ้น การสังเคราะห์คอลลาเจนทำได้ช้าลงและยับยั้ง การสร้างเนื้อ เยื่อผิวใหม่ ยากลุ่ม Vasopressorใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไหลเวียนเลือดไม่คงที่ทำให้หลอดเลือดหด ตัวและเลือดไปเลี้ยงน้อย การให้ยาระงับความรู้สึกและยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยความรู้สึกสับสนวุ่นวาย ต้องมีการผูกยึดผู้ป่วยไว้ผู้ป่วยบางคนที่ต้องได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อยากล่อมประสาทหรือยารักษา โรคลมชักเป็นประจำยากล่อมประสาทและยาแก้ปวดบางชนิดทำให้ง่วงซึมทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงการตอบสนองต่อแรงกดแลความสามารถที่จะเคลื่อนไหวเพื่อลดแรงกดที่มากระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลงส่งผลให้เกิดแผลกดทับ

2.5 ความพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทำให้ผิวหนังเปียกชื้นตลอดเวลาและความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคของชั้นผิวหนังลดลงทนต่อแรงกดและแรงเสียดสีลดลงความเปียกชื้นที่ผิวหนังทำให้เพิ่มแรงเสียดสีการที่ผิวหนังสัมผัสความชื้นบ่อยๆจะทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลงและเกิดแผลกดทับได้ง่าย (Ayello & Braden, 2001)

2 .6 ภาวะทางจิตของผู้ป่วย เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาด ความ สนใจในตัวเอง การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ลดลง ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ (2555) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะมีความรุนแรงของแผลกดทับเป็น 2.2 เท่า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง

2.7 อุณหภูมิที่เพิ่มขึ้น (Increase temperature) อุณหภูมิที่สูงขึ้นมีผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อร่างกาย เพราะเป็นการเพิ่มขบวนการเผาผลาญในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่ม การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิร่างกาย 1 องศาเซลเซียส จะเพิ่มขบวนการเผาผลาญ และความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อร้อยละ 10 ทั้งนี้จะพบรอยแดงบนผิวหนังที่เกิดขึ้นจากการถูกกดจะร้อนกว่าผิวหนังที่ถูกกด และนำความร้อนจากภายในร่างกายมาด้วย อีกทั้งเมื่อบริเวณที่ถูกกดสัมผัสกับเสื้อผ้าและที่นอนที่เป็นฉนวน ทำให้มีการระบายความร้อนได้ไม่ดี

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และนโยบาย การมีนโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการติดตาม และการประเมินผลงานของพยาบาลในการ ป้องกันแผลกดทับ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ความเพียงพอในการจัดอุปกรณ์ ลดแรงกดทับ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน การมีนโยบายให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีการศึกษาถึงบทบาทของญาติที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านพบว่าญาติให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องคือ ยังมีการใช้ห่วงโดนัท และการนวดบริเวณกดทับที่มีรอยแดง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนอกจากจะค้นหาความรู้เพื่อปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับให้ผู้ป่วยโดยตรงแล้ว อีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ บทบาทในการสอนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านมากกว่าบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ การศึกษาของ ชวลี แย้มวงษ์ และคณะ(2548) พบว่าปัจจัยด้านนโยบายที่ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง การสอนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากเดิมร้อยละ 9.24 เหลือร้อยละ 4.98 ดังนั้นปัจจัยสิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

1.5 ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุจะเกี่ยวข้องกับท่าทางไม่ว่าจะเป็นท่านั่งหรือท่านอนมีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีดังนี้

1. ท่านอนหงาย จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ท้ายทอย สะบัก ศอก กระเบนเหน็บและส้นเท้าบริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้คือส่วนนูนของท้ายทอยส่วนนูนของกระดูกสะบักหัวกระดูกข้อศอก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า โดยในท่านอนหงาย มีแรงกด 58, 28-36, 120 และ 65-80 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (Preston, 1988) บริเวณที่มีแรงกดสูงสุด ได้แก่ กระดูกกระเบนเหน็บ ทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากที่สุด

2. ท่านอนตะแคง จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ใบหู หัวไหล่ด้านข้าง ซี่โครง กระดูกต้นขา หัวเข่า ตาตุ่ม บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ คือ ใบหู ปุ่มกกหู ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซี่โครง ปุ่มกระดูกโคนขา และตาตุ่ม

3. ท่านอนคว่ำ จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ หู แก้ม หัวไหล่ด้านหน้า ข้อศอก บริเวณอวัยวะ เพศ หัวเข่า นิ้วเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ปุ่มกกหู กระดูกโหนกแก้มปุ่มกระดูกหัวไหล่ซี่โครง ปุ่มกระดูกต้นขา กระดูกสะบ้า และนิ้วเท้า

4. ท่านั่ง ซึ่งจุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ บริเวณใดบริเวณหนึ่งขึ้นอยู่กับท่านั่งของผู้ป่วย ท่า นั่งหลังตรงเข่างอ 90 องศา ด้านหลังของต้นขาจะเป็นจุดรับน้ำหนัก แต่หากผู้ป่วยเลื่อนไถลเข่ายกสูงและข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา จุดรับน้ำหนักของร่างกายจะกดลงที่ปุ่มกระดูกเชิงกราน และกระดูกก้นกบโดยตรง

จะเห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเกิดแผลกดทับได้ทุกตำแหน่งซึ่งตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูกกระเบนเหน็บ และก้นกบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นแผลกดทับซ้ำสูงถึงร้อยละ 50

1.6 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลันผู้ป่วยทางระบบประสาท เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อมระยะรุนแรง โรคพาร์คินสัน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเชื่อ และค่านิยมเรื่องการซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาชุด ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ซึ่งการรับประทานยาเหล่านี้เป็นประจำจะทำให้ผิวหนังบางลง และเลือดออกง่ายตามบริเวณแขนขา เรียกภาวะนี้ว่า ทอร์มาติค พูราร์ (Traumatic pura) หรือ ซีไนล์ พูราร์ (Senile pura) และเมื่อผู้สูงอายุเหล่านี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากขึ้น เนื่องจากความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังลดลงจากการได้รับยาลูกกลอนหรือสมุนไพรเป็นเวลานาน (ชนะใจ จรูญพิพัฒน์กูล, วารุณี หาวิรส, และพรรณนิภา เกตุมาลา, 2555)

2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับควรเริ่มตั้งแต่ 6 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือภายใน 48 ชั่วโมง (Folkedahl & Frantz, 2002) และประเมินผู้ป่วยซ้ำในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับควรมีมาตรฐาน แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม (The National Institute for Clinical Excellence, 2004) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk,1987) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับสร้างโดยบราเดนและแนนซีเบริกร์สตรอม (Braden and Nancy Bergstrom,1987) ประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 1962 และพัฒนาในปี ค.ศ. 1988 กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนความเสี่ยงของ การเกิดแผลกดทับแยกตามปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้

ความรู้สึก (Sensory perception) ความเปียกชื้น ของผิวหนัง (Skin moisture) การมีกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และการมีแรงเสียดทานและแรงเฉือย (Friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ซึ่งโดยทั่วไปค่าคะแนนเท่ากับ 16 คือ เริ่มเสี่ยง ค่าคะแนนน้อยคือเสี่ยงมาก สำหรับผู้ป่วยสูงอายุจะให้ค่าคะแนนเท่ากับ 18 เป็นดัชนีที่บ่งชี้ผู้ป่วยเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมีรายละเอียดการแปลผลคะแนน ดังนี้

19-23 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง

15-18 คะแนน หมายถึง เริ่มมีความเสี่ยง

13-14 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง

10-12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

6-9 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำของแบบประเมินของบราเดน (Braden scale) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ผู้ประเมินต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ด้านที่ระบุไว้ในเครื่องมือ

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับถูกพัฒนาในปี ค.ศ. 1962 โดย ดอร์รีน นอร์ตัน, เอ็กซ์ตัน สมิทธ์ และแมคลาเรน (Doreen Norton, Exton-Smith and McLaren, 1962) ได้ทำการศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ และได้จัดทำแบบประเมินเรียกว่า Norton scoring system เป็นการประเมิน 5 ด้านได้แก่ ภาวะสุขภาพ (Physical condition) จิตใจ (Mental condition) การปฏิบัติ (Activity) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) และการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ (Incontinent) โดยค่าระดับคะแนนสูงสุดความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับอยู่ที่ 20 ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจะมีระดับคะแนน 14 ขึ้นไป ซึ่งเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทั้ง 2 เครื่องมือนี้ได้ผลไม่แตกต่างกันเมื่อนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย (อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, 2552)

แบบประเมินของวอเตอร์โลวล์ (The Waterlow Pressure Score Risk Scale, 1985) โดยจุดีร์ วอเตอร์โลวล์ (Judy Waterlow) สร้างเครื่องมือขึ้นในปี ค.ศ. 1985 มีทั้งหมด 11 ตัวแปร โดย 6 ตัวแปรแรกเป็นตัวแปรจากปัจจัยโดยตรง และยังมีปัจจัยเสริมที่ต้องนำมาพิจารณา เพิ่มอีก 5 ปัจจัย แบบประเมินนี้ค่อนข้างยุ่งยากในการนำไปใช้เนื่องจากมีหลายตัวแปร และมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณาแตกต่างกัน ค่าคะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินมีค่าระหว่าง 2-22 คะแนนสำหรับปัจจัยที่นำมาพิจารณารายละเอียดแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า 10 หมายถึง เริ่มมีความเสี่ยง

คะแนนมากกว่า 15 หมายถึง มีความเสี่ยงมาก

คะแนนมากกว่า 20 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก

แบบประเมินของกอสเนลส์ (Gosnell Scale, 1973) พัฒนาโดยดาวินา กอสเนลส์ (Davina Gosnell) ในปี ค.ศ. 1973 ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของนอร์ตัน ตัวแปรสำหรับการประเมินของกอสเนลส์ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ สภาวะทางจิตใจ การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหว กิจกรรม ภาวะโภชนาการ โดยแต่ละตัวแปรจะแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3-5 ระดับ ค่าคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 5-20คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง และยังมีปัจจัยอื่นที่ใช้ร่วมการพิจารณา เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล การวินิจฉัยโรค ข้อมูลการเข้ารับการรักษา และการจำหน่าย สัญญาณชีพ น้ำหนัก และส่วนสูง สภาพและความตึงตัวของผิวหนัง การรับความรู้สึก และยาที่ได้รับ แต่พบว่าตัวแปรทั้งหมดที่กล่าวมาไม่สามารถให้น้ำหนักเป็นค่าคะแนนเพื่อการประเมินได้ รวมทั้งความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่อนข้างต่ำ จึงไม่เป็นที่นิยมนำมาใช้ (ชวนพิศ วงศ์สามัญ และคณะ, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าแบบประเมินแผลกดทับมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน มีความคล้ายคลึงกันคือพยายามนำเอาปัจจัยทั้งภายในและภายนอกมาเป็นตัวแปรและจัดค่าคะแนนเพื่อให้สามารถวัดออกมาได้ในเชิงปริมาณ การใช้แบบประเมินแผลกดทับจึงเป็นเพียงวิธีหนึ่งที่อยู่ในแผนการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยการเลือกใช้แบบประเมินความเสี่ยงแต่ละแบบประเมินควรพิจารณาถึงความไว และความจำเพาะของแบบประเมิน ซึ่งความไวมีผลการศึกษาเทียบเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่า แบบประเมินของบราเดน มีความไวเท่ากับร้อยละ 100 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 87-91 (Bergstrom et al., 1987) แบบประเมินของวอเตอร์โลวล์ มีความไวเท่ากับร้อยละ 57.1 มีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 67.5 ส่วนแบบประเมินของนอร์ตัน มีความไวเท่ากับร้อยละ 82.4 มีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 27.47 (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina, & Alvarez-Nieto, 2006) ซึ่งจากการทบทวนจะพบว่าแบบประเมินของบราเดน จะมีความไวและความเฉพาะเจาะจงมากกว่าแบบประเมินอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินของบราเดนในการทำวิจัยในครั้งนี้

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ

ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย และปัจจัยภายนอกร่างกาย

1. ปัจจัยภายในร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 ภาวะโภชนาการ

1.1.1 โปรตีน เป็นส่วนสำคัญของเนื้อเยื่อ ช่วยสร้างเนื้อเยื่อ และเป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงที่จะนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ถ้าขาดโปรตีนจึงจะทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ความต้านทานเชื้อโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของการหายของแผล และกดภูมิคุ้มกันและทำให้การจับกินของเม็ดเลือดขาวลดลง

1.1.2 คาร์โบไฮเดรต เป็นสารที่สร้างพลังงาน เมื่อร่างกายขาดคาร์โบไฮเดรต ร่างกายจะดึงโปรตีนที่สะสมไว้ในร่างกายมาใช้ และส่งผลให้การหายของแผลช้าลง (Lawrence, Bevin & Sheldon, 2002)

1.1.3 วิตามิน และเกลือแร่ วิตามินซี วิตามินเอ สังกะสี และธาตุเหล็ก มีส่วนสำคัญในการสร้างคอลลาเจน ภูมิต้านทานเชื้อโรค เซลล์เยื่อบุผิว รวมถึงการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดแดงในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ดังนั้นถ้าขาดวิตามิน และเกลือแร่จะทำให้แผลหายช้า เนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ไม่แข็งแรง และทำให้แผลแยกได้ง่าย (Lawrence, Bevin & Sheldon, 2002)

1.2 อายุผู้สูงอายุการหายของแผลจะช้ากว่าในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย มีการสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์เยื่อบุผิวลดลง มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ได้ช้า การไหลเวียนเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลจะน้อยและประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคจะลดลงด้วย จึงทำให้กระบวนการหายของแผลมีประสิทธิภาพลดลง (Craven & Hirnle, 2003)

1.3 สภาวะของโรค เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีการเพิ่มความดันออสโมติก ส่งผลให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้แผลติดเชื้อง่าย ส่วนมะเร็งในเม็ดเลือดขาวจะมีเม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมถูกขจัดออกไปได้น้อย จึงเกิดการอักเสบติดเชื้อและการทำงานของไฟโบรบลาสต์สูญเสียไป ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลช้าลง (Carville, 2001)

1.4 การได้รับเลือด และออกซิเจนของเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งที่สำคัญในการนำสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ให้สร้างภูมิต้านทานเพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรีย สังเคราะห์คอลลาเจนและการสร้างเยื่อบุผิว เพื่อซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไป ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสียเลือด จะมีผลทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง (Lawrence, Bevin & Sheldon, 2002)

1.5 ระบบภูมิคุ้มกันระดับเซลล์ ยาและการรักษาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันระดับเซลล์จะมีผลต่อกระบวนการหายของแผล โดยอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ยากดภูมิคุ้มกัน จากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจะมีการกดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดลดลง จึงขัดขวางต่อกระบวนการหายของแผลหรือผู้ที่ได้รับยาสเตียรอยด์มาเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการขัดขวางการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่เคลื่อนออกมารวมตัวบริเวณบาดแผลเพื่อขจัดเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอม ตลอดจนลดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตลอดระยะของการงอกขยายของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ (Lawrence, Bevin & Sheldon, 2002; Myers, 2004)

1.6 การสูบบุหรี่ ทำให้ฮีโมโกลบินทำหน้าที่ลดลงมีผลต่อการปล่อยออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อลดลง ส่งผลต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน รวมทั้งนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหดตัวส่งผลต่อกระบวนการหายของแผล (Lawrence, Bevin & Sheldon, 2002)

1.7ความเจ็บปวด (Pain) เมื่อเกิดความเจ็บปวดจากบาดแผลจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานตามมา (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) อาจส่งผลต่อความร่วมมือในขณะทำแผล กรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล อาจทำให้แผลหายช้าลง

2. ปัจจัยภายนอกร่างกาย ประกอบด้วย

2.1 ภาวะแผลติดเชื้อ (Wound infection) ภาวะติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัตราตายและเป็นสาเหตุใหญ่ที่รบกวนกระบวนการหายของแผล การติดเชื้อของแผลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) ได้แก่ ชนิดและจำนวนของเชื้อโรค ภาวะภูมิต้านทานของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมรอบแผล

2.2 การดูบาดแผลที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อกระบวนการหายของแผล ลักษณะของแผล การใช้น้ำยาทำลายเชื้อ นวมทั้งการดูแลแผลที่ไม่เหมาะสม เช่น เทคนิคการทำแผลที่ไม่ถูกต้อง การใช้วัสดุปิดแผลผิดประเภท มีผลต่อกระบวนการหายของแผล (Carville, 2001)

2.3 ความชุ่มชื้นของแผล (Hydration of wound) บาดแผลที่แห้งขาดความชุ่มชื้นจำทำให้เซลล์เยื่อบุผิวมีการเจริญเติบโตช้าการให้ความชุ่มชื้นแก่แผลจะช่วยทำให้เซลล์เยื่อบุผิวเจริญเติบโตเร็วและคลุมขอบแผลได้เร็วขึ้น (Myers, 2004)

2.4 จากการใช้ยา เช่น ยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ จะขัดขวางกระบวนการจับกินของเม็ดเลือดขาว ยาฆ่าเซลล์มะเร็งส่งผลให้กดการสร้างของเม็ดเลือดของไขกระดูก ส่วนการได้รับรังสีรักษาจะส่งผลให้เนื้อเยื่ออ่อนถูกทำลาย เกิดการหายของแผลช้ากว่าปกติ

4. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผลกดทับ ทราบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นสิ่งที่ดีกว่าการรักษาแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับดังนี้ (ยุวดี เกตสัมพันธ์ และคณะ, 2552; ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2547)

1. การลดแรงกด แรงกดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับการพยาบาลและการดูแลที่ดีสามารถช่วยลดแรงกดทับบริเวณผิวหนัง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และปุ่มกระดูก ปฏิบัติได้ดังนี้

1.1 การจัดท่าผู้ป่วย การจัดท่าและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ หรือนั่งรถเข็น ในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยควรตะแคงให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน ในการจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ และการใช้หมอนรอง

บริเวณน่องหรือขาส่วนล่างให้ส้นเท้าลอยพ้นพื้นที่นอน ไม่ให้ส้นเท้าถูกกดทับ ในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรเปลี่ยนท่านั่งทุก 30 นาที มีการศึกษาการจัดท่าต่างๆมีผลต่อแรงกดทับ พบว่าท่านั่งที่เกิดแรงกดทับน้อยที่สุด คือ ท่านั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ ขา 2 ข้างยกขึ้นวางบนเก้าอี้ โดยให้ขาห่อนเล็กน้อย (Defloor, 1997) และท่าที่มีแรงกดที่กระทำต่อผิวสัมผัสน้อยที่สุด คือ ท่านอนศีรษะสูง 30 องศาและท่านอนคว่ำ สำหรับการจัดท่านอนตะแคงนั้น ท่านอนตะแคง 30 องศา จะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูก greater trochanter ได้ดีกว่าท่านอนตะแคง 60 องศาและ 90 องศา (Defloor, 2000)

1.2 การดูแลผิวหนังผู้ป่วย ให้เช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยใช้สบู่ฤทธิ์อ่อนหรือน้ำธรรมดา ถ้าผิวหนังแห้งแตกควรใช้ครีมทาและครีมต้องไม่มีสารที่ระคายเคืองต่อผิวผู้ป่วย และดูแลให้ผิวหนังแห้งตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ อาจต้องมีอุปกรณ์ปิดกั้นความเปียกชื้นที่เกิดจากปัสสาวะอุจจาระ

1.3 ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตท่อนล่างสามารถช่วยยกตัวเองได้โดยใช้บาร์โหน ที่ติดอยู่ที่หัวเตียงและขณะที่นั่งรถเข็น ควรสวมรองเท้าหุ้มส้นทุกครั้ง และสายรัดกันเท้าตก เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น เท้าตกครูดกับพื้น หรือเท้าพองจากที่วางเท้าถูกแดดร้อน เป็นต้น

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย ในผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้เองและไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยการช่วยฝึกการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย วันละ 2-3 ครั้ง ให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายของแขนขา โดยให้ผู้ป่วยทำเอง หรือพยาบาลช่วยทำให้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกและลงจากเตียงให้เร็วที่สุด โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.5 ระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผิวหนัง เช่น การกระแทกบริเวณแขน ขา ลำตัวขณะเคลื่อนย้าย และระวังอันตรายจากของมีคม

1.6 การใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด เช่น ที่นอนลม ฟูกลม ฟูกบรรจุน้ำ และการใช้อุปกรณ์ในท้องถิ่นดัดแปลงให้มีลักษณะนุ่มสามารถลดแรงกดทับบนผิวหนังได้ หรือแผ่นซิลิโคน

2. การลดแรงเฉือนหรือแรงเสียดสี ทำได้ดังนี้

2.1 การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยว่าสามารถเคลื่อนไหวและช่วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด ประเมินข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 การจัดท่าผู้ป่วยควรอยู่ในท่านอนราบมากที่สุดเพื่อลดปัญหาแรงดึงรั้ง กรณีที่ต้องจัดท่านอนศีรษะสูง ไม่ควรให้ศีรษะสูงเกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล แรงกดทับและแรงเฉือน บริเวณที่จะรับแรงกดมากที่สุด คือ บริเวณก้นกบ ในการให้อาหารทางสายยาง การจัดท่าเพื่อระบายเสมหะ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากต้องนอนศีรษะสูง 30 องศา ต้องจัดให้มีหมอนรองแขน เข่า และดันปลายเท้า เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเลื่อนไถลลงมาปลายเตียง

2.3 การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรใช้อุปกรณ์รองตัวผู้ป่วย เช่น ผ้ารองตามยาวลำตัวผู้ป่วยขณะเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดการเกิดแผลถลอกจากการเสียดสี ขณะยกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องทำอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บควรใช้แผ่นกระดานเลื่อนช่วยเพื่อลดแรงเฉือน

3.การดูแลสภาพผิวหนัง

3.1 การทำความสะอาดผิวหนังในผู้ป่วยสูงอายุ ควรทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อน หรือ ผลิตภัณฑ์อาบน้ำที่ไม่ระคายผิว ได้แก่ สบู่เด็ก ที่สามารถล้างทำความสะอาดได้ง่าย ไม่มีส่วนผสมของน้ำหอม แอลกอฮอล์หรือยาฆ่าเชื้อโรค เพื่อไม่ให้สูญเสียความชุ่มชื้น มากเกินไป ป้องกันผิวแห้งและเกิดการระคายเคือง ภายหลังทำความสะอาดล้างสบู่ออกให้หมด ซับผิวหนังให้แห้งสนิททุกครั้งด้วยผ้านิ่ม และซับด้วยความนุ่มนวล

3.2 การรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง หลังอาบน้ำหรือทำความสะอาดผิวหนังของ ผู้ป่วยสูงอายุ ถ้ามีผิวแห้งแนะนำญาติดูแลจัดหาวาสลีนหรือน้ำมันมะกอกทาผิวเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวถ้าไม่มีญาติดูแลพยาบาลเป็นผู้ดูแลจัดหาให้

3.3 การป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง โดยใช้ผ้าปูที่นอน ผ้าขวาง ปลอกหมอนและเสื้อ ผ้าที่แห้งสะอาด ผ้าปูที่นอนที่เรียบตึง ไม่มีเศษสิ่งของหล่นบนเตียง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากแรงกดหรือรอยพับย่นของผ้าขณะที่นั่งหรือนอน ถ้าพบผิวหนังมีรอยแดง ไม่นวดบริเวณปุ่มกระดูกที่มีรอยแดง และไม่นอนทับรอยแดงสำหรับการป้องกันแผลกดทับจากการบาดเจ็บที่ผิวหนังจากรอยยับย่นของผ้าปู

3.4 การควบคุมความเปียกชื้น ในผู้ป่วยสูงอายุ โดยทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำ สะอาดและสบู่อย่างอ่อนไม่ระคายเคือง และซับให้แห้งหลังขับถ่ายทุกครั้ง ในผู้ที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ แนะนำญาติผู้ดูแล จัดหาวัสดุปกป้องผิวหนังเช่น วาสลีน หรือปิโตรเลี่ยมเจลลี่ ให้อาจใช้แผ่นซึมซับที่มีตัวกันความเปียกชื้น หรือผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่สามารถซึมซับสิ่งคัดหลังที่ไหลออกมาไม่ให้เปื้อนผิวหนัง ถ้าญาติ ผู้ดูแลสามารถจัดหาได้โดยถ้าใช้แผนซึมซับให้เปลี่ยนทุกครั้งที่ขับถ่ายหรือทุก 4–6 ชั่วโมงถ้าใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเปลี่ยนทุกครั้งที่ขับถ่ายหรือทุก 8 ชั่วโมง ถ้าไม่มีญาติหรือญาติไม่สามารถจัดหาได้พยาบาลดูแลเปลี่ยนผ้าและทำความสะอาดให้ทุกครั้ง

4. การใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด

4.1ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง คือมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่า 18 คะแนน เช่น ใช้ที่นอนลมชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลม หรือที่นอน ชนิดที่ มีลมเคลื่อนสลับ

4.2 ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดวางบนเตียงหรือเก้าอี้ผู้ป่วยโดยรองบริเวณแขน ขา ปุ่มกระดูก ข้อศอก และส้นเท้า เพื่อป้องกันการสัมผัสกับพื้นเตียง

4.3 ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดที่มีลักษณะเป็นห่วงกลม เนื่องจากทำให้มีการคั่งหรือทำให้มีการบวม ของหลอดเลือด

4.4 ไม่ใช้ถุงมือยางใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก ตาตุ่ม หรือส้นเท้าเพื่อลดแรงกด เนื่องจากไม่สามารถกระจายแรงกดได้ และทำให้มีการคั่งของเลือด

5. ภาวะโภชนาการ

5.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการควรได้รับลังงานวันละ 35-40 กิโลแคลอรี่ และ โปรตีนวันละ1-1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดูแลให้ได้รับอาหารให้ครบถ้วนทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากกว่าครึ่งของชุดอาหารที่จัดให้ในแต่ละมื้อทุกมื้ออาหาร

5.2 ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากได้น้อย ควรแนะนำอาหารอื่นๆ เช่น นม โอวัลตินหรืออาหารเสริมที่มีขายทั่วไป ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ แพทย์อาจพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำ

5.3 ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ควรดุแลการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนเพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผลกดทับปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับควรได้รับคือ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และให้วิตามินซีที่มีผลต่อการหายของแผล

6. การดูแลอื่นๆร่วมด้วย เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ มีดังนี้

6.1การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับเพื่อให้การป้องกันได้อย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

6.2ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเป็นการลดการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลหรือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

6.3 การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับใหม่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเดือน โดยประเมินสาเหตุของการเกิด และหาแนวทางแก้ไขการเกิดแผลกดทับ พร้อมการรายงานผล ในการเฝ้าระวังแผลกดทับควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันเพื่อรับทราบในความร่วมมือในการดูแลเพื่อการป้องกันแผลกดทับ เมื่อมีแผลกดทับเกิดขึ้น ทำให้แผลไม่ลุกลามมากขึ้น และแผลหายโดยเร็ว

5. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าคุ้มทุนเน้นคุณภาพในการบริการการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ ต้องหาแนวทางเพื่อที่จะทำให้การดูแลด้านสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนดังนี้ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

1. การกำหนดประเด็นหรือเลือกพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เลือกเรื่องที่สำคัญและมีขนาดปัญหาทางสุขภาพมาก เป็นเรื่องที่มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย เสียค่าใช้จ่ายสูงและเป็นเรื่องที่มีหลักฐาน

ใหม่ สอดคล้องกับความเชื่อหรือวิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติเป็นประจำ และต้องการให้การปฏิบัติที่มีความทันสมัยสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2. การคัดเลือก และแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสม เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

3. การสืบค้นข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นฐานสืบค้นข้อมูล และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน คือ ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภทปฐมภูมิ เช่น MEDLINE หรือ CINAHL ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภททุติยภูมิ ได้แก่ งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรืองานวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เดิม

4. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้ เพื่อพิจารณาคัดเลือกเอกสารที่เข้าเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

5. การสังเคราะห์และพัฒนาวิธีปฏิบัติแนะนำเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์เรื่องความเหมาะสมของการรักษา เปรียบเทียบคุณประโยชน์กับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างหัตถการหรือการรักษา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์กับค่าใช้จ่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงปฏิบัติได้จริง

6. การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขา เพื่อทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินจากเพื่อนร่วมวิชาชีพเพื่อประเมินช่องว่างที่เกิดขึ้น ประเมินความชัดเจน ความตรงในเนื้อหาและความจำเป็นไปได้ของการปฏิบัติ

7. การทดลองใช้หรือการนำร่องหลังจากผ่านการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำมาทดลองใช้ในหน่วยงานหรือกลุ่มบริการจำนวนน้อยๆ ก่อนเป็นโครงการนำร่องเพื่อค้นหาปัญหาของการใช้จริงซึ่งขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติโดยคำนึงถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

8. การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกลงสู่การปฏิบัติจริง โดยคำนึงประเด็นต่างๆ ดังนี้ การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆ การนำแนวทางคลินิกเข้าไปอยู่ในกระบวนการทำงานขององค์การ เช่น การประกันคุณภาพ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารต่างๆ การสื่อสารผ่านองค์กรวิชาชีพ การใช้ผู้นำทางคลินิก รวมถึงการทดลองใช้ร่างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการปฏิบัติจริง และรับข้อมูลสะท้อนกลับ

9. การเผยแพร่และการนำไปใช้ โดยผู้นำไปใช้ต้องปรับกลยุทธ์ในการนำข้อมูลที่ได้เผยแพร่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแน่ใจว่าใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นได้จริง

10. การประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลต้องประเมินผลก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในประเด็น ดังนี้ มีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายรับรู้หรือไม่ ผู้ประกอบวิชาชีพ

และผู้รับบริการมีเจตคติต่อแนวปฏิบัติอย่างไร แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเปลี่ยนการปฏิบัติที่ทำอยู่หรือไม่ มีอะไรเป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวทางปฏิบัติประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆดังนี้

1.ชื่อเรื่องของแนวปฏิบัติทางคลินิก

2.วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

3. กลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ระบุโรค ภาวะประเภทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทั้งผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

4. นิยาม ระบุความหมายของคำ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เกี่ยวข้อง

5. ระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผลลัพธ์อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วย อัตราการตาย อาการและอาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก และความปลอดภัย เป็นต้น

6. หลักฐาน ระบุวิธีการได้มาซึ่งหลักฐาน วิธีการสืบค้น แหล่งของหลักฐาน วิธีการรวมหลักฐาน วิธีการวิเคราะห์หลักฐาน และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

7. คุณค่า ระบุการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับผู้จัดทำ มุมมองของผู้จัดทำ ความคล้อยตามกัน ความขัดแย้งและวิธีการนำไปสู่ข้อสรุปที่ระบุไว้ในวิธีปฏิบัติ

8. วิธีปฏิบัติที่แนะนำ ระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธีพร้อมระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่แนะนำกำกับไว้ด้วย

9. การตรวจสอบ ระบุกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยองค์การอื่นหรือคณะ ผู้จัดทำได้ดำเนินการ ความสอดคล้อง และความแตกต่างระหว่างแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับอื่นในเรื่อง เดียวกัน รวมทั้งผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ไปใช้ในโครงการนำร่อง

10. ผู้สนับสนุน ระบุองค์การที่เกี่ยวข้อง หรือให้การสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ เพื่อให้ผู้ที่จะนำเอาแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ทราบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้นอย่างมีคติหรือมี ผลประโยชน์ซับซ้อนหรือไม่

11. การระบุเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดั้งนี้

1. การค้นหา และการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในครั้ง นี้ มีการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลการวิจัย และแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ฐานข้อมูลที่นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Guideline) และการปฏิบัติการพยาบาลที่ เป็นเลิศ (Best practice guideline) สืบค้นจาก www. Guideline.gov, www.joannabriggs.edu.au, www.rnao.org, และwww.mahidol.ac.th

1.2 ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยสืบค้นได้จาก MEDLINE, CINAHLและPUBMED

1.3 งานวิจัยที่ค้นคว้าได้และสืบค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง

1.4 ฐานข้อมูลงานวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยคริสเตียน

1.5 การสืบค้นด้วยมือ จากวารสารเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เช่น วารสารการพยาบาล สภาการพยาบาล งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่สืบค้นรวมทั้งสิ้น 81 เรื่อง แต่ที่ได้คัดเลือกไว้ คืองานวิจัยที่เน้นและกล่าวถึงการป้องกันแผลกดทับ ในการคัดเลือกครั้งสุดท้ายเหลืองานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 14 เรื่อง

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้ ใช้แนวคิด PICOT (Craig & Smyth, 2002 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ตามรายละเอียดดังนี้

P คือ Patient population or problem การระบุประชากร โรค หรือปัญหาที่สนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุและการเกิดแผลกดทับ

I คือ Intervention or area of interest เป็นการระบุหัตการ/การรักษาที่น่าสนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อป้องกัน และลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

C คือ Comparison intervention การระบุการเปรียบเทียบการปฏิบัติ ซึ่งช่วยจำกัดขอบเขตการสืบค้นให้แคบลง หมายถึง การเปรียบเทียบผลของการใช้วิธีการที่หลากหลายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การป้องกันลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก กับการลดความเปียกชื้น ภาวะขาดสารอาหาร

O คือ Outcomes ผลลัพธ์ หมายถึง การศึกษาประเมินผล ระบุตัวชี้วัดของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

T คือ Time เวลา หมายถึง การกำหนดช่วงเวลาการค้นหางานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีการเผยแพร่ในแต่ละช่วงปี ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3.วิธีการใช้ประเมินคุณภาพ และความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

3.1 เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งระดับความเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเรียงลำดับคุณภาพจากมากไปน้อย ดังนี้ (Fineout-overholt อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Meta-analysis of randomized controlled trial)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด ซึ่งมีการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Experimental study randomize controlled trial)

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-experimental studies)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่ออกแบบวิจัยอย่างดี (Case control studies)

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่งานวิจัยที่มีการทดลอง เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา เชิงความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Non-experimental descriptive, correlational, qualitative studies)

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาที่เป็นโปรแกรมการศึกษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ โครงการพัฒนาคุณภาพ และรายงานกรณีศึกษา (Program evaluation, research utilization studies, quality improvement project, case reports)

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และหรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of respected authorities, or expert committees)

3.2 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ โปลิสและฮังเลอร์ (Polit & Hungler อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ที่ระบุว่าการประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ควรพิจารณาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 3 ประการ คือ ความสอดคล้องของงานวิจัยกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำใช้ในการปฏิบัติได้ (Implementation potential)

3.3 พิจารณาแนวโน้มที่จะใช้ในการปฏิบัติได้ ซึ่งประกอบด้วย ความเหมาะสมในการนำไปใช้ (Transferability of finding) มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำมาใช้ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

(Feasibility of implementation) พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือ และไม่ขัดแย้ง วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้ และคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio)

4. วิธีการตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยพิจารณาจากความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ จากการประเมินคะแนนของพยาบาลปฏิบัติการ สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมของร่างกาย เช่นระบบไต หัวใจ ระบบขับถ่าย และระบบผิวหนังซึ่งมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากชั้นไขมันลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้จึงทำให้ผิวหนังมีการสัมผัสความชื้น โดยความชื้นที่ก้นจะมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มค่าความเป็นกรดด่าง ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง นอกจากนั้นผิวหนังยังมีความสามารถในการต้านทานเชื้อแบคทีเรียลดลง เกิดผื่นแดง และการอักเสบ จนกระทั่งเกิดแผลกดทับ โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการพัฒนาเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีเพียงบางการศึกษาเท่านั้นที่นำเสนอเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการลดการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งกลยุทธ์ที่นำเสนอมีกิจกรรมที่หลากหลายและแตกต่างกัน ตามการวิเคราะห์สถานการณ์ขององค์การ และแนวปฏิบัติไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์และทบทวนอย่างมีระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ได้รับความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งในที่นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ การปรับปรุงเครื่องมือการประเมิน และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และศึกษานำร่องผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (Iowa Model of Evidence-Based Practice (อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย,2549: 130-135) ประกอบด้วยขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยศึกษาปัญหา ค้นคว้าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานมาวิเคราะห์ซึ่งได้จากการรวบรวมแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และการพยาบาลที่ดี (Best practice) แล้วนำมาวิเคราะห์ ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) พร้อมกับปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการศึกษานำร่องเพื่อการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่มดังนี้

ก. ผู้ป่วยสูงอายุ ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 3 วัน และเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

1.ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2.มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (Braden scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน

3. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน

4. ผู้ป่วยต้องไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นก่อนเมื่อแรกรับ

5. แรกรับผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 36.0 องศาเซลเซียสและน้อยกว่าหรือเท่ากับ 38.0 องศาเซลเซียส

6. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือค่า mean arterial pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท

7. คะแนนระดับผื่นแดงของผิวหนังบริเวณก้นเท่ากับศูนย์

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือคุกคามต่อชีวิต

2. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดขึ้นก่อนเมื่อแรกรับ

3. ผู้ป่วยที่มีญาติหรือผู้ดูแลพิเศษตลอดเวลา

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดูแลต่อเนื่อง (Discontinuation criteria)

คือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นอาสาสมัครเข้าโครงการต่อมาได้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอื่น เช่น ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยอื่นๆ ย้ายเข้าไอซียู หรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

ข. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

1.เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5

2.มีประสบการณ์ในการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี

3. ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4.พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1.พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5

2.มีประสบการณ์ในการพยาบาลน้อยกว่า 2 ปี

3.ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ที่สถาบันบำราศนราดูร มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย

1.1. ศึกษาปัญหาจากการปฏิบัติงานและองค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยสำรวจผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สัมภาษณ์ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ สืบค้นสถิติรวมทั้งประสบการณ์จริงในการปฏิบัติของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ของผู้วิจัยเองซึ่งพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีที่เข้ารับการรักษาของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ของสถาบันบำราศนราดูรอยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคระบบหลอดเลือดและระบบประสาท เบาหวาน หรือถูกจำกัดกิจกรรม การเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงต้องพึ่งพิงผู้อื่น กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่ ผู้ป่วยนอนติดเตียง ส่งผลให้เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น และในจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเมื่อหลังได้รับการจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยจะกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะซีด (Anemia) มีการติดเชื้อ และบางรายอาจมีแผลกดทับเกิดลุกลาม สุดท้ายผู้ป่วยอาจเสียชีวิตไปในที่สุด ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องใช้แนวทางปฏิบัติ (Guideline) และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) ที่มีอยู่จากฐานข้อมูลแนวปฏิบัติ (Guideline) มาปรับปรุงและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ สถาบันบำราศนราดูร ต่อไป

1.2 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัย (Assembly of relevant research) ซึ่งได้จากการรวบรวมแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และการพยาบาลที่ดี (Best practice) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ใช้หลักในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ PICO (T) (Craig & Smyth อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549 : 67-68) คือ

P : Patient population or problem หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

I : Intervention or area of interest หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

C : Comparison intervention หมายถึง การเปรียบเทียบวิธีการที่หลากหลายในการปฏิบัติการทางพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

O : Outcome หมายถึง การศึกษาประเมินวิธีการที่หลากหลายในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

T : Time หมายถึง การกำหนดช่วงเวลาการค้นคว้าหางานวิจัยหรือบทความที่เผยแพร่ โดยเลือกหลักฐานที่ตีพิมพ์ที่ใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่พิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2016

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์การศึกษาดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติ (Guideline) และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ การป้องกัน และการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. การทบทวนวรรณกรรมทุกระดับ ตั้งแต่การวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) งานวิจัยเดี่ยวทุกระดับและทุกประเภท Case study, Experts' opinions รวมทั้ง PUBMED, MEDLINE, CINAHL, Joanna Briggs, Guideline network

1.2.2 ค้นหาหลักฐานจากระบบฐานข้อมูล Guideline systemic review, งานวิจัย, งานวิทยานิพนธ์ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่โดยหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับอันได้แก่ วารสารที่ตีพิมพ์งานวิจัยในประเทศไทย ห้องสมุดของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ Hand search, Expert opinion โดยผู้วิจัยจะใช้คำสำคัญในการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ Pressure sore, Bed sore, Decubitus ulcer, Pressure ulcer, Wound management, Elderly, Old age, Wound care

1.3 การวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือ จากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยผู้วิจัยประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานตามลำดับดังนี้

1.3.1 ประเมินคุณภาพ ความเข้มแข็งและจัดลำดับความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุตามเกณฑ์ของ (Melnyk & Fineout-Overholt. อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 17-20) ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์เมตาของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับที่ 2 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมมีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับที่ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับที่ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับที่ 6 หลักฐานที่ได้จากการวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับที่ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และหรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

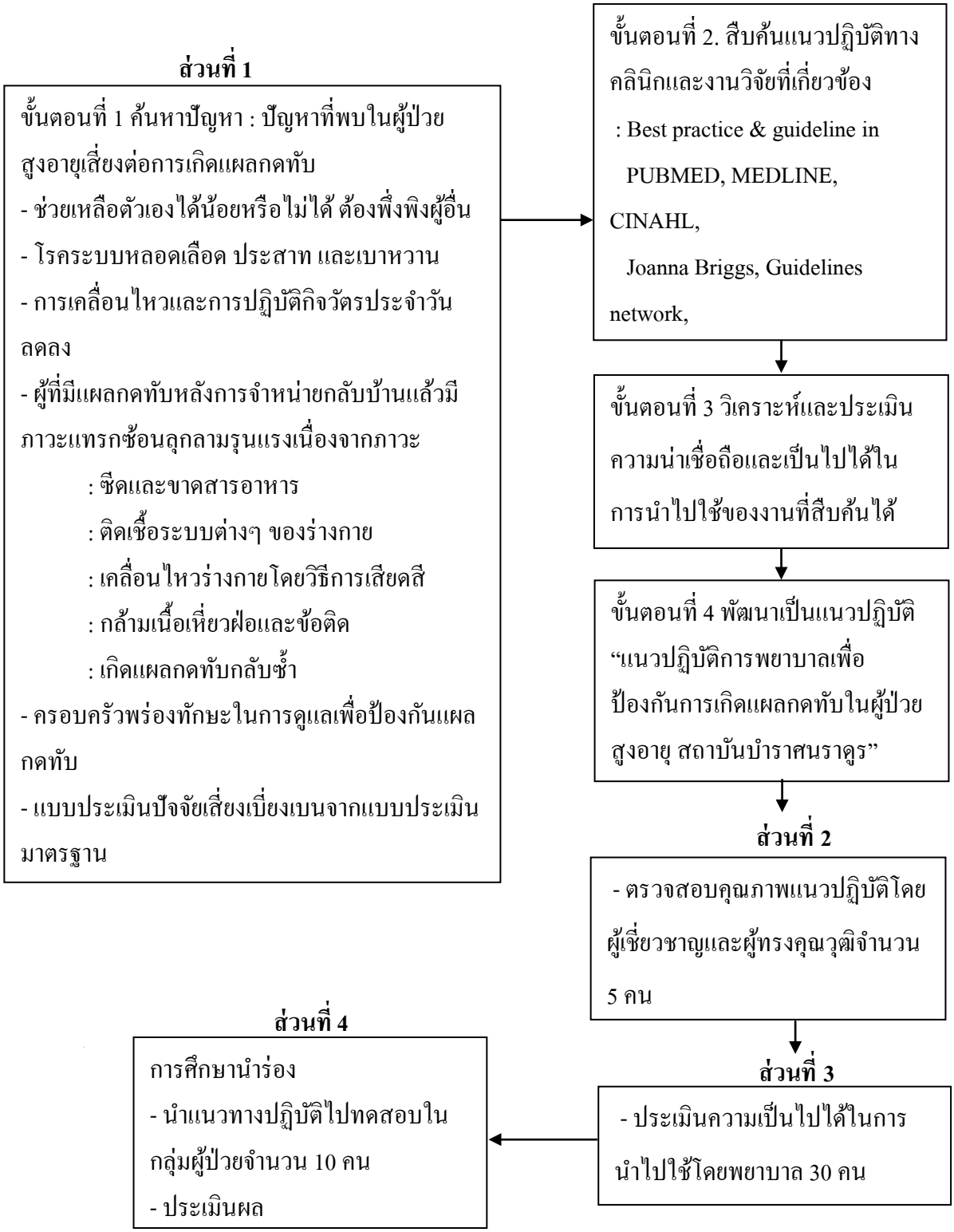
1.3.2 ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปทดลองปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติที่เป็นจริง โดยพิจารณาความเหมาะสมกับหน่วยงานที่นำมาใช้ ประชากรในหน่วยงานนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงประชากรที่ใช้ในงานวิจัยปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยในงานวิจัย จำนวนผู้ป่วยในหน่วยงานที่ได้รับประโยชน์จากการนำนวัตกรรมไปใช้มีจำนวนมาก

2) ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้นไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงโดยพิจารณาว่าพยาบาลมีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายและขอบเขตของการปฏิบัติที่จะปฏิบัติ และยกเลิกวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลนั้นๆได้ ประชาคมในองค์กรที่จะนำไปใช้นั้นให้ความร่วมมือ วิธีการประเมินปัญหาหรือการใช้วิธีการพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ง่าย หน่วยงานที่จะนำไปใช้มีความพร้อมทั้งด้านวัสดุและทรัพยากรที่จำเป็นที่เอื้ออำนวยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปได้จริง

1.4 นำข้อมูลจากหลักฐานที่สืบค้นได้มาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสังเคราะห์จากแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูลต่างๆจำนวน 14 แนวปฏิบัตินำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Iowa Model of Evidence-Based-Practice แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 การดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Iowa Model of Evidence-Based Practice (อ้างในฟองคำ ติลก สกุลชัย, 2549: 64-72)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมา โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity test) หลังจากผู้วิจัยสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี่ และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 คน และพยาบาลผู้นิเทศทางอายุรกรรม 1 คน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในแบบแสดงความคิดเห็นและตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแล้วจะให้ความคิดเห็น 3 กรณี ดังนี้

2.1 กรณีเห็นด้วยกับข้อความในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ให้ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ในช่องคะแนน 4 และ “เห็นด้วย” ในช่องคะแนน 3

2.2 กรณีไม่เห็นด้วยกับข้อความในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ให้ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง “ไม่เห็นด้วย” ในช่องคะแนน 2 และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ในช่องคะแนน 1

2.3 ในกรณีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้ลงในช่อง “หมายเหตุ”

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาแสดงความคิดเห็นแล้ว นำข้อมูลเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความถูกต้องด้านการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา มีความชัดเจน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นโดยทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่า 0.93 โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนได้ให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่ามีความเหมาะสมในประเด็นความครอบคลุมของเนื้อหา มีความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 4 คน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน แนะนำให้ปรับปรุงประเด็นการส่งปรึกษาสหวิชาชีพ และให้นำเสนอเนื้อหาตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลประจำการ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำกลับมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนได้ความถูกต้องและสมบูรณ์แล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิจะมีฉันทามติลงความเห็นว่าสามารถศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุได้ ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ

เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุมาทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุได้ ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุมาทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง โดยพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 30 คน แล้วปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงานและผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่อไป และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่องเพื่อการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและสภาพของหอผู้ป่วยสถาบันบำราศนราดูร ทำการศึกษานำร่องใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 10 คน และประเมินผลการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานำร่อง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับประจำ สัญญาณชีพแรกรับ อาการและสภาพของผู้ป่วยในวันแรกรับ ผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และศูนย์ดูแลใกล้บ้าน

2. แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับบราเดน (Braden scale) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับที่มีมาตรฐานมี 2 แบบประเมินคือ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ บราเดนและนอร์ตัน ซึ่งทั้ง 2 แบบประเมินให้ผลการประเมินไม่แตกต่างกันแต่เนื้อหาในการประเมินแตกต่างกัน โดยแบบประเมินบราเดน ประเมิน 6 ด้านได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส (Sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture) การมีกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และการมีแรงเสียดทานและแรงเฉือย (Friction & shear) แต่ละด้านให้คะแนน 1-4 คะแนน ยกเว้นด้านที่ 6 การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้งให้คะแนน 1-3 คะแนน ซึ่งมีรายละเอียดการแปลผลคะแนน ดังนี้

19-23 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

15-18 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

13-14 คะแนน หมายถึง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลาง

10-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง

6-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงมาก

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินบราเดนเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่พยาบาลประจำการในถาบันบำราศนราดูรใช้แบบประเมินดังกล่าวแล้ว

3. แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุเบื้องต้น Mini nutritional assessment (MNA) คือเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุเบื้องต้นซึ่งพัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นวิธีการประเมินที่มีประสิทธิภาพได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์และใช้กันอย่างแพร่หลายในยุโรป (วันดี โภคะกุล, 2548) นำมาแปลโดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ตอบคำถาม 6 ข้อในเรื่องความอยากอาหารช่วง 3 เดือนที่ผ่าน โดยมีคะแนนสูงสุดทั้ง 6 ข้อเท่ากับ 14 คะแนน ค่าระดับคะแนนมากกว่าหรือเทียบเท่ากับ 12 คะแนน แสดงว่ามีภาวะโภชนาการปกติ ไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามต่อในตอนที่ 2

ตอนที่ 2 ค่าระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 แสดงว่ามีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการให้ทำแบบสอบถามตอนที่ 2 ต่อไป ตอนที่ 2 ตอบคำถาม 12 ข้อเพื่อค้นหาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 เมื่อทำแบบทดสอบแล้วให้นำคะแนนจาก 2 แบบสอบถามมารวมกันแล้วจะทราบว่าภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยมีค่าคะแนนดังนี้

17-23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือการขาดสารอาหารแต่ยังอยู่ในระดับที่ดูแลตนเองได้ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

น้อยกว่า 17 คะแนน ต้องขอปรึกษาจากแพทย์โดยเร็ว เพราะมีภาวะทุพโภชนาการซึ่งอาจมีผลต่อเนื่องกระทบกระเทือนถึงการทำงานของระบบอื่นๆในร่างกายได้

4. แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย 14 กิจกรรม คือ

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย 1.1 ประเมินBraden scale แรกรับทุกราย 1.2 คะแนน < 18 ประเมินทุก 2 วัน และ1.3 คะแนน > 18 ประเมินทุกอาทิตย์

2.การประเมินผิวหนังและสภาพแผล

3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา

4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย Mini nutritional assessment (MNA)

5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ ประกอบด้วย 5.1 จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงหรือขยับกันทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน และ5.2 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ

6. งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับอาหารสายยางไม่จัดท่าเกิน 60 องศา เกิน 30 นาที

7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามแผนการดูแล

8.ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง ประกอบด้วย 8.1 ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน > 2 คน ยกผู้ป่วยลอยจากพื้น 8.2 ใช้แผน Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ 8.3 ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก

9. ดูแลความสะอาด ลดความเปียกชื้น ประกอบด้วย 9.1 ดูแลความสะอาดร่างกายทุก 1-2 ครั้ง/วัน และ9.2 เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ประกอบด้วย 10.1 ทาโลชั่น หรือครีมบำรุงผิวบริเวณที่แห้งกร้าน และ10.2 งดใช้แอลกอฮอล์เช็ดถูผิวหนัง

11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ

12. ฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

13. การปรึกษาสหวิชาชีพและส่งต่อ ประกอบด้วย 13.1 ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน ภาวะโรคหลอดเลือด เป็นต้น 13.2 ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่มี ภาวะโรคหลอดเลือด เกิดแผล มีเนื้อ ตายลุกลาม 13.3 ปรึกษานักกายภาพในรายที่มี ภาวะเหี่ยวฝ่อของกล้ามเนื้อ ข้อติด และ13.4 ปรึกษานักโภชนากรในรายที่ประเมินแล้วมีภาวะขาดสารอาหาร

14. การวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 14.1 ประเมินความพร้อมและ ปัจจัยเสี่ยง 14.2 ทบทวนคำแนะนำและทักษะ การดูแลลดปัจจัยเสี่ยง และ14.3 ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ

โดยให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยกำหนดแบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุไว้ให้ใช้ขณะปฏิบัติงานโดยให้ทำเครื่องหมาย √ เมื่อปฏิบัติกิจกรรม และใส่เครื่องหมาย × เมื่อไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมอบหมายให้นางสาวรุจิรัตน์ จาลอยซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้แนะนำตัวเองแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร บอกชื่อเรื่องของการทำวิจัยครั้งนี้ คือ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการพยาบาล นอกจากนี้ระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างหรือญาติไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อ สามารถบอกเลิก และออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการพยาบาลใดๆ และข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอ

ข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัยอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่าง และญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยและพัฒนา หลังจากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1 นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากกรรมการจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูร เรียบร้อยแล้วทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบัน เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการของสถาบันแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบแนะนำตัวกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 คน

ขั้นตอนการวิจัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1. มอบหมายให้นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย เป็นผู้ชี้แจงและอธิบายโครงการวิจัยเมื่อพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว จะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ

2. พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการอบรม 1 ครั้ง โดยผู้ร่วมวิจัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยง

3. ให้แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับบราเดน (Braden scale) แบบประเมินภาวะโภชนาการ และนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มานอนรักษาตัวในเวลานั้นตามเวลาที่ปฏิบัติงานจริง โดยจะดูแลผู้ป่วยร่วมกันทุกเวร จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากตึก จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 10 คน ใช้เวลาในการศึกษาประมาณ 60 วัน

4. ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมโครงการอาจมีความรู้สึกไม่สุขสบาย วิตกกังวล เครียด หรือรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน สามารถขอออกจากโครงการหรือขอรับการบริการจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะประสานส่ง ต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน และท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ขั้นตอนการวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1. มอบหมายให้นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย จะเป็นผู้ให้คำแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการแล้ว จะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ ถ้ามีข้อสงสัยสอบถามได้จากผู้ที่ทำหน้าที่ขอคำยินยอม และหากต้องการเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการดูแลพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนี้ ในขณะที่ท่านนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนถึงการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5

3. ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยหรือญาติอาจมีความรู้สึกไม่สุขสบาย วิตกกังวล เครียด หรือผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บจากการดูแลตามแนวปฏิบัติ สามารถขอออกจากโครงการนี้ได้ และขอรับการบริการจากผู้วิจัยโดยผู้วิจัยจะประสานส่งต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

3. การประเมินผล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไป วิเคราะห์โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้วยสถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์คะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และนำไปเขียนเป็นรายงานการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุนี้เป็นการพัฒนามาจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจากแนวปฏิบัติการพยาบาลจากฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิกต่างๆ การศึกษาวิจัย เช่น PUBMED, MEDLINE, CINAHL, Joanna Briggs, Guidelines network ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นต้น จากวารสารและบทความของหน่วยงานต่างๆ และปรับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

1. หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยได้ค่าความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าระหว่าง 0.80-1.00 จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

2. การวิเคราะห์ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุมาศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร โดยวิเคราะห์ตามประเด็นต่างๆดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2.2 วิเคราะห์คะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และศึกษานำร่องผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Iowa Model ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่อง (The pilot study) เพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

1.1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและงานวิจัยที่สืบค้นได้จากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆ จำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้ และ ชื่อเรื่องชื่อผู้แต่งและปีที่แต่ง ดังแสดงในตารางที่ 1.

ตารางที่ 1 จำนวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและงานวิจัยที่สืบค้นได้จากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆจำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้และชื่อเรื่องชื่อผู้แต่งและปีที่แต่ง

ชื่อฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนเรื่องที่สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง
www.guideline.gov	Pressure sore, bed sore, Pressure ulcer	23	7	1. Pressure ulcer risk assessment and prevention (Yana R, 2003) 2. Prevention of pressure ulcer (Folkedahl BA. And Frantz R., 2002) 3. Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers. (Tazim V, 2002) 4. The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care. (National Institute for Clinical Excellence, 2003) 5. Pressure ulcer risk assessment and prevention. (Richens Y., 2003) 6. Preventing pressure ulcers and skin tears. (Ayello. EA.,2003) 7. Risk assessment & prevention of pressure ulcers. (Virani,2005)

ตารางที่ 1 จำนวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและงานวิจัยที่สืบค้นได้จากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆจำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถ นำไปใช้ได้ และ ชื่อเรื่องชื่อผู้แต่งและปีที่แต่ง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนเรื่องที่สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง
www.Joannabriggs.edu.com	Pressure sore, bed sore, pressure ulcer	15	2	1. Pressure Sores – Part 1: Prevention of pressure related damage (Best practice, 1997) 2. Pressure Sores – Part 2: Management of Pressure related tissue damage (Best practice, 1997)
www.rnao.org	Same	10	1	-Pressure ulcer prevention (Cooper and Gray, 2001)
www.mahidol.ac.th	Same	6	1	-ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลกรรมกระดูก (ปองหทัย พุ่มระย้า,2003)
www.Christrain.ac.th	Same	2	1	-การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม(นภาพร ภมร ,2011)
Pubmed	Same	19	1	-The prevention and treatment of pressure ulcers (Naude L., 2005)
Hand search	Same	6	1	-การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2005)

จากตารางที่ 1 จากการสืบค้นการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และผลการวิจัยจากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆ จำนวน 81 เรื่องและคัดเลือกมาเพื่อการศึกษาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 14 เรื่อง

1.2 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์คุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานของสเตทเลอร์ (Stetler อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 18-20) ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ตามแนวคิดของโปลิทและแฮงเลอร์(Polit & Hungler อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 97-103) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การประเมินสภาพผู้ป่วยและการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สรุปเป็นตารางแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยจำแนกจากผู้ศึกษา รูปแบบการวิจัย ระดับหลักฐานและกลุ่มตัวอย่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามที่สืบค้น การวิเคราะห์หลักฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีหลักการ 2 เรื่องดังนี้

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับซึ่งประกอบด้วย การประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยเครื่องมือของบราเดน การประเมินสภาพผิวหนัง การประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ Mini nutritional assessment (MNA)

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทานและแรงตัด การจัดท่านอน การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีน การดูแลลดการเสียดสีและการบาดเจ็บของผิวหนัง การพยาบาลเพื่อลดความชื้นแฉะของผิวหนังให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การปรึกษาสหวิชาชีพในกรณีที่มีภาวะซับซ้อน และการวางแผนจำหน่าย

จากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

1.3 การสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สืบค้นได้

จากการศึกษาพบหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับจำนวน 14 เรื่องดังรายละเอียดในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
Best practice (1997)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 1	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยเครื่องมือประเมินบราเดน หรือนอร์ตัน อย่างใดอย่างหนึ่งในกลุ่มที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้หรือหรือพร่องการปฏิบัติกิจกรรม แรกรับและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง 2. การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผล 3. ประเมินภาวะโภชนาการและดูแลให้ได้รับสารอาหาร 4. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 5. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 6. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
Best practice (1997)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 1	1. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ประเมินระดับความรุนแรงของแผล ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลกดทับ ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินการใช้ยาและแหล่งประโยชน์ของสังคม 2. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับต่อผิวหนัง 3. การดูแลแผลกดทับ 4. การป้องกันและลดการติดเชื้อบริเวณแผล 5. การซ่อมแซมแผลเพื่อส่งเสริมการหายของแผลโดยศัลยกรรมตกแต่ง เช่น การปลูกผิวหนัง ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ลดความเจ็บปวด ให้ความรู้แก่ครอบครัวและสังคม

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
Coorper, P. and Gray, D.,(2001).	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 1	1. การให้ความรู้ คำแนะนำและประเมินผล 2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผล กดทับ 3. การตรวจสภาพผิวหนัง 4. การจัดท่าผู้ป่วย 5. การเลือกใช้เบาะที่นอนและเบาะรองนั่งอย่างเหมาะสม
Virani, T. et al.(2002).	รูปแบบการวิจัย Best Practice guideline ระดับหลักฐานที่ 2	1. การประเมินสภาพร่างกายประวัติการเจ็บป่วย 2. ประเมินสภาพจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับยา วัฒนธรรม และคุณภาพชีวิต 3. การประเมินแผลกดทับ 4. ประเมินการได้รับสารอาหารและน้ำ ปรึกษานักโภชนาการ 5. ประเมินความเจ็บปวด 6. การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมแรงกดทับ 7. การดูแลแผลกดทับและการทำความสะอาด 8. การบำบัดแผลกดทับระดับ 3,4 9. การรักษาการติดเชื้อ 10. การทำศัลยกรรมและซ่อมแซมแผล 11. การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
Folkedahl B.A. and Frantz R.(2002)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 1	1. ประเมินสภาพผิวหนังด้วยแบบประเมินบราเดน ซึ่งความถี่ในการประเมินขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่นอนหรือนั่งนิ่งๆ นานๆ ผู้ที่เคลื่อนไหวโดยไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยบกพร่องภาวะโภชนา ผู้ที่เปียกชื้นตลอดเวลา 2. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 3. การดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำ 4. ฟื้นฟูร่างกายให้ข้อและเอ็นเคลื่อนไห 5. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
Richens Y.(2003)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 2	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง 2. ประเมินแผลกดทับ 3. ป้องกันและดูแลลดปัจจัยการเกิดแผลกดกดทับ 4. วางแผนการป้องกันการเกิดแผลกดทับร่วมกับครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ 5. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 6. การให้ความรู้ คำแนะนำร่วมกับสหสาขาวิชาชีพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
Ayello EA. (2003)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice	1. การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดย - ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยแบบประเมินบราเดนในกลุ่มผู้สูงอายุและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
	ระดับหลักฐานที่ 2	- ประเมินปัญหาการเกิดอันตรายต่อผิวหนังแบบองค์รวม ประเมินชุมชนวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ - การพยาบาลเพื่อป้องกันแรงกดทับและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลบริเวณผิวหนัง - ดูแลสิ่งแวดล้อม สภาพอากาศ แสงสว่าง - การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อป้องกันการบาดเจ็บด้วยตัวเอง การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลจากการเสียดสีและแรงกระแทก - การรักษาบาดแผล - การประเมินบาดแผลและการติดตามผล (Follow up) อย่างต่อเนื่อง
The National Institute for Clinical Excellence (2004)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 1	1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2. การใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3. การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดสี และแรงลื่นไถล การดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 4. ข้อตกลงในการดูแลป้องกันแผลกดทับ 5. พัฒนาการดูแลป้องกันแผลกดทับ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
		6. การทำศัลยกรรมตกแต่งและการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 7. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ 8. การให้ความรู้และคำแนะนำระยะยาว
Naude L.,(2005)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 2	1. การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยประเมินปัจจัยเสี่ยง ศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ระดับความรู้ในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2.การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ แรงเสียดสีและแรงลื่นไถล 3. ประเมินแผลกดทับด้วยแบบประเมินบราเดนหรือนอร์ตัน 4. การรักษา ป้องกันการเกิดแผลกดทับและการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ
The National Institute for Clinical Excellence (2005)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 2	1. การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงไม่ควรตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม 2. ควรพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ในรายเสี่ยงการเกิดแผลกดทับซ้ำ เช่นผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้สูงอายุ ภาวะมีไข้ มีประวัติการเกิดแผลกดทับ ขาดสารอาหารและน้ำ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด 3. การดูแลผิวหนังเป็นพิเศษและเพิ่มความถี่ในการประเมินผิวหนังตามสภาพผู้ป่วยที่เป็นจริง

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
		4. ไม่ใช้ถุงมือใส่น้ำ และอุปกรณ์รูปโดนัท 5. เลือกวิธีและความถี่ในการจัดท่าตามความเหมาะสม 6. ในรายนั่งเก้าอี้นานๆ ให้ความรู้และฝึกทักษะโดยนักอาชีวบำบัด นักกายภาพ ให้คำแนะนำในการจัดท่าเฉพาะราย เลือกใช้อุปกรณ์รองน้ำหนักและเบาะรองนั่ง 7. การให้ความรู้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้เครื่องมือประเมิน การเลือกใช้อุปกรณ์และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์
Virani, T. et al.(2005)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 2	1. การประเมินนิ้วเท้าเป็นสิ่งสำคัญแรกรับและทุกวันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังหลุดลอก 2. ตกลงเป็นแนวการประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและใช้เครื่องมือที่เชื่อถือได้เช่นเดียวกับแบบประเมินบราเดนโดยการประเมินต้องครอบคลุมเนื้อหาการประเมินระดับความรู้สึกสัมผัส ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามรถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรม ความชื้นของผิวหนัง ภาวะโภชนาและการเสียดสีและประเมินเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้นานๆ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
		3. การดูแลแผลกดทับ 4. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย 5. การพัฒนาการจัดท่าลดแรงกด 6. คำนึงถึงความเจ็บป่วย การควบคุมความปวดซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้ยา และพิจารณาผิวหนังบริเวณที่ได้รับยาผลข้างเคียงจากการใช้ยา 7. การพยาบาลเพื่อลดความเปียกชื้น 8. ประเมินภาวะโภชนาการ การให้อาหารเสริม และค้นหาสาเหตุ ปรึกษานักโภชนาการ 9. โปรแกรมความรู้ ฟื้นฟู โดยทีมฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย 10. องค์กรควรส่งเสริมให้เกิดแนวปฏิบัติเฉพาะองค์กร
ผู้ศึกษา ปองหทัย พุ่มระย้า (2003)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 1	1. ประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินความเสี่ยงบราเดน 2. การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับ 3. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด 4. การบันทึกการพยาบาล 5. การส่งต่อข้อมูล และปัญหาแผลกดทับ 6. การให้ความรู้แนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
ประเสริฐ อัสสันตชัย (2005)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 1	1. ประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมเนื้อหา ภาวะขาดสารอาหาร อายุ ความชุ่มชื้นของผิวหนัง การติดตามสุขภาพกาย การสูญเสียระบบประสาทสัมผัส ความดันโลหิตซิสตอรี (Systolic) การใช้ยาที่มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายล้มเหลว 2. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3. การประเมินแผลกดทับและผลการรักษาของแผลกดทับในระยะที่ 2 ถึง 4 ด้วยตัวชี้วัด 3 ด้านคือพื้นที่หน้าตัดของแผล จำนวน exudates และลักษณะเนื้อเยื่อ 4. การดูแลพื้นที่บริเวณแผล การทำแผลและการผ่าตัดซ่อมแซมแผลกดทับ
นภาพร ภมร (2550)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 1	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง 2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล 3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา 4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA 5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 6. งดจัดท่านอนสูงเกิน 30องศาเกิน 30 นาทีในรายที่จำเป็นต้องจัดทำให้ได้รับอาหารทางสายยางไม่จัดท่านอนเกิน 60 องศานานเกิน 30 นาที 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามต้องการ 8. ดูแลการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง 9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
		10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นต่อผิวหนัง 11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 12. การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ 14. การวางแผนจำหน่าย

จากตารางที่ 2 สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2 ประเด็น ดังนี้

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับซึ่งประกอบด้วย การประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยเครื่องมือของบราเดน การประเมินสภาพผิวหนัง การประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ Mini nutritional assessment (MNA)

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทานและแรงตัด การจัดท่านอน การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีน การดูแลลดการเสียดสีและการบาดเจ็บของผิวหนัง การพยาบาลเพื่อลดความชื้นแฉะของผิวหนัง ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การปรึกษาสหวิชาชีพในกรณีที่มีภาวะซับซ้อน และการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น

2.1 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนได้ทำการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลและได้เสนอความคิดเห็น พร้อมทั้งข้อเสนอแนะโดย

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ระดับคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วย
ระดับคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N=5)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
1. วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ	80%	20%			-เพิ่มความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติ
2.ประโยชน์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้	80%	20%			
3.ความคุ้มทุนและคุ้มค่า	80%	20%			- ถ้านำไปปฏิบัติจริงจะเกิดประโยชน์และคุ้มค่าเนื่องจากลงทุนน้อย
4.ความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	80%	20%			-ต้องนำไปใช้จริง
5.ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาล	80%	20%			-ปรับปรุงเครื่องมือ/คู่มือใช้ให้สอดคล้องกัน -ควรมีคู่มือที่ชัดเจน

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N=5) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
6.ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้	80%	20%			-ปรับปรุงเครื่องมือและคู่มือให้สามารถใช้ได้ง่ายและประเมินได้ถูกต้อง เข้าใจตรงกัน เพื่อสะดวกนำไปปฏิบัติจริง
7.รายละเอียดของขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้สูงอายุ	80%	20%			
7.1การประเมินสภาพผู้ป่วย					
-ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วย Braden scale	80%	20%			
-ประเมินภาวะโภชนาการ (แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment :)	40%	60%			-อาจทำได้ไม่ครบถ้วน
-ประเมินสภาพผิวหนัง	60%	40%			
7.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการลดแรงกดทับ -จัดตารางพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	60%	40%			-ควรมีคู่มือในการประเมินเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันควรพิจารณาเรื่องการลงเวลาให้ตรงความเป็นจริง

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N=5) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
-ขยับก้นหรือยกก้นอย่างน้อยทุก 30 นาที	80%	20%			
7.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการใช้อุปกรณ์เสริม					
-หมอนรองปุ่มกระดูก	100%				
-ใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว น้ำหนักมาก	100%				
7.4 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยลดแรงเสียดทานและแรงตัด					
-เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีการยกมากกว่า 2 คน	80%	20%			
-ใช้ Pat-slide ช่วยการเคลื่อนย้าย	80%	20%			
-จัดท่านอนหัวเตียงสูงไม่เกิน 30 องศาหรือไม่ควรจัดท่าหัวสูงเกิน 60 องศาเกิน 30 นาที	80%	20%			
7.5 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยดูแลความชุ่มชื้น					

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N=5) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
-ไม่ใช้สบู่ ทาแป้ง แอลกอฮอล์บริเวณผิวหนังที่แห้งกร้าน	80%	20%			
-ทาโลชั่น ครีมหรือน้ำมันมะกอกบำรุงผิวบริเวณผิวที่แห้งกร้าน	80%	20%			
-ไม่นวดหรือประคบบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่พบรอยแดงจากการกดทับ	80%	20%			
7.6 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการดูแลป้องกันการติดเชื้อ					
-ดูแลความสะอาดร่างกายวันละ 1-2 ครั้งและทุกครั้งหลังการขับถ่ายหรือเปียกชื้นในรายกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	100%				
7.7 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยดูแลให้ได้รับอาหารถูกต้องตามต้องการ					
-อาหารโปรตีนสูงและน้ำอย่างน้อย 2,500-3,000 ซี.ซี./วัน ยกเว้นมี	80%	20%			ผู้สูงอายุบางรายไม่จำเป็นได้รับน้ำถึง 3,000 ซี.ซี/วัน

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (N=5) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
ข้อจำกัดในภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่					
-รายที่รับประทานอาหารไม่ได้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารสายยาง	100%				
7.8 การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ	60%	40%			
7.9 การดูแลต่อเนื่อง/วางแผนจำหน่าย					
-ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ	100%				
-การส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน	100%				

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล 7 กิจกรรมผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นว่าสามารถนำไปใช้ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเครื่องมือและคู่มือ ให้สามารถใช้ได้ง่ายและประเมินได้ถูกต้อง เข้าใจตรงกันเพื่อสะดวกนำไปปฏิบัติใช้จริง เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติ และการประเมินภาวะโภชนาการอาจทำได้ไม่ครบถ้วน ในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. การประเมินสภาพผิวหนังควรมีคู่มือเพื่อปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน
2. การจัดตารางพลิกตะแคงตัวควรลงบันทึกตามเวลาที่สามารถปฏิบัติได้จริง
3. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่จำเป็นต้องได้รับถึง 3,000 ซี.ซี/วัน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาแสดงความคิดเห็นแล้ว นำข้อมูลเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความถูกต้องด้านการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนว

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่า 0.93

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ หลังจากผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ผลการประเมินคุณภาพในภาพรวมของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ แสดงได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ (N=30)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	
	ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ได้ (ร้อยละ)
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย - การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยแบบประเมินบราเดน (Braden scale)แรกรับทุกราย -คะแนน Braden scale $\leq$ 18 ประเมินทุก 2 วัน - คะแนน Braden scale > 18 ประเมินทุกอาทิตย์	100	
2.การประเมินผิวหนังและสภาพแผล	90	10
3.ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา	93.3	6.7
4.ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA	93.3	6.7
5.การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ -จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงหรือขยับก้นทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน -ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ	93.3	6.7
6.งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับสารอาหารสายยางไม่จัดท่าเกิน 60 องศาเกิน 30 นาที	93.3	6.7
7.ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารโปรตีนสูง	100	
8.ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนังโดย -ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน > 2 คนยกผู้ป่วยลอยจากพื้น -ใช้แผ่น Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	100	

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ (N=30) (ต่อ)

ข้อความการบำบัดการพยาบาล	เปอร์เซ็นต์การปฏิบัติการพยาบาล	
	ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ได้ (ร้อยละ)
-ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก		
9.ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น	100	
-ดูแลความสะอาดร่างกาย 1-2 ครั้ง/วัน		
-เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง		
10.ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง	100	
-ทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้าน		
-ไม่ใช้แอลกอฮอล์เช็ดผิวหนัง		
11.การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ	100	
12.การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	100	
13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ	100	
-ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือด		
-ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่ภาวะโรคหลอดเลือดเกิดแผลมีเนื้อตายลุกลาม		
-ปรึกษานักกายภาพในรายที่มีภาวะเหี่ยวฝ่อของกล้ามเนื้อข้อติด		
-ปรึกษานักโภชนากรในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ระดับ2		
4.การวางแผนจำหน่ายโดย	100	
-ประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยง		
-ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง		
-ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ		

จากตารางที่ 4 พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูง คิดเป็นร้อยละ 90-100

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่อง (The pilot study) เพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกด ทับในผู้ป่วยสูงอายุ

4.1 หลังจากผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และศึกษาความเป็นไปได้โดยพยาบาลวิชาชีพแล้ว ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	100
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ		
ระดับคะแนนบราเดนเสกล		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18	6	60
มากกว่า 18	4	40
ระดับคะแนน Mini Nutritional Assessment		
17-23.5 คะแนน	3	30
น้อยกว่า 17	7	70
ประเมินไม่ได้	0	0
ประวัติการเกิดแผลกดทับ		
มี	4	40
ไม่มี	6	60
ภาวะอุณหภูมิกาย		
มีไข้	2	20
ไม่มีไข้	8	80
โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ		
มี	10	100
ไม่มี	0	0
การใช้ยาที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทและหลอดเลือด		
มี	9	90
ไม่มี	1	10

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic) สูง		
มี	1	10
ไม่มี	9	90
ผู้ดูแลผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
มี	0	0
ไม่มี	10	100
ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน		
มี	10	100
ไม่มี	0	0
จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย 2 คนขึ้นไปขณะอยู่บ้าน		20
มี	9	90
ไม่มี	1	10
มีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านนอกเหนือจากผู้ป่วยอีก		
มี	1	10
ไม่มี	9	90

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมดร้อยละ 100 และจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงบราเดนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ร้อยละ 60 ระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงบราเดนมากกว่า 18 ร้อยละ 40 ระดับคะแนนภาวะโภชนาการ MNA น้อยกว่า 17 ร้อยละ70 ไม่มีประวัติการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 60 มีประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทและหลอดเลือด ร้อยละ 90 มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) สูง ร้อยละ 100 ไม่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) สูง ร้อยละ 90 ไม่มีผู้ดูแลในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ในจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านพบว่า ร้อยละ 90 มีจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 10 มีผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยเรื้อรังหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังนอกเหนือจากผู้ป่วยอีกร้อยละ 10

4.2 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ หลังจากผู้วิจัยได้ทดลองศึกษานำร่องการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบสภาพผิวหนังและคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง	สภาพผิวหนังที่แสดงว่ามีแผลกดทับ		คะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
1	-	-	13	14
2	-	-	15	17
3	-	-	15	17
4	-	-	15	17
5	-	-	14	17
6	-	-	16	16
7	-	-	14	17
8	-	-	17	17
9	-	-	17	17
10	-	-	17	17

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ก่อนและหลังการได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่พบสภาพผิวหนังที่แสดงว่ามีแผลกดทับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 7 คนหรือร้อยละ 70 มีระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นก่อนได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ จากระดับคะแนนความเสี่ยงบราเดน 13 เป็น 14 หลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล นั่นแสดงว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 4 คน หรือร้อยละ 40 มีระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล คือมีค่าระดับคะแนนความเสี่ยงบราเดนเท่ากับ 16 และ17 แสดงว่าก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่เปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ประกอบกับความเสื่อมของวัยชราทำให้การฟื้นคืนสภาพเป็นไปได้น้อย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test (n=10)

คะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกล	$\overline{X}$	S.D.	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	15.30	1.41	0.026
หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	16.60	0.96	

($p < 0.05$)

จากตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 15.30 คะแนน (S.D.=1.41) และคะแนนเฉลี่ยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 16.60 คะแนน (S.D.=.96) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test พบว่าคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนโดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย

จากการสืบค้นและหลักฐานข้อมูลจำนวน 81 เรื่อง มีงานวิจัยและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นเลิศที่ตรงประเด็นและได้รับคัดเลือกจำนวน 14 งาน ซึ่งเป็นงานวิจัยจำนวน 10 งาน เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ 2 งาน และเป็นบทความ 2 งาน จากฐานข้อมูลที่สืบค้นได้คือ ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติ (Guideline) และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ได้แก่ www.guideline.gov,www.joannabriggs.edu.au ,www.rnao.org, และ www.mahidol.ac.th ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) และงานวิจัยเดี่ยวสืบค้นได้จาก CINAHL Pub Med และ Med line และฐานข้อมูลงานวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น www.mahidol.ac.th, www.nu.ac.th ,www.Christrain.ac.th และ www.psu.ac.th โดยใช้คำที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลได้แก่ Pressure sore, Pressure ulcer และ Bed sore จะเห็นได้ว่าหลักฐานที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวนี้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับ

การยอมรับว่าเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศจากฐานข้อมูลที่มีการอ้างอิงและเชื่อถือได้มากที่สุด ฐานข้อมูลหนึ่ง คือ www.guideline.gov และ www.guideline.gov ซึ่งตามหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัตินี้ได้กล่าวถึงขั้นตอนการปฏิบัติการในการพยาบาลผู้ป่วยไว้โดยละเอียดเป็นระบบ

การตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี่ และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 คน และพยาบาลผู้นิเทศทางอายุรกรรม 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งมีจำนวนแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 7 ข้อ ความคุ้มทุนและคุ้มค่า และความเข็มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และมี 1 หัวข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่เห็นด้วย ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ ซึ่งในหัวข้อนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเครื่องมือและคู่มือ ให้สามารถใช้ได้ง่ายและประเมินได้ถูกต้อง เข้าใจตรงกันเพื่อสะดวกนำไปปฏิบัติใช้จริง เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติ และการประเมินภาวะโภชนาการอาจทำได้ไม่ครบถ้วน ในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะดังนี้ การประเมินสภาพผิวหนังควรมีคู่มือเพื่อปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน การจัดตารางพลิกตะแคงตัวควรลงบันทึกตามเวลาที่สามารถปฏิบัติได้จริง และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่จำเป็นต้องได้รับถึง 3,000 ซี.ซี/วัน เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมพบว่าร้อยละ80-100 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นด้วยกับแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนแล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 30 คน พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูง คิดเป็นร้อยละ 90-100 แสดงการคาดคะเนได้ว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุดแต่พบปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. การจัดท่าพลิกตะแคงตัวพยาบาลต้องลงมือปฏิบัติเองทั้งหมดซึ่งปฏิบัติได้ไม่ตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ทุก 1-2 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วน ไม่มีคนช่วยยกจัดท่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยถึง 2 คน และเวลาขณะนั้นพยาบาลไม่ว่างพร้อมกันทำให้ไม่สามารถยกตัวผู้ป่วยให้ลอยขึ้นโดยไม่สัมผัสพื้นได้ ประกอบกับเตียงผู้ป่วยไม่สามารถปรับสูงต่ำให้เหมาะสมกับพยาบาลในขณะปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลได้

3. การให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ทุกรายเนื่องจากมีกิจกรรมการพยาบาลมากในบางครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษานำร่อง (Pilot study)

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 พบว่าสามารถใช้ได้จริง โดยไม่เกิดความยุ่งยากในการใช้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ศึกษามีปัจจัยการเกิดแผลกดทับสูงเนื่องจากมีภาวะขาดสารอาหารต้องได้รับการแก้ไข มีโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยการเกิดแผลกดทับและได้รับยาที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงตามท่าทาง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากผู้ป่วยสูงอายุและยาบางประเภท เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดเลือด ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าการดูแลตนเองจะลดลง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ได้รับยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับก็เช่นกัน นอกจากนั้นยังพบว่าการทำนายการเกิดแผลกดทับในอนาคตเป็นไปได้สูงจากการประเมินความเป็นไปได้ของข้อมูลดังนี้ 1) มีผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านร้อยละ 100 แยกเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปขณะอยู่บ้านพบร้อยละ 90 และร้อยละ 10 ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีเพียง 1 คนเท่านั้น 2) ขณะผู้ป่วยอยู่บ้านพบว่ามีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านนอกเหนือจากผู้ป่วยอีกร้อยละ 10

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน อย่างไรก็ตาม ในการใช้แนวปฏิบัติการดังกล่าว พบว่ากิจกรรมทางการพยาบาลในบางขั้นตอนอาจมีประเด็นปัญหาได้แก่

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยพบปัญหาดังนี้

1.1 การใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ Mini nutritional assessment (MNA) ยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่มากเนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบถ้วน หรือบางรายไม่สามารถสื่อสารได้ประกอบกับขาดญาติดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถตอบคำถามในแบบประเมินภาวะโภชนาการ MNA ได้สมบูรณ์ การประเมินภาวะโภชนาการจำเป็นต้องอาศัยการประเมินด้วยวิธีการหรือแบบประเมินอื่นๆ ประกอบด้วยกัน เช่น การวัดความหนาไขมันใต้ผิวหนังการวัดเส้นรอบวงของอวัยวะต่างๆของร่างกายบริเวณแขน ขา เอว สะโพก การตรวจสอบสภาพหรือลักษณะผิดปกติของร่างกายบางประการที่บ่งบอกชนิดของสารอาหารเฉพาะ ที่ขาดหายไปร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อมาประกอบการพิจารณาภาวะทุพโภชนา ซึ่งหลักในการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือทางโภชนาการคือ

1.1.1 ผู้ป่วยที่มีการขาดสารอาหาร (Malnutrition) จากการประเมินส่วนสูง น้ำหนักบันทึก อายุ และเพศ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ระดับโปรตีน (Albumin) ในซีรั่ม จำนวนเม็ดเลือดขาวและ lymphocyte ผู้ป่วยที่สมควรดูแลให้ได้รับสารอาหาร (Nutritional support) คือผู้ป่วยที่มีนำ

หนักตัวเกินร้อยละ 5 ในเวลามากกว่า 1 เดือนหรือลดลงร้อยละ 10 ในเวลาเกินกว่า 6 เดือน โดยเฉพาะเมื่อมีการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงคลื่นไส้ ระดับ Albumin ในซีรั่มน้อยกว่า 3.2 กรัม/ดล. Total lymphocyte count น้อยกว่า 1,200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

1.1.2 มีประวัติของการได้รับความเครียดทางสรีระใน 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น มีการติดเชื้อหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องกันนานกว่า 3 สัปดาห์

1.1.3 ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ ปัจจัยทางเศรษฐานะ ความเจ็บป่วย รวมทั้งผู้ป่วยเองมีความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับสารอาหารให้เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับพบว่า

2.1 การจัดท่าพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากการจัดท่าพลิกตะแคงตัวจำเป็นต้องใช้บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไปช่วยยก แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการมักเป็นผู้ที่มีรูปร่างอ้วนตัวใหญ่ บุคลากรไม่สามารถช่วยจัดท่าพลิกตะแคงตัวได้ตามเวลาที่วางแผนไว้ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่มีญาติคอยดูแลระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 ผู้ป่วยมีรูปร่างใหญ่ในขณะที่พยาบาลมีจำนวนคนไม่พอในการช่วยยกจัดท่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยถึง 2 คนและพยาบาลจะไม่ว่างพร้อมกันทำให้ไม่สามารถยกตัวผู้ป่วยให้ลอยขึ้นโดยไม่สัมผัสพื้นได้

2.3 การให้ความรู้และฝึกทักษะไม่สามารถทำได้ในกรณีไม่มีญาติหรือผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล

3. ผลการศึกษานำร่อง

การศึกษานำร่องพบว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ไม่พบการเกิดแผลกดทับ ระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับร้อยละ 60 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลลดลง ร้อยละ 70 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับคงที่ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะโรคเรื้อรัง มีการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาท และหลอดเลือดดำจำนวนร้อยละ 90 อีกทั้งยังพบภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้หลักฐานจากแหล่งที่มา 8 แหล่ง จำนวนงานวิจัย 12 งานเป็นการวิจัยแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและบทความในต่างประเทศ และจำนวนงานวิจัย 2 งานเป็นงานวิจัยและจากในประเทศซึ่งหลักฐานที่แบ่งได้เป็น Clinical practice guideline จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Systemic review จำนวน 9 เรื่องและเป็น Experimental study randomize controlled trial จำนวน 2 เรื่อง เนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยมีขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้สืบค้นหลักฐานข้อมูลแนวปฏิบัติ (Guideline) และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ได้แก่ www.joannabriggs.edu.au www.rnao.org และ www.mahidol.ac.th ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) และงานวิจัยเดี่ยวสืบค้นได้จาก CINAHL Pub Med และ Med line และฐานข้อมูลงานวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น www.mahidol.ac.th www.nu.ac.th , www.Christrain.ac.th และ www.psu.ac.th โดยใช้คำที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลได้แก่ Pressure sore, Pressure ulcer และ Bed sore ซึ่งพบหลักฐานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 14 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นงานวิจัย 12 งานเป็นการวิจัย แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและบทความในต่างประเทศ และจำนวนงานวิจัย 2 งานเป็นงานวิจัยและจากในประเทศซึ่งหลักฐานที่ได้แบ่งเป็น Clinical practice guideline จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Systemic review จำนวน 9 เรื่องและเป็น Experimental study randomize controlled trial จำนวน 2 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาแสดงความคิดเห็นแล้ว นำข้อมูลเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความถูกต้องด้านการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา มีความชัดเจน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดย

ทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่า 0.93

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่อง (The pilot study) เพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 10 คน พบว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และผลการศึกษายังพบว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วย 10 คน ไม่พบการเกิดแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุและการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นทำการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร สามารถสรุปข้อเสนอแนะในแต่ละด้านดังนี้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ เบื้องต้นด้วยเครื่องมือ Mini Nutritional Assessment (MNA) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ร่วมกับไม่มีญาติอาจต้องใช้การประเมินด้วยวิธีอื่นๆร่วมด้วย

1.2 ผู้ป่วยสูงอายุมีสภาพผิวหนังแห้ง ทำให้มีโอกาสเกิดรอยแตกของผิวหนังและแผลได้โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกบริเวณเท้า หรือในผู้สูงอายุที่มีภาวะผิดปกติทางระบบประสาทและจิตใจ เช่น ซึมเศร้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระบบการป้องกันตัวเองในการเกิดแผลกดทับน้อยลง จึงควรพิจารณาเพิ่มความถี่ในการตรวจสภาพผิวหนังเป็นประจำทุกวันโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ผิวหนังเริ่มมีรอยผื่นแดง และฝึกทักษะการประเมินสภาพผิวหนังแก่พยาบาลและผู้ดูแล

1.3 การจัดท่าให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือร่วมกับทีมพยาบาลเพื่อเป็นการฝึกทักษะในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้สามารถปฏิบัติได้จริง และเมื่อแพทย์จำหน่ายให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน

1.4 การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ในผู้สูงอายุมักขาดน้ำได้ง่าย เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลงร้อยละ 60 ในผู้ใหญ่ ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 40 ของน้ำหนักร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับสารน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน

หรือประมาณ 6-8 แก้วต่อวันหรือไม่ต่ำกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอาจต้องปรึกษาสหวิชาชีพ เช่น อายุรแพทย์ นักโภชนาการต่อไป

1.5 ควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้และมีการใช้แนวปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

2. ด้านการบริหารจัดการ

2.1 สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่อาจมีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ เช่น อากาศภายในอาคารที่ร้อน การถ่ายเทไม่สะดวก จะส่งผลให้เพิ่มการสูญเสียน้ำจากเหงื่อและมีผลต่อการติดเชื้อร่วมด้วย

2.2 เตียงผู้ป่วยต้องสามารถปรับระดับความสูงต่ำให้เหมาะสมกับสรีระพยาบาล เพื่อสะดวกในการจัดกิจกรรมการพยาบาล หรือการใช้อุปกรณ์เสริมให้ช่วยเหลือผู้ป่วย

2.3 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำหน่ายกลับบ้านมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้จากแรงเสียดสี เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมีเพียง 1 คนหรือมีผู้ดูแล 2 คนแต่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 1 คน ทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดท่าพลิกตะแคงตัวจำเป็นต้องปฏิบัติคนเดียว ดังนั้นชุมชนควรมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับสวัสดิการการดูแล ควรมีโครงการร่วมระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์การดูแล

2.4 การจัดอัตรากำลังของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำเป็นต้องมีการจัดสรรให้เหมาะสม

3.ด้านการวิจัย ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1 ควรมีระบบติดตามการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

3.2 สามารถนำงานวิจัยนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุได้

3.3 การวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอและมีการขยายเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน

3.4 ควรมีการขยายผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

บรรณานุกรม

1. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่4. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
2. มาลี ชิดโคกสูง. กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2551; 32(1):124-132.
3. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
4. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย.พยาบาลสาร, 2545; 23 (3):1-12.
5. Burenekul, A “Pressure ulcer risk factors among hospitalized neurological patients” Master’s Thematic, in Nursing Science, Faculty of Graduater studies, Mahidol University, 2002.
6. ชญานิศ ลือวานิช และคณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารสภาการพยาบาล, 2542; 14(2):17-29.
7. Baltzi, E., Dafogianni, C. Quality of life and bedsores. ICU and Age & Ageing. 2004;33: 230–235.
8. กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ วรรณิภา สายหล่า และจุฬาพร ประสังสิต. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยSSIET Bundle. เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2558 วันที่ 8-9 ธันวาคม 2558.
9. ขวัญจิตร์ ปุ่นโพธิ์ และจิณพิชญ์ชา มะมม. การศึกษาผลของกระบวนการดูแลแผลในการส่งเสริมการหายของแผลการลดความเสี่ยงในการเกิดแผลใหม่และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ.รายงานการวิจัย.โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2555.
10. The National Decubitus Foundation. (2002). Cost savings through bedsore avoidance. Retrieved October 15 2016 ,from https://www.leedergroup.com/bulletins/pressure-sores
11. สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และป่วน สุทธิพิจธรรม. การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนังและแผลกดทับ.ใน: สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, บรรณาธิการ.โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว, 2539; 251-65.
12. นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย โควสุวรรณ. รายงานผลการวิจัย: ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ. ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2538.

13. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, and Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic, characteristics, diagnoses, and prescription of preventive Interventions. **Journal of the American Geriatrics Society**,1996; 44 (1): 22-30.
14. Dealey C. Monitoring the pressure sore problem in a teaching hospital. **The Journal of Advanced Nursing**, 1994; 20: 652-9.
15. Defloor,T.The effect of position and mattress on interface pressure .Applied Nursing Research, 2000; 13(1), 2-11.
16. วาสนา มิกราช.ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร,2557; 45(2):135-149.
17. สถาบันบำราศนราดูร.สรุปรายงานประจำปี งบประมาณ 2559. (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี. สถาบันบำราศนราดูร, 5559.
18. Gould D. Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**, 2000; 9,163-77.
19. Taler G. What do prevalence studies of pressure ulcers in nursing homes really tell us. **Journal of the American Geriatrics Society**, 2002; 50(4): 773-774.
20. ชวลี แย้มวงษ์ และคณะ. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารสภาการพยาบาล, 2548; 20(1):33-48.
21. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยามหิดล. ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรี-วัน, 2549.
22. วิไลวรรณ ทองเจริญ. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. ในจันทนา รณฤทธิวิชัยและวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์, 2545; 51-82.
23. Berlowitz, D. Pressure ulcer Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and staging.2012. Available Source: http://www.uptodate.com. Accessed 27 March , 2012.
24. European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Ulcer Advisory Panel/2010,International Pressure Ulcer Guidelines for Prevention and Treatment, NPUAP Washington,D.C.
25. The National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Advisory Panel: 2009. Available from: URL http//www.npuap.org. Accessed 15 April 2016.

26. Shelly, L.K. and Kristen, L. Pressure ulcer, prevention and management. 2012. Available Source: http://www.rn.com/getpdf.php/1802.pdfMain_Session=390c9341ea5545cf2a 805c15ca2eb2fd. Accessed 10 August 2012.
27. Guy, H. Pressure ulcer risk assessment,Nurs.Times. 2012; 108: 16-20.
28. The National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer stages revised by NPUAP: Pressure ulcer definition. 2007. Available from: URL http//www.npuap.org. Accessed 15 April 2016.
29. Bennett, G. and Moody, M. Wound care for Health Professionals. London: Chapman and Hall.1995.
30. Phillips,J. Pressure Sores. London. Churchill Livingstone. 1997.
31. Bryant RA., ed. Acute and Chronic Wound: Nursing Management. Mosby Year Book.St.Louis.1992.
32. มาลี งามประเสริฐ. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม. 2545.
33. Husain, T. An experimental study of some pressure effects on tissues, with reference to the bed-sore problem. J.pathol. Bacterial, 1953; 66: 347-358.
34. Dealey C. Thesize of the pressure problem in a teaching hospital. J Adv Nurs. 1991; 16:663-70.
35. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์, 2541.
36. Bergstrom, N. and Braden, B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. Journal of the American Geriatrics Society, 1992; 40:747-758.
37. ชวลี แย้มวงษ์, ประคอง อินทรสมบัติ , สุภาณี กาญจนจารี และคณะ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับไว้รักษาในแผนกอายุรศาสตร์. รามาธิบดีเวชสาร, 2542; 3(1):12-26.
38. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. พยาบาลสาร. คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
39. วิจิตร ศรีสุพรรณ, สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, จิตตราภรณ์ จิตรีเชื้อ, นัทธมน วุทธานนท์ และคณะ. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ โดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล,พยาบาลสาร, 2547;31(4):68-85.
40. เรณู รุ่งพันธ์. ความตระหนักและการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2555.
41. Ayello,E.A., and Braden, B. Why is pressure ulcer. Nursing, 2001;31(11):74-79.

42. ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ. ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย. Journal of Nursing science, 2012; 29(12):113-123.
43. ชวลี แย้มวงษ์,ประคอง อินทรสมบัติ ,จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์,สุภาณี กาญจนจารี,ปานจิตร โชคพิชิต, ปภากรณ์ นิลวิเศษ และคณะ. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ: รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.วารสารสภาการพยาบาล,2548; 3(1):33-48.
44. Preston, K. Positioning for comfort and pressure relief.CARE-Science and Practice.1988.
45. ชนะใจ จรูญพิพัฒน์กูล, วารุณี หาวิรส, และพรรณนิภา เกตุมาลา. แนวทางการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม.2555. Available from: URL http//www.mkh.go.th/ICU med/bedsore.html, Accessed 10 November 2015.
46. Folkedahl, BA. and Frantz, R. Risk assessment & prevention of pressure ulcer. National Guideline Clearinghouse. 2002. Available from: http//www.guideline.gov, Accessed 10 November 2015.
47. The National Institute for Clinical Excellence. Prevention and pressure-relieving devices. 2004. Available from: http//www.guideline.gov, Accessed 10 November 2015.
48. Bergstrom,N.,Braden,J.B., Laguzza, A., & Holman, V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research, 1987; 36(4): 205-210.
49. อัญชนา ท้วมเพิ่มผล. เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. ในยุวดี เกตสัมพันธ์,อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรดีวจีเศรษฐ์, และจุฬาพร ประสังสิต (บรรณาธิการ), การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ, 2552.
50. Waterlow, J. Waterlow pressure ulcer prevention/treatment policy.2005. Available from: http://www.judy-waterlow.co.uk, Accessed 12 April 2016.
51. ชวนพิศ วงศ์สามัญ, จรี ชุติธาดา, จิราพร เขียวอยู่, ทองสมัย ยุรชัย, ทิตยา พุฒิคามิน, นลัทพร สืบเสาะ , และคณะ. รายงานการวิจัยโครงการย่อย 1 ; การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาขอนแก่น, ขอนแก่น. 2547.
52. Pancorbo-Hidalgo, PL,Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk Assessment scales for pressure ulcer prevention a systatic review. 2006.Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed, Accessed 12 April 2016.
53. Lawrence, W.T., Bevin, A.G. and Sheldon, G.F., Acute Wound Care. In ACS Surgery ,Principles and Practice, Web MD, New York, 2002; 121-141.
54. Myers, B.A. Wound management principle and practice. New Jersey: Prentice Hall; 2004.
55. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

56. ยุวดี เกตุสัมพันธ์, อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรดีวลีเศรษฐ์, และจุฬาพร ประสังสิต. การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ, 2552.
57. Defloor, T.The effect of posture and mattress on the development of pressure ulcers. In Programe for 7th European Conference on Advances in Wound management. London, Macmillan Magazines, 1997.
58. Defloor, T. The effect of position and mattress on interface presuure.Applied Nursing Research, 2000; 13 (1): 2-11.
59. วันดี โภคะกุล.มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2548.
60. Richens,Y. Pressure ulcer risk assessment and prevention implementation guide and audit protocol. Royal college of Nursing. National Institute for Clinical Excellence. 2003. Available from: http://www.guideline.gov, Accessed 12 November 2015.
61. Ayello,E.A. Preventing pressure ulcers and skin tears. National Guideline Clearinghouse. 2003. Available from: http://www.guideline.gov, Accessed 12 November 2015.
62. Virani, T.et al. Assessment and management of stage I to IV pressure ulcer. Nursing best practice guideline. RNAO Nursing Best Practice Guideline.2002. Available from: http://www.guideline.gov, Accessed 12 November 2015.
63. Cooper, P. and Gray, D. Pressure ulcer prevention. The nursing and midwifery practice development unit. NHS.Scotland.2001. Available from: http://www.rnao.org, Accessed 12 November 2015.
64. ปองหทัย พุ่มระย้า. ผลของการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่แผน ข. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยามหิดล, 2546.
65. Naude, L. The prevention and treatment of pressure ulcer. Wound care. July.2005. Available from: http://www.Pubmed, Accessed 12 November 2015.
66. ประเสริฐ อัสสันตชัย. Pressure ulcer in elderly.2005. Available from: http://www.healthtoday.net/th, Accessed 12 November 2015.
67. ประเสริฐ อัสสันตชัย. Pressure ulcer in elderly.2005. Available from: http://www.si.mahidol.ac.th/project/Geriatries/Articlees/Pressureulcer.pdf, Accessed 12 November 2015.

68. นภาพร ภมร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2550.
69. สายฝน ไทยประดิษฐ์, วิภา แซ่เซี้ย และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2557.
70. วันดี โภคะกุล. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกตรแห่งประเทศไทย, 2548.

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1.ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

2.วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2.1 เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3.ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 กลุ่มโรคหรือปัญหา หรือกลุ่มอาการที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

3.2 กลุ่มประชากรหรือบุคลากรที่มีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ กลุ่มบุคลากรที่ร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้วิจัย แพทย์และพยาบาล ในสถาบันบำราศนราดูร และกลุ่มเป้าหมายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

4.นิยามศัพท์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

4.1 แผลกดทับ หมายถึง ผิวหนังที่ได้รับอันตรายจากการกดทับ การเสียดสี หรือการลื่นไถล ในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ

4.2 ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

4.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งสร้างขึ้นจากการสืบค้น วิเคราะห์ และสังเคราะห์จากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ และผลงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

5. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

5.1 ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ

5.2 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุลดลง

5.3 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลกดทับมีระดับความรุนแรงของแผลลดลง

5.4 พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

6.กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

6.1 วิธีการที่ใช้ในการค้นหา และการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

6.1.1 ฐานข้อมูลที่นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Guideline) และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) สืบค้นได้จาก www.guideline.gov, www.joannabriggs.edu.au, www.rnao.org, www.Christrain.ac.th และwww.mahidol.ac.th

6.1.2 ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) และงานวิจัยที่สืบค้นได้จาก CINAHL, Pub Med และMed line

6.1.3 งานวิจัยที่ค้นคว้า และสืบค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง

6.1.4 ฐานข้อมูลจากงานวิจัย วิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลา มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยคริสเตียน

6.1.5 การสืบค้นจากวารสารเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เช่น วารสารการพยาบาล และผลงานวิชาการ

งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สืบค้นได้รวมทั้งหมด 81 เรื่อง แต่ที่ได้คัดเลือกไว้ คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับ และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ได้ 14 เรื่อง

6.2 การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยใช้แนวคิด PICOT (Craig & Smyth,2002) มีรายละเอียดดังนี้

P คือ Patient population or problem การระบุประชากร โรค หรือปัญหาที่สนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ และการเกิดแผลกดทับ

I คือ Intervention or area of interest เป็นการระบุหัตการ/การรักษาที่น่าสนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อป้องกัน และลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

C คือ Comparison intervention การระบุการเปรียบเทียบการปฏิบัติ ซึ่งช่วยจำกัดขอบเขตการสืบค้น หมายถึง การเปรียบเทียบผลของการใช้วิธีการต่างๆในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ เช่น การป้องกันลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ความชื้น ภาวะขาดสารอาหาร

O คือ Outcomes ผลลัพธ์ หมายถึง การประเมินผล ระบุตัวชี้วัดของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

T คือ Time เวลา หมายถึง การกำหนดช่วงเวลาการค้นงานวิจัยหรือบทความวิชาการที่มีการเผยแพร่ในช่วง ปี ค.ศ. 1997-2015 ทั้งในและต่างประเทศ

6.3 วิธีการประเมินคุณภาพ และความเข้มแข็ง (Strength) ของหลักฐานเชิงประจักษ์

ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพ และความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งระดับความเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเรียงตามลำดับคุณภาพจากมากไปหาน้อยดังนี้ (Fineout-overholt อ้างในฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549: 18-20)

ระดับ 1 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Meta-analysis of randomized controlled trial)

ระดับ 2 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม ซึ่งออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Experimental study randomize controlled trial)

ระดับ 3 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Quasi- experimental studies)

ระดับ 4 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่ออกแบบวิจัยอย่างดี (Case control studies)

ระดับ 5 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่งานวิจัยที่มีการทดลอง เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยาย เชิงความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Non- experimental descriptive, Correlational Qualitative studies)

ระดับ 6 หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากศึกษาที่เป็นโปรแกรมการศึกษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย จากงานวิจัยเชิงบรรยาย เชิงคุณภาพ โครงการพัฒนางาน และในรายงานการศึกษา (Program evaluation, Research utilization studies, Quality improvement project, Case reports)

ระดับ 7 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of respected authorities or expert committees)

การประเมินงานวิจัยที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การตีความในเชิงศาสตร์ ส่วนใหญ่ของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดมามีความน่าเชื่อถือ โดยเป็นหลักฐานจากแนวปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ จำนวน 3 เรื่อง จากวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่ม จำนวน 9 เรื่อง จากโปรแกรมการศึกษา 1 เรื่อง จากงานวิจัยเชิงพรรณนาบทความของผู้เชี่ยวชาญ 1 เรื่อง

การพิจารณาแนวโน้มที่จะใช้ในการปฏิบัติได้ (Implementation potential) ประกอบด้วย ความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน และหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน ความ

เป็นไปได้ในการปฏิบัติ คือมีวิธีการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ไม่ยาก และความคุ้มค่า คุ้มทุน หมายถึง การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

วิธีการตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 คน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ 1 คน

พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี่ และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 คน

พยาบาลผู้นิเทศทางอายุรกรรม 1 คน

7.ข้อแนะนำ

เมื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเรื่องแผลกดทับ จะนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ตามระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ ดังนี้

7.1 การประเมินผู้ป่วย (2)

7.1.1 ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายจะได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยเครื่องมือบราเดนสเกล (Braden ’ s scale) ซึ่งประกอบด้วย การรับความรู้สึก การเปียกชื้นของผิวหนัง การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว การได้รับสารอาหารและน้ำ ภาวะโภชนาการและการมีแรงเสียดสี การประเมินลักษณะตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของแผลกดทับความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับ Braden ’ s scale $\leq$ 18 ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุก 2 วัน และระดับ Braden ’ s scale > 18 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุกสัปดาห์

7.1.2 ประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา

7.1.3 ประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ Mini nutrition assessment ในรายที่อยู่ในภาวะซีด ขาดสารอาหาร อ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ ต้องประเมินภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วยแบบประเมินทุกสัปดาห์

7.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ (1),(2)

7.2.1 การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ

1) การจัดท่าพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเก้าอี้หรือรถเข็นเป็นเวลานาน ดูแลยก ขยับร่างกายอย่างน้อยทุก 30 นาที โดยในการจัดท่าพลิกตะแคงตัวมีข้อคำนึงดังนี้

1.1) จัดทำตารางเวลาหมุนพลิกตะแคงตัวไปตามเข็มนาฬิกาใส่ Flow chart ติดปลายและไม่จัดท่าให้ปุ่มกระดูกสัมผัสพื้นโดยตรง

1.2) หลีกเลี่ยงการจัดท่าที่ทำให้แผลสัมผัสพื้นโดยตรง

1.3) ผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับสูง ความถี่ในการพลิกตะแคงตัวต้องบ่อยขึ้น

7.2.2 การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับ เช่นที่นอนลม ฟองน้ำ และผ้านุ่มหนา 2-3 นิ้วรองบริเวณปุ่มกระดูก การเลือกใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกและเกิดความอับชื้น

7.2.3 การดูแลลดการเสียดสี การลื่นไหล และแรงตัด (Shearing force) โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) ไม่จัดท่าผู้ป่วยสูงเกิน 30 องศา ในรายจำเป็นไม่ควรจัดท่าศีรษะสูงเกิน 60 องศานานเกิน 30 นาที

2) การหมุนเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไปยกเคลื่อนย้ายเสมอ ในรายที่ไม่รู้สึกตัวอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ผ้าหรือ Pat-slide ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3) ไม่ประคบ ถู นวดบริเวณผิวหนังที่แห้งกร้านหรือมีผื่น

7.2.4 การดูแลลดการเปียกชื้นของผิวหนัง โดยเปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่ชื้นแฉะโดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายเองได้ หรือมีปัญหาเรื่องการควบคุมการขับถ่าย เช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง มีไข้ เหงื่อออก

7.2.5 การดูแลให้ความชุ่มชื้นของผิวหนัง เช่น ทาโลชั่น หรือครีมบำรุงผิวในรายผิวแห้งกร้านหลังอาบน้ำทุกวัน

7.2.6 การดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอความต้องการ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหรือมีแผลกดทับควรได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนสูง วิตามินซีและธาตุเหล็ก

7.2.7 การดูแลสภาพผิวหนัง เช่นประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละครั้ง

7.2.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยปฏิบัติดังนี้

1) การดูแลป้องกันการติดเชื้อ เช่น ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและทุกครั้งที่ขับถ่าย

2) การดูแลป้องกันเอ็นและข้อติด เช่น การบริหารข้อมือข้อเท้า จัดท่าระวังเท้าตก (Foot drop) นั่งแกว่งเท้า

7.2.9 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การลดปัจจัยเสี่ยงการเกดแผลกดทับ และการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างเส้นใย โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในสัปดาห์แรกหลังรับในโรงพยาบาล ในรายที่สามารถกลับไปพักพื้นที่บ้านแต่ยังพบปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ให้ทบทวนความรู้และทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างเส้นใย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคำแนะนำในการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับให้เหมาะสม

7.2.10 การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพในรายมีภาวะซับซ้อนในกรณีดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามต้องการ ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาใส่สายให้อาหาร

2) ผู้ป่วยที่ทุกโภชนาการปรึกษานักโภชนาการเพื่อดูแลให้ได้รับสารอาหารตามความต้องการ

3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับและการสร้างเสริมเนื้อเยื่อ เช่นผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคระบบหลอดเลือด ซีด มีการติดเชื้อในร่างกาย ปรึกษาอายุรแพทย์

4) ผู้ป่วยที่มีบาดแผลติดเชื้อ ปรึกษาศัลยแพทย์

5) ผู้ป่วยที่มีภาวะเอ็นและข้อติด ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ดูแลอย่างถูกวิธี

7.2.11 การวางแผนจำหน่าย เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายติดตามประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ หากพบยังมีปัจจัยเสี่ยงให้คำแนะนำการดูแลลดปัจจัยเสี่ยงและส่งต่อหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน

7.3 คำจำกัดความที่สำคัญ (1),(2)

7.3.1 แผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังเฉพาะที่ ที่ได้รับอันตรายจากการกด การถู ไถล หรือเสียดสีในผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนิ่งๆ เป็นเวลานาน

7.3.2 แผลกดทับระดับ 1 หมายถึงบริเวณผิวหนังที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นรอยแดง

7.3.3 แผลกดทับระดับ 2 หมายถึง ผิวหนังกำพร้าถูกทำลายหรือฉีกขาด หรือมีการทำลายชั้นผิวหนังแท้เป็นแผลตื้นๆ

7.3.4 แผลกดทับระดับ 3 หมายถึง มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกลงไป แต่ไม่ถึงพังผืดหรือเอ็นยึดกล้ามเนื้อ เกิดเป็นแผลลึกแต่ไม่เป็นโพรง

7.3.5 แผลกดทับระดับ 4 หมายถึง มีการทำลายผิวหนังลึกลงไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก หรือโครงสร้างของร่างกาย

7.3.6 อุปกรณ์ลดแรงกด หมายถึง วัสดุที่ใช้ในการลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกหรือรอยนูนที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลจากการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก เช่น ฟองน้ำ ที่นอนลม ผ้านุ่มหนา 2-3 นิ้ว

8. ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

8.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

8.2 มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

8.3 โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

8.4 โรงพยาบาลมีมาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

9. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้

เพื่อความชัดเจนในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ได้จริงในคลินิก แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย ขั้นตอนการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จัดทำคู่มือสำหรับพยาบาล สำหรับใช้เป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนการบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย (Assessment) ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วย Barden ’s scale การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุด้วย MNAประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยาแรกรับ การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)ประกอบด้วย การลดแรงกดทับด้วยการจัดท่า พลิกตะแคงตัวทุก 1- 2 ชั่วโมง ไม่ให้บริเวณแผลหรือปุ่ม กระดูกสัมผัสพื้นและรับแรงกดทับโดยตรง การใช้อุปกรณ์เสริมลดแรงกดทับ เช่นที่นอนลม ฟองน้ำ ผ้านุ่มหนา 1 – 2 นิ้ว รองบริเวณจุดเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ เช่น ปุ่มกระดูกต่างๆ งดใช้อุปกรณ์รูปโดนัท หรือห่วงยาง การลดแรงเสียดสี แรงเสียดทาน แรงตัด เช่น ยกตัวผู้ป่วยให้ลอยขึ้นขณะจัดท่า ไม่จัดท่าศีรษะเกิน 30 องศา โดยไม่จำเป็น ไม่ถูกนวดหรือประคบร้อนบริเวณที่เป็นรอยแดง หรือปุ่มกระดูก การดูแลให้สารน้ำและประเภทโปรตีนสูงตามความต้องการของร่างกาย การลดความเปียกชื้น เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่ชื้นแฉะ การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นความสะอาดของร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อ บริเวณข้อและเอ็นเพื่อป้องกันข้อติด การดูแลความชุมชื้นแก่ผิดหนัง เช่นใช้โลชั่น หรือครีมทาบริเวณแห้งกร้าน การปรึกษาสหสาขาวิชา การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้แนะนำแก่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การจัดท่าลดแรงกดทับ การประเมินแผลกดทับ และการสอนและสาธิตการดูแลแผลกดทับ การวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อเช่น ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลป้องกันแผลกดทับแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล การจัดสถานที่

ในบ้าน ส่งข้อมูลการดูแลตนเองแก่หน่อยปฐมพยาบาลระดับต้นในรายมีแผลกลับบ้าน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) เช่น อุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุลดลง พยาบาล ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในแนวปฏิบัติเพื่อป้องการเกิดแผลกดทับ และขั้นตอนจัดทำคู่มือสำหรับพยาบาล เพื่อป้องกันแผลกดทับ ในผู้สูงอายุ โดยมี ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ความหมาย การประเมินปัจจัยเสี่ยง การประเมินแผลกดทับ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. นายแพทย์วิโรจน์ หมั่นคติธรรม

   นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาอายุรกรรม

2. นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์

   นายแพทย์เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรม

3. นางเครือวัลย์ บุญโต

   พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองหัวหน้าพยาบาลสาขาการพยาบาลอายุรกรรม

4. นางสาวแสงจันทร์ ปิ่นประดิษฐ์

   พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี่ และควมคุมการขับถ่ายไม่ได้

5. อาจารย์ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน

   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มหาวิทยาลัยคริส**เตียน**

ภาคผนวก ค

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากดิฉันนางสาวณิชาภา ยนจอหอ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมโครงการศึกษา เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

ท่านมีสิทธ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อกรรักษาที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ดิฉันหวังว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ. โอกาสนี้

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร โดยข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาของการศึกษาวิจัยจากผู้วิจัยอย่างชัดเจนแล้ว มีความเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ญาติ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง ให้พยาบาลประจำการใส่เครื่องหมาย √ เมื่อปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

ใส่เครื่องหมาย × เมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

กิจกรรมพยาบาล	**วันที่**															**หมายเหตุ**
	แรกรับ															
1. การประเมินปัจจัยเสี่ยง																
1.1 Braden scale แรกรับทุกราย																
1.2 คะแนน ≤ 18 ประเมินทุก 2 วัน																
1.3 คะแนน > 18 ประเมินทุกอาทิตย์																
2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล																
3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา																
4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA																
5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	
5.1 จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง หรือขยับกันทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน																
5.2 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ																
6. งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับอาหารสายยางไม่จัดท่าเกิน 60 องศา เกิน 30 นาที																
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามที่ต้องการ																

กิจกรรมพยาบาล	วันที่															หมายเหตุ
	แรกรับ															
8. ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	
8.1 ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน > 2 คน ยกผู้ป่วยลอยจากพื้น																
8.2 ใช้แผน Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย																
8.3 ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก																
9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น 9.1 ดูแลความสะอาดร่างกายทุก 1-2 ครั้ง/วัน																
9.2 เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง																
10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 10.1 ทาโลชั่น หรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้าน																
10.2 ไม่ใช้แอลกอฮอล์เช็ดถูผิวหนัง																
11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ																
12. การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ																
13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ 13.1 ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือความดันชีสตอรีสูง																

กิจกรรมพยาบาล	วันที่															หมายเหตุ
	แรกรับ															
13.2 ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคหลอดเลือด เกิดแผล มีเนื้อตายลุกลาม	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	
13.3 ปรึกษานักกายภาพในรายที่มีภาวะเหี่ยวฝ่อของกล้ามเนื้อ ข้อติด																
14. การวางแผนจำหน่าย 14.1 ประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยง																
14.2 ทบทวนคำแนะนำและทักษะการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง																
14.3 ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ																

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) ตามข้อความที่เป็นจริง

1. อายุ ..... ปี

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อาชีพ ..... รายได้ .....

4. วันที่รับไว้ศึกษา ..... วันที่จำหน่ายจากการศึกษา .....

สาเหตุการจำหน่ายจากการศึกษา .....

5. การวินิจฉัย .....

6. การผ่าตัด 1..... วันที่ผ่าตัด.....

2..... วันที่ผ่าตัด.....

7. โรคประจำตัว .....

8. ประวัติการเกิดแผลกดทับ ( ) มี ( ) ไม่มี

9. ยาที่ผู้ป่วยได้รับประจำก่อนมาโรงพยาบาล .....

10. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

11. อาการและสภาพของผู้ป่วยในวันแรกรับ .....

.....

.....

ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ( ) ไม่มี

( ) มี ระบุ .....

12. ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะกลับบ้าน ( ) ไม่มี

( ) มี จำนวน ..... คน ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

อายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ..... ปี อาชีพของผู้ดูแล.....

13. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูงอายุ..... คน

จำนวนสมาชิกครอบครัวที่มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง ..... คน ระบุโรค.....

14. ศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน .....

แบบบันทึกประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ

การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วย Braden scale

ปัจจัยเสี่ยง	1	2	3	4	วันที่/คะแนน			
1. การรับรู้ความรู้สึก	ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกโดยสิ้นเชิง	มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกมาก	มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกน้อย	ไม่มีอาการผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก				
2. การเปียกชื้นผิวหนัง	มีความเปียกชื้นของผิวหนังตลอดเวลา	มีความเปียกชื้นของผิวหนังส่วนใหญ่	มีความเปียกชื้นของผิวหนังเป็นบางครั้ง	แทบไม่มีความเปียกชื้นของผิวหนัง				
3. การมีกิจกรรม	อยู่บนเตียงเท่านั้น	นั่งเก้าอี้ได้	เดินได้เป็นครั้งคราว	เดินได้บ่อยๆ				
4. การเคลื่อนไหว	ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้โดยสิ้นเชิง	จำกัดการเคลื่อนไหวค่อนข้างมาก	จำกัดการเคลื่อนไหวเล็กน้อย	ไม่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว				
5. ภาวะโภชนาการ	ได้รับสาร อาหาร ไม่เพียง พอ	ได้รับสาร อาหาร ค่อน ข้างน้อย	ได้รับอาหารเพียงพอ	รับประทานอาหารในปริมาณที่ดีเยี่ยม				
6. การมีแรงเสียดทาน	พบว่ามี ปัญหานี้	พบว่าแนวโน้มที่จะเกิดปัญหานี้	ไม่พบปัญหานี้					
			คะแนน Braden Scale รวม					
			ผู้ประเมิน					

ความถี่ในการประเมินด้วย Braden's scale มีรายละเอียดดังนี้

1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden scale ในผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แรกรับทุกราย

2) ในรายที่ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ต้องประเมินซ้ำทุก 2 วัน

3) ในรายที่ระดับคะแนนมากกว่า 18 ต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกสัปดาห์

แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการพยาบาลของ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง ให้พยาบาลประจำการใส่เครื่องหมาย √ ในช่องที่ปฏิบัติจริง

ข้อความการปฏิบัติการพยาบาล	**ผลการปฏิบัติการพยาบาล**		**หมายเหตุ**
	ปฏิบัติได้	**ปฏิบัติไม่ได้**	
1. การประเมินปัจจัยเสี่ยง 1.1 Braden scale แรกรับทุกราย			
1.2 คะแนน ≤ 18 ประเมินทุก 2 วัน			
1.3 คะแนน > 18 ประเมินทุกอาทิตย์			
2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล			
3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา			
4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA			
5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 5.1 จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงหรือขยับก้นทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน			
5.2 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ			
6. งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับอาหารสายยาง ไม่จัดท่าเกิน 60 องศาเกิน 30 นาที			
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหาร ประเภทโปรตีนสูง และน้ำตามต้องการ			
8. ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง 8.1 ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน >2 คนยกผู้ป่วยออกจากพื้น			
8.2 ใช้แผ่น Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย			
8.3 ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก			
9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น 9.1 ดูแลความสะอาดร่างกาย 1-2 ครั้ง/วัน			
9.2 เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง			

ข้อความการปฏิบัติการพยาบาล	ผลการปฏิบัติการพยาบาล		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	
10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 10.1 ทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้าน			
10.2 ไม่ใช้แอลกอฮอล์เช็ดผิวหนัง			
11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ			
12. การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ			
13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ 13.1 ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือความดันซิสตอริ่สูง			
13.2 ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคหลอดเลือด เกิดแผลมีเนื้อตายลุกลาม			
13.3 ปรึกษานักกายภาพในรายที่มีภาวะเหี่ยวฝ่อของกล้ามเนื้อ ข้อติด			
14. การวางแผนจำหน่าย 14.1 ประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยง			
14.2 ทบทวนคำแนะนำและทักษะการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง			
14.3 ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ			

คู่มือการใช้แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน

คำชี้แจง เกณฑ์ในการให้คะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแยกตามปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน แต่ละด้านให้คะแนน 1-4 คะแนน ยกเว้นด้านที่ 6 การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้งให้คะแนน 1-3 คะแนนการให้คะแนนในแต่ละด้านพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในตารางดังนี้คือ

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
1. การรับรู้ความรู้สึก - ความสามารถในการแสดงการตอบ สนองความไม่สุขสบายจาก แรงกดทับ	ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกโดยสิ้นเชิง - ไม่สามารถแสดงอาการเจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้นซึ่งเกิดจากการสูญเสียการรับรู้หรือได้รับยากดประสาท หรือพื้นที่ของร่างกายส่วนใหญ่ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้	มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกมาก - สามารถรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดได้เพียงอย่างเดียว แต่ไม่สามารถพูด/สื่อสารได้นอกจากแสดงอาการกระสับกระส่าย ร้องคราง หรือพื้นที่ร่างกายมากกว่าครึ่งสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก	มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกน้อย - ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สุขสบายหรือความต้องการในการเปลี่ยนท่าได้หรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของแขนหรือขา 1หรือ 2 ข้าง	ไม่มีอาการผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก - ทำตามสั่งได้มีการรับรู้และบอกได้ถึงความรู้สึกเจ็บหรือไม่สุขสบาย
2. ความเปียกชื้นของผิวหนัง - ความมากน้อยของการที่ผิวหนังสัมผัสกับความเปียกชื้น	มีความเปียกชื้นของผิวหนังตลอดเวลา - ผิวหนังมีความเปียกชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระตลอดเวลา	มีความเปียกชื้นของผิวหนังส่วนใหญ่ - ผิวหนังมีความเปียกชื้นเกือบตลอดเวลามักต้องเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่มีการพลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	มีความเปียกชื้นของผิวหนังเป็นบางครั้ง - มีความจำเป็นในการเปลี่ยนผ้าเพิ่มจากวันปกติวันละ ครั้ง	แทบไม่มีความเปียกชื้นของผิวหนัง - สภาพผิวปกติเปลี่ยนผ้าตามปกติ
3. การมีกิจกรรม - ระดับของการมีกิจกรรม	อยู่บนเตียงเท่านั้น - ถูกจำกัดให้อยู่บนเตียงเท่านั้น	นั่งเก้าอี้ได้ - ความสามารถในการเดินได้เองน้อยมาก ไม่สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่และหรือต้องใช้รถนั่ง	เดินได้เป็นครั้งคราว - เดินได้เป็นครั้งคราวระหว่างวันในระยะสั้นๆ อาจมีหรือไม่มีผู้ช่วยพยุงใช้เวลา ส่วนใหญ่นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้	เดินได้บ่อยๆ - เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน และเดินในห้องทุกๆ 2 ชั่วโมงในช่วงเวลากลางวัน
4. การเคลื่อนไหว - ความสามารถในการเปลี่ยนควบคุมท่าทาง	ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้สิ้นเชิง - ไม่สามารถขยับส่วนใดของร่างกายได้เองแม้เพียงเล็กน้อยต้องมีคนช่วย	จำกัดการเคลื่อนไหวค่อนข้างมาก - สามารถเปลี่ยนท่าหรือขยับแขนขาได้บ้างเล็กน้อยแต่ต้องมีคนช่วย	จำกัดการเคลื่อนไหวเล็กน้อย - สามารถเปลี่ยนท่าหรือขยับแขนขาได้มากต้องให้คนช่วยบ้าง	ไม่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว - ขยับตัวเปลี่ยนท่าได้เต็มที่ไม่ต้องมีคนช่วย

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
5. ภาวะโภชนาการ - แบบแผนการรับประทานอาหาร	<u>ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ</u> - ไม่เคยรับประทานอาหารครบทุกมื้อ รับประทานได้น้อยกว่า 1 ใน 3 ของอาหารที่ควรได้ในแต่ละวัน ได้รับอาหารโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์วันละ 2 มื้อที่จัดให้หรือน้อยกว่า ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย หรือ NPO หรือไม่ยอมรับประทานอาหารเหลวที่จัดให้	<u>ได้รับสารอาหารค่อนข้างน้อย</u> - รับประทานแทบจะไม่ครบทุกมื้อรับประทานได้เพียงครึ่งหนึ่งของอาหารที่จัดให้ ได้โปรตีน เช่น เนื้อสัตว์เพียง 3 มื้อที่จัดให้ในแต่ละวัน ได้รับอาหารเสริมได้เป็นครั้งคราว หรือได้รับอาหารทางสายยางน้อยกว่าปริมาณที่ควรได้รับ	<u>ได้รับสารอาหารเพียงพอ</u> - รับประทานมากกว่าครึ่งทุกมื้อได้อาหารโปรตีนทั้ง 4 มื้อในแต่ละวัน อาจปฏิเสธอาหารบางมื้อแต่ได้รับอาหารเสริมหรืออาจได้รับสารอาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย	<u>รับประทานอาหารในปริมาณที่ดีเยี่ยม</u> - รับประทานอาหารได้ครบและหมดทุกมื้อได้โปรตีนทั้ง 4 มื้อหรือมากกว่าบางครั้ง รับประทานอาหารระหว่างมื้อไม่ต้องการอาหารเสริมทดแทน
6. การมีแรงเสียดทานและแรงเฉือย	<u>พบว่ามีปัญหานี้</u> - ต้องการผู้ช่วยเหลือมากในการเคลื่อนไหว การยกตัวโดยที่ไม่ทำให้เกิดการถูไถเป็นไปได้ยากและมีการลื่นไถลตลอดเมื่อนอนหรือนั่ง เก้าอี้บ่อยครั้งที่ต้องการใช้การช่วยเหลืออย่างมากในการเปลี่ยนท่า มีการแข็งแกร่ง ยึดเกร็งหรือมีอาการสับสนวุ่นวายทำให้มีการเสียดทานตลอด	<u>พบว่าแนวโน้มที่จะเกิดปัญหานี้</u> - การเคลื่อนไหวต้องการการช่วยน้อยและมีการเคลื่อนไหวผิวหนังอาจถูกไถจากผ้า เก้าอี้ เครื่องผูกยึดหรืออุปกรณ์ต่างๆ ได้เมื่อจัดให้นอนหรือนั่งสามารถอยู่ในท่านั้นได้เป็นส่วนมาก อาจมีการลื่นไถลบ้างเป็นบางครั้ง	<u>ไม่พบปัญหานี้</u> - สามารถเคลื่อนไหวได้ดีทั้งขณะอยู่บนเตียงหรือนั่ง อยู่ในท่าที่ถูกต้องตลอดเวลา	

ความถี่ในการประเมินด้วย Braden's scale มีรายละเอียดดังนี้

1) ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden's scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ต้องประเมินซ้ำทุก 2 วัน
2) ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden's scale มากกว่า 18 ประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำทุกสัปดาห์

เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุเบื้องต้น

Mini Nutritional Assessment MNA พัฒนาโดยศูนย์พัฒนาวิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิสเซอร์แลนด์

เพศ .....อายุ .....ปี น้ำหนัก (กก.) .....ส่วนสูง (ซม.) ..... วันที่ .....

ใส่คะแนนในช่อง □ หากคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ให้ตอบคำถามในหัวข้อต่อไป

แบบสอบถามตอนที่ 1

1. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรกับความอยากกินอาหาร

   ไม่รู้สึกอยากอาหาร = 0 คะแนน

   ความรู้สึกอยากอาหารลดลง = 1 คะแนน

   กินอาหารได้ตามปกติ = 2 คะแนน

2. น้ำหนักตัวคุณลดลงหรือไม่ ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา ลดลงมากกว่า 3 กก.

   ลดลงมากกว่า 3 กก. = 0 คะแนน

   ไม่ทราบ = 1 คะแนน

   น้ำหนักลดลง 1-3 กก. = 2 คะแนน

   น้ำหนักเท่าเดิม = 3 คะแนน

3. การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นอย่างไร

   นอนบนเตียงหรือใช้รถเข็นตลอดเวลา = 0 คะแนน

   ลุกจากเตียงหรือใช้รถเข็นได้เอง = 1 คะแนน

   เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ = 2 คะแนน

4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะเครียด หรือเกิดการเจ็บป่วยบ้างหรือไม่

   มี = 0 คะแนน ไม่มี = 2 คะแนน

5. มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทบ้างหรือไม่

   ความจำเสื่อมอย่างรุนแรงหรือมีภาวะซึมเศร้า = 0 คะแนน

   ความจำเสื่อมระดับอ่อน = 1 คะแนน

   ไม่มีปัญหาทางจิตเวช = 2 คะแนน

6. ค่าดัชนีมีความหนาของร่างกาย (Body mass index BMI) คำนวณจากน้ำหนักตัว (กก.)/ส่วนสูง ($ม.^2$)

   BMI น้อยกว่า 19 = 0 คะแนน

   BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 19 และไม่เกิน 21 = 1 คะแนน

   BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 21 และไม่เกิน 23 = 2 คะแนน

   BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23 = 3 คะแนน

การรวมคะแนน (คะแนนสูงสุด 14 คะแนน)

≥ 12
- ภาวะโภชนาการปกติ
- ไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามต่อ

≤ 11
- มีโอกาสเกิดภาวะทุกโภชนาการ
- ทำแบบสอบถามต่อ

แบบสอบถามตอนที่ 2

เช่นเดียวกับแบบสอบถามตอนแรก ให้เลือกคำตอบแล้วรวมคะแนนจากนั้นนำไปรวมคะแนนกับการทดสอบตอนที่ 1 เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

1. คุณอาศัยอยู่ลำพัง(ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชราหรือโรงพยาบาล)

ไม่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน ❐

2. คุณกินยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน

ไม่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน ❐

3. คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่

ไม่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน ❐

4. คุณกินอาหารกี่มื้อต่อวัน

1 มื้อ = 0 คะแนน 2 มื้อ = 1 คะแนน ❐

3 มื้อ = 2 คะแนน

5. ในแต่ละวันคุณกินอาหารที่มีโปรตีนบ้างหรือไม่ (ตอบใช่หรือไม่ใช่)

- กินนมและผลิตภัณฑ์นมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน
- กินถั่วแห้งหรือไข่ 2 ครั้ง/สัปดาห์
- กินเนื้อสัตว์ ปลา สัตว์ปีก ทุกวัน

ตอบไม่ใช่ทุกข้อหรือใช่เพียงข้อเดียว = 0 คะแนน

ตอบใช่ 2 ข้อ = 0.5 คะแนน ตอบใช่ 3 ข้อ = 1.0 คะแนน ❐

6. คุณกินผลไม้ทุกวัน ประมาณ 15 คำต่อวัน

ไม่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน ❐

7. คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ ชา กาแฟ นม ประมาณวันละเท่าใด

น้อยกว่า 3 แก้ว = 0 คะแนน 3-5 แก้ว = 0.5 คะแนน ❐

มากกว่า 5 แก้ว = 1.0 คะแนน

8. ในการกินอาหารคุณสามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่

ไม่สามารถกินได้เอง = 0 คะแนน กินได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก = 1 คะแนน

กินได้เองไม่มีปัญหา = 2 คะแนน

9. คุณคิดว่าตัวคุณเองมีภาวะโภชนาการอย่างไร

ทุกโภชนาการ = 0 คะแนน ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ = 1 คะแนน

ไม่มีปัญหา = 2 คะแนน

10. เปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ภาวะโภชนาการของคุณเป็นอย่างไร

ด้อยกว่า = 0 คะแนน ไม่ทราบ = 0.5 คะแนน

เท่ากัน = 1.0 คะแนน ดีกว่า = 2.0 คะแนน

11. เส้นรอบวงแขนของคุณมีขนาดเท่ากับ (Mid arm circumference : MAC) (ซม.)

น้อยกว่า 21 ซม. = 0 คะแนน

มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ซม. แต่ไม่เกิน 22 ซม. = 0.5 คะแนน

มากกว่าหรือเท่ากับ 22 ซม. = 1.0 คะแนน

12. เส้นรอบวงขาของคุณมีขนาดเท่ากับ (Calf circumference : CC) (ซม.)

น้อยกว่า 31 ซม. = 0 คะแนน

มากกว่าหรือเท่ากับ 31 ซม. = 1 คะแนน

เมื่อทำแบบทดสอบแล้วให้นำคะแนนจาก 2 แบบสอบถามมารวมกันแล้วจะทราบว่าภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุขณะนี้คือ

17-23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุกโภชนาการหรือการขาดสารอาหารแต่ยังอยู่ในระดับที่ดูแลตัวเองได้ด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารจำพวกโปรตีนเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด และพบแพทย์เป็นประจำ เพื่อปรึกษาและให้คำแนะนำด้านการดูแลภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น

น้อยกว่า 17 คะแนน ต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์โดยเร็ว เพราะมีภาวะของการขาดสารอาหารหรือภาวะโภชนาการ ซึ่งอาจมีผลต่อเนื่องกระทบกระเทือนถึงการทำงานของระบบอื่นๆ ในร่างกาย แนะนำให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองให้มากขึ้น

ความถี่ในการประเมินภาวะขาดสารอาหารด้วยเครื่องมือ MNA

ในรายที่อยู่ในภาวะซึด ขาดสารอาหาร อ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ ประเมินภาวะขาดสารอาหารด้วยแบบประเมิน MNA ทุกอาทิตย์

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

คำชี้แจง ให้พยาบาลประจำการใส่เครื่องหมาย √ ในช่องที่ปฏิบัติได้จริงตามระดับความคิดเห็น

ลักษณะแนวปฏิบัติ	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ความง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ			
2.ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ			
3.ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน			
4.แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับได้			
5.ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก			

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

แบบฟอร์มการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

<u>คำชี้แจง</u> ขอให้ท่านพิจารณาและตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ และทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และขอให้ท่านได้เสนอความคิดเห็น พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ โดยกำหนดระดับความคิดเห็นออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความการปฏิบัติการพยาบาล	**ระดับความคิดเห็น**				**หมายเหตุ**
	4	**3**	**2**	**1**	
1. การประเมินปัจจัยเสี่ยง 1.1 Braden scale แรกรับทุกราย					
1.2 คะแนน ≤ 18 ประเมินทุก 2 วัน					
1.3 คะแนน > 18 ประเมินทุกอาทิตย์					
2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล					
3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา					
4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA					
5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 5.1 จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงหรือขยับก้นทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน					
5.2 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ					
6. งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับอาหารสายยาง ไม่จัดท่าเกิน 60 องศาเกิน 30 นาที					
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหาร ประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามต้องการ					

ข้อความการปฏิบัติการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น				หมายเหตุ
	4	3	2	1	
8. ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง 8.1 ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน >2 คนยกผู้ป่วยออกจากพื้น					
8.2 ใช้แผ่น Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย					
8.3 ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก					
9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น 9.1 ดูแลความสะอาดร่างกาย 1-2 ครั้ง/วัน					
9.2 เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง					
10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 10.1 ทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้าน					
10.2 ไม่ใช้แอลกอฮอล์เช็ดผิวหนัง					
11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ					
12. การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ					
13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ 13.1 ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือความดันซิสตอริ่สูง					
13.2 ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคหลอดเลือด เกิดแผลมีเนื้อตายลุกลาม					
13.3 ปรึกษานักกายภาพในรายที่มีภาวะเหี่ยวฝ่อของกล้ามเนื้อข้อติด					
14. การวางแผนจำหน่าย 14.1 ประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยง					
14.2 ทบทวนคำแนะนำและทักษะการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยง					
14.3 ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ					

ภาคผนวก จ

การวิเคราะห์สังเคราะห์และประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้น

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ งานวิจัยที่สืบค้นได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	1.Prevention of pressure related damage Part1,Best practice guideline (1997)
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1.การประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกรับด้วยเครื่องมือบราเดนหรือนอร์ตัน 2. ข้อมูลผู้ป่วย 3.แบบบันทึกกิจกรรมการดูแล 4.แบบบันทึกการป้องกันและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
การเก็บข้อมูล	กลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. ความหมายแผลกดทับหมายถึง บริเวณผิวหนังที่ได้รับอันตรายจากการกด การถู ไถล หรือเสียดสีในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ 2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกรับด้วยเครื่องมือบราเดนหรือนอร์ตันอย่างใดอย่างหนึ่งในเรื่องการเคลื่อนไหว การปฏิบัติชีวิตประจำวันเพื่อจัดระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเป็น 3 ระดับคือ กลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง และประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 3. การดูแลผิวหนังตั้งแต่แรกรับ ประเมินสีผิวหนัง งดการใช้น้ำยาที่เป็นอันตรายต่อผิวหนัง ดูแลความสะอาดลดความเปียกชื้น ดูแลให้ความชุ่มชื้นต่อผิวหนัง 4. ประเมินภาวะโภชนาการและดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ 5. วิธีการลดแรงกดทับบริเวณจุดเสี่ยง โดยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงจัดท่าไม่ให้ปุ่มกระดูกรับแรงกดโดยตรง ประเมินสภาพการเปลี่ยนสีของผิวหนังพร้อมบันทึกการเปลี่ยนแปลง 6. ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับเช่นฟองน้ำหรือหมอนและเพิ่มความถี่ในการตรวจ

หัวข้อ	รายละเอียด
	สภาพผิวหนังในรายที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ หรือไม่รู้สึกตัว 7. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่บุคลากร ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลแผลกดทับ การประเมินสภาพผิวหนัง การเลือกอุปกรณ์ลดแรงกด การจัดท่า การลงบันทึก การป้องกันอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การให้ความหมายของแผลกดทับ2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ3.การดูแลผิวหนังตั้งแต่แรกรับ ประเมินสีผิวหนัง4.ประเมินภาวะโภชนาการ5.วิธีการลดแรงกดทับบริเวณจุดเสี่ยง6. ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 7. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่บุคลากร ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย
Utilization criteria	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้ เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3.3 Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำไปใช้	การนำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเน้นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีแบบประเมิน แบบจัดทำกิจกรรมรวมทั้งการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	2. Management of pressure related tissue damage Part 2 (1997) Best practice guideline

หัวข้อ	รายละเอียด
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ประเมินระดับความรุนแรง ประเมินปัจจัยเสี่ยง ประเมิน ภาวะแทรกซ้อน ประเมินภาวะโภชนาการ การบริหารจัดการแผลกดทับ ประเมินการจัดการความปวด ประเมินการรับรู้ทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ดูแล
การเก็บข้อมูล	แบบบันทึกจากแบบประเมิน
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. แผลกดทับหมายถึง บริเวณผิวหนังเฉพาะที่ ที่ได้รับอันตรายจากการกด การถูไถล หรือเสียดสี ในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานาน 2. ประเมินผู้ป่วยพร้อมลงบันทึกในเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การเกิดแผลใหม่สัปดาห์ละครั้ง หรือในผู้ป่วยที่สภาพเปลี่ยนแปลงอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ระดับความรุนแรงของแผลตำแหน่ง ขนาด รูปร่าง ลักษณะ สิ่งคัดหลั่ง ชั้นความลึก ชนิดของแผล เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายและภาวะแทรกซ้อน ภาวะขาดสารอาหารในวันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล ประเมินความเจ็บปวดและจัดการกับความเจ็บปวด การประเมินภาวะจิตสังคมการใช้ยาเพื่อวางเลือกแนวทางการรักษา 3. การจัดการกับแผลกดทับเช่นการตัดแต่งเนื้อตาย ทำความสะอาดแผล 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะในรายที่มีการติดเชื้อ และประเมินสภาพแผลหลังได้รับยา 2-4 สัปดาห์ 5. การปรึกษาสหสาขาวิชา เช่น ศัลยแพทย์เพื่อการตกแต่งซ่อมแซมบาดแผลเพื่อให้แผลหายเร็ว เช่นการปลูกหนัง การเย็บปิดแผล พร้อมฝึกทักษะ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลตามสภาพความรู้และจิตสังคม
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การให้ความหมายของแผลกดทับ 2. ประเมินผู้ป่วยพร้อมลงบันทึกในเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การเกิดแผลใหม่สัปดาห์ละครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. การจัดการกับแผลกดทับ 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะในรายที่มีการติดเชื้อ และประเมินสภาพแผลหลังได้รับยา 2-4 สัปดาห์ 5. การปรึกษาสหสาขาวิชา
Utilization criteria	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติวิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3.3 Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำไปใช้	การนำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเน้นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีแบบประเมิน แบบจัดทำกิจกรรมจากการศึกษาของนักวิจัยพบว่าการทำให้แผลชุ่มชื้นการใช้น้ำยาให้ความชุ่มชื้นแต่ละชนิดไม่มีผลต่อการหายของแผล ความสำคัญจึงเน้นการปฏิบัติเพื่อลดแรงกดทับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	3. Pressure ulcer prevention, Coorper,P. & Gray,D.,2001
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยในชุมชนของสก็อตแลนด์ประเทศอังกฤษ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แนวปฏิบัติมี 5 ส่วน ความรู้คำแนะนำ และการประเมินผล การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การตรวจสภาพผิวหนัง การจัดท่าผู้ป่วย และการใช้ที่

หัวข้อ	รายละเอียด
	นอนหรือเบาะรอง
การเก็บข้อมูล	แบบบันทึกแนวปฏิบัติทั้ง 5 ส่วน
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. การให้ความรู้ คำแนะนำการฝึกทักษะ และการประเมินผลแก่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ บันทึกความถี่ของอุบัติการณ์และสำรวจความชุกการเกิดแผลกดทับ 2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับทุก 6 ชั่วโมงหลังรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความเป็นไปได้ของการพัฒนาการดูแลแผลกดทับ 3. การดูแลผิวหนังเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 4. การจัดท่าผู้ป่วยเพื่อลดแรงกดทับ5.การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับให้เหมาะสม
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การให้ความรู้ คำแนะนำการฝึกทักษะ และการประเมินผล 2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ3.การดูแลผิวหนัง 4. การจัดท่าผู้ป่วย5.การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับ
Utilization criteria	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกถึงแม้นจะเป็นผู้ป่วยในชุมชน 2. งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติวิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3.3 Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แนวทางการดูแลเข้าได้กับสภาพของผู้ป่วยที่จะปรับใช้ มีการประเมินการหายของแผล มีความเป็นไปได้สูงควรติดตามประเมินในรายที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันและต้องรีบประเมินให้เร็วที่สุดพร้อมประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรที่ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับควรมีความรู้

หัวข้อ	รายละเอียด
	ทันสมัยและได้รับการฝึกทักษะ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	4.Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers, Virani,T.et al.2002
ประเภทการวิจัย	Best practice guideline
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3,4
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบบันทึก แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ
การเก็บข้อมูล	ใช้แบบบันทึก แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. ประเมินสภาพร่างกายและประวัติการเจ็บป่วยตามแบบประเมิน 2. ประเมินสภาพจิตสังคม จิตใจ การใช้ยาและการดำเนินชีวิต 3. ประเมินแผลกดทับ ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ 4. ประเมินปัจจัยเสี่ยง การไหลเวียนของเลือด บริเวณจุดเสี่ยงและสภาพผิว อาทิตย์ละครั้ง 5. ประเมินภาวะขาดสารอาหารด้วยเครื่องมือ Mini Nutritional Assessment และการดูแลให้ได้รับสารอาหารตามต้องการพร้อมปรึกษานักโภชนาการในรายที่มีปัญหา 6. การประเมินความปวด 7. ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพในรายที่ควรได้รับการบำบัดเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ เช่น นักกายภาพบำบัด 8. การดูแลแผลกดทับ เช่นการตัดเนื้อตาย ลดสารคัดหลั่ง ประเมินสภาพผิวหนังที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 9. ล้างแผลด้วยน้ำเกลือและดูแลความชุ่มชื้นของแผลอาจใช้น้ำเกลือ สวนล้าง

หัวข้อ	รายละเอียด
	แผลด้วยแรงดันต่ำ เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียและเนื้อเยื่อได้รับอันตราย 10. การบำบัดแผลระดับ 3และ4 ด้วยการกระตุ้นด้วยการใช้ไฟส่อง การดูดสารคัดหลั่ง หรือการปลูกหนังตามดุลพินิจของแพทย์ 11. การรักษาการติดเชื้อด้วยการทำแผล การป้ายแผลส่งเพาะเชื้อ และการประเมินหลังการรักษา 2 อาทิตย์ 12. การทำศัลยกรรมซ่อมแซมบาดแผลเพื่อลดระยะเวลาหายของแผล 13. การจัดโปรแกรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ และคำแนะนำแก่ผู้ดูแล และชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ประเมินสภาพร่างกายและประวัติการเจ็บป่วย 2. ประเมินสภาพจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับยาและคุณภาพชีวิต 3. ประเมินแผลกดทับ 4. ประเมินการได้รับสารอาหารและน้ำ ปรึกษานักโภชนาการ 5. ประเมินความปวด 6. การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยส่งเสริมแรงกดทับ 7. การดูแลแผลกดทับระดับ 3และ4 9. การรักษาการติดเชื้อ 10. การซ่อมแซมแผล 11. การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย
Utilization criteria	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกถึงแม้นจะเป็นผู้ป่วยในชุมชน 2. งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติวิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3.3 Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการ	มีความเป็นไปได้สูงควรติดตามประเมินในรายที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง

หัวข้อ	รายละเอียด
นำ ไปใช้	เฉียบพลันและต้องรีบประเมินให้เร็วที่สุดพร้อมประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรที่ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับควรมีความรู้ทันสมัยและได้รับการฝึกทักษะ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	5.Prevention of pressure ulcer, Folkedahl B.A. & Frantz R., 2002
ประเภทการวิจัย	Best practice guideline
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	มี 4 ประเภท ได้แก่1.ผู้ป่วยในบ้านพักคนชราประเมินทุก 48 ชั่วโมง2.ผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 3.ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง 4. ผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบประเมินระดับความรุนแรงของแผล เครื่องมือบราเดน (Braden scale) ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่แรกรับ ประเมินภาวะโภชนาการและข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย
การเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลตามแบบประเมินแบบประเมินระดับความรุนแรงของแผล เครื่องมือบราเดน (Braden scale) ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่แรกรับ ประเมินภาวะโภชนาการและข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. การนิยามแผลกดทับหมายถึง บริเวณผิวหนังที่ได้รับอันตรายจากแรงกดทับจากการนอนบนเตียงนานๆ และลุกลามจนเป็นรอยแดง เป็นร่องลึกที่กล้ามเนื้อและกระดูก 2. แบ่งระดับความรุนแรงของแผลเป็น 4 ระดับที่ 1 หมายถึง ผิวหนังเริ่มเปลี่ยนสีเป็นรอยคล้ำ บวม แดง ระดับที่ 2 หมายถึงรอยแผลมีการทำลาย ชั้นหนังกำพร้าและผิวหนังแท้เห็นเป็นตุ่ม เม็ดพุพอง ระดับที่ 3 หมายถึงผิวหนังมีการทำลาย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ของร่องลึกถึงชั้นไขมัน และระดับ 4 หมายถึง มีการทำลายลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก 3. การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้ คือ การใช้เครื่องมือบราเดน (Braden scale) ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่แรกรับ และพิจารณาประเมินซ้ำหลัง 48 ชั่วโมงในรายที่มีภาวะ เสี่ยง เช่นผู้ป่วยที่ต้องสัมผัสความเปียกชื้นตลอดเวลา ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เครื่องไหวตัวเองไม่ได้ต้องอยู่นิ่งๆ นานๆ ผู้ป่วยพาร์กินสัน (Parkinson) และผู้ป่วยที่พร่องภาวะโภชนาการ แล้วให้การพยาบาลโดยจัดเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ประเมินสภาพผิวหนังด้วยแบบประเมินบราเดน ซึ่งความถี่ในการประเมินขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่นอนหรือนั่งนิ่งๆ นานๆ ผู้ที่เคลื่อนไหวโดยไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยบกพร่องภาวะโภชนา ผู้ที่เปียกชื้นตลอดเวลา 2. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 3. การดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำ 4. ฟื้นฟูร่างกายให้ข้อและเอ็นเคลื่อนไหว 5. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
Utilization criteria	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษา 2. งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติวิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3.3 Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	มีการประเมินในกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่นั่งหรือนอนนิ่งๆเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เช่นผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้ป่วยมีภาวะพร่องโภชนาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	และมีการเปียกชื้นตลอดเวลา เช่นผู้ที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ในการขับถ่าย เพื่อให้บุคลากรตระหนักในการปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	6. Pressure ulcer risk assessment and prevention, Richens Y.,2003
ประเภทการวิจัย	Best practice guideline
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ประเมินและการดูแลแผล
การเก็บข้อมูล	เก็บตามแบบประเมินที่กำหนด
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และข้อจำกัดในการพัฒนาการดูแลป้องกันปัจจัย การเกิดแผลกดทับ 2. การประเมินและการดูแล แผลกดทับ 3. การป้องกันและดูแลลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับ 4. วางแผนการป้องกันและดูแลแผลกดทับกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. จัดท่าลดแรงกดทับ 6. เลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกดตามสภาพและอัตภาพผู้ป่วย 7. ให้ความรู้ คำแนะนำการดูแลป้องกันและการดูแลแผลกดทับแก่เจ้าหน้าที่ทีมดูแลและครอบครัวผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง 2. ประเมินแผลกดทับ 3. ป้องกันและดูแลลดปัจจัยการเกิดแผลกดกดทับ 4. วางแผนการป้องกันการเกิดแผลกดทับร่วมกับครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ 5. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 6. การให้ความรู้ คำแนะนำร่วมกับสหสาขาวิชาชีพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 2 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ เช่น 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	มีการเน้นประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ การประเมินและดูแลแผลและวางแผนร่วมกันกับครอบครัว ทีมรักษาในการดูแลร่วมกัน มีการให้ความรู้ในการดูแลต่อเนื่อง

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	7. Preventing pressure ulcers and skin tears, Ayello EA.,2003
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ร่วมกับมีผิวหนังเป็นรอยคล้ำดำและระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ในผู้ใหญ่
เครื่องมือที่ใช้ในการ	ประเมินปัจจัยการเกิดแผลกดทับด้วยบราเดน ประเมินผิวหนัง การปฏิบัติ

หัวข้อ	รายละเอียด
วิจัย	กิจกรรมตามแผนการรักษา
การเก็บข้อมูล	เก็บตามแบบประเมินที่กำหนด
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. ประเมินปัจจัยการเกิดแผลกดทับด้วยบราเดน(Braden scale) ในผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ร่วมกับมีผิวหนังเป็นรอยคล้ำดำ และระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ในผู้ใหญ่ถือว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2. กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยคือการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับพร้อมจัดบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และประเมินในรายผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง มีภาวะเสี่ยงสูง ประเมินแผลกดทับทุก 48 ชั่วโมง และประเมินต่อเนื่องอาทิตย์ละครั้งจำนวน 4 ครั้ง ในเดือนแรกและเดือนละครั้งทุก 3 เดือน พร้อมติดตาม เยี่ยมบ้านเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกับบ้าน 3. การดูแลทั่วไป โดยจัดสภาพแวดล้อม เช่นความแข็งของที่นอน การมีไข้ตัวร้อน ความชื้นแฉะของที่นอนและเสื้อผ้า ประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน ดูแลความสะอาดและความชุมชื้นของผิวหนังลดความเปียกชื้น ดูแลป้องกันการเสียดสีและแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก จัดตารางเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์เสริมลดแรงกดทับ กระตุ่นให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว งดนวดหรือประคบบริเวณที่เป็นผื่น รอยคล้ำและปุ่มกระดูกดูแลให้ได้รับสารอาหารตามต้องการผู้ป่วย เช่น โปรตีน วิตามิน A,C,E เพิ่มความถี่ในการเปลี่ยนท่าในการดูแลตามสภาพระดับความรุนแรงการเกิดแผลกดทับของ Braden scale งดการนวด หรือประคบร้อน เย็นบริเวณที่มีรอยแดงปุ่มกระดูก ระมัดระวังการเกิดแผลจากการเสียดสีในขณะเครื่องย้ายผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยและยกผู้ป่วยให้ลอยจากพื้น ในรายที่มีระดับความเสี่ยงสูงและมีปัญหาด้านโภชนาการต้องปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้ได้รับ สารอาหาร โปรตีน วิตามินเอ ซี อี ตามความต้องการ 4. ประเมินผลทางการพยาบาลเพื่อผลประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ทางการพยาบาลที่เหมาะสมและทันสมัย 5. นัดติดตามประเมินผลต่อเนื่อง การดูแลไม่ให้ผิวหนังเกิดบาดแผล 1. ประเมินสภาพผิวหนังด้วยเครื่องมือที่พัฒนาจากไวท์คาแรมและคอเวลล์ (White ,Karam&Cowll) ซึ่งแบ่งระดับการสูญเสียของผิวหนังเป็นรอยยังไม่ฉีกขาด ระดับ 2 หมายถึงผิวหนังฉีกขาดเป็นบางส่วน ระดับ 3 หมายถึงผิวหนังฉีดขาด หนังกำพร้า และเนื้อเยื่อได้รับการเสียหายอย่างสมบูรณ์ 2. การป้องกันการเกิดรอยแผลที่ผิวหนัง โดยดูแลจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ เช่น ใช้เสื้อผ้ารองหรือสวมเสื้อผ้ายาวเพื่อป้องกัน การเกิดรอยแผลจากการเสียดสี
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดย - ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยแบบประเมิน บราเดน ในกลุ่มผู้สูงอายุและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย - ประเมินปัญหาการเกิดอันตรายต่อผิวหนังแบบองค์รวม ประเมินชุมชนวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ - การพยาบาลเพื่อป้องกันแรงกดทับและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลบริเวณผิวหนัง - ดูแลสิ่งแวดล้อม สภาพอากาศ แสงสว่าง - การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อป้องกันการบาดเจ็บด้วยตัวเอง การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลจากการเสียดสีและแรงกระแทก - การรักษาบาดแผล การประเมินบาดแผลและการติดตามผล (Follow up) อย่างต่อเนื่อง
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 2 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันคือเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ร่วมกับมีผิวหนังเป็นรอยคล้ำดำและระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ในผู้ใหญ่ ตลอดจนแบบประเมินที่ใช้ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีความชัดเจนในการที่จะนำมาใช้กับบริบทที่ศึกษาได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	8. The use of pressure relieving devices, The National Institute for Clinical Excellence,2004
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลระดับต้น
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ประเมินปัจจัยเสี่ยง แผนการดูแล แบบประเมินความก้าวหน้าของแผล และแบบประเมินความสามารถของบุคลากรผู้ที่ดูแลผู้ป่วย
การเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลตามแบบประเมินที่กำหนด
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	แนวการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับเพื่อลดแรงกดทับในสถานพยาบาลระดับต้น โดย 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยประเมินการประเมินแผนการดำเนินการดูแลป้องกันแผลกดทับประเมินความสามารถเจ้าหน้าที่ ผู้ที่รับผิดชอบให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเริ่มประเมินตั้งแต่ 6 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยและประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำในรายที่มีภาวะเสี่ยงการเกิดแผลกดทับสูง 2. ใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน 3. การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิด

หัวข้อ	รายละเอียด
	แผลกดทับ เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย การตอบสนองความรู้สึก ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระดับความรู้สึก อายุ โรคระบบหลอดเลือด โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว และภาวะขาดสารอาหารและน้ำ และติดตามลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น 4. การเลือกวิธีปฏิบัติและอุปกรณ์ลดแรงกดซึ่งขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมสังคม วิถีการดำเนินชีวิตและสภาพของผู้ป่วย การคุ้มทุนคุ้มค่า 5. ตั้งเป้าหมายในการป้องกันแผลกดทับร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 6. พัฒนาแนวการป้องกันแผลกดทับโดยใช้ผลการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับ Setting 7. ใช้อุปกรณ์เสริมในรายหลังทำศัลยกรรมตกแต่งแผลกดทับ 8. เริ่มให้การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในการดูแลความรู้และคำแนะนำเพื่อป้องกันแผลกดทับแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 8. เริ่มให้การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในการดูแลความรู้และคำแนะนำเพื่อป้องกันแผลกดทับแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 9. ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีภาวะซับซ้อน 10. ให้ความรู้และคำแนะนำ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2. การใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3. การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดสี และแรงลื่นไถล การดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 4. ข้อตกลงในการดูแลป้องกันแผลกดทับ 5. พัฒนาการดูแลป้องกันแผลกดทับ 6. การทำศัลยกรรมตกแต่งและการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 7. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ 8. การให้ความรู้และคำแนะนำระยะยาว
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ไม่ยุ่งยาก มีการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับไม่แตกต่างกัน 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	ประเด็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับบริบทที่จะนำมาปรับใช้ เช่นแบบการประเมินปัจจัยเสี่ยง กิจกรรมการพยาบาล ข้อกำหนดในการดูแลแผล

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	9. The prevention and treatment of pressure ulcers, Naude L. (2005)
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามคำนิยาม
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบประเมินการหายของแผล แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง แบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
การเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินที่กำหนด
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. การป้องกันแผลกดทับโดยซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ภาวะโรคเรื้อรังมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ภาวะหมดสติ ภาวะโลหิตจาง โรคระบบหลอดเลือด และเบาหวาน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเช่น ภาวะStock หรือผู้ป่วยที่ถูกจำกัดกิจกรรมหลังผ่าตัดเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจำนวนนี้ไม่ควรประเมินเพียงครั้งเดียวควรมีการประเมินซ้ำด้วยความชำนาญ เพิ่มความถี่ในการพยาบาลเพื่อลดแรงกดโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกสะโพก ก้นกบ และส้นเท้าด้วยเครื่องมือ นอร์ตัน และ บราเดน พร้อมบันทึกประเมินความเจ็บปวด สาเหตุของความเจ็บปวด การปนเปื้อนเชื้อโรคจากที่ฟูก เบาะนอน หรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลกดทับ ความดันเลือด Systolic การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน ภาวะโรคเฉียบพลัน

หัวข้อ	รายละเอียด
	ภาวะอุณหภูมิสูงและการใช้ยาปฏิชีวนะ 2. ประเมินแผลกดทับพร้อมบันทึกรายละเอียด ความก้าวหน้า วันที่ประเมิน และผู้ประเมิน ตามแบบของเครื่องมือประเมิน 3. การรักษาและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการหมุนเวียนเปลี่ยนท่าตามตารางทุก 2 ชั่วโมงไม่จัดท่าที่ทำให้เกิดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกโดยตรง ใช้อุปกรณ์ในการยกเคลื่อนย้ายเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ใช้อุปกรณ์เสริมลดแรงกด กด ดูแลป้องกันการติดเชื้อโดยรักษาความสะอาดที่นั่งและที่นอน ทำความสะอาดแผล ลดสิ่งคัดหลั่งจากแผลกดทับและการปนเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงไม่ควรตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม 2. ควรพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ในรายเสี่ยงการเกิดแผลกดทับซ้ำ เช่นผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวผู้สูงอายุ ภาวะมีไข้ มีประวัติการเกิดแผลกดทับ ขาดสารอาหารและน้ำ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด 3. การดูแลผิวหนังเป็นพิเศษและเพิ่มความถี่ในการประเมินผิวหนังตามสภาพผู้ป่วยที่เป็นจริง 4. ไม่ใช้ถุงมือใส่น้ำ และอุปกรณ์รูปโดนัท 5. เลือกวิธีและความถี่ในการจัดท่าตามความเหมาะสม 6. ในรายนั่งเก้าอี้นานๆ ให้ความรู้และฝึกทักษะโดยนักอาชีวบำบัด นักกายภาพให้คำแนะนำในการจัดท่าเฉพาะราย เลือกใช้อุปกรณ์รองน้ำหนักและเบาะรองนั่ง 7. การให้ความรู้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้เครื่องมือประเมิน การเลือกใช้อุปกรณ์และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ไม่ยุ่งยาก ไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	นำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	10. Pressure ulcer risk assessment and prevention, The National Institute for Clinical Excellence (2005)
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สูญเสียความรู้สึกสัมผัส ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด การเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออุณหภูมิร่างกายสูง มีประวัติการเกิดแผลกดทับ และภาวะขาดสารอาหารและน้ำ
เครื่องมือที่ใช้ใน	ประเมินสภาพผิวหนัง ประเมินและป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

หัวข้อ	รายละเอียด
การวิจัย	
การเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลต่างๆของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึก
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. เริ่มประเมินความเสี่ยงใน 6 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ประเมินควรเป็นผู้ที่มีความรู้และได้รับการฝึกทักษะการประเมิน การให้คำแนะนำ การดูแลป้องกัน และการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม 2. ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับโดยปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม 3. พัฒนาการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง 4. เพิ่มความถี่ในการประเมินสภาพผิวหนังในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายหรือการเกิดบาดแผลจากแรงเสียดสี การลื่นไถล 5. เลือกใช้อุปกรณ์เสริม เพื่อลดแรงกดทับให้เหมาะสมความคุ้มทุน คุ้มค่า และความสามารถในการใช้งาน 6. ใช้ถุงมือใส่น้ำหรือห่วงยาง 7. เพิ่มความถี่ในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับพร้อมจัดทำคู่มือการปฏิบัติตนในการลดแรงกด 8. ผู้ป่วยที่ต้องนั่งเก้าอี้เป็นเวลานานประเมินการจัดท่าและให้ทักษะความรู้ ปรึกษานักกายภาพ เพื่อคำแนะนำ การจัดท่าเฉพาะราย 9. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการประเมินและป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การฝึกทักษะและสร้างความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย การตรวจสภาพผิวหนังวิธีการบรรเทาแรงกดทับ แนะนำแหล่งให้คำปรึกษาและลงบันทึก
การสกัดเพื่อนำไป	1. การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงไม่ควรตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม 2. ควรพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ในรายเสี่ยงการเกิดแผลกดทับซ้ำ เช่นผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวผู้สูงอายุ ภาวะมีไข้ มีประวัติการเกิดแผลกดทับ ขาดสารอาหารและน้ำ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือด 3. การดูแลผิวหนังเป็นพิเศษและเพิ่มความถี่ในการประเมินผิวหนังตามสภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
ใช้	ผู้ป่วยที่เป็นจริง 4. ไม่ใช้ถุงมือใส่น้ำ และอุปกรณ์รูปโดนัท 5. เลือกวิธีและความถี่ในการจัดท่าตามความเหมาะสม 6. ในรายนั่งเก้าอี้นานๆ ให้ความรู้และฝึกทักษะโดยนักอาชีวบำบัด นักกายภาพ ให้คำแนะนำในการจัดท่าเฉพาะราย เลือกใช้อุปกรณ์รองน้ำหนักและเบาะรองนั่ง 7. การให้ความรู้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้เครื่องมือประเมิน การเลือกใช้อุปกรณ์และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก ไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำไปใช้	นำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	11. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcer Virani, T. et al.,2005
ประเภทการ	Evidence Best Practice

หัวข้อ	รายละเอียด
วิจัย	
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	การประเมินสภาพผิวหนัง ประเมินสภาพร่างกายประวัติการเจ็บป่วยประเมินสภาพจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ประเมินแผลกดทับประเมินการได้รับสารอาหารและน้ำปรึกษานักโภชนาการ ประเมินความเจ็บปวด การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมแรงกดทับ
การเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมิน
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. การประเมินสภาพผิวหนังทุกวันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดผิวหลุดลอกด้วยเครื่องมือประเมินที่เชื่อถือได้บริเวณที่มีรอยปูดโปนนูนของผิวหนังหรือปุ่มกระดูกระดับความรู้สึกสัมผัส ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจกรรม ความชื้นของผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และการเสียดสีประเมินเป็นพิเศษในรายที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้นอนบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้นานๆ หรือต้องนอนได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน 2. วางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินได้โดยตั้งเป้าร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและพยาบาล 3. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลลดแรงกดทับและปรึกษาผู้ชำนาญการทางสาขาอาชีพเช่น นักอาชีวบำบัด นักกายภาพ เพื่อลดแรงเสียดสีและแรงตัดบริเวณที่บอบบาง มีรอยแดงหรือด้าน ปรึกษา

หัวข้อ	รายละเอียด
	แพทย์ในรายที่มีรอยระคายเคืองจาก ความเปียกชื้นติดตามภาวะโภชนาการและจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เสริมสมรรถนะในการเคลื่อนไหวร่างกาย 4. วางแผนการจำหน่ายโดยส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านหน่วยปฐมพยาบาลระดับต้น เพื่อการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้เช่น อุปกรณ์ลดแรงกด ที่นั่ง ที่นอนให้เหมาะสมกับเศรษฐานะของผู้ป่วย 5. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับและการประเมินแผลกดทับให้ทันสมัย ทันเหตุการณ์จัดทำโปรแกรมความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลให้ได้มาตรฐานในเรื่องสาเหตุการเกิดโรคและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงเพื่อการวางแผนการดูแลเฉพาะรายเช่น Braden scale ตรวจสภาพผิวหนังระดับความรุนแรงของแผล การเลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกด 6. ส่งเสริมให้เกิดแนวปฏิบัติในหน่วยงาน
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การประเมินสภาพร่างกายประวัติการเจ็บป่วย 2. ประเมินสภาพจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับยา วัฒนธรรม และคุณภาพชีวิต 3. การประเมินแผลกดทับ 4. ประเมินการได้รับสารอาหารและน้ำปรึกษานักโภชนาการ 5. ประเมินความเจ็บปวด 6. การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมแรงกดทับ 7. การดูแลแผลกดทับและการทำความสะอาด 8. การบำบัดแผลกดทับระดับ 3,4 9. การรักษาการติดเชื้อ 10. การทำศัลยกรรมและซ่อมแซมแผล 11. การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก ไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม

หัวข้อ	รายละเอียด
การตัดสินใจเพื่อการนำไปใช้	นำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	12. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกนการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ของปองหทัย พุ่มระย้า (2003)
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ประเมินปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดแรงกด การบันทึกการพยาบาล
การเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินที่กำหนด
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกใช้หลักการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 เรื่องคือการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ การคงสภาพผิวหนังที่ดีและเพิ่มความคงทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดการป้องกันและลดปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ และการให้ความรู้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพโดย 1. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับภายใน 24 ชั่วโมงด้วยแบบประเมินความเสี่ยง บราเดน และลงบันทึกผลการประเมินป้องกันและลดปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น การจัดตารางพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเก้าอี้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง/วัน และใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับเสียดทาน และแรงเฉือยโดยการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดแรงกด แรงเสียดทานและแรงเฉือยโดยการจัดท่าที่เหมาะสม 3. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันผิวหนังไม่ให้เปียกชื้น 4. บันทึกการพยาบาลอย่างละเอียดครบถ้วนสมบูรณ์ 5. ส่งต่อข้อมูลปัญหาแผลกดทับแก่ทีมพยาบาลผู้ดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 6. การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อร่วมมือป้องกันแผลกดทับ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินความเสี่ยงบราเดน 2. การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับ 3. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด 4. การบันทึกการพยาบาล 4. การส่งต่อข้อมูล และปัญหาแผลกดทับ 5. การให้ความรู้แนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก ไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	นำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	13.การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ของประเสริฐ อัสสันตชัย (2005)
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
เครื่องมือที่ใช้ในการ	ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินการป้องกันการเกิดแผล

หัวข้อ	รายละเอียด
วิจัย	กดทับ ประเมินแผลกดทับและผลการรักษาของแผลกดทับในระยะที่ 2 ถึง 4
การเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมิน
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1. การประเมินภาวะขาดสารอาหาร อายุ ความชุ่มชื้นของผิวหนัง การติดตามสุขภาพกาย การสูญเสียประสาทสัมผัส ระดับความดันโลหิตซิสตอรี (Systolic) การได้รับยาที่มีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกต่อแรงกดทับ และการบาดเจ็บที่มีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายล้มเหลว 2. ป้องกันแผลกดทับโดยจัดท่าให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยผู้ดูแล และการใช้อุปกรณ์ 3. การประเมินแผลกดทับและผลการรักษาของแผลกดทับในระยะที่ 2 ถึง 4 ด้วยตัวชี้วัด 3 ด้านคือพื้นที่หน้าตัดของแผล จำนวนสิ่งคัดหลั่ง (Eexudates) แ4. ดูแลพื้นที่บริเวณแผล โดยตัดเนื้อเยื่อตาย การทำแผลด้วยน้ำเกลือหลีกเลี่ยงสารที่ขัดขวางการหายของแผล การป้องกัน การวินิจฉัยและการรักษาโรคติดเชื้อที่แผล การประเมิน กลิ่นเหม็น แผลบวมแดง สิ่งคัดหลั่งลักษณะเป็นหนอง(Purulent discharge) มีไข้ และเลือกใช้น้ำยาและวิธีการทำแผล การเลือกใช้น้ำยาทำแผลและเทคนิคการเลือกใช้อุปกรณ์การทำแผลให้เหมาะสมกับลักษณะและชนิดของแผล รวมทั้งการทำหัตถการเพื่อลดระยะเวลาการหายของแผลละลักษณะเนื้อเยื่อ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมเนื้อหาภาวะขาดสารอาหาร อายุ ความชุ่มชื้นของผิวหนัง การติดตามสุขภาพกาย การสูญเสียระบบประสาทสัมผัส ความดันโลหิตซิสตอรี (Systolic) การใช้ยาที่มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายล้มเหลว 2. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3. การประเมินแผลกดทับและผลการรักษาของแผลกดทับในระยะที่ 2 ถึง 4 ด้วยตัวชี้วัด 3 ด้านคือพื้นที่หน้าตัดของแผล จำนวน exudates และลักษณะเนื้อเยื่อ 4. การดูแลพื้นที่บริเวณแผล การทำแผลและการผ่าตัดซ่อมแซมแผลกดทับ
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ไม่ยุ่งยาก ไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	นำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	14. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงครามของนภาพร ภมร,2550
ประเภทการวิจัย	Evidence Best Practice
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงของการแผลกดทับบราเดน แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามกรอบการพยาบาล แบบประเมินภาวะโภชนาการ นาฬิกาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย
การเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินที่กำหนด
ผลการวิเคราะห์และการนำไปใช้	1.การประเมิน1. การประเมินปัจจัยเสี่ยง 1.1 Braden scale แรกรับทุกราย 1.2 คะแนน < 16 ประเมินทุก 2 วัน 1.3 คะแนน > 16 ประเมินทุกอาทิตย์ 2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล 3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา 4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA 5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ

หัวข้อ	รายละเอียด
	5.1 จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงหรือขยับกันทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน 5.2 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 6. งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับอาหารสายยางไม่จัดท่าเกิน 60 องศา เกิน 30 นาที 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามที่ต้องการ 8. ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง 8.1 ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน > 2 คน ยกผู้ป่วยลอยจากพื้น 8.2 ใช้แผน Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 8.3 ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก 9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น 9.1 ดูแลความสะอาดร่างกายทุก 1-2 ครั้ง/วัน 9.2 เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง 10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 10.1 ทาโลชั่น หรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้าน 10.2 ไม่ใช้แอลกอฮอล์เช็ดถูผิวหนัง 11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 12. การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ 13.1 ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือความดันชีสตอรีสูง 13.2 ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคหลอดเลือด เกิดแผล มีเนื้อตายลุกลาม 13.3 ปรึกษานักกายภาพในรายที่มีภาวะเหี่ยวฝ่อของกล้ามเนื้อ ข้อติด 14. การวางแผนจำหน่าย 14.1 ประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยง 14.2 ทบทวนคำแนะนำและทักษะการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง 14.3 ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง 2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล 3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA 5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 6. งดจัดท่านอนสูงเกิน 30องศาเกิน 30 นาทีในรายที่จำเป็นต้องจัดทำให้ได้รับอาหารทางสายยางไม่จัดท่านอนเกิน 60 องศานานเกิน 30 นาที 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามต้องการ 8. ดูแลการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง 9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น 10. ดูแลให้ความชุ่มชื้นต่อผิวหนัง 11. ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ 12. การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 13. การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อ 14. การวางแผนจำหน่าย
Utilization criteria	ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษางานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 1 การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1. Transferability of findings มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยที่จะนำไปใช้เพราะลักษณะเดียว กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 2. Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก ไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น 3. Cost-benefit ratio การใช้อุปกรณ์ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติรูปแบบเดิม
การตัดสินใจเพื่อการนำ ไปใช้	นำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ภาคผนวก ฉ

ตารางสรุปการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ตารางสรุปการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ข้อที่	คำถาม	คะแนนความสอดคล้อง(CVI) ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ/การปรับแก้
		1	2	3	4	5	
1.	การประเมินปัจจัยเสี่ยง	4	4	4	4	4	
	1.1 Braden scale แรกรับทุกราย	4	4	4	4	4	
	1.2 คะแนน < 18 ประเมินทุก 2 วัน	4	4	4	4	4	
	1.3 คะแนน > 18 ประเมินทุกอาทิตย์	4	4	4	4	4	
2.	การประเมินผิวหนังและสภาพแผล	4	4	4	4	4	
3.	ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา	4	4	4	4	4	
4.	ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA	4	4	4	4	4	-อาจทำได้ไม่ครบถ้วน
5.	การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ	4	4	4	4	3	-ควรมีคู่มือในการประเมินเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันควรพิจารณาเรื่องการลงเวลาให้ตรงความเป็นจริง
	5.1 จัดท่าตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง หรือขยับกันทุก 30-1 ชั่วโมงในรายนั่งนาน	4	4	4	4	**3**	
	5.2 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ	4	4	4	4	**3**	
6.	งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30 องศาเกิน 30 นาที ในรายที่จำเป็นต้องจัดท่าให้ได้รับอาหารสายยางไม่จัดท่าเกิน 60 องศา เกิน 30 นาที	4	4	4	4	**3**	
7.	ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูงและน้ำตามแผนการดูแล	4	4	4	4	**3**	ผู้สูงอายุบางรายไม่จำเป็นได้รับน้ำถึง 3,000 ซี.ซี/วัน
8.	ดูแลลดการเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง	4	4	4	4	4	
	8.1 ยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน > 2 คน ยกผู้ป่วยลอยจากพื้น	4	4	4	4	4	

ข้อที่	คำถาม	คะแนนความสอดคล้อง(CVI) ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ/การปรับแก้
		1	2	3	4	5	
	8.2 ใช้แผน Pat-slide หรือผ้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	4	4	4	4	4	
	8.3 ไม่นวดหรือประคบร้อนบริเวณผื่นแดง/ปุ่มกระดูก	4	4	4	4	4	
9.	ดูแลความสะอาด ลดความเปียกชื้น	4	4	4	4	3	
	9.1 ดูแลความสะอาดร่างกายทุก 1-2 ครั้ง/วัน	4	4	4	4	4	
	9.2 เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง	4	4	4	4	4	
10.	ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง	4	4	4	4	4	
	10.1 ทาโลชั่น หรือครีมบำรุงผิวบริเวณที่แห้งกร้าน	4	4	4	4	4	
	10.2 งดใช้แอลกอฮอล์เช็ดถูผิวหนัง	4	4	4	4	4	
11.	ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ	4	4	4	4	4	
12.	ฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4	4	4	4	4	
13.	การปรึกษาสหวิชาชีพและส่งต่อ	4	4	4	4	3	ขอเพิ่มส่งปรึกษานักโภชนากรในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป
	13.1 ปรึกษาอายุรแพทย์ในรายที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล เช่น เบาหวาน ภาวะโรคหลอดเลือด เป็นต้น	4	4	4	4	3	เพิ่มภาวะโรคหลอดเลือดและตัดโรคความดันโลหิตสูงออกเพราะไม่ส่งผลขัดขวางการหายของแผล
	13.2 ปรึกษาศัลยแพทย์ในรายที่มี ภาวะโรคหลอดเลือด เกิดแผล มีเนื้อ ตายลุกลาม	4	4	4	4	4	
	13.3 ปรึกษานักกายภาพในรายที่มี ภาวะเหี่ยว	4	4	4	4	4	

ข้อที่	คำถาม	คะแนนความสอดคล้อง(CVI) ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ/การปรับแก้
		1	2	3	4	5	
	ฝ่อของกล้ามเนื้อ ข้อติด						
	13.4 ปรึกษานักโภชนากรในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ2	4	4	4	4	2	
14.	การวางแผนจำหน่าย	4	4	4	4	4	
	14.1 ประเมินความพร้อมและ ปัจจัยเสี่ยง	4	4	4	4	3	
	14.2 ทบทวนคำแนะนำและทักษะ การดูแลลดปัจจัยเสี่ยง	4	4	4	4	3	
	14.3 ส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ	4	4	4	4	3	

สรุป ค่า CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$ = 13/14 = .93

ภาคผนวก ช

ตารางการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

ตารางการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปี	เวลา	นอนตะแคงขวา	นอนหงาย	นอนตะแคงซ้าย	ผู้บันทึก	หมายเหตุ
	06.00-08.00					
	08.00-10.00					
	10.00-12.00					
	12.00-14.00					
	14.00-16.00					
	16.00-18.00					
	18.00-20.00					
	20.0022.00					
	22.00-24.00					
	24.00-02.00					
	02.00-04.00					
	04.00-06.00					
	06.00-08.00					
	08.00-10.00					
	10.00-12.00					
	12.00-14.00					
	14.00-16.00					
	16.00-18.00					
	18.00-20.00					
	20.00-22.00					
	22.00-24.00					
	24.00-02.00					
	02.00-04.00					
	04.00-06.00					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาวณิชาภา ยนจอหอ

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2526	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
พ.ศ. 2549	ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2526	พยาบาลวิชาชีพ 3 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
พ.ศ. 2540	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลบำราศนราดูร อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูร อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี