

## From Bed Bath to Best Practice

### การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่มีแผลกดทับ



ปฐมวดี สิงห์ดง \*, พย.บ.  
นิภาพร พากเพียร\*\*, พย.บ.

\* พยาบาลวิชาชีพ 7

\*\* พยาบาลวิชาชีพ 8 และหัวหน้าตึก  
ตึกผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ

การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตจำเป็นต้องใช้การดูแลที่มีคุณภาพที่ต่อเนื่อง และทันเหตุการณ์ประกอบกับการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาทั้งอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และเทคนิคในการดูแลที่ทันสมัยมากมาย แต่ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ยังมีอยู่เดิมและไม่มีแนวโน้มลดลง คือการเกิดแผลกดทับ ซึ่งพบได้บ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลทั้งในผู้ป่วยที่มีโรคระบบประสาทและโรคระบบเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากสภาพการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Berlowitz, Brandeis, Anderson, Du, & Brand, 1997; Graves, Birrell, & Whitby, 2005; ข้อผูกาสุทธิพงษ์, 2549) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ โรคเดิมของผู้ป่วย และปัจจัยภายนอกในร่างกาย เช่น แรงกด แรงเลื่อนไถล แรงเสียดทาน ความเปียกชื้น และการรักษาที่ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง

การเกิดแผลกดทับจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งความทุกข์ทรมาน การรักษาที่ยุ่งยากมากขึ้น อาจมีการติดเชื้อ หรือต้องผ่าตัด ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Berlowitz, Brandeis, Anderson, Du & Brand, 1997; Graves, Birrell, & Whitby, 2005; D. Thomas, Goode, Tarquine, & Allman, 1996)

ระบาดวิทยาของแผลกดทับมีความแตกต่างกันตามลักษณะของหอผู้ป่วย โดยพบอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 0.4 – 38.0 ในหอผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 2.2–23.9 และในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 0–17.0 (Reddy, Gill, & Rochon, 2006) ในหอผู้ป่วยวิกฤตของสหรัฐอเมริกา มีแผลกดทับที่ได้รับการรักษาประมาณ 2.5 ล้านแผล ต่อปี (Staas & Cioschi, 1991) ในประเทศอังกฤษมีค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และมีค่าใช้จ่ายสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวิกฤตถึง 55 ล้านดอลลาร์ต่อปี (National Decubitus Foundation, n.d.) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาแผลกดทับในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ปี พ.ศ.

2537 พบผู้ป่วยที่มีแผลกดทับร้อยละ 8.5 (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2548) จากรายงานการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2541 พบความชุกของแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 22.0 (อภิชา โฆวินทะ & กัลยาณี ยาวีระ, 2541) ในโรงพยาบาลศิริราชปี พ.ศ. 2543 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม ร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2544 พบความชุกของแผลกดทับในโรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 4.9 (ยุวดี เกตสัมพันธ์ และคณะ, 2544) และในปี พ.ศ. 2545 วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะทำการศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบอัตราการเกิดแผล 19.6 แผล ต่อผู้ป่วย 100 ราย (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2545) ส่วนความชุกของแผลกดทับลดลงเหลือร้อยละ 10.8 แต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2548)

เด็กผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีจำนวนเตียง 10 เตียง รับผู้ป่วยระยะวิกฤตทุกแผนก อายุตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 15 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 5 คน คนงาน 4 คน อัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1: 2-3 มีอุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับได้แก่ ที่นอนเจลชนิดสันจำนวน 2 ผืน และชนิดยาวจำนวน 2 ผืน มีผู้ป่วยที่รับไว้ในเด็กผู้ป่วยหนัก 2 ในปีงบประมาณ 2547, 2548, และ 2549 จำนวน 527, 615 และ 681 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.75, 46.99 และ 48.46 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 63.01, 77.72, และ 77.53 ตามลำดับ มีอัตราการครองเตียงในปีงบประมาณ 2546, 2547, และ 2548 เป็นร้อยละ 92.58, 96.90, และ 93.40 ตามลำดับ อุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ถึง 4 ต่อ 1000 วันนอนของเด็กผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2546, 2547, และ 2548 เป็น 1.66, 6.00, และ 14.40 ตามลำดับ ทั้งนี้ แผลกดทับระดับ 2 หมายถึง แผลที่มีการทำลายชั้นหนังแท้เป็นรอยถลอก แผลตื้น มีอาการปวด มีสารคัดหลั่งน้อย แผลระดับ 3 เป็นแผลที่ทำลายลุกลามถึงชั้นใต้ผิวหนัง มีแองแผล มีการชอนไช มีกลิ่น มีสารคัดหลั่งน้อยถึงมาก ส่วนระดับ 4 เป็นแผลที่ทำลายทุกชั้นรวมกล้ามเนื้อ

และกระดูก มีเนื้อตายมาก มีโพรงแผล กลิ่นเหม็นมาก มีสารคัดหลั่งปานกลางถึงมาก จากการใช้กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาจากแนวทางปฏิบัติเดิมพบว่า

1. แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับแบบเดิม (บาร์เดน : The Baden Scale ) มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์และจำแนกสาเหตุของปัญหาในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแต่ละราย
2. ไม่มีมาตรฐานการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจน
3. การดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีความยุ่งยากเพิ่มภาระงานของพยาบาลผู้ให้การดูแลมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระบ่อย เกิดการปนเปื้อน และมีการติดเชื้อบริเวณแผลกดทับ
4. ไม่มีรูปแบบการประเมินและการบันทึกการหายของแผลกดทับที่ชัดเจน

เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับของเด็กผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษอยู่ในอัตราที่สูง ทำให้บุคลากรในหน่วยงานสนใจในการพัฒนามาตรฐานการดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดที่เกิดจากการผสมผสานผลงานวิจัยจากการศึกษาและประสบการณ์ดูแลเฝ้าระวังแผลกดทับ ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วม และมีการประเมินผลการดูแลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นการพัฒนามาตรฐานการให้บริการให้มีคุณภาพมากขึ้น

### เครื่องชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ถูกต้องร้อยละ 100
2. ไม่มีอัตราการเกิดความรุนแรงของแผลกดทับเพิ่มขึ้น
3. พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมากกว่าร้อยละ 70

**ระยะเวลาในการดำเนินงาน**

1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 30 กันยายน 2549

**การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล**

ผู้เขียนได้เสนอแนวคิดต่อหัวหน้าตึกและบุคลากรในตึกผู้ป่วยหนัก 2 เพื่อการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ซึ่งพัฒนาโดยชวนพิศ วงศ์สามัญและคณะ (2549) ซึ่งประเมินผู้ป่วยใน 7 ด้าน คือ ระดับการรู้สึก การรับความรู้สึก การเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่าย สภาพของผิวหนัง และภาวะโภชนาการ ในแต่ละด้านมีค่าคะแนน 1 - 4 โดยคะแนนระดับ 1 คือไม่มีข้อจำกัด และระดับคะแนน 4 มีข้อจำกัดมากที่สุด ค่าคะแนนรวมที่มากกว่า 15 ถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ทำการประเมินผู้ป่วยแรกรับไว้ใน การดูแลและในเวรตึก ในด้านความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ตำแหน่ง ลักษณะแผล การหายและความรุนแรงของแผลเมื่อจำหน่าย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับให้การดูแลตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลได้แก่

**1. การลดแรงกดทับ**

- 1.1 ตรวจสอบสำหรับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการชา / ปวด / ไม่สบายของผู้ป่วยในท่านอนทุก 1 ชั่วโมง
- 1.2 ตรวจสอบสำหรับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการชา / ปวด / ไม่สบายของผู้ป่วยในท่านั่งทุก 1 ชั่วโมง
- 1.3 ตรวจสอบแรงกดทับตรงปุ่มกระดูกทุกครั้งเมื่อจัดเตียงใหม่ให้ผู้ป่วย
- 1.4 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งที่ปลอดภัยจากแรงกดทับ โดยมีอุปกรณ์รองนั่งตามปุ่มกระดูก
- 1.5 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนที่ปลอดภัยจากแรงกดทับ โดยจัดท่านอน 30 องศาและมีอุปกรณ์รองตามปุ่มกระดูก



- 1.6 เปลี่ยนท่าผู้ป่วยตามความเหมาะสมในท่านั่งทุก 1 ชั่วโมง หรือท่านอนทุก 2 ชั่วโมง
- 1.7 บันทึกการเปลี่ยนท่าในแบบฟอร์มบันทึก
- 1.8 หลังเปลี่ยนท่า ได้ตรวจผิวหนังผู้ป่วยว่ามีรอยแดง/ ซ้ำ ตรงบริเวณที่ถูกกดทับ

ที่นอน silicone



**2. การลดแรงเฉือนหรือแรงเสียดทาน**

- 2.1 ตรวจสอบความสามารถในการทรงตัวและกำลังแขนขาของผู้ป่วยเสมอการจัดท่า เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ้นไถลทุกครั้งได้ปฏิบัติดังนี้
- 2.2 ท่านอนบนเตียงได้ไขหัวเตียงสูงไม่เกิน 30 องศา และใช้ไม้กระดาน/ หมอน/ ผ้าม้วนยันฝ่าเท้าหรือหนุนใต้ข้อเข่าไม่ให้ลิ้นไถล
- 2.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ใช้วิธียกตัวผู้ป่วยแทนการลากตัว
- 2.4 หลังการลื่นไถลหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้ตรวจสอบผิวหนังว่ามีรอยแดงซ้ำ หรือรอยถลอก ตามบริเวณที่มีการเสียดสี

**3. การดูแลผิวหนังผู้ป่วยไม่ให้เกิดความเปียกชื้น**

- 3.1 ตรวจผิวหนังไม่ให้เปียกชื้น/ เปราะเปื้อน จากท่อระบาย/ สายสวนปัสสาวะสายยางให้อาหาร เป็นต้น
- 3.2 ทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บ/ทวารหนัก/ผิวหนังรอบ ๆ และซับให้แห้งทุกครั้งหลังอุจจาระ/ ปัสสาวะราดหรือเปราะเปื้อน
- 3.3 เปลี่ยนเครื่องนอน (เช่น ผ้าปู/ ผ้าขาวเตียง) ทุกครั้งที่พบความเปียกชื้น หรือเปราะเปื้อน
- 3.4 ตรวจเครื่องนอน เช่น ผ้าปูที่นอน/ ผ้าขาวเตียง/ หมอน เป็นต้น ให้เรียบตึงและแห้งเสมอ
- 3.5 อบน้ำหรือเช็ดตัวผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เช็ดให้แห้ง
- 3.6 ถ้าผิวหนังผู้ป่วยแห้ง ใช้โลชั่น/ ครีม/ น้ำมันทาให้หลังเช็ดตัวหรืออาบน้ำ



3.7 จัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อย 8 – 10 แก้ว/ วัน หรือ 2,000 - 2.500 ซีซี/ วัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

3.8 เมื่ออากาศร้อน ผู้ป่วยมีเหงื่อซึมจนผิวหนังเปียกชื้น ได้เช็ดตัวและซับให้แห้ง

3.9 ถ้าผู้ป่วยมีไข้ ได้เช็ดตัวและซับให้แห้ง (อาจได้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา)

3.10 หลังการทำความสะอาดผิว ได้ตรวจสอบผิวหนังว่ามีผื่นแดง เบื่ออยู่ยุบ รอยถลอก หรือถุงน้ำขึ้นตามบริเวณที่เปียกชื้น

#### 4. การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย

4.1 ตรวจสอบทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารเกี่ยวกับการเคี้ยว/ กลืน/ ปวดฟัน/ เจ็บคอ/ เบื่ออาหาร/ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

4.2 ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา ดังนี้ (ตรวจสอบตามวิถีทางอาหารที่ได้)

4.2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางปาก ดูแลให้ได้รับปริมาณอย่างน้อย 2/ 3 ส่วน ตามที่จัดให้ทุกมื้อ (หรือมากกว่า)

4.2.2 ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง (NG) ดูแลให้ได้รับอาหารครบตามปริมาณที่กำหนดในแต่ละมื้อ (แม้มีการเลื่อนมืออาหาร)

4.2.3 ถ้าผู้ป่วยได้ IV ได้ดูแลให้ได้ครบตามแผนการรักษา / วัน

4.2.4 ถ้าผู้ป่วยได้ TPN (Total Parenteral Nutrition) / PPN (Partial Parenteral Nutrition) ได้ดูแลให้ได้ครบตามแผนการรักษา / วัน

4.3 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม (เช่น นม โอวัลติน เป็นต้น) เท่าที่ผู้ป่วยรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

4.4 บันทึกปริมาณอาหารและสารน้ำที่ได้รับทางปาก / NG / หลอดเลือดดำในแต่ละมื้อ

4.5 ตรวจสอบผิวหนังผู้ป่วยว่ามีผิวเรียบส้น มีความตึงตัว และยืดหยุ่นดีไม่แห้งลอก อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

เมื่อเกิดแผลกดทับให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล กล่าวคือ

แผลกดทับระดับที่ 1 รอยแดง พลิกดทับทุก 1 - 2 ชั่วโมง, ใช้ครีมหรือโลชั่นทาเบาๆ (โลชั่นทาซ้ำทุก 2 ชั่วโมง, ครีมทาซ้ำทุก 6 - 7 ชั่วโมง, น้ำมันทาซ้ำทุก 12 ชั่วโมง)



แผลกดทับระดับที่ 2 แผลมี Granulation tissue ใช้กระบอกฉีดยาไม่สวมเข็ม ใช้ Normal saline ชะล้าง ปิดทับด้วยผ้าก๊อซชุบ Normal saline ปิดด้วยแผ่นฟิล์มถนอมอาหาร แผลมี slough ใช้กระบอกฉีดยาใส่เข็มฉีดยา ชะล้าง ปิดแผลด้วยก๊อซชุบ Normal saline ปิดด้วยแผ่นฟิล์มถนอมอาหารแทนวัสดุปิดแผลสำเร็จรูป เพื่อลดต้นทุนในการทำแผล และลดระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ รวมถึงการลดความถี่ในการทำแผล เนื่องจากการปนเปื้อนของแผลจากอุจจาระ และปัสสาวะ ซึ่งหลักการทำแผลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล มุ่งกำจัดสิ่งคัดหลั่งที่มากเกินไปจากแผล รักษาความชุ่มชื้นให้กับแผล ป้องกันการติดเชื้อจากภายนอก เป็นฉนวนป้องกันไม่ให้เสียความร้อนจากแผล สามารถเปลี่ยนได้โดยไม่ต้องมีการบาดเจ็บแก่แผล และด้วยคุณสมบัติของแผ่นฟิล์มถนอมอาหาร (Polyvinylidene chloride) ที่มีองค์ประกอบเป็นพอลิเมอร์ร่วมแบบสุ่ม (Random copolymer) สังเคราะห์จากก๊าซธรรมชาติและเกลือแกง มีคุณสมบัติเสถียร สลายตัวยาก มีมวลน้อย เบา เป็นฉนวนความร้อนและไฟฟ้า มีคุณสมบัติเด่นคือมีการแพร่ของน้ำและก๊าซต่างๆ ต่ำ ทนต่อสารเคมีและตัวทำละลายต่างๆ ได้ดี สามารถรับและดูดซับแรงได้ดี สามารถนำมาใช้ประโยชน์โดยนำมาผลิตเป็นฟิล์มบรรจุอาหารและห่ออาหารที่ได้มาตรฐาน ตัวเชื่อมความร้อน และเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อศึกษาคุณสมบัติเปรียบเทียบกับวัสดุปิดแผลสำเร็จรูปพบว่ามีคล้ายคลึงกัน (Brain & Christopher, n.d.; Kwong & Chung, 1985; S. Thomas, n.d.)

แผลกดทับระดับที่ 3 – 4 แผลมี Necrosis แต่ไม่มี  
สิ่งคั่งหลัง เนื้อตายดำ กำจัดเนื้อตาย ใช้กระบอกล้างยาใส่  
เข็มฉีดยาชะล้าง ปิดแผลด้วยก๊อซชุบ Normal saline ปิด  
ด้วยแผ่นฟิล์มถนอมอาหาร แผลมีรู โพรงแผล เนื้อตาย มี  
สิ่งคั่งหลัง กำจัดเนื้อตาย ใช้กระบอกล้างยาใส่เข็ม ฉีดยา  
ชะล้างปิดทับด้วยก๊อซชุบ Normal saline ถ้ามีสิ่งขี้หลัง  
เป็นหนอง มีการอักเสบ รายงานแพทย์ เพาะเชื้อ  
รักษาการติดเชื้อ



ใช้สารละลาย 0.9% NSS  
ชะล้างแผล

ใช้ก๊อซชุบสารละลาย 0.9% NSS ปิด



ปิดแผลด้วยก๊อซแห้ง  
ปิดรอบๆ แผล  
ด้วยกาวสองหน้าชนิดบาง



ปิดทับด้วยแผ่นฟิล์มถนอมอาหาร

ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจำนวน 15  
ราย พบว่าสามารถใช้แนวปฏิบัติได้จริงแต่เกิดอุปสรรค  
ขาดแคลนด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันการเกิดแผล  
ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพลิกตะแคงตัว หมอนเล็กทรง  
ตามปุ่มกระดูก ครีมทาผิว และการใช้แผ่นฟิล์มถนอม  
อาหารมีความไม่สะดวกและใช้เวลานานในการทำแผล จึง  
ปรับเปลี่ยนวิธีการทำแผลโดยใช้กาวสองหน้าชนิดบางติด  
รอบ ๆ แผลก่อนปิดทับด้วยแผ่นฟิล์มถนอมอาหารในการ

ทำแผล ทำให้มีความสะดวกเพิ่มขึ้น ด้านอุปกรณ์ที่ช่วยใน  
การป้องกันการเกิดแผลขอสนับสนุนค่าใช้จ่ายจาก  
งบประมาณบำรุงโรงพยาบาล



แสดงการหาย  
ของแผลกดทับ  
จากการทำแผล  
โดยใช้  
แผ่นฟิล์มถนอมอาหาร

### ขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

จัดทำโปรแกรมให้ความรู้ด้านการใช้แบบประเมิน  
ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผล  
และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับกับบุคลากรในตึก  
ผู้ป่วยหนัก 2

ประเมินความรู้ของพยาบาลประจำการตึกผู้ป่วยหนัก  
2 ด้านปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ  
ตามรายการที่กำหนดในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเพื่อ  
ป้องกันการเกิดแผลดูแลผู้ป่วยที่มีแผล ตามรายการที่  
กำหนดในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจำนวน 14 รายการ

นำแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับ  
การรักษาในตึกผู้ป่วยหนัก 2 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์  
ถึงวันที่ 30 กันยายน 2549 รวมทั้งสิ้น 511 ราย สังเกต  
การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแล  
ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ตามมาตรฐาน และมีการประเมินผล  
การปฏิบัติงานเป็นระยะๆ ทั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยน  
กิจกรรมการพยาบาล ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และ  
สภาพปัญหา เพื่อกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

สอบถามความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามความพึง  
พอใจของพยาบาลประจำการตึกผู้ป่วยหนัก 2 จำนวน 9  
ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)  
ระดับคะแนน 1 – 5 โดยคะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อย  
ที่สุดและคะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง  
ความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

## ผลการดำเนินงาน

ประเมินความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลตึกผู้ป่วยหนัก 2 จำนวน 15 คน เมื่อดำเนินการศึกษาครบ 3 เดือน พบว่า มีระดับความรู้ความเข้าใจในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในระดับมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และระดับมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนผลการประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับพบว่ามีความรู้ความเข้าใจในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 6, 7, 1 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00, 46.67, 6.67, และ 6.67 ตามลำดับ

เมื่อดำเนินการนำแนวทางการปฏิบัติมาใช้ครบ 6 เดือน ได้ทำการสุ่มประเมินผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มศึกษาจำนวน 76 ราย ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 100 และในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีกดทับเดิมก่อนเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยหนัก และแผลกดทับที่เกิดใหม่ จำนวน 9 แผล ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ในระดับมากที่สุด จำนวน 5 แผล คิดเป็นร้อยละ 55.56 ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ในระดับปานกลางจำนวน 4 แผล คิดเป็นร้อยละ 44.44

อัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1000 วันนอนของผู้ป่วยตึกผู้ป่วยหนัก 2 เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ยลดลงจาก 14.05 เป็น 7.13 และไม่เกิดแผลกดทับเลยในเดือนสิงหาคมและกันยายน ปี 2549 ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับเข้ารักษามีจำนวนแผลกดทับก่อนย้ายเข้าตึกผู้ป่วยหนัก 2 เฉลี่ย 5.13 ครั้งต่อเดือน

การประเมินผลการประยุกต์ใช้มาตรฐานการพยาบาล ร่วมกับการใช้แผ่นฟิล์มถนอมอาหารในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พบว่า ความถี่ในการทำแผลลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระบ่อย เนื่องจากแผ่นฟิล์มถนอมอาหารช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของอุจจาระบริเวณสะโพกและก้นกบ ลดการติดเชื้อและส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้นกว่าการทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อสปิด

แบบเดิม สามารถลดภาระงานในการปฏิบัติการพยาบาลได้ เมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงระดับของแผล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงกันยายน พ.ศ. 2549 พบว่าอัตราการหายของแผลเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 21.37 แผลอยู่ในระดับเดิม ร้อยละ 66.13 และไม่มีแผลที่มีระดับความรุนแรงของแผลเพิ่มขึ้น

คำนวณค่าใช้จ่ายในการทำแผลโดยการใช้แผ่นฟิล์มถนอมอาหาร (Polyvinylidene Chloride) เปรียบเทียบกับการใช้วัสดุสำเร็จรูป ได้แก่ Tegaderm Absorbent, DuoDERM CGF, DuoDERM Signal พบว่ามีค่าใช้จ่าย 9, 128.38, 186.81, และ 268.61 บาทต่อวัน ตามลำดับ ซึ่งการทำแผลโดยการใช้แผ่นฟิล์มถนอมอาหารมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าวัสดุสำเร็จรูปประมาณ 14 - 29 เท่า

จากการสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ต่อการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลางและน้อยคิดเป็นร้อยละ 17.07, 67.40, 17.04, และ 1.49 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจเป็น 3.94 เรื่องที่พึงพอใจน้อยคือความสะดวกในการใช้ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โดยเฉพาะการใช้แผ่นฟิล์มถนอมอาหารทำแผลกดทับอย่างไรก็ตาม เมื่อปฏิบัติจนชำนาญแล้วก็สามารถบรรลุเป้าหมายในการทำงานได้

## สรุปและอภิปรายผลการนำแนวทางป้องกันและดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีแผลกดทับมาใช้

การดำเนินการนี้เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้ป่วยจากแผนกอายุรกรรม สภาวะผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะระบบการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ความยุ่งยากในการดูแล ได้รับการดูแลจากหน่วยงานอื่นมาก่อน และมีอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนย้ายเข้าตึกผู้ป่วยหนัก 2 เฉลี่ย 5.13 แผลต่อเดือนพบว่าเมื่อปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับ โดยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ ปี พ.ศ. 2549

จาก 14.05 เหลือ 7.13 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของระดับของแผลกดทับมากขึ้น ส่วนใหญ่แผลอยู่ในระดับเดิมคิดเป็นร้อยละ 66.13 และมีอัตราการหายของแผลคิดเป็นร้อยละ 21.37

การนำแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับจากงานวิจัยโดยชวนพิศ วงศ์สามัญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมาใช้ในการศึกษา ส่งผลให้บุคลากรเริ่มตระหนักในความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับมากขึ้น ซึ่งในการปฏิบัติงานประจำวันส่วนใหญ่พยาบาลในตึกผู้ป่วยหนักจะให้ความสำคัญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยมากกว่า นอกจากนั้นแบบประเมินยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ค้นหาค้นหาปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย สามารถใช้ทักษะเชิงวิชาชีพได้อย่างครอบคลุม

เมื่อประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยหนัก 2 จำนวน 15 คน พบว่ามีความรู้ เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้ทำการสุ่มประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้ว่าจะมีภาระงานที่มาก และมีความต้องการปฏิบัติงานที่เร่งด่วน ก็ได้รับความร่วมมือจากทีมพยาบาลเป็นอย่างดี

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับพบว่ามีความดีในการทำให้แผลลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระบ่อย แผ่นฟิล์มถนอมอาหารช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของอุจจาระบริเวณสะโพกและก้นกบลดการติดเชื้อ และส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้นกว่าการทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อสปิดแบบเดิม สามารถลดภาระงานในการปฏิบัติการพยาบาลได้ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการทำแผลระหว่างการใส่แผ่นฟิล์มถนอมอาหารกับวัสดุปิดแผลสำเร็จรูปพบว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้อย่างน้อย 14 เท่า ทำให้ค่าใช้จ่ายในการทำแผลต่อรายลดลง

จากการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พบว่ามีความพึงพอใจ ร้อยละ

77.33 โดยระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเป็น 3.94 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี

จากการปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ ลดผลกระทบที่เกิดจากการเกิดแผลกดทับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดโอกาสการติดเชื้อ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามควรปฏิบัติให้เกิดความต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินการ เพราะเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยหนักที่มีรุนแรงของโรคและความยุ่งยากซับซ้อน นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่มีการย้ายหน่วยงานหรือมีการรับเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าปฏิบัติงานในหน่วยงาน จึงควรมีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ใหม่ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ รวมทั้งควรมีการฟื้นฟูทักษะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่เดิมอย่างต่อเนื่องด้วย นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก 2 นำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายในการปฏิบัติงานการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นต่อไป

เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤต ซึ่งเมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นพยาบาลหอผู้ป่วยที่รับย้ายและญาติต้องมีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลตึกผู้ป่วยหนักจึงต้องให้ความสำคัญในการส่งต่อข้อมูลในการดูแลไปยังหน่วยงานอื่นและการให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยนอกจากนั้นพยาบาลควรตระหนักในบทบาทการเป็นผู้ประสานในสหสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับด้วย อาทิ แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เป็นต้น

และเนื่องจากยังมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับที่การดำเนินการครั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมถึง เช่น ภาวะ

โภชนาการ ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว ข้อจำกัดในการจัดทำพลิกตะแคงตัวจากการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ซึ่งพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องตระหนักในความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และปฏิบัติตามปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.ชาย ธีระสุด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ และนางเอื้อมพร ชรรณวิจิตรกุล หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศรีสะเกษ คุณมัทนา จิระกังวาน ประธานคณะกรรมการวิจัยกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- ชวนพิศ วงศ์สามัญญและคณะ. (2549). *การทดสอบแบบประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (รายงานการวิจัยโครงการย่อย 7). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง*. Unpublished วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย มหิดล, กรุงเทพฯ.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์, สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, อัญชนา ท่วมเพิ่มผล, & นภาพร อภิรดี วชิเรษฐ. (2544). *บูรณาการการดูแลแผลและออสโตมี*. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. (2545). *การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*. *พยาบาลสาร* (29), 1 - 12.
- วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. (2548). *การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- อภิชา ไชวินทะ, & กัลยาณี ยาวิลละ. (2541). *สภาพและปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังภายหลังการถูก*

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *เชียงใหม่เวชสาร*, 37(3-4 ), 49-57.

- Berlowitz, D. R., Brandeis, G. H., Anderson, J., Du, W., & Brand, H. (1997). Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*(52), M106-M110.
- Brain, E., & Christopher, D. J. (n.d.). Use of 3M™ Tegaderm™ Absorbent Clear Acrylic Dressing on Surgical Incision Wounds [Electronic Version].
- Graves, N., Birrell, F., & Whitby, M. (2005). Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infect Control Hosp Epidemiol* (26), 293-297.
- Kwong, Y. L., & Chung, C. H. (1985). The use of Tegaderm transparent dressing in the outpatient management of partial thickness burns. *Journal of Hong Kong Medical Association*, 37(4),187-9.
- National Decubitus Foundation. (n.d.). Cost savings through bed sore avoidance. Retrieved March 6, 2008, from <http://www.decubitus.org/Cost%20Savings%20through%20Bedsore%20Avoidance.htm>
- Reddy, M., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2006). Preventing Pressure Ulcer: A Systematic Review. *JAMA*, 23(296), 974 - 984.
- Staas, W. E., Jr, & Cioschi, H. M. (1991). Pressure sores-a multifaceted approach to prevention and treatment. *West J Med*(154), 539-544.
- Thomas, D., Goode, P., Tarquine, P., & Allman, R. (1996). Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *J Am Geriatr Soc*(44), 1435-1440.
- Thomas, S. (n.d., December 12, 1997). SMTL dressings datacard. Retrieved March 6, 2008 from <http://www.dressings.org/Dressings/tegaderm.html>