



คู่มือการพยาบาล  
การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน  
ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว



นางธิติมา ตั้งพิมลจิตต์  
งานการพยาบาลปฐมภูมิ  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2563

คู่มือการพยาบาล  
การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว

นางธิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์  
พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

งานการพยาบาลปฐมภูมิ  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
2563

คณะกรรมการตรวจสอบคู่มือพยาบาล

  
.....  
(พว.จุฬาพร ประสงค์)

ที่เล็งคู่มือพยาบาล

  
.....  
(นายแพทย์วิชัย ฉัตรธนาวารี)

ผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือพยาบาล

  
.....  
(รศ.ดร.จงจิตต์ เสน่หา)

ผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือพยาบาล

ลิขสิทธิ์ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล

## คำนำ

แผลกดทับเป็นภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับทำให้ได้รับความไม่สุขสบาย มีความเจ็บปวดเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ ยังส่งผลไปถึงครอบครัว ชุมชน สถานบริการ โรงพยาบาล เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงต้องมีความเข้าใจสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดแผลกดทับเพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงได้เรียบเรียงเนื้อหาคู่มือการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวขึ้น เพื่อให้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาล หน่วย พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ งานการพยาบาลปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่มาศึกษาดูงาน โรงพยาบาลศิริราช ได้นำความรู้ความเข้าใจไปเป็นแนวทางให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งจาก นายแพทย์วิชัย ฉัตรชนวารี อาจารย์ประจำสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สังกัดภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รศ.ดร.จงจิต เสน่หา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และพว.จุฬาพร ประสงค์ิต พยาบาลผู้อำนวยการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้กรุณาแนะนำและตรวจสอบเนื้อหาให้สมบูรณ์และถูกต้อง และภาพถ่ายที่ใช้ในคู่มือการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจน พว.เพ็ญรพี ผู้ทรงธรรม หัวหน้างานการพยาบาลปฐมภูมิ พว.วรรณวลี คชสวัสดิ์ หัวหน้าหน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่คอยให้คำปรึกษา สนับสนุนในการจัดทำคู่มือการพยาบาล พี่ๆน้องๆ หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพทุกคน และครอบครัวที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ธิดิมา ตั้งพิมลจิตต์

ผู้จัดทำ

2563

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
สารบัญเนื้อหา	ii
สารบัญภาพ	iii
สารบัญแผนภูมิ	iv
<b>บทที่</b>	<b>หน้า</b>
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล	2
คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ	3
<b>บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ</b>	
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	5
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	9
โครงสร้างงานการพยาบาลปฐมภูมิ	10
โครงสร้างหน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	11

### บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว

ความหมายของการจำกัดการเคลื่อนไหว (immobility)	12
ความหมายของแผลกดทับ (pressure injury)	12
กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของผิวหนัง	13
พยาธิสรีรวิทยาแผลกดทับ	14
ตำแหน่งแผลกดทับ	15
คำจำกัดความแผลกดทับ (pressure injury)	16
ระดับแผลกดทับ	17
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ	21
การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว	24
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	25

### บทที่ 4 หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	36
กรณีศึกษา	49

### บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

64

### บรรณานุกรม

73

### ภาคผนวก

ก. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	76
ข. เครื่องมือ แบบประเมิน	77
ค. ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	81

## สารบัญรูปภาพ

รูป	หน้า
รูปที่ 1 กายวิภาคศาสตร์ของผิวหนัง	13
รูปที่ 2 ระดับแรงกดที่ปุ่มกระดูก	14
รูปที่ 3 ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับที่พบบ่อยในท่านินหงาย ท่านอนตะแคง และท่านอนคว่ำ	16
รูปที่ 4 ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับในท่านั่ง	16
รูปที่ 5 แผลกดทับระดับ 1	17
รูปที่ 6 แผลกดทับระดับ 1	17
รูปที่ 7 แผลกดทับระดับ 2	18
รูปที่ 8 แผลกดทับระดับ 2	18
รูปที่ 9 แผลกดทับระดับ 3	18
รูปที่ 10 แผลกดทับระดับ 3	18
รูปที่ 11 แผลกดทับระดับ 4	19
รูปที่ 12 แผลกดทับระดับ 4	19
รูปที่ 13 Unstageable	19
รูปที่ 14 Unstageable	19
รูปที่ 15 Deep Tissue Pressure Injury	20
รูปที่ 16 Deep Tissue Pressure Injury	20
รูปที่ 17 Medical Device Related Pressure Injury (MDRPI)	20
รูปที่ 18 แรงไถลและแรงเสียดสีที่เกิดขึ้นจากการยกศีรษะสูง	22
รูปที่ 19 ตัวอย่างการใช้โพลียูรีเทน โฟม (Polyurethane foam)	26
รูปที่ 20 การปิดพลาสติกสายสวนปัสสาวะกับผิวหนัง	26
รูปที่ 21 การปิดพลาสติกที่ Nasogastric tube	27
รูปที่ 22 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่ท่อหลอดลมคอ	27
รูปที่ 23 ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูก	28
รูปที่ 24 ตัวอย่าง Polyurethane foam	28
รูปที่ 25 การตรวจสอบที่นอนลม	29
รูปที่ 26 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผ้ายก	29

รูปที่ 27 การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพียงลำพัง	30
รูปที่ 28 การจัดทำอนหงายศีรษะสูงกรณีที่เตียงผู้ป่วยสามารถปรับระดับได้	30
รูปที่ 29 การจัดทำอนหงายศีรษะสูงกรณีที่เตียงผู้ป่วยไม่สามารถปรับระดับได้	31
รูปที่ 30 การจัดทำอนตะแคงกึ่งหงาย	31
รูปที่ 31 การจัดทำเส้นเท้าลอย	32
รูปที่ 32 การยกตัวลดแรงกด ขณะผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น	32
รูปที่ 33 ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนา	33
รูปที่ 34 ห่วงยาง (rubber ring/donut-type)	39
รูปที่ 35 ถูมมือยางใส่น้ำ	39

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	9
แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างงานการพยาบาลปฐมภูมิ	10
แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างหน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	11

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากสภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว (immobility) เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยอัมพาต ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้พิการและผู้ไร้ความสามารถจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวมีโอกาสเกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดการทำลายเฉพาะที่ของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและเกิดเนื้อตาย<sup>1,2</sup> เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต<sup>3</sup>

จากสถานการณ์การเกิดแผลกดทับสูงขึ้นทั่วโลก พบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 2.2 – 23.9<sup>4</sup> สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 10.8 – 11.18 หรือคิดเป็นอัตราการเกิดแผลกดทับ 0.58–3.64ต่อ1,000วันนอน<sup>5, 6</sup> จากการศึกษาของช่อผกาและศิริอร พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ร้อยละ 86.4 ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว และการเปลี่ยนท่า ซึ่งมักพบว่าทำไม่ถูกวิธี ทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสี การไถลจากการลาก การดึงตัวผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงเสียดสี และแรงเฉือนมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดแผลกดทับ<sup>7, 8</sup> แผลกดทับจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างความเจ็บปวดทรมาน นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อน ในการรักษา ระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วย<sup>9, 10</sup> หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ งานการพยาบาล ปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช มีภารกิจหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ในปีพ.ศ. 2558-2559 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวมีอัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.93 และ 15 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.05 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน สาเหตุอันเนื่องมาจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ขาดความมั่นใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ อีกทั้งผู้ป่วยหลายรายขาดผู้ดูแลหลัก หรือมีการเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วย

พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ สอนทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยประเมินความเสี่ยง และการป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ ผู้ดูแลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพได้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน สามารถสอนทักษะ การปฏิบัติแก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว รวมถึงสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว โดยลดการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นที่บ้าน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวไม่เกิดแผลกดทับและได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

### ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล

คู่มือการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อการป้องกันแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว

### คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ

**การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility)** หมายถึง ภาวะการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนที่อย่างอิสระจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง และเป็นการจำกัดกิจกรรมและหรือการเคลื่อนไหวร่างกายของกล้ามเนื้อ กระดูกและ ข้อต่างๆรวมถึงอวัยวะภายในร่างกายให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่เกิดอันตราย และความเสียหายต่อชีวิตต่อโครงสร้าง หน้าที่อวัยวะนั้นๆ อันเกิดจาก การเดิน การขึ้นลงบันได การเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือจากท่านั่งมาเป็นท่านยืนเป็นผล ให้การดำรงชีวิตอยู่ในพื้นที่จำกัดได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่นอนเตียงเท่านั้น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้พิการและผู้ไร้ความสามารถจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย<sup>11, 12</sup>

**แผลกดทับ (Pressure Injury)** หมายถึง การถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย และการรักษาอุปกรณ์อื่นๆ ลักษณะของการบาดเจ็บ อาจแสดงในรูปแบบของผิวหนังที่ไม่เกิดการฉีกขาดหรือเกิดเป็นแผล และอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกด และการถูกกดทับเป็นระยะเวลาานาน หรือเกิดจากแรงกดร่วมกับแรงไถล ยังขึ้นอยู่กับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดเนื้อเยื่อภาวะโรคร่วม และสภาพของเนื้อเยื่อ<sup>13</sup>

## บทที่ 2

### บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ สังกัดงานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในและนอกสถานบริการตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศิริราช ตลอดจนประชาชน ครอบครัว ชุมชน ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต

หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพให้การบริการผู้ป่วยนอกและให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านดังต่อไปนี้

#### การบริการผู้ป่วยนอก

1. **ฝากครรภ์** ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติ โดยส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คัดกรองภาวะแทรกซ้อน และประสานส่งต่อโรงพยาบาลศิริราชในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ในวันจันทร์ พุธ และพฤหัสบดี เวลา 8.00 น.-12.00 น. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้รับความปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์

2. **ตรวจสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี** โดยมีการคัดกรองภาวะโภชนาการ ประเมินพัฒนาการตรวจสุขภาพช่องปาก และให้วัคซีนตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ในวันอังคาร และพฤหัสบดี เวลา 13.00 น.-15.00 น. เพื่อให้เด็กสุขภาพดีมีพัฒนาการสมวัยได้รับภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด

3. **ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา** โดยตรวจในผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการตามสิทธิด้วยเครื่อง fundus camera ณ หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ทุกวันศุกร์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเวลา 8.00 น - 12.00 น. และศูนย์บริการสาธารณสุขเครือข่ายศิริราช

#### การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซับซ้อน ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเฉาะโรคได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเสื่อม เด็กออทิสติก ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยดาวน์ซินโดรม ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการการดูแลตนเองได้โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัว

เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล และชุมชน วางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม จนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (patient care team) ในกลุ่มโรคสำคัญ อาทิเช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative) ผู้ป่วยโรคหอบหืด (asthma) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นต้น ตลอดจนจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ขาดแคลนแหล่งสนับสนุนให้สามารถจำหน่ายได้ตาม แผนการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว และด้านโรงพยาบาล

### ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. วางแผนมอบหมายงานแก่ผู้ร่วมทีมการพยาบาล ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลให้เหมาะสม ตามความสามารถของบุคลากรในทีมการพยาบาล
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านการรักษาร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ข้อมูล แนวทางการรักษา และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง
3. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกของญาติ ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย และญาติสามารถจัดการดูแลตนเองได้
4. ติดตาม ประเมินผลการทำงานของทีมพยาบาล โดยวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดแข็งของทีม แต่ละคนทั้งด้านความรู้ ทักษะเพื่อปรับจุดอ่อนของทีมและให้การปฏิบัติงานของทีมเป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม
5. สอนงาน และเป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ร่วมทีมที่อ่อนอาวุโส เพื่อให้ทีมมีความรู้ ความสามารถเกิด ประสิทธิภาพ ทักษะการประเมินปัญหา การตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
6. ใช้กระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี โดยใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพเช่น เครื่องมือ Continuous quality improvement (CQI) โดยมี เป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย
7. เป็นผู้ร่วมทีมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
8. เป็นผู้นำทีมการพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงและเตรียมรุดอุปกรณ์ให้พร้อมใช้
9. สอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วย
  - 9.1 ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับภาวะ โรคที่เป็น การปฏิบัติตัวให้ เหมาะสมกับโรค และการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย
  - 9.2 ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะ โรคการใช้อุปกรณ์เช่น เครื่อง ผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

10. ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดภัย

ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านมีขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

1. มอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurses) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคล โดยจะขึ้นเยี่ยม และประเมินผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ตามรายชื่อผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช จะมีการแจ้งผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล หรือ พยาบาลจากหอผู้ป่วยส่งแบบส่งต่อเพื่อการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านมายังหน่วยงาน

2. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดังนี้ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยอย่างละเอียด การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา รวมทั้งประวัติส่วนตัวและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการประเมินปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อง่ายต่อการวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพวางแผนการดูแล พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ประสานงานกับหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและ นอกโรงพยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์แผนไทย ประยุกต์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ทำแผล อุปกรณ์ดูดเสมหะ เป็นต้น สอนสาธิตและทวนซ้ำในการดูแลเช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวที่บ้าน โดยวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวที่บ้าน โดยกำหนดเกณฑ์ในการเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายและมีการโทรศัพท์นัดหมายเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล่วงหน้าก่อน 1 สัปดาห์ กำหนดเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาล จัดเตรียมยานพาหนะ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการพยาบาล และเอกสารที่ใช้ในการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่กำหนดไว้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบคลุมด้าน กาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมแหล่ง

ประโยชน์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยอาศัยเครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (barthel activities of daily living) ประเมินการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของญาติ และผู้ดูแล ทำการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ ประเมินภาวะด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อหาแนวทางในการป้องกันความเครียดในผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม(8Q) ฝึกทักษะของญาติผู้ดูแล (caregiver training) โดยการสอนสาธิต ในการดูแลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การยกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น พร้อมทั้งให้ความรู้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่อง เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา หรือสาธิตการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ฝึกทักษะในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ แผลกดทับ ให้ความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลภายในบ้านให้ถูกสุขลักษณะ ร่วมวางแผนกับผู้ป่วย ผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัย ทำการบันทึก รายงานผลการเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวอย่างละเอียด ในทะเบียนแฟ้มประวัติสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนการเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวในครั้งต่อไป ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย หน่วยงานจะมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบสารสนเทศ (information technology) ด้วยโปรแกรม eHHC-BKK โรงพยาบาลศิริราชและโปรแกรม eHHC-BKK ปฐมภูมิศิริราช เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยละเอียด เกิดความสะดวก รวดเร็ว สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม ทันทีทั้งนี้ การมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดี จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการประเมิน การติดตามแผนการดูแล เพื่อการพัฒนามาตรฐานการดูแล ทำให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่อย่างเต็มที่

4. วิเคราะห์ระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และบริบทของหน่วยงาน เกี่ยวกับภารกิจ ลักษณะงาน ลักษณะของผู้ป่วย ความเสี่ยง อุบัติการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

5. ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองแผนปฏิบัติการ รวมถึงกำหนดตัววัดผลการดำเนินงานที่สำคัญ (key performance indicators: KPIs) และกลยุทธ์ที่ชี้นำการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

6. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดแข็งของบุคลากรแต่ละคนทั้งด้านความรู้ ทักษะเพื่อนำไปวางแผนพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ

7. เป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่เป็นผู้สอน ให้คำแนะนำกับพยาบาลที่มาศึกษาดูงาน

และเป็นผู้ให้คำปรึกษากับบุคลากรอื่น

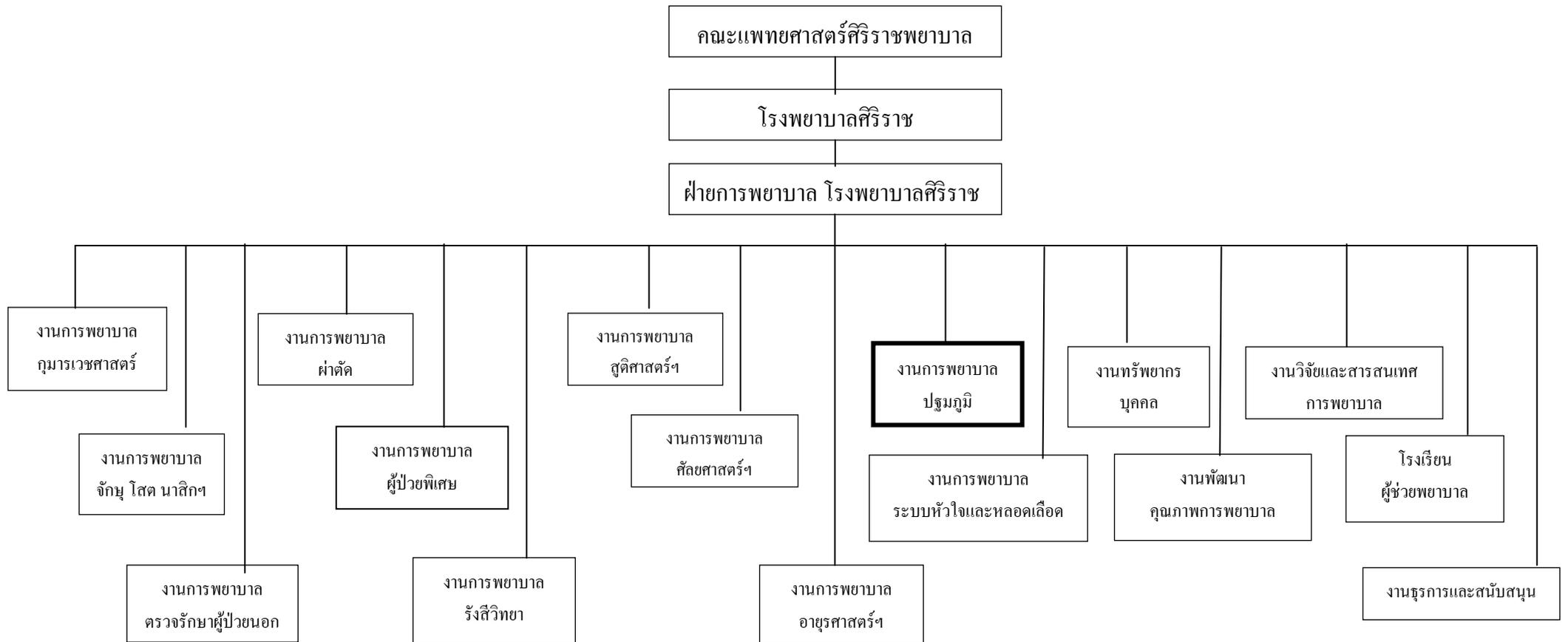
8. ประสานงานกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

9. ร่วมพัฒนาระบบการบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ให้มีความเพียงพอพร้อมใช้งานได้ทันที และมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การวางแผนสรรหา การบำรุงรักษา การตรวจสอบความพร้อมใช้งาน ประสิทธิภาพของการใช้งาน การทำปราศจากเชื้อ การบำรุงรักษา การสอบเทียบ เครื่องมือรวมทั้งร่วมพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการใช้และดูแลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องมือ บำรุงรักษาเครื่องมือที่ถูกต้อง

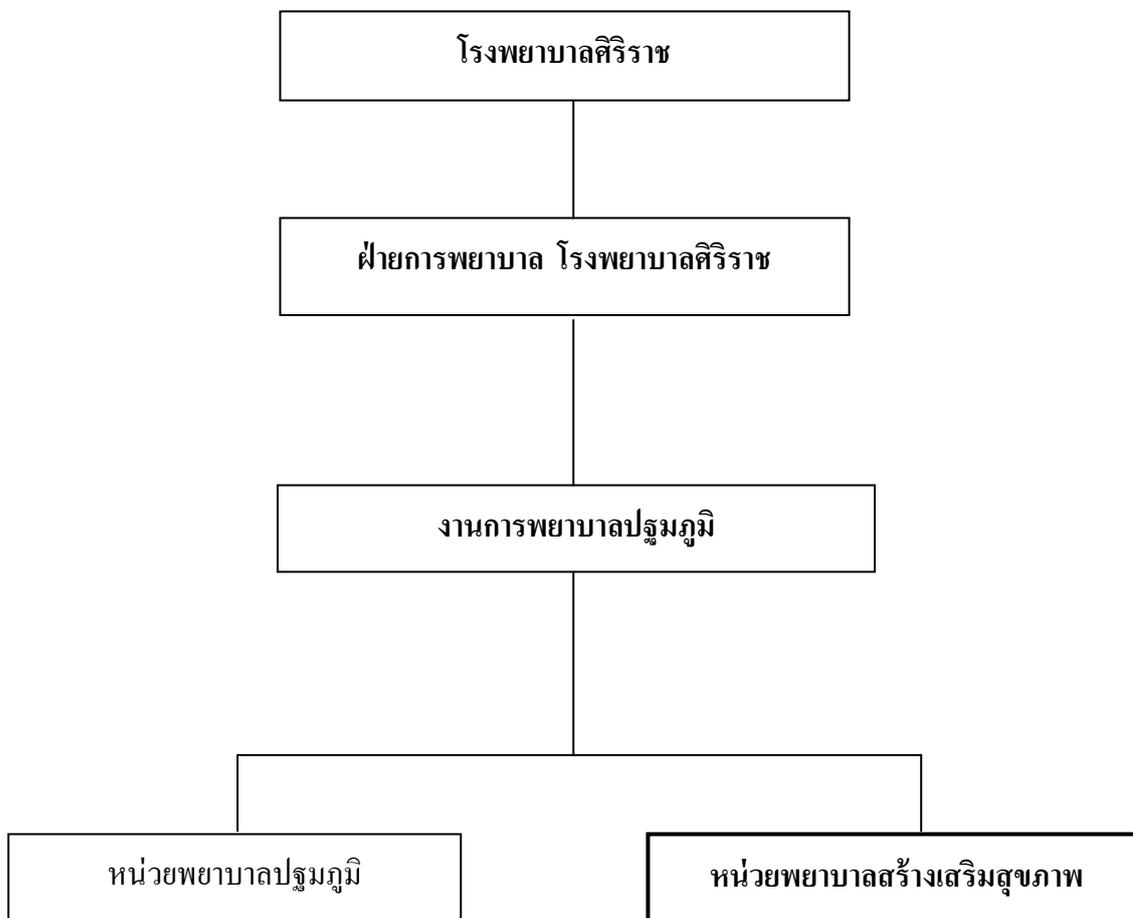
10. รับผิดชอบดูแลสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาดถูกสุขลักษณะปลอดภัย เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานสำหรับผู้มาใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงาน และบุคลากรในทีมสุขภาพ

11. เป็นวิทยากร อาจารย์ช่วยสอนแก่ นักเรียนผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษาพยาบาล พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด การพยาบาลผู้ป่วย palliative นักศึกษาปริญญาโทในสาขาวิชาชีพ นักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์และ ผู้มาศึกษาดูงานทั้งใน และต่างประเทศ

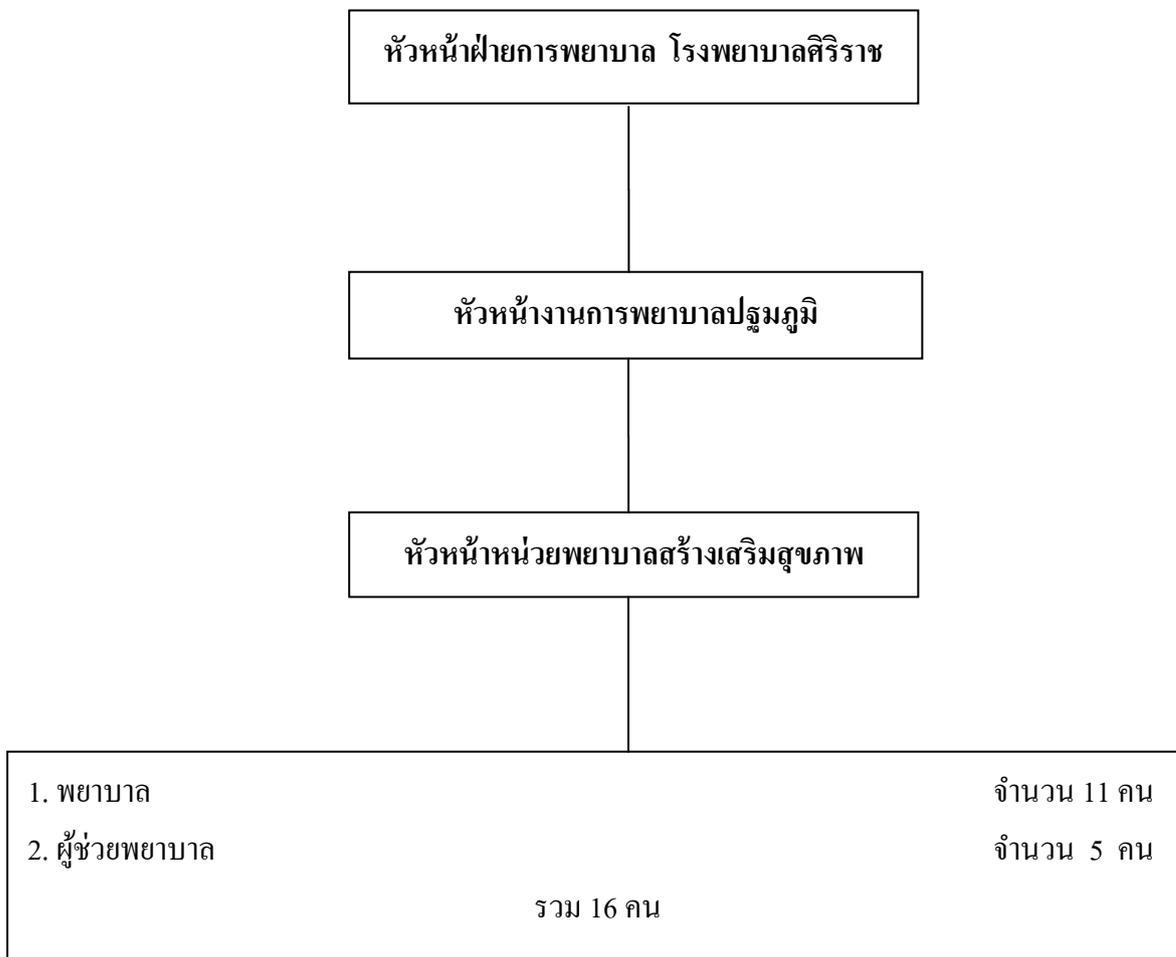
# แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



## แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างงานพยาบาลปฐมภูมิ



## แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างหน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ



### บทที่ 3

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว

### การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility)

การจำกัดการเคลื่อนไหว (immobility) คือภาวะการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนที่อย่างอิสระจากที่หนึ่ง ไปยังอีกที่หนึ่ง และเป็นการจำกัดกิจกรรมและหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่างๆรวมถึงอวัยวะภายในร่างกายให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่เกิดอันตราย และความเสียหายต่อชีวิตต่อโครงสร้างและหน้าที่อวัยวะนั้นๆ อันเกิดจากการเดิน การขึ้นลงบันได การเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือจากท่านั่งมาเป็นท่านยืนเป็นผลให้การดำรงชีวิตอยู่ในพื้นที่จำกัดได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่นอนเตียง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้พิการและผู้ไร้ความสามารถเล็กน้อยจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย เป็นต้น<sup>11, 12</sup> ซึ่งในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเคลื่อนไหวร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น แผลกดทับ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่ร่างกายถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดแรงกดทับที่ผิวหนังทำให้เกิดแผลกดทับได้

### แผลกดทับ (Pressure Injury)

แผลกดทับเป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมได้ลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา อีกทั้งความรู้สึกตัวลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การยกตัว การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น ทำให้เกิดแรงกดและแรงไถล เกิดแผลกดทับได้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวต้องมีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเนื้อหาเกี่ยวกับแผลกดทับในบทนี้ ได้แก่

- กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของผิวหนัง
- พยาธิสรีรวิทยาแผลกดทับ
- ตำแหน่งแผลกดทับ

- คำจำกัดความแผลกดทับ
- ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ
- การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว
- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของผิวหนัง

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดและ ปกคลุมทั่วร่างกายประกอบด้วยต่อมเหงื่อ ต่อมไขมัน รูขุมขน เส้นเลือด เส้นประสาทส่วนปลายเป็นต้น มีน้ำหนักร้อยละ 15-20 ของน้ำหนักรวมของร่างกาย มีพื้นที่ผิวประมาณ 1.5-2 ตารางเมตร ความหนาของผิวหนังอยู่ระหว่าง 0.5-6 มิลลิเมตร ความหนา จะแปรผันตามส่วนต่างๆของร่างกาย เพศ อายุ โดยเพศชายจะมีความหนาของชั้นผิวหนังมากกว่าเพศหญิง เด็กผิวหนังจะบางกว่า ชั้นของผิวหนังประกอบด้วย 3 ชั้น ได้แก่ หนังกำพร้า (epidermis) หนังแท้ (dermis) และชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue, adipose tissue, hypodermis)<sup>15</sup> ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กายวิภาคศาสตร์ของผิวหนัง

ที่มา:ดัดแปลงจาก Hamm RL. Anatomy and Physiology of the Integumentary System. In: Hamm RL, editors. Text and Atlas of wound diagnosis and Treatment. New York: McGrawHill<sup>15</sup>

หนังกำพร้า (epidermis) เป็นชั้นที่เรามองเห็นอยู่ด้านนอกสุด ทำหน้าที่ปกป้องร่างกาย จากสิ่งแวดล้อมภายนอก ในชั้นนี้ไม่มีหลอดเลือด เส้นประสาทและต่อมต่างๆ นอกจากเป็นทางผ่านของเหงื่อ เส้นขนและไขมันเท่านั้น หนังกำพร้าแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ หนังกำพร้าชนิดบาง (thin epidermis) พบโดยทั่วไปมีความหนาประมาณ 0.1 มิลลิเมตร เช่น ใบหน้า ตามลำตัว แขนขาเป็นต้นและหนังกำพร้าชนิดหนา (thick epidermis) พบที่ฝ่ามือและฝ่าเท้าจะมีความหนาเพิ่มขึ้นหลายเท่า (0.4-1.5มิลลิเมตร) เพื่อรองรับน้ำหนักและแรงเสียดสี

หนังแท้ (dermis) เป็นผิวหนังชั้นล่างถัดจากหนังกำพร้า (epidermis) แต่หนากว่าหนังกำพร้า มีความหนาเฉลี่ยประมาณ 1-4 มิลลิเมตร ตรงบริเวณของชั้นหนังกำพร้าที่ต่อกับชั้นหนังแท้จะมีรอยหยักคล้ายลูกคลื่นของ epidermis ที่ยื่นเข้าไป dermis ที่ยื่นเข้าไป epidermis pegs หรือ epidermis

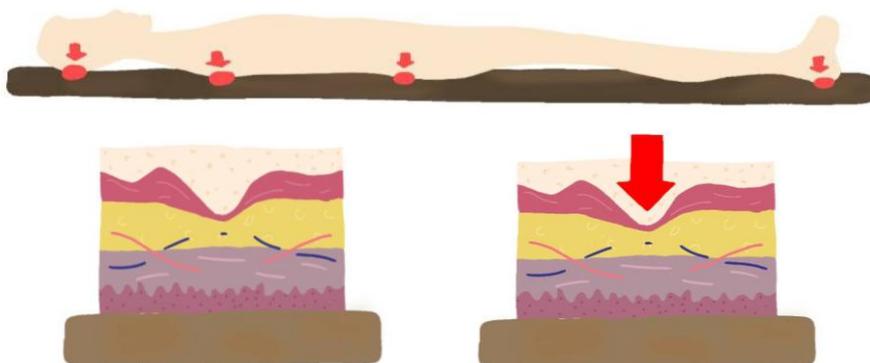
ridges ลักษณะโครงสร้างดังกล่าว ทำให้ชั้นหนังกำพร้า (epidermis) ไม่หลุดออกจากชั้นหนังแท้ (dermis) ได้โดยง่ายและ ที่สำคัญเป็นการเพิ่มพื้นผิวสัมผัส ทำให้เลือดจากชั้นหนังแท้ส่งผ่านไปเลี้ยง ชั้นหนังกำพร้ามากขึ้น

ไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue, adipose tissue, hypodermis) มีหน้าที่เป็นฉนวน ป้องกันแรงกระทบกระแทกจากภายนอกเก็บพลังงานไว้ใช้ในยามจำเป็นและทำให้ผิวหนังสามารถ เคลื่อนไหวได้โดยไม่ติดกับอวัยวะที่อยู่ข้างใต้ ชั้นไขมันประกอบด้วยเซลล์ไขมัน (fat cell) ซึ่งอยู่ รวมกันเป็นกลุ่ม (lobule) โดยมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) เป็นseptum กั้นระหว่างกลุ่ม ใน septum ประกอบด้วยเส้นประสาทหลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง

### พยาธิสรีรวิทยาแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกดที่มีต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังแรงกดที่เป็น สาเหตุของแผลกดทับคือแรงกดและแรงไถล แรงกดเป็นแรงตั้งฉากที่ส่งผลโดยตรงเฉพาะที่ และเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดและออกซิเจน ในท่านอนบริเวณที่แรงกดสูงคือ ท้ายทอย เหนือกระดูกก้นกบและส้นเท้า ส่วนในท่านั่งพบบริเวณกระดูก ischial tuberosities ขณะที่ ท่านอนตะแคงพบแรงกดสูงบริเวณปุ่มกระดูกต้นขา

ปริมาณแรงกดที่เกิดกับผิวหนังมีความแตกต่างกันขึ้นกับความหนาบางของเนื้อเยื่อเช่น บริเวณที่มีเนื้อเยื่อหนาทำให้แรงกดบริเวณนั้นลดความแรงลง ในขณะที่แรงกดเท่าเดิม ถ้าเกิด บริเวณที่มีเนื้อเยื่อบางกว่าจะส่งผลให้ปริมาณแรงกดเพิ่มขึ้น ดังนั้นแผลกดทับเกือบทั้งหมดจึงมักพบ บริเวณปุ่มกระดูกเพราะเป็นบริเวณที่มีเนื้อเยื่อบางกว่าที่อื่นบริเวณที่เป็นส่วนของปุ่มกระดูกแรงกด จะมากกว่าบริเวณแรงกดด้านนอก ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อชั้นในสุดบริเวณปุ่มกระดูกถูกทำลายมากที่สุด และขยายออกมาถึงพื้นผิวด้านนอก<sup>16, 17, 18</sup> ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ระดับแรงกดที่ปุ่มกระดูก

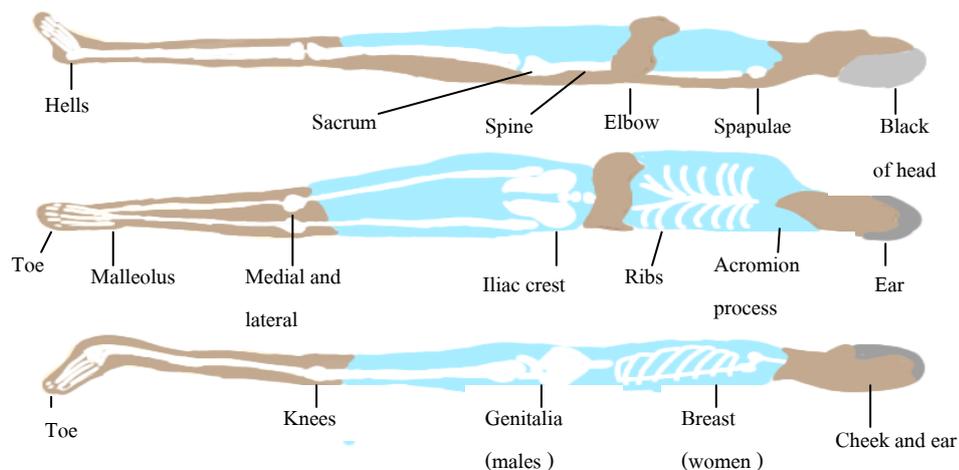
ที่มา:ดัดแปลงจาก <https://www.mcnhealthcare.com/changing-terminology-pressure-ulcer-now-to-be-referred-to-as-pressure-injury/><sup>18</sup>

การเกิดแผลกดทับที่มีสาเหตุจากแรงกด มีความเกี่ยวข้องกับความแรงของแรงกด (intensity of pressure) ระยะเวลาที่กด (duration of pressure) และความทนทานของเนื้อเยื่อ (tissue tolerance) ถ้าปริมาณแรงกดบริเวณผิวหนังมากกว่าแรงดันต่ำสุดของหลอดเลือดฝอย ส่งผลให้หลอดเลือดฝอยตีบ เลือดผ่านไม่ได้ เกิดการขาดเลือดและเนื้อเยื่อตายได้ มีการศึกษาแรงกดที่ส่งผลทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนังปิดลง (capillary closing pressure) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 12-32 mmHg<sup>19</sup> ดังนั้นถ้าแรงกดภายนอกบริเวณที่ผิวหนังสัมผัสกับพื้นมีขนาดมากกว่า 32 mmHg จะทำให้หลอดเลือดฝอยปิด ขัดขวางการส่งผ่านออกซิเจนและอาหารไปสู่เนื้อเยื่อ แต่ในคนแข็งแรงปกติ ถึงแม้ว่ามีแรงกดบริเวณผิวหนังสัมผัสพื้นมากกว่า 32 mmHg ไม่สามารถทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดได้ เนื่องจากคนปกติ จะมีการขยับตัวเมื่อรู้สึกไม่สบาย ในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกลดลงหรือสูญเสียไป เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไม่สามารถตอบสนองได้ ทำให้มีการขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน ได้มีการทดลองวัดแรงกดบริเวณผู้ป่วยที่สัมผัสบนที่นอนพบว่า แรงกดจุดที่ผิวหนังสัมผัสที่นอนมีขนาด 150 mmHg และเมื่อนั่งจะมีแรงกด 300 mmHg ถ้าผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเลยจะมีผลให้เกิดเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงได้ แต่ถ้ามีการเคลื่อนไหวทุก 2 ชั่วโมง แรงกดจะลดเหลือ 70 mmHg การลดแรงกดเป็นพักๆจะช่วยลดการเกิดอันตรายและ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้<sup>20</sup>

นอกจากปริมาณแรงกดและเวลาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ความทนทานของเนื้อเยื่อ (Tissue tolerance) เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ ในคนที่ผิวหนังแข็งแรงจะทนต่อแรงกดได้ดีกว่าคนที่ผิวหนังอ่อนแอ ทั้งนี้เพราะผิวหนังแข็งแรงจะมีความยืดหยุ่นสูง ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแรงของผิวหนัง ได้แก่ ความชื้น โภชนาการ อายุ อุณหภูมิผิวหนัง การสูบบุหรี่และความเครียด เป็นต้น<sup>16,17</sup>

### ตำแหน่งแผลกดทับ

แผลกดทับส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก พบการเกิดแผลกดทับบริเวณครึ่งล่างของลำตัวถึงร้อยละ 95 โดยพบที่บริเวณกระดูกเชิงกรานร้อยละ 65 และบริเวณแขนขาร้อยละ 30 บริเวณที่พบบ่อยคือ บริเวณก้นกบ สะโพก ส้นเท้า แผลกดทับอาจเกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับ เช่น บริเวณใต้เฝือก splint หรือ cervical collar เป็นต้น ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับแตกต่างกันขึ้นอยู่กับท่านอนต่างๆ ท่านอนหงายพบแผลกดทับบริเวณส้นเท้า กระดูกก้นกบ ข้อศอก สะบัก กระดูกสันหลังและท้ายทอย ท่านอนตะแคง พบแผลกดทับบริเวณตาตุ่ม กระดูกต้นขา และกระดูกสันหลัง สะโพก ท่านอนคว่ำพบแผลกดทับบริเวณเข่าหน้าแข้งและกาง ดังรูปที่ 3 ในท่านั่งมักจะพบการเกิดแผลกดทับบริเวณไหล่ ข้อศอก กระดูกก้นและ ส้นเท้า<sup>21,22</sup> ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับที่พบบ่อยในท่านอนหงาย ท่านอนตะแคงและท่านอนคว่ำ  
ที่มา:ดัดแปลงจาก Saunders. Elsevier items and derived items: An import of Elsevier Inc; 2007<sup>23</sup>



รูปที่ 4 ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับในท่านั่ง

ที่มา:ดัดแปลงจาก [http://gatlineducation/demo/PTA\\_Demo/html/L05/L05CH01P01.html](http://gatlineducation/demo/PTA_Demo/html/L05/L05CH01P01.html)<sup>24</sup>

#### คำจำกัดความแผลกดทับ ( Pressure injury)

แผลกดทับ หมายถึง การถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกหรือ บริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ ทางกายภาพที่ใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาและอุปกรณ์อื่นๆ ลักษณะของการบาดเจ็บ อาจแสดงในรูปแบบของผิวหนังที่ไม่เกิดการนิ่ม ขาดหรือเกิดเป็นแผลและ อาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกดและหรือ การถูกกดทับเป็นระยะเวลาานาน หรือ เกิดจากแรงกดร่วมกับแรงไถล

ยังขึ้นอยู่กับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ภาวะโรคร่วมและสภาพของเนื้อเยื่อ<sup>13</sup>

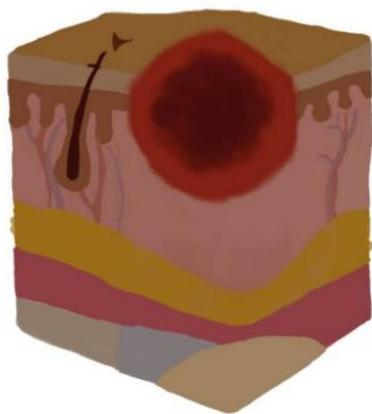
### ระดับแผลกดทับ

การแบ่งระดับแผลกดทับขึ้นอยู่กับการมองเห็นและการคลำ สะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย ระบุจากระดับของเนื้อเยื่อลึกที่สุดที่ถูกทำลาย<sup>20</sup> ตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับของแผลกดทับ the national pressure ulcer advisory panel (NPUAP) pressure injury staging 2016<sup>1</sup> ได้มีการปรับคำศัพท์เฉพาะ โดยให้เปลี่ยนจาก pressure ulcer เป็น pressure injury เป็นการเปลี่ยนคำให้ตรงกับลักษณะของแผลกดทับที่ชั้นของผิวหนังถูกทำลาย ทั้งผิวหนังยังไม่ฉีกขาดและ ผิวหนังที่ฉีกขาดซึ่งคำว่า pressure injury เป็นคำที่ครอบคลุมและ ตรงตามคำจำกัดความของแผลกดทับระดับ 1 และ deep tissue pressure injury ที่เนื้อเยื่อผิวหนังได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายแต่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด ขณะที่แผลกดทับระดับ 2 ระดับ 3 และระดับ 4 เนื้อเยื่อผิวหนังได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลายจนผิวหนังฉีกขาด<sup>13</sup>

คำจำกัดความของการแบ่งระดับแผลกดทับ 4 ระดับ และ 2 ลักษณะ มีรายละเอียดดังนี้

#### แผลกดทับระดับ 1 (pressure injury: non-blanchable erythema of intact skin)

ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด เกิดรอยแดงเฉพาะที่และ รอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง ในผู้ที่มีผิวคล้ำอาจพบผิวหนังมีรอยแดงและรอยแดงจางลงเมื่อนิ้วมือกดหรือ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้สัมผัส การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ หรือผิวหนังแข็งตัวขึ้น ดังรูปที่ 5, 6



รูปที่ 5 แผลกดทับระดับ 1

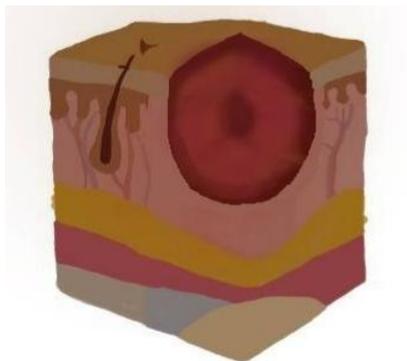


รูปที่ 6 แผลกดทับระดับ 1

ที่มา: ดัดแปลงจาก National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>1</sup>

### แผลกดทับระดับ 2 (pressure injury: partial- thickness skin loss with exposed dermis)

สูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น หรืออาจพบลักษณะของตุ่มใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก ไม่พบลักษณะของเนื้อเยื่อใหม่ สีแดง เนื้อตายเปื่อยยุ่ยเนื้อตายแห้งแข็ง ไม่รวมผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ภาวะความ เปียกชื้น วัสดุยึดติดทางการแพทย์หรือแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ ดังรูปที่ 7, 8



รูปที่ 7 แผลกดทับระดับ 2

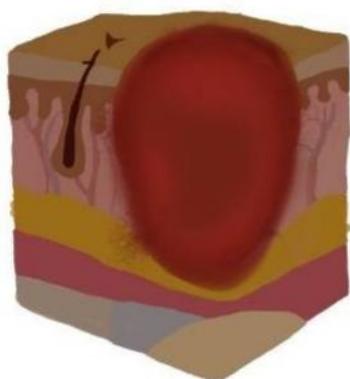


รูปที่ 8 แผลกดทับระดับ 2

ที่มา: ดัดแปลงจาก National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>1</sup>

### แผลกดทับระดับ 3 (pressure injury: full-thickness skin loss)

สูญเสียผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นไขมันในแผล มีเนื้อเยื่อใหม่สีแดงและ/หรือ ลักษณะขอบแผลม้วน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและหรือเนื้อตายแห้งแข็ง ระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่เสียหายแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาคบริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดเป็นแผลลึกอาจพบโพรงใต้ขอบแผลและหรือ โพรงแผล ดังรูปที่ 9, 10



รูปที่ 9 แผลกดทับระดับ 3

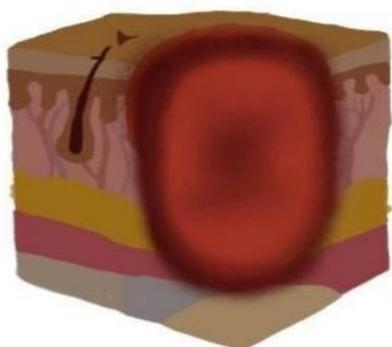


รูปที่ 10 แผลกดทับระดับ 3

ที่มา: ดัดแปลงจาก National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>1</sup>

#### แผลกดทับระดับ 4 (pressure injury: full-thickness skin loss and tissue loss)

สูญเสียผิวหนังทั้งหมดและ ชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นหรือสัมผัสชั้นเนื้อเยื่อพังคืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณพื้นแผลได้ อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือ เนื้อตายแห้งแข็ง มักพบขอบแผล มีลักษณะม่วง มีโพรงโพรงใต้ขอบแผลและ/หรือ โพรงแผลระดับ ความลึกแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาค ดังรูปที่ 11, 12



รูปที่ 11 แผลกดทับระดับ 4

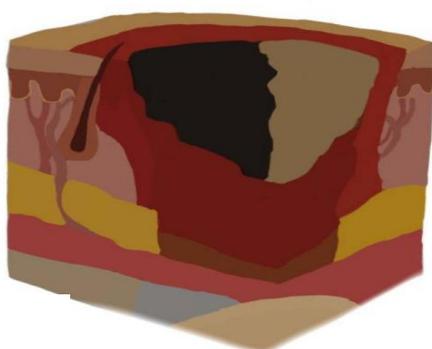


รูปที่ 12 แผลกดทับระดับ 4

ที่มา: ดัดแปลงจาก National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>1</sup>

#### แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable pressure injury: obscured full-thickness skin loss and tissue loss)

สูญเสียผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ เนื่องจากถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง ถ้าพบเนื้อตายแห้งแข็งที่บริเวณสันเท้าไม่ควรทำให้อ่อนตัวหรือตัดออก ดังรูปที่ 13, 14



รูปที่ 13 Unstageable



รูปที่ 14 Unstageable

ที่มา: ดัดแปลงจาก National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>1</sup>

**แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep tissue pressure injury: persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration)**

ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดหรือฉีกขาดหรือผิวหนังฉีกขาดเป็นแผลมีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนำมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดงคล้ำ มีการเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีแดงช้ำหรือสีม่วงหรือ พบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างใน ดังรูปที่ 15, 16



รูปที่ 15 Deep Tissue Pressure Injury



รูปที่ 16 Deep Tissue Pressure Injury

ที่มา: ดัดแปลงจาก: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>1</sup>

**สำหรับแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical device related pressure injury)**

ส่วนใหญ่ลักษณะของแผลกดทับที่เกิดบริเวณผิวหนัง มักจะมีรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นควรระดับของแผลตามระบบการระบุระดับของแผลกดทับ ในกรณีแผลกดทับเกิดขึ้นที่ Mucosal membrane จะไม่สามารถระบุระดับได้ให้ใช้คำว่า mucosal membrane pressure injury ดังรูปที่ 17



รูปที่ 17 Medical Device Related Pressure Injury (MDRPI)

## ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดแผลกดทับมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด (pressure) แรงไถล (shear) แรงเสียดสี (friction) และความเปียกชื้น (moisture) ส่วนปัจจัยภายในได้แก่ ภาวะโภชนาการ อายุ การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก ปัจจัยเกี่ยวกับโรคภาวะเจ็บป่วย ความเครียด และการใช้อุปกรณ์ต่างๆในการรักษา เป็นต้น<sup>18</sup>

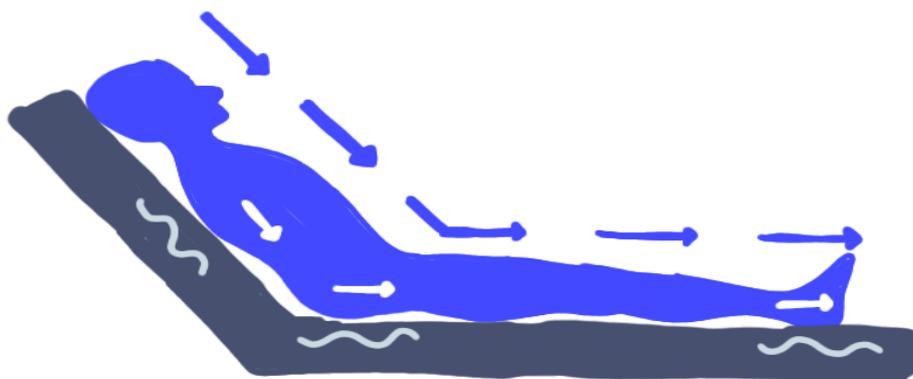
### ปัจจัยภายนอก

1. แรงกด (pressure) ขนาดของความแรงและระยะเวลาของการกด (intensity and duration of pressure) แรงกดบริเวณพื้นผิวสัมผัสระหว่างผิวหนังผู้ป่วยกับพื้นผิวที่รองรับน้ำหนัก (interface pressure) เป็นแรงกดที่เกิดจากน้ำหนักร่างกายของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่นอนนิ่งหรือนั่งในท่าเดียวเป็นเวลานาน น้ำหนักร่างกายจะกดลงบนผิวหนังและเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนัง แรงกดที่กระจายจะมีไม่เท่ากัน มีมากบริเวณปุ่มกระดูก (bone prominence) ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณ ปุ่มกระดูกจะอยู่ใกล้ผิวหนังมาก มีชั้นของไขมันและกล้ามเนื้อรองรับน้อย แรงกดจะเกิดขึ้นเมื่อไม่มีการเคลื่อนไหว (immobility) อยู่นิ่งๆโดยไม่ทำกิจกรรมใดๆ (inactivity) และการลดลงหรือสูญเสียประสาทสัมผัส (sensory loss) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อระยะเวลาและความรุนแรงของแรงกดเหนือปุ่มกระดูก การไม่เคลื่อนไหวหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดเป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลกดทับ<sup>16, 17, 25</sup>

2. แรงไถล (shear) เป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดขึ้นจากแรง 2 แรงเคลื่อนที่สวนทางกัน คือ แรงโน้มถ่วงของโลก แรงเสียดสี โดยแรงไถลทำให้เนื้อเยื่อและ หลอดเลือดบริเวณที่อยู่บนปุ่มกระดูกยัด บิดตัว ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ส่งผลต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและ เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไป สถานการณ์ที่พบแรงไถลได้บ่อยคือผู้ป่วยที่อยู่ในท่า Fowler's position ในท่านี้ แรงโน้มถ่วงจะดึงกระดูกสันหลังลงไปด้านปลายเตียง แต่ผิวหนังบริเวณกระดูกก้นกบยังติดอยู่กับที่ ด้วยแรงเสียดสีของผ้าปูที่นอน ส่งผลให้หลอดเลือดภายในถูกกดจนปิดทางเดินของหลอดเลือดไหลผ่านไม่ได้ ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อภายในเป็นบริเวณกว้างกว่าบริเวณผิวหนัง แรงไถลนี้เป็นเหตุที่พบว่าแผลกดทับส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่กว่าปุ่มกระดูกบริเวณที่ผิวหนังทาบบามากและรวมทั้งเป็นเหตุผลของการเกิดโพรงภายใต้ผิวหนัง<sup>16, 17, 25</sup>

3. แรงเสียดสี (friction) เป็นแรงที่เกิดขึ้นเมื่อพื้นผิว 2 พื้นผิวเคลื่อนที่สวนกันเช่น บริเวณผิวหนังสัมผัสกับพื้นผิวรองรับ ปกติแรงเสียดสีอย่างเดียวไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ แต่เป็นปัจจัยส่งเสริมโดยทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดลดลง โดยแรงเสียดสีทำให้ผิวหนังชั้น epidermis และ ส่วนบนของ dermis ถลอกเสียหาย เมื่อมีแรงโน้มถ่วงของโลกมาเสริมทำให้เกิดเป็นแรงไถลส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ ในขณะที่การถลอกของผิวหนังชั้น epidermis จากแรงเสียดสีอาจนำไปสู่การเกิดแผลกดทับโดยการทำให้ผิวหนังอ่อนแอต่อแรงกดเพิ่มมากขึ้น ในบริเวณที่มีแรงกด

อย่างเดียวก่เกิดแผลกดทับได้น้อยกว่าบริเวณที่มีแรงเสียดสีร่วมด้วย แรงเสียดสีประกอบด้วย แรงเสียดสีประกอบกับแรงไถลทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนในท่ายกศีรษะสูง<sup>16, 17, 25</sup> ดังรูปที่ 18



รูปที่ 18 แรงไถลและแรงเสียดสีที่เกิดขึ้นจากการยกศีรษะสูง

ที่มา: ดัดแปลงจาก การดูแลแผล หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (Wound care for Nursing: Evidence Base to Practice)<sup>25</sup>

แรงเสียดสี แบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่

3.1 static friction แรงเสียดสีคงที่ เกิดจากแรงที่ต้านกันระหว่างผิวสัมผัส 2 สิ่งที่สัมผัสกัน เช่น แรงระหว่างผิวหนังกับผ้าปูที่นอน ปริมาณแรงเสียดสีที่เกิดขึ้น ขึ้นกับลักษณะของผิวหนัง ความชื้นเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มแรงเสียดสี ความชื้นเพิ่มขึ้น แรงเสียดสีจะเพิ่มขึ้น

3.2 dynamic friction แรงเสียดสีที่มีเคลื่อนไหวเกิดจากแรงต้านกันระหว่างผิวสัมผัส 2 สิ่งที่สัมผัสกันโดยแรงนั้นมีการเคลื่อนไหวเช่น การนอนที่มีการไถลลงของร่างกาย การเสียดสีของผิวหนังกับรองเท้าเวลาเดิน ทำให้เกิดลักษณะของตุ่มน้ำใส รอยถลอกผิวหนังนิกขาด เกิดการเข้าใจผิดคิดว่าเป็นแผลกดทับได้

4. ความเปียกชื้น (moisture) เป็นปัจจัยทำให้เกิดแผลกดทับ โดยทำให้ผิวหนังมีความอ่อนแอมากขึ้นจากการสูญเสียไขมันและ การเสียดสีของผิวหนังบริเวณสัมผัสกับพื้นผิวรองรับความเปียกชื้น ที่เกิดในเวลานานๆ ทำให้เนื้อเยื่อ epidermis ถูกทำลายได้ง่าย ความเปียกชื้นที่มีมาก เช่น ความชื้นที่เกิดจากสิ่งขับหลั่งของแผล ปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้ความต้านทานของผิวหนังต่อแรงภายนอก ทั้งแรงไถลและแรงเสียดทานลดลง อุจจาระมีเชื้อโรคที่ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อได้ อุจจาระเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดแผลกดทับมากกว่าปัสสาวะเนื่องจากเอนไซม์ (enzyme) ที่มีอยู่ในอุจจาระ ในกรณีที่มีทั้งปัสสาวะและอุจจาระจะทำให้ความเป็นกรดด่าง (pH) บริเวณผิวหนังรอบทวารหนักเพิ่มขึ้น โดยเอนไซม์ในอุจจาระเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนียและ pH ที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มปฏิกิริยาของเอนไซม์ที่อยู่ในอุจจาระในการย่อยสลายโปรตีนและไขมันซึ่งเป็นสาเหตุให้ผิวหนังเพิ่มการซึมผ่านน้ำนำไปสู่การระคายเคืองจากสารตัวอื่นๆเช่น

เกลือน้ำดี (bile salt) เป็นต้น ดังนั้น การทำความสะอาดผิวหนังผู้ที่มีการกลั่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### ปัจจัยภายใน

1. ภาวะโภชนาการ จากผลการศึกษาล้วนใหญ่พบว่า ภาวะโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการเกิดแผลกดทับ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหาร โปรตีน อัลบูมิน ทำให้เซลล์บวมเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจนและของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนต่อการเกิดแผล<sup>16, 17, 25</sup>

2. อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการหายของแผล ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผิวหนัง ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น ชั้น epidermis บางลง มีการแบนราบของ rete ridges ซึ่งเป็นชั้นผิวหนังที่เป็น dermal papillae ทำให้จำนวนของปลายประสาทและหลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้ capillary blood flow ลดลง นอกจากนี้ในผู้สูงอายุยังมีการสูญเสียของมวลกล้ามเนื้อ ระดับของ albumin ลดลง การตอบสนองระยะการอักเสบในกระบวนการหายของแผล ความยืดหยุ่นและการยึดเกาะกันของ epidermis และ dermis การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ทำให้ผิวหนังมีความทนทานต่อแรงที่เกิดจากแรงกด แรงไถลและแรงเสียดสีน้อยลง

3. การเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับคนที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น ผู้ที่จำกัดอยู่บนเก้าอี้ หรือเตียง ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สะดวกหรือทำไม่ได้ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ และในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวจากปกติทันที อาจเป็นสัญญาณให้ทราบถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพมากขึ้นเช่น ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากการบาดเจ็บไขสันหลังหรือ สภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยา sedative ซึ่งมีผลต่อระดับความรู้สึกตัว สภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปและ ถ้าไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มาก ขณะนอนหลับคนที่เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติจะพลิกตัวทุก 10-12 นาที การพลิกตัวเกือบตลอดเวลา ลักษณะนี้จะทำให้เลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดี แต่เมื่อไรที่มีความผิดปกติของร่างกายใน ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของไขสันหลัง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยหมดสติ เมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ทำให้ลดการไหลเวียนเลือด ทำให้ตำแหน่งที่มีการกดทับเกิดแผลกดทับได้

4. การรับรู้ความรู้สึก การสูญเสียระบบรับรู้ความรู้สึกเช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรคระบบประสาท หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระบบประสาทส่วนปลายรับรู้ความรู้สึกลดลง ผู้ป่วยเหล่านี้ จะไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือไม่สุขสบาย ทำให้ไม่มีการพลิกตัว เกิดการนอนทับนานๆ เป็นแผลกดทับตามมา

5. ปัจจัยเกี่ยวกับโรคภาวะเจ็บป่วย โรคที่เป็นปัจจัยในการเกิดแผลกดทับได้แก่ การบาดเจ็บเกี่ยวกับกระดูก และข้อ การบาดเจ็บของไขสันหลัง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

โรคไตวาย มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลงส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและ เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย

6. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและมีปฏิกิริยาตอบโต้เป็นปฏิกิริยาทางสรีระวิทยา จิตวิทยา โดยระบบต่อมไร้ท่อที่หลั่งฮอร์โมน และระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปทั่วร่างกาย มีการศึกษาขณะที่มีความเครียดจะทำให้เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว การลดระดับแอดรีนาลิน (adrenaline) จะทำให้ลดการส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ

7. การใช้อุปกรณ์ต่างๆในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสาขสวณปัสสาวะ การใส่กายอุปกรณ์ การดึงถ่วง การใส่ฝือก การพันผ้ายืดทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวเองลดลงหรือ มีการกดจากอุปกรณ์ในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ง่าย<sup>25</sup>

### การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวคือ ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดแผลกดทับมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด (pressure) แรงไถล (shear) แรงเสียดสี (friction) และความเปียกชื้น (moisture) ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ อายุ การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก ปัจจัยเกี่ยวกับโรคภาวะเจ็บป่วย ความเครียด และ การใช้ อุปกรณ์ต่างๆในการรักษาเป็นต้น<sup>18</sup>

ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคระบบประสาท ผู้ป่วยที่นอนเตียงเท่านั้น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้พิการและ ผู้ไร้ความสามารถจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว จึงมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้ง่าย จากภาวะการรับรู้ความรู้สึกลดลง ร่วมกับไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรคระบบประสาท ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือไม่สุขสบาย ทำให้ไม่มีการพลิกตัว เกิดการนอนทับเป็นเวลานานและ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรม เช่น การยกตัว การพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่า การเคลื่อนย้าย ทำให้ผิวหนังมีแรงเสียดสีและ แรงเฉือน ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอุจจาระและ ปัสสาวะไม่ได้ทำให้มีการเปียกชื้นของผิวหนังตลอดเวลา ผิวหนังระคายเคืองและถูกทำลาย แผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหวส่งผลกระทบต่อทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคมและ ประเทศเนื่องจากแผลกดทับสามารถเกิดได้ทุกที่ทั้งในบ้าน ชุมชน และในสถานบริการทุกระดับ เมื่อเกิดแผลกดทับต้องได้รับการรักษาพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเครียดตามมา ดังนั้นการป้องกันแผลกดทับจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวให้มีประสิทธิภาพ

## การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ปัจจุบันแผลกดทับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและเป็นตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการควบคุมไม่ให้เกิดหรือ เกิดขึ้นน้อยที่สุด ดังนั้นฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชได้กำหนดการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพทางการพยาบาลตั้งแต่ปี 2557-2558 ได้มีการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการเกิดแผลกดทับมาอย่างต่อเนื่องโดยทีมพยาบาลออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มีการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราชในปี 2558 ชุดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยSSIET Bundle (surface, skin, incontinence encourage, nutrition, turn position Bundle) ในปี 2559 พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (siriraj concurrent trigger tool: modify early warning sign for pressure injury prevention) มีการจัดทำสื่อการเรียนการสอนในระบบ E-Learning ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับได้ง่ายมากขึ้น<sup>13, 25</sup>

ขั้นตอนการปฏิบัติตาม SiCCT: MEWS Pressure injury Prevention

### 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ต่อการเกิดแผลกดทับ<sup>26, 27, 28</sup>

1.1 มีการใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจน ได้แก่ การเจาะคอ (tracheotomy) การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ไม่มีการเจาะคอ หรือ ใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ oxygen cannula มีการใส่หน้ากากครอบบนจมูกและคาง และการใส่ nasal cannula ในผู้ป่วยที่ได้รับ ให้ oxygen high flow

1.2 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

1.3 ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน

1.4 ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้

1.5 ถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน (ในกรณีที่ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

1.6 ตรวจพบความเปียกชื้นจากอุจจาระ ปัสสาวะ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า

### 2. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ

โดยประเมินว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่มีผลกระทบภาวะโภชนาการที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติหรือไม่ได้รับสารอาหารมากกว่า 5 วัน ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยคำนวณจากพลังงานที่ต้องการ 30-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว1กิโลกรัม ปริมาณโปรตีนที่ร่างกายต้องการคือ 1.25-1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ผู้สูงอายุต้องการโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว1กิโลกรัม<sup>16, 17</sup>

### 3. ติดตามแนวปฏิบัติที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง<sup>28</sup>

### 3.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์

3.1.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน (oxygen) ได้แก่ cannula, mask, tracheostomy collar โดยให้ประหมื่นผิวหนังในบริเวณที่อุปกรณ์ให้ออกซิเจนหรือสายออกซิเจนพาดผ่านหรือกดทับ เช่น ใบหู หลังหู แก้ม ใบหน้า ลำคอ อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้โพลียูรีเทนโฟม (polyurethane foam) ปิดบริเวณที่อุปกรณ์การแพทย์กดทับดังรูปที่ 19



รูปที่ 19 ตัวอย่างการใช้โพลียูรีเทนโฟม (Polyurethane foam)

3.1.2 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยให้ประหมื่นผิวหนังในบริเวณที่ใช้พลาสติกปิดสายสวนปัสสาวะกับผิวหนัง และควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ปิดพลาสติกทุกวัน โดยเพศหญิงติดบริเวณต้นขาด้านใน เพศชายติดบริเวณต้นขาหรือท้องน้อย ดังรูปที่ 20



รูปที่ 20 การปิดพลาสติกสายสวนปัสสาวะกับผิวหนัง

3.1.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่ Nasogastric tube โดยให้ทำความสะอาดบริเวณรูจมูกและบริเวณที่ปิดพลาสติกทุกวัน ด้วยสำลีชุบน้ำเกลืออนอร์มัล (Normal saline) เปลี่ยนพลาสติกทุก 1-2 วันหรือเมื่อจำเป็น ประหมื่นผิวหนังบริเวณที่ปิดพลาสติกและรอบรูจมูก

หากพบว่าผิวหนังมีรอยแดงหรือถลอก ให้เปลี่ยนตำแหน่งที่ปิดพลาสติก ดังรูปที่ 21



รูปที่ 21 การปิดพลาสติกที่ Nasogastric tube

#### 3.1.4 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube)

โดยให้ประเมินผิวหนังในบริเวณที่ท่อหลอดลมคอและเชือกผูกท่อหลอดลมคอ พาดผ่านหรือกดทับ พิจารณาเปลี่ยนเมื่อเชือกผูกท่อหลอดลมคอรัดแน่นเกินไป หรือเมื่อเปียกชื้น การเปลี่ยนเชือกผูกท่อหลอดลมคอ ให้ผูกปลายเทปเข้าด้วยกันแบบเงื่อนตาย แล้วผูกสลับปลายเชือกอีกครั้งที่บริเวณคอ ด้านใด ด้านหนึ่งของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับปม ขณะผูกให้สอดนิ้วกลางเข้าใต้เทป ผ่าเพื่อไม่ให้แน่นหรือหลวมจนเกินไป และใช้ก๊อชรองบริเวณที่เชือกผูกท่อหลอดลมคอพาดผ่าน ดังรูปที่ 22



รูปที่ 22 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่ท่อหลอดลมคอ

3.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ในผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยวิธีการดังนี้

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูก ให้ประเมินผิวหนังบริเวณจุดเสี่ยงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย หากพบผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีรอยแดง รอยซ้ำ บวม สี

คล้ำ แข็ง นุ่ม ร้อน เจ็บปวด ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ถูกกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์และ ให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยเร็วกว่าทุก 2 ชั่วโมง ดังรูปที่ 23



รูปที่ 23 ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูก

- ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกด้วย น้ำเกลือไอโซนอร์มัล ใช้ polyurethane foam ปิดบริเวณปุ่มกระดูกป้องกันแรงไถลและการเสียดสี ดังรูปที่ 24



รูปที่ 24 ตัวอย่าง polyurethane foam

- ใส่ที่นอนเพื่อลด/กระจายแรงกด และตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ หมายถึง การตรวจสอบอุปกรณ์ลดแรงกดเพื่อป้องกัน 'bottom out' (ผู้ป่วยนอนจมตัวลงในที่นอนทำให้ปุ่มกระดูกสัมผัสกับพื้นเตียง) โดยสอดมือเข้าระหว่างอุปกรณ์ลดแรงกด (ที่นอนลม) กับตำแหน่งปุ่มกระดูก ต้องสามารถกระดกปลายนิ้วมือขึ้นได้และไม่สัมผัสกับปุ่มกระดูกแสดงว่าไม่เกิด

'bottom out' และ อุปกรณ์มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังรูปที่ 25



รูปที่ 25 การตรวจสอบที่นอนลม

- การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การใช้ผ้ารองยกตัวในการเปลี่ยนท่าหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้การยกตัวโดยมีผ้ารองหรืออุปกรณ์ในการยกตัว และหลีกเลี่ยงการลากดึง ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บจากแรงเสียดสี ต้องมีคนช่วยเปลี่ยนท่าอย่างน้อย 2-4 คน การยกแบบ 2 คน โดยให้อยู่ข้างผู้ป่วยด้านละ 1 คน และจับผ้ารองยกชิดลำตัวผู้ป่วย มือด้านบน จับตรงหัวไหล่ มือด้านล่างจับตรง สะโพกผู้ป่วย การยกแบบ 4 คน โดย 2 คนยกผ้ารองบริเวณหัวไหล่ อีก 2 คน ยกผ้ารองบริเวณสะโพก และให้จับผ้ารองยกชิดตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดแรงในการยกดังรูปที่ 26



รูปที่ 26 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผ้ายก

การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพียงลำพัง ให้ผู้ดูแลองขาและแขนด้านที่ต้องการตะแคงเข้าหาตัวผู้ดูแล จากนั้นผู้ดูแลใช้มือจับที่หัวไหล่ อีกมือหนึ่งจับตรงสะโพกของผู้ป่วย แล้วทำการตะแคงตัวผู้ป่วย ดังรูปที่ 27



รูปที่ 27 การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพียงลำพัง

- จัดท่า

- การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา กรณีที่เตียงผู้ป่วยสามารถปรับระดับได้ ให้ปรับระดับหัวเตียงสูง 30 องศาและปรับได้เข้าให้สูงขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนศีรษะสูงเพื่อให้อาหารทางสายยาง ให้ปรับระดับเตียงลงเหลือศีรษะสูง 30 องศา ภายหลังจากรับประทานหรือได้รับอาหารทางสายยาง 1 ชั่วโมง และประเมินผลกดทับการบาดเจ็บจากแรงกดและแรงเสียดบริเวณก้นกบอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ดังรูปที่ 28



รูปที่ 28 การจัดท่านอนหงายศีรษะสูงกรณีที่เตียงผู้ป่วยสามารถปรับระดับได้ กรณีที่ไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้ ให้ใช้หมอน 2-3 ใบหนุนบริเวณหลังให้ศีรษะสูง 30 องศา และใช้หมอนหนุนบริเวณใต้นองผู้ป่วยให้สันเท้าลอยและป้องกันการเลื่อนไถล ดังรูปที่ 29



รูปที่ 29 การจัดทำนอนหงายศีรษะสูงกรณีที่ไม่มียาผู้ป่วยที่สามารถปรับระดับได้

- การจัดทำนอนตะแคงกึ่งหงาย เอียง 30 องศา โดยให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศา กับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และ สะโพกใช้หมอน ผ้าหรือเบาะสอดคั่น ระหว่างเข่าและ ขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีและ ลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก ดังรูปที่ 30



รูปที่ 30 การจัดทำนอนตะแคงกึ่งหงาย

- การยกส้นเท้าลอยโดยจัดทำนอนหงายให้ใช้หมอนรองใต้น่อง ยกส้นเท้าให้ลอยขึ้น ใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่องเพื่อยกส้นเท้าให้ลอย (floating heel) จากพื้นผิวเตียง ไม่สัมผัสกับที่นอน เพื่อป้องกันแรงกดทับจากการลื่นไถลและแรงเสียดสี ประเมินผิวหนังบริเวณส้นเท้าอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงดังรูปที่ 31



รูปที่ 31 การจัดทำยกเท้าลอย

- ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรอยู่ในท่านั่งไม่เกิน 1 ชั่วโมง ควรยกตัวลดแรงกดทุก 15 นาที โดยใช้มื่อยกตัวขึ้น และการเอียงตัวยกสะโพก ซ้าย- ขวา ดังรูปที่ 32



รูปที่ 32 การยกตัวลดแรงกด ขณะผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น

### 3.3 ป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้<sup>29</sup>

ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้หรือถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน ตรวจพบความเปียกชื้นจากอุจจาระหรือปัสสาวะทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ perineum & perianal area ว่ามีความชุ่มชื้นมากเกินไป มีรอยแดง ลอก ถลอก ผิวหนังเปิดหรือไม่ และประเมินทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแผ่นรองซับหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่

- จัดอุจจาระหรือปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่าหรือน้ำยาทำความสะอาดผิวหนัง โดยไม่ขัดถูและซับให้แห้ง

- ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง เช่น ปิโตเลียมออยท์เมน ครีม (skin barrier cream) ฟิล์ม

(skin barrier film)] ทุกครั้งหลังทำความสะอาด

- การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนาที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับได้ดี การใช้แผ่นรองซับและการระบายอากาศจะช่วยลดการอับชื้นได้ หลีกเลี่ยงแผ่นรองซับอย่างบาง ต้องประเมินผิวหนังบริเวณที่ใส่ผ้าอ้อมใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนาน้อยทุก 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย เพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลายจากความอับชื้นในขณะสัมผัสกับอุจจาระ ปัสสาวะเป็นเวลานาน ดังรูปที่ 38



รูปที่ 33 ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนา

การประเมินผิวหนัง

ให้ประเมินผิวหนังบริเวณจุดเสี่ยงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย หากพบผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีรอยแดง รอยข้ำ บวม สีคล้ำ แข็ง นุ่ม ร้อน เจ็บปวด ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ถูก

กดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์และให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยเร็วกว่าทุก 2 ชั่วโมง

การทำความสะอาดของร่างกาย เป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป

- ผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้งหลีกเลี่ยงการใช้สบู่และน้ำอุ่นในการทำความสะอาดร่างกายเนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่าย

- ผู้สูงอายุควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม

- ทาครีม หรือ ointments เพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง ป้องกันผิวหนังแห้ง ไม่ให้เกิดแผลจากการเสียดสี<sup>13</sup>

- ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้ง ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทา ปิโตเลียมออกไซด์ (วาสลีน) หรือครีมทุกครั้งและการระบายอากาศช่วยลดความอับชื้นเพื่อปกป้องผิวหนังไม่ให้เกิดแผลจากความเปียกชื้น<sup>13</sup>

## บทที่ 4

### หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา

พยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นบุคลากรสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง (continuing Care) โดยเชื่อมโยงการบริการพยาบาล จากโรงพยาบาลมายังสถานบริการในชุมชน และที่บ้าน เปรียบเสมือนผู้จัดการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องต้องจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อที่จะได้วางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วย การจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ยึดตามคู่มือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน(home health care) กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร<sup>30</sup>

โดยมีรายละเอียดการประเมินผู้ป่วยและแบ่งประเภทผู้ป่วยดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (curable) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมาก รักษาให้หายขาดได้ เช่น ไข้ดั่งอักเสบ แผลผ่าตัดมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (long-term chronic) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แต่มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตนขาดความรู้ ในการดูแลตนเอง การรับประทานยาซึ่งต้องทำตามแนะนำ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

3. กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีเรื่องไร้ความสามารถเล็กน้อย(long - term with mild disabilities) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพของโรคมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ และอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะยาวในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวันเช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตข้างใดข้างหนึ่ง โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

4. กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง(long-term extreme disabilities) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้นตามพยาธิสภาพของโรค มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยอาจจะทำให้เกิดความพิการที่รุนแรงหรือพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น แผลกดทับ

ข้อขีดคิด เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ต้องพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์เพื่อการอยู่รอดเป็นต้น

5. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill with independent/partial dependent) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคก้าวไกลจนกระทั่งไม่สามารถรักษาได้และเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือโรคที่มีการคุกคามชีวิตมีเพียงการดูแลรักษาตามอาการของโรคเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ความไม่สบายต่างๆ เป็นการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งระยะสุดท้ายจะเป็นกลุ่มที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้อื่นเป็นบางส่วนหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนตามการดำเนินของโรคที่ต้องการการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต การดูแลภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพื่อบรรเทาอาการ และการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับการสูญเสีย การพลาจก และการจากไปอย่างสงบ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆที่การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เป็นต้น

6. กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (special group) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากมีปัญหาทางจิต ทางสังคม เศรษฐกิจ เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และสภาพความเป็นอยู่ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเสื่อม ออทิสติก เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความรู้ความสามารถเล็กน้อย (long - term with mild disabilities) และกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (long-term extreme disabilities) นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมแหล่งประโยชน์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ประเมินผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS<sup>30</sup> ดังนี้

I = immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย ความสามารถในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การจัดยาตนเอง

N = nutrition ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับภาวะโรค การเตรียมปรุงอาหาร วิธีเก็บอาหาร นิสัยการกินและอาหารโปรด เพื่อดูความเหมาะสมภาวะโภชนาการกับโรคที่เป็น ความสามารถในการรับประทานอาหาร หรือใส่สายยางให้อาหาร ปริมาณอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และอาหารที่ช่วยป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น

H = home environment สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การถ่ายเทอากาศสะดวก แสงสว่างเพียงพอหรือไม่ การจัดระเบียบสิ่งของภายในบ้าน เตียงนอนของผู้ป่วย ห้องสุขา และภายนอก

บ้านเช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน ใกล้ไกลชุมชน เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยเหลือพึ่งพากันได้หรือไม่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว

O = other people สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไรบทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบ ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลหลัก กรณีที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก มีแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือไม่ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครชุมชน จิตอาสาเป็นต้น

M = medications การซักประวัติเรื่องยารวมถึงการให้สมุนไพรยาพื้นบ้านของผู้ป่วย การใช้แพทย์ทางเลือก เช่นการนวด ประคบ ผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเอง และการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยรักษาอยู่กับแพทย์หลายแห่งหรือไม่

E = examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร ความดันโลหิต การประเมินผิวหนังทั่วร่างกาย การดูแลแผล เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาล

S = spiritual health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ สิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ

S = service ประเมินความเข้าใจของครอบครัว ญาติ ให้ตรงกันความรู้สึกที่มีต่อระบบในการวางแผนดูแลผู้ป่วย และต้องรู้การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้าน และ โรงพยาบาลว่าต้องการการดูแลอย่างไร แผนการรักษาเป็นอย่างไร จะติดต่อใครได้อย่างไร บริการใกล้เคียงบ้านพักมีอะไรที่ไหนบ้าง

S = safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน บันไดมีความชันทางเดินเข้าบ้านแคบ เฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น พื้นห้องน้ำมีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่

จากการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากภาวะของโรค
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณที่ถูกกดทับ
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ

5. ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหลัก

6. ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง

**ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะของโรค

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยที่มี barthel index  $\leq 4$  คะแนน กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง (แบบประเมิน barthel index ในภาคผนวก) เช่น ผู้ป่วยแขนขา อ่อนแรง ผู้ป่วยอัมพาตเป็นต้น

2. ผู้ป่วยมี risk factor ของการเกิดแผล ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (siriraj concurrent trigger tool: modify early warning sign for pressure injury prevention)<sup>13</sup>

2.1 ใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนได้แก่ tracheotomy ใส่ออกซิเจน cannula ใส่ออกซิเจน mask

2.2 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลาหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตเป็นต้น

2.3 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสนเป็นต้น

2.4 ผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้

2.5 ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน (ในกรณีที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

2.6 ตรวจพบความเปื่อยขึ้นจากอุจจาระ ปัสสาวะ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า

2.7 ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะและ เฟือกเป็นต้น

### เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับตามร่างกาย

### เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีแผลกดทับบริเวณตามร่างกายทั้งผิวหนัง ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่ใส่อุปกรณ์การแพทย์ ผิวหนังไม่มีรอยแดงไม่เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง ผิวหนังชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี

### กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล โดยการสอบถาม เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผล และวิธีการป้องกัน เพื่อประเมินความรู้

3. ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ “เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย คือป้องกันการเกิดแผลกดทับ ถ้ามีแผลกดทับ อาจจะทำให้มีการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บ ปวด ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเป็นต้น”

4. ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการประเมินสภาพผิวหนังและการประเมิน risk factor ของการเกิดแผล ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (siriraj concurrent trigger tool: modify early warning sign for pressure injury prevention)<sup>13</sup> โดยมีการประเมินดังนี้

4.1 ใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนได้แก่ tracheotomy ใส่ออกซิเจน cannula ใส่ออกซิเจน mask

4.2 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลาหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตเป็นต้น

4.3 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสนเป็นต้น

4.4 ผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้

4.5 ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน (ในกรณีที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

4.6 ตรวจพบความเปื่อยขึ้นจากอุจจาระ ปัสสาวะ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า

4.7 ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะและ เฟือกเป็นต้น ในการเกิดแผลกดทับ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า และทุกครั้งที่มีการกิจกรรมบริเวณจุดเสี่ยง

5. สอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ให้กับผู้ดูแล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการจัดทำผู้ป่วยและการเลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกด เช่น ที่นอนลม หมอน เป็นต้น

5.1 การจัดทำผู้ป่วย (patient positioning)

- ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

- การจัดทำตะแคงกึ่งหงาย ตัวผู้ป่วยควรตะแคงตัวสะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอนเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูก บริเวณหัวไหล่และสะโพก

- การจัดทำนอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้าง ให้ใช้หมอนรองใต้น่อง เพื่อยกสันเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอนประเมินผิวหนังบริเวณสันเท้า ทุกครั้งที่เปลี่ยนท่าผู้ป่วย

- การจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา

- ห้ามใช้ห่วงยาง (rubber ring/donut-type) และถุงมือยางใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก<sup>15, 16, 28</sup> เพราะจะทำให้เกิดแรงกด แรงเสียดทานและเกิดความอับชื้นจากเหงื่อที่สัมผัสกับถุงมือหรือ ห่วงยาง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดแผลกดทับได้ ดังรูปที่ 34 และรูปที่ 35



รูปที่ 34 ห่วงยาง (rubber ring/donut-type)



รูปที่ 35 ถุงมือยางใส่น้ำ

- การยกตัวผู้ป่วยให้ใช้ผ้ายกตัวผู้ป่วย โดยใช้ผ้ารองตามความยาวของลำตัวผู้ป่วย ขณะยกตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันผิวหนังของผู้ป่วยเกิดการเสียดสีกับที่นอน ไม่ใช้วิธีการลากและไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง (หากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้) ควรมีผู้ช่วยเปลี่ยนท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 2 คนแต่หากไม่มีผู้ช่วยเหลือ และต้องเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพียงลำพัง ให้ผู้ดูแลงอขาและแขนด้านที่ต้องการตะแคงเข้าหาตัวผู้ดูแล จากนั้นผู้ดูแลใช้มือจับที่หัวไหล่ผู้ป่วย อีกมือหนึ่งจับตรงสะโพกของผู้ป่วย แล้วทำการตะแคงตัวผู้ป่วย การยกแบบ 2 คน โดยให้อยู่ข้างผู้ป่วยด้านละ 1 คน และจับผ้ารองยกชิดลำตัวผู้ป่วย มือด้านบนจับตรงหัวไหล่ มือด้านล่างจับตรง สะโพกผู้ป่วย การยกแบบ 4 คนโดย 2 คนยกผ้ารองบริเวณหัวไหล่ อีก 2 คน ยกผ้ารองบริเวณสะโพก และให้จับผ้ารองยกชิดตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดแรงในการยก

- ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรอยู่ในท่านั่งไม่เกิน 1 ชั่วโมง ควรยกตัวลดแรงกดทุก 15 นาที โดยใช้มือยกตัวขึ้น และการเอียงตัวยกสะโพก ชาย- ขวา



5.2 จัดหาหรือแนะนำให้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดเช่น ที่นอนทำจาก เจล โฟม ลม หรือน้ำ ที่นอนลดหรือกระจายแรงกด การทำงานจะเป็นในลักษณะกระจายแรงกดเฉพาะที่พื้น ผิวสัมผัสของร่างกายและ อุปกรณ์ชนิด dynamic ใช้แหล่งพลังงานในการหมุนเวียนของลม

5.3 ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้งและเรียบตึงอยู่เสมอ

5.4 การทำความสะอาดของร่างกาย เป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติ ออกไป หลีกเลี่ยงการขัดถูบริเวณผิวหนัง เนื่องจากอาจจะทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บและฉีกขาดได้

- ผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้งหลีกเลี่ยงการใช้สบู่และน้ำอุ่นในการทำความสะอาดร่างกายเนื่องจาก จะเกิดการระคายเคืองได้ง่าย

- ผู้สูงอายุควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม ดดยดูแลท่า ความสะอาดอย่างเบามือและซับให้แห้ง

- บริเวณที่ผิวหนังหนาและแห้งมาก เช่น บริเวณ เท้า ควรแช่ด้วยน้ำอุ่นในรายที่ไม่มีข้อห้าม และทาครีม และช่วยลดการ แห้ง แดกของผิวหนัง

- ทาครีม หรือ ointments เพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง ป้องกันผิวหนังแห้ง ป้องกันการ เสียดสีของผิวหนัง ไม่ให้เกิดแผลจากการเสียดสี<sup>13</sup>

- ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้ง ใน การทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทา ปิโตเลียม ออยท์เมน (วาสลีน) หรือครีมทุกครั้งและการระบายอากาศช่วยลดความอับชื้นเพื่อปกป้องผิวหนัง ไม่ให้เกิดแผลจากความเปียกชื้น<sup>13</sup>

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความร้อนในบริเวณที่รับรู้สึกลได้น้อย เช่น ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อนบนผิวหนังโดยตรง อาจจะทำให้ผิวหนังสูญเสียหน้าที่ เกิดการพองน้ำจากการสัมผัสกับความร้อน

- ห้ามนวดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากจะเกิดแรงกดและแรงเสียดทานทำให้เกิดแผลกดทับ

5.4 ประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยคำนวณจากพลังงานที่ต้องการ 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

อาหารประเภทโปรตีนพบมากในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ถั่ว เมล็ดแห้งและไข่ กรดอะมิโนจากโปรตีนจะใช้ในการสร้างหลอดเลือดฝอยใหม่ ช่วยในการสังเคราะห์เส้นใยคอลลาเจน และทำให้ผิวหนังที่สร้างขึ้นใหม่มีความแข็งแรง ส่งเสริม การหายของแผล ปริมาณโปรตีนที่ร่างกายต้องการคือ 1.25-1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม<sup>17</sup> ผู้สูงอายุต้องการโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม<sup>16</sup> (เนื้อสัตว์ 1 ส่วนเท่ากับเนื้อสัตว์สุก 30 กรัมหรือ 2 ช้อนโต๊ะ) เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู ไข่ไก่ เป็นต้น

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ช่วยเพิ่มพลัง เพื่อใช้ในกระบวนการหายของแผลและลดการอักเสบติดเชื้อ เพราะช่วยในการทำงานของเม็ดเลือดขาวและเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (fibroblast) สารอาหารที่อยู่ในอาหารประเภท ข้าว แป้ง และน้ำตาล แต่ควรบริโภคอย่างเหมาะสม กลูโคส เป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน ถ้าขาดกลูโคส ร่างกายจะดึงเอาพลังงานจากสารอาหารอื่นมาใช้ โดยเฉพาะโปรตีน ทำให้ได้ประโยชน์จากสารอาหารโปรตีนลดลง<sup>31</sup> ปริมาณคาร์โบไฮเดรต ที่ร่างกายต้องการ 1.5-2 ทัพพี ต่อมื้อ (ข้าวแป้ง 1 ทัพพี เท่ากับ 5 ช้อนโต๊ะ เท่ากับ 80 กิโลแคลอรี) เช่น ข้าวสวย 5 ช้อนโต๊ะ ข้าวซ้อมมือ 5 ช้อนโต๊ะ ข้าวเหนียวสุก 3 ช้อนโต๊ะ ก๋วยเตี๋ยวลวก 9 ช้อนโต๊ะ บะหมี่ลวก 1 ก้อนขนมปัง 1 ชิ้น เป็นต้น

อาหารไขมันช่วยสังเคราะห์กรดไขมัน (fatty acid) และไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ กรดไขมัน omega-3 ช่วยควบคุมสมดุลการอักเสบภายในร่างกาย อาหารที่มีไขมัน ได้แก่ น้ำมันจากพืชและสัตว์<sup>31</sup>

วิตามินซี ช่วยในการสังเคราะห์เส้นใยคอลลาเจนและหลอดเลือดฝอยใหม่ทำให้หลอดเลือดแข็งแรง ช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ และยังช่วยป้องกันการติดเชื้อเพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันขณะที่ร่างกายเกิดการอักเสบ วิตามินซีเป็นสารต้านอนุมูลอิสระและมีส่วนในการดูดซึมธาตุเหล็ก ซึ่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงทดแทนที่สูญเสียไป อาหารที่มีวิตามินซี ได้แก่ ส้ม ผลไม้สด<sup>31,32</sup>

วิตามินเอ จะช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตหรือการงอกใหม่ของเยื่อบุผิวใหม่ที่ขึ้นมาปกคลุมแผล และช่วยในการสังเคราะห์เส้นใยคอลลาเจน และควบคุมการเกิดการอักเสบในร่างกายไม่ให้บ่อยหรือมากเกินไป ถ้าขาดวิตามินเอจะมีผลทำให้แผลหายช้า อาหารที่มีวิตามินเอได้แก่ ผัก ผลไม้ที่มีสีเหลือง ส้ม แดง และเขียวเข้ม ได้แก่ ผักตำลึง แครอท ฟักทอง บร็อกโคลี่ เป็นต้น<sup>31,32</sup>

วิตามินเอ เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ชะลอความเสื่อมของเซลล์ เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ลดการเกิดแผลเป็น อาหารที่มีวิตามินอี ได้แก่ ไข่ จมูกข้าวสาลี ขนมอบีง โฮลวีต ถั่วงอก เป็นต้น<sup>31,32</sup>

สังกะสีมีส่วนช่วยในการงอกใหม่ของเยื่อบุผิวที่ขึ้นมาปกคลุมแผล การสังเคราะห์ใยคอลลาเจน และช่วยทำให้ผนังเซลล์มีความแข็งแรง อาหารที่มีสังกะสีมากได้แก่ หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน<sup>31,32</sup>

5.5 แนะนำผู้ดูแลในกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตสามารถทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการทำ active exercise ในผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายเองได้ เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยกแขน ขา เป็นต้น สอนสาธิตการทำ passive exercise ให้กับผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารร่างกาย เช่น การบริหารข้อ การหมุนตามข้อต่างๆ การยกแขนขา และในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพที่พร้อมควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงลงมานั่ง

6. ทบทวนความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการสอน โดยการซักถาม

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวซักถามข้อสงสัย และอธิบายด้วยท่าทีที่เป็นมิตรด้วยความเต็มใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

8. ติดตามเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับทางโทรศัพท์ ทุก 1 อาทิตย์

**ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ”

2. ผู้ป่วยบอกว่า “จำไม่ได้ว่าต้องทำอะไรจะไม่ให้เกิดแผล”

**เป้าหมาย**

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

2. ผู้ดูแลมีทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลออกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ถูกต้อง

3. ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ถูกต้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. ประเมินความต้องการเรียนรู้ ความพร้อมที่จะเรียนปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ เพื่อประเมินความพร้อมในการรับรู้ จากการสอบถามความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. สอนความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดแผลกดทับและ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การให้ความรู้มีความสำคัญเนื่องจากถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว จะสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

4. สอนสาธิตและฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับในเรื่อง

### 4.1 การจัดทำผู้ป่วย (patient positioning)

- ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

- การจัดทำตะแคงกึ่งหงาย ตัวผู้ป่วยควรตะแคงตัวสะโพกเฉียงท่ามุม 30 องศา กับที่นอนเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูก บริเวณหัวไหล่และสะโพก

- การจัดทำนอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้าง ให้ใช้หมอนรองใต้น่อง เพื่อยกสันเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอนประเมินผิวหนังบริเวณสันเท้า ทุกครั้งที่เปลี่ยนท่าผู้ป่วย

- การจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา

- ห้ามใช้ห่วงยาง (rubber ring/donut-type) และถุงมือยางใส่ในารองบริเวณปุ่มกระดูก<sup>15, 16, 28</sup> เพราะจะทำให้เกิดแรงกด แรงเสียดทานและเกิดความอับชื้นจากเหงื่อที่สัมผัสกับถุงมือหรือ ห่วงยาง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดแผลกดทับได้

- การยกตัวผู้ป่วยให้ใช้ฝ้ายยกตัวผู้ป่วย โดยใช้ฝ้ายรองตามความยาวของลำตัวผู้ป่วย ขณะยกตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันผิวหนังของผู้ป่วยเกิดการเสียดสีกับที่นอน ไม่ใช้วิธีการลากและไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง (หากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้) ควรมีผู้ช่วยเปลี่ยนท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 2 คนแต่หากไม่มีผู้ช่วยเหลือ และต้องเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพียงลำพัง ให้ผู้ดูแลงอขาและแขนด้านที่ต้องการตะแคงเข้าหาตัวผู้ดูแล จากนั้นผู้ดูแลใช้มือจับที่หัวไหล่ผู้ป่วย อีกมือหนึ่งจับตรงสะโพกของผู้ป่วย แล้วทำการตะแคงตัวผู้ป่วย การยกแบบ 2 คน โดยให้อยู่ข้างผู้ป่วยด้านละ 1 คน และจับฝ้ายรองยกชิดลำตัวผู้ป่วย มือด้านบนจับตรงหัวไหล่ มือด้านล่างจับตรง สะโพกผู้ป่วย การยกแบบ 4 คน โดย 2 คนยกฝ้ายรองบริเวณหัวไหล่ อีก 2 คน ยกฝ้ายรองบริเวณสะโพก และให้จับฝ้ายรองยกชิดตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดแรงในการยก

- ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรอยู่ในท่านั่งไม่เกิน 1 ชั่วโมง ควรยกตัวลดแรงกดทุก 15 นาที โดยใช้มือยกตัวขึ้น และการเอียงด้วยสะโพก ซ้าย- ขวา

4.2 จัดหาหรือแนะนำให้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดเช่น ที่นอนทำจาก เจล โฟม ลม หรือน้ำ ที่นอนลดหรือกระจายแรงกด การทำงานจะเป็นในลักษณะกระจายแรงกดเฉพาะที่พื้น

ผิวสัมผัสของร่างกายและ อุปกรณ์ชนิด dynamic ใช้แหล่งพลังงานในการหมุนเวียนของลม

4.3 ดูแลผู้ป่วยที่นอนให้สะอาด แห้งและเรียบตึงอยู่เสมอ

4.4 การทำความสะอาดของร่างกาย เป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป หลีกเลี่ยงการขัดถูบริเวณผิวหนัง เนื่องจากอาจจะทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บและฉีกขาดได้

- ผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้งหลีกเลี่ยงการใช้สบู่และน้ำอุ่นในการทำความสะอาดร่างกายเนื่องจาก จะเกิดการระคายเคืองได้ง่าย

- ผู้สูงอายุควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม ดดยดูแลทำความสะอาดอย่างเบามือและซับให้แห้ง

- บริเวณที่ผิวหนังหนาและแห้งมาก เช่น บริเวณ เท้า ควรแช่ด้วยน้ำอุ่นในรายที่ไม่มีข้อห้าม และทาครีม และช่วยลดการ แห้ง แดกของผิวหนัง

- ทาครีม หรือ ointments เพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง ป้องกันผิวหนังแห้ง ป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง ไม่ให้เกิดแผลจากการเสียดสี<sup>13</sup>

- ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้ง ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทา บีโตะเลียม ออยท์เมน (วาสลีน) หรือครีมทุกครั้งและการระบายอากาศช่วยลดความอับชื้นเพื่อปกป้องผิวหนัง ไม่ให้เกิดแผลจากความเปียกชื้น<sup>13</sup>

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความร้อนในบริเวณที่รับความรู้สึกได้น้อย เช่น ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อนบนผิวหนังโดยตรง อาจจะทำให้ผิวหนังสูญเสียหน้าที่ เกิดการพองน้ำจากการสัมผัสกับความ ร้อน

- ห้ามนวดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากจะเกิดแรงกดและแรงเสียดทานทำให้เกิดแผล กัดทับ

- ให้ผู้ดูแล สังเกตดูผิวหนังบริเวณที่ใส่อุปกรณ์การแพทย์ว่ามีแรงกดที่ผิวหนังหรือไม่ สามารถใช้Foam ปิดบริเวณที่ถูกอุปกรณ์การแพทย์กดได้ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกัดทับ ถ้าไม่มี สามารถใช้ก๊อชปิดแทนได้

5. ประเมินความรู้ภายหลังการให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และประเมินทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยให้สาธิตย้อนกลับ

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย อธิบายด้วยท่าที่เป็นมิตร ด้วยความเต็มใจแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว

7. มอบเอกสารเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ทบทวนภายหลัง

8. แจ้งเบอร์โทรศัพท์ของพยาบาลเจ้าของ ไข้ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์สอบถามเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณที่ถูกกดทับ

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบ่นปวดบริเวณที่ถูกกดทับ Pain score ได้  $\geq 3$  คะแนน
2. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย
3. ผู้ป่วยมีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว
4. กดเจ็บบริเวณที่ถูกกดทับ

**เป้าหมาย**

ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ไม่ปวด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดบริเวณที่ถูกกดทับ pain score ลดลง 2 ระดับ
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น
3. กดไม่เจ็บบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ
4. ผู้ป่วยพักผ่อนได้

**กิจกรรมพยาบาล**

1. ประเมินและสอบถามอาการปวดบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆจากการนอนนานๆ ถ้ามีอาการปวดหรือแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย พิจารณาเปลี่ยนท่านอนเร็วขึ้น เช่นจากเดิมเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็นเปลี่ยนท่าทุก 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. แนะนำผู้ดูแลให้ดูแลอย่างนุ่มนวลเบามือ
3. สอนและสาธิตการจัดท่าที่สุขสบาย

3.1การจัดทำนอนตะแคงกึ่งหงาย เอียง30 องศา โดยให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศาที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพกใช้หมอน ผ้าหรือเบาะสอดคั่น ระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก

3.2การจัดทำนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา กรณีที่เตียงผู้ป่วยสามารถปรับระดับได้ให้ปรับระดับหัวเตียงสูง 30 องศาและปรับใต้เข่าให้สูงขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนศีรษะสูงเพื่อให้อาหารทางสายยาง ให้ปรับระดับเตียงลงเหลือศีรษะสูง 30 องศา ภายหลังรับประทานอาหารหรือได้รับอาหารทางสายยาง 1 ชั่วโมงและประเมินผลกดทับการบาดเจ็บจากแรงกดและแรงเสียดสีบริเวณก้นกบอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

กรณีที่ไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้ ให้ใช้หมอน 2-3 ใบหนุนบริเวณหลังให้ศีรษะสูง 30 องศา และใช้หมอนหนุนบริเวณใต้น่องผู้ป่วยให้ส้นเท้าลอยและป้องกันการลื่นไถล การจัดทำนอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาคู่ 2 ข้างให้ใช้หมอนรองใต้น่อง เพื่อยกส้นเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอน เพื่อป้องกันการเสียดสีกับที่นอน

3.3 แนะนำให้ใช้หมอนหนุนตามบริเวณปุ่มกระดูก และข้อพับต่างๆเช่น ข้อศอก ข้อมือ เข่า ระหว่างหัวเข่า 2 ข้าง ข้อเท้า ส้นเท้า เป็นต้น และแนะนำให้พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การพักผ่อน
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่า “กลัวเป็นแผลกดทับ”
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสีหน้าไม่สดชื่น ไม่อึดแอ้ม

**เป้าหมาย**

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีวิตกกังวลลดลง

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกคลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสีหน้าสดชื่น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. เปิดโอกาสผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ระบายความรู้สึก ใช้ทักษะการแสวงหาข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเพื่อหาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น  
“มีเรื่องอะไรกังวลใจหรือเปล่าคะ”  
“พยาบาลสังเกตเห็นสีหน้าคุณกังวล ไม่ทราบพอจะเล่าให้พยาบาลฟังได้ไหมคะ ว่ากังวลเรื่องใด”
3. รับฟังด้วยท่าที่เป็นมิตร ตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ
4. อธิบายถึงแนวทางการดูแล และวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5. สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความรู้สึกถึงสิ่งที่กำลังวิตกกังวล เกี่ยวกับสถานะของโรควิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ตลอดจนรับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหลัก

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีใครอยู่ด้วย
2. ผู้ป่วยร้องไห้
3. ไม่มีผู้ดูแล

#### เป้าหมาย

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

#### เกณฑ์การประเมินผล

มีแหล่งประ โยชน์และสามารถหาผู้ดูแลผู้ป่วยได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลด้วยกัน
2. ค้นหาผู้ดูแลหลัก เช่น บุคคลในครอบครัว เป็นต้น
3. หากไม่มีผู้ดูแลหลัก ประสานหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเช่น คนข้างบ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข

4. หากไม่มีแหล่งประโยชน์ในชุมชน ประสานสังคมสงเคราะห์ และศูนย์ประชาบดี เพื่อ  
จัดหาสถานสงเคราะห์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยยินดีที่จะไปพักอาศัย

โทรศัพท์ สังคมสงเคราะห์.พ.ศิริราช 02-419-7445-6

ศูนย์ประชาบดี 1300

ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ผู้ป่วยพักอาศัย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ดูแลบอกว่า“เหนื่อยมาก ทำอยู่คนเดียว ไม่มีใครมาช่วยพลิกตัว เช็ดอ้อ เช็ดเหยี่ยว ไม่ได้  
พักผ่อน ไม่ได้หลับไม่ได้นอน”

2. ผู้ดูแลบอกว่า“ฉันไม่ไหวแล้ว จะทิ้งผู้ป่วยแล้ว”

3. ผู้ดูแลร้องไห้

4. ผู้ดูแลสีหน้าไม่สดชื่น

5. ผู้ดูแลไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆที่ป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยเช่น พลิกตะแคงตัว

ทำความสะอาดร่างกาย

**เป้าหมาย**

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ดูแลสีหน้าสดชื่น

2. ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการจัดการดูแลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. ผู้ดูแลพูดคุยมากขึ้น

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยกับผู้ดูแล และครอบครัว

2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและ รับฟังด้วยท่าที  
ที่เป็นมิตร

3. พุดคุยให้กำลังใจและสัมผัสมืออย่างนุ่มนวล

4. แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายในการดูแลด้วยกัน  
ให้กำลังใจ และ หากผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อยากจะพัก แนะนำให้ครอบครัวหากคนมาผลัดเปลี่ยนและ  
เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ไปพักผ่อนหรือทำกิจกรรมในสิ่งที่ชอบ

5. จัดทำตารางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย เช่น  
การพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงและสามารถแบ่งเวลาไปพักผ่อนได้

6. ให้กำลังใจผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมพลังบวกในการดูแลผู้ป่วยเช่น “คุณโชคดีมากนะค่ะที่ได้ทำหน้าที่ลูก ในการได้ทดแทนบุญคุณพ่อแม่ มีโอกาสได้ดูแลพ่อแม่แบบใกล้ชิด”

“คุณดูแลพ่อคุณดีมาก ไม่มีแผลกดทับเลย”

7. แจ้งเบอร์โทรศัพท์ของพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ติดต่อได้ตลอด24ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์สอบถามเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย

## กรณีศึกษา

### ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ สถานภาพโสด อายุ 81 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ลักษณะผิวขาวรูปร่างผอม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม

**ที่อยู่** จังหวัดกรุงเทพมหานคร

**อาชีพ** ไม่ได้ประกอบอาชีพ

**การศึกษา** ไม่ได้เรียนหนังสือ

**วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล** 13 วัน

**วันที่เยี่ยมบ้านครั้งแรก** วันที่ 5 หลังจำหน่าย

**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล** ไม่ทานข้าว ไม่เดิน หลับตาตลอด 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยล้มที่บ้าน หน้าด้านขวากระแทกพื้น ไม่ได้ไปรักษา

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มนอนติดเตียง เดินลดลง ทานข้าวลดลง พุดจาสับสน

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ทานข้าว ไม่เดิน หลับตาตลอด ญาติจึงพามาโรงพยาบาลศิริราช แพทย์คิดว่าเป็น Alzheimer ให้กลับบ้านและ นัดมาดูอาการ อาการไม่ดีขึ้น จึงได้ทำ CT brain ผล chronic subdural hemorrhage at right front parietal temporal ขนาด 2 เซนติเมตร admit ที่ ตึก 72 ปี ชั้น 4 ศัลยศาสตร์หญิง Set OR For right double burr hole c drainage (8 เมษายน 2562) หลังทำ Glasgow coma score E4VtM5 motor power ข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade III

### การประเมินสภาพผู้ป่วย

แรกรับผู้ป่วยเรียกไม่รู้สีกตัว ไม่ทำตามบอก bed ridden นอนบนเตียงนอนแบบโรงพยาบาล สามารถปรับระดับได้ มีที่นอนลม ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประเมิน E4V3M5 motor power ซีกขวา grade III ซีกซ้าย grade III แขนขวา 2 ข้างเกร็ง ไม่เหนื่อย หายใจ room air on NG tube NO.14 for

feeding blendera 300 X 4 feeds(1,200 Kcal) ผู้ป่วยจับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีหลานชายเป็นผู้ดูแลหลัก

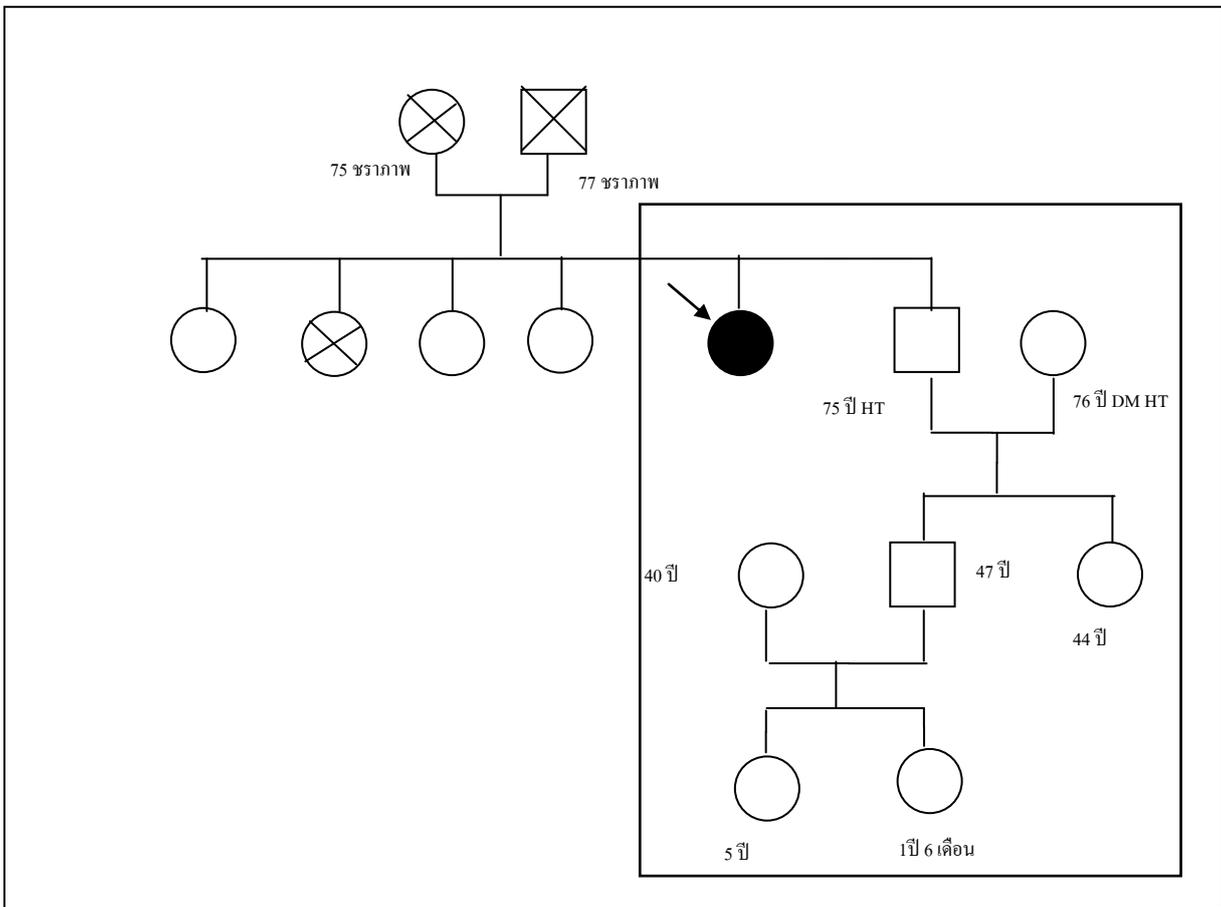
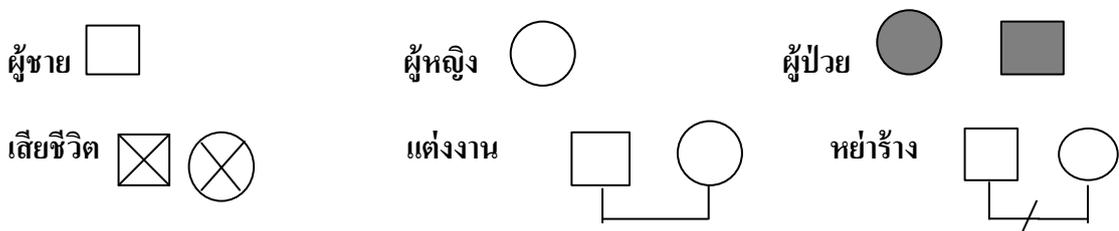
สัญญาณชีพแรกเริ่ม Temperature 37 c pulse 86 /min respirator rate = 20/min,

Blood pressure = 125/80 mmHg, oxygen Saturation 98%

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Old CVA c HT เป็นมา 3 ปี (ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง)

ประวัติครอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว

มารดาและบิดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรครุนแรง ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 5 ในจำนวนพี่น้อง 6 คน ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน อาศัยอยู่กับน้องชาย น้องสะใภ้และหลาน มีหลานชายเป็นผู้ดูแลหลัก



**การวินิจฉัยโรค**

Chronic subdural hemorrhage with hypertension with vascular dementia

**ผลการตรวจร่างกาย**

ประเมิน Glasgow Coma Score E4 V3 M6

Motor power แขนขาซ้ายขวา grade III ซีกซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง

Lung: clear

Heart: normal

Abdomen: normal

Skin: normal

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ****แรกรับ**

ผล CT Brain วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2562 Chronic SDH at Right front parietal temporal ขนาด 2 เซนติเมตร

ผล CBC วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2562

Hematocrit 38.5% (37-52)

Hemoglobin 12.8 g/dl (12-18)

With Blood Cell count  $8.73 \times 10^3$  cells/ cu.mm. (4-11)

Platelet count  $365 \times 10^3$  cells/ cu.mm. (150-440)

ผล Chemistry วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2561

BUN 14.3 mg/dL (7-20)

Cr 0.48 mg/dL (0.5-1.5)

Sodium 138 mmol/L (135-145)

Potassium 4.5 mmol/L (3.5-5.0)

Chloride 101 mmol/L (98-107)

Bicarbonate 28 mmol/L (22-29)

**การรักษาที่ให้**

Kappa (500) 1 tab oral bid pc

Dilantin (50) 2 tab oral ทุก 8 hr

Losec(20) 1 tab oral bid ac

Lorsatan(50) 1 tab oral pc เช้า

Senokot 2 tab oral hs  
 Atenolol(25) 1 tab oral pc เช้า  
 Amlopine(10) 1 tab oral bid pc  
 NaCl(300) 1 tab oral tid pc

Paracetamol(500)1 tab oral prn for fever ทุก 4 -6 ชั่วโมง

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 13 วัน ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง รู้สึกตัวดีลืมตา  
 glasgow coma score E4V3M6 motor power แขนขาซีกขวา grade III ซีกซ้าย grade III แขนขา 2  
 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ room air On NG tube NO.14 for feeding blendera 300  
 X 4 feeds (1,200 Kcal) ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

สัญญาณชีพ ปกติ T: 36.3 °c, P: 70 /min R: 20 /min, BP: 110/60 mmHg

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

### เยี่ยมผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย

. ขณะเยี่ยมบนหอผู้ป่วย พบผู้ป่วยนอนบนเตียง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ออกเสียงอ้ออ่า ช่วยเหลือ  
 ตนเองไม่ได้ glasgow coma score E4V3M6 motor power แขนขาข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade  
 III แขนขา 2 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ room air ผู้ป่วยมีเสมหะในคอ ไอออกเอง  
 ไม่ได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องดูดเสมหะ On NG tube NO.14 ปัสสาวะ อุจจาระใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จากการ  
 สอบถามหลานชาย ผู้ป่วยกลับบ้านไปอยู่กับหลานชาย หลานชายเป็นผู้ดูแลหลัก ของอนุญาตผู้ป่วย  
 ในการดูแลต่อที่บ้าน และให้ผู้ดูแลเซ็นยินยอม และยินดีให้พยาบาลไปเยี่ยมบ้านเพื่อดูแล  
 ต่อที่บ้าน ประเมินความจำเป็นในการดูแลต่อที่บ้าน เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล  
 และครอบครัว ในการดูแลตนเองที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ  
 ประวัติความเจ็บป่วยอย่างละเอียด การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา จากเพิ่มประวัติ  
 ฟอรัมปรอทของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการประเมินปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย  
 สอบถามที่อยู่ของผู้ป่วยกลับไปพักอาศัย สอบถามเรื่องความปลอดภัย เช่น เดินทางโดยรถ เรือ มีสุนัข  
 แห่ลงชุมชนมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ เพื่อประเมินความปลอดภัย จะได้เตรียมความพร้อม ในการ  
 เยี่ยมบ้าน แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยดูแลต่อที่บ้าน

### เยี่ยมบ้าน

Chronic subdural hemorrhage with hypertension with Vascular dementia ขณะเยี่ยมพบ  
 ผู้ป่วยนอนบนเตียงแบบโรงพยาบาล มีที่นอนลม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ออกเสียงอ้ออ่า ร้องเสียงดังเวลาพลิก  
 ตะแคงตัว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ glasgow coma score E4V3M6 motor power แขนขา ข้างขวา  
 grade III ข้างซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ room air On NG

tube NO.14 for feeding blendera 300 X 4 feeds (1,200 Kcal) ยืมเครื่องดูดเสมหะจากหน่วยพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพไปใช้ที่บ้าน หลานชายสามารถใช้เครื่องดูดเสมหะได้ ขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะรดผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่มีแผลกดทับ มีหลานชาย เป็นผู้ดูแล

ประเมิน risk factor ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ On NG tube NO.14 barthel Index ได้ 0 คะแนน (ระดับพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด) ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้น หลานชายบอกว่าพลิกตะแคงตัวนานๆ ครั้ง เนื่องจากเห็นผู้ป่วยหลับ ไม่มีผื่น บ้างครั้งก็ลากตัวขึ้นคนเดียว หลานชายบอกว่าไม่ทราบว่า ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ รู้สึกกังวลและกลัวว่าป้าจะเป็นแผลกดทับ

ประเมินสิ่งแวดล้อมและรายได้ : บ้านเป็นอาคารพาณิชย์ 2 ชั้น ผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 อากาศถ่ายเท สะดวก แสงสว่างเพียงพอ ภายในห้องจัดสิ่งของเป็นระเบียบ ผู้ดูแลบอกว่ารายได้หลักมาจากการค้าขาย เดือนละ 300,000 บาท

### ประเมิน INHOMESSS

I = immobility ผู้ป่วยนอนบนเตียงแบบโรงพยาบาล มีที่นอนลม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ออกเสียงอือ อา ร้องเสียงดังเวลาพลิกตะแคงตัว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Glasgow coma score E4V3M6 motor power แขนขวา ข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ room air

N = nutrition ผู้ป่วย on NG tube NO.14 for feeding อาหารเป็น blendera 300 X 4 feeds ( 1,200 Kcal)

H = home environment บ้านเป็นอาคารพาณิชย์ 2 ชั้น ผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ ภายในห้องจัดสิ่งของเป็นระเบียบ

O = other people ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน อาศัยอยู่กับน้องชาย น้องสะใภ้และหลาน ผู้ป่วยมี หลานชายเป็นผู้ดูแลหลัก

M = medications หลานชายเป็นคนจัดยาให้ตามแพทย์สั่ง ไม่ขาดยา รับประทานยาครบ ผู้ป่วย ไม่เคยใช้สารเสพติด ยาสมุนไพร

E = examination Temperature 37 c, Pulse 86 /min, respirator rate = 20/min, Blood pressure = 125/80 mmHg, Oxygen Saturation 98% ไม่เหนื่อย หายใจ room air Glasgow coma score E4V3M6 motor power แขนขาข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง

S = spiritual health ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เดิมก่อนป่วยจะใส่บาตรเป็นประจำ หลังจากป่วย หลานชายจะนำอาหารมาให้ผู้ป่วยจบ แล้วเป็นคนไปใส่บาตรให้

S = service ผู้ดูแลสามารถพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ยืมเครื่องดูดเสมหะจากหน่วย พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ที่บ้าน หลานชายสามารถใช้เครื่องดูดเสมหะได้

S = safety ผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 ของบ้าน บันได ก่อนข้างชั้น

จากกรณีศึกษาและข้อมูลของผู้ป่วยดังกล่าว นำมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล ได้ดังนี้

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 5** หลังจากจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะของโรค

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา Barthel Index ได้ 0 คะแนน (ระดับพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด)
2. ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้นจากปีศาจวรรคผ้าอ้อมผู้ใหญ่
3. ผู้ป่วยนอนท่าเดียวนานๆและไม่ได้พลิกตะแคงตัว
4. ถ่ายอุจจาระใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เปลี่ยน3แผ่น/วัน
5. ไม่มีฝ้ายก บางครั้งต้องลากตัวผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายตัวเวลาทำกิจกรรม
6. ผู้ป่วย On NG tube

**เป้าหมาย**

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

**เกณฑ์การประเมินผล**

ผิวหนังไม่มีแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก/ ใต้ NG Tube

**กิจกรรมพยาบาล**

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล แนะนำตัว  
“ดิฉันพยาบาล.....จากหน่วยปฐมภูมิ ร.พ.ศิริราช”
2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล  
“คุณทราบหรือไม่ว่าการเกิดแผลกดทับเกิดได้จากสาเหตุอะไรและมีวิธีการป้องกันอย่างไรบ้าง”
3. ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับเช่น “เป้าหมายของคุณในการดูแลผู้ป่วยคืออะไร”
4. สอนสาธิตให้กับผู้ดูแลในการประเมินสภาพผิวหนังและการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ
5. สอนสาธิตให้กับผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเกี่ยวกับ
  - 5.1 การจัดทำผู้ป่วย (patient positioning)
    - พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

- พลิกตะแคงกึ่งหงาย ตัวผู้ป่วยควรตะแคงตัวสะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอน
- ดูแลจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้าง ให้ใช้หมอนรองได้น่อง ยกสันเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอน
- การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา<sup>28</sup>



5.2 ห้ามใช้ห่วงยาง (rubber ring/donut-type) และถุงมือยางใส่ที่รองบริเวณปุ่มกระดูก<sup>15, 16</sup> เพราะจะทำให้เกิดแรงกดและแรงเสียดสีกับผิวหนัง

5.3 การยกตัวผู้ป่วยควรใช้ผ้ายก ใช้ผ้าถูเป็นผ้ายกได้ ไม่ควรใช้วิธีการลากหรือดึงผู้ป่วย

5.4 การทำความสะอาดของร่างกาย

- ทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม
- ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้ง ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและ ซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทา ปิโตเลียมออกซีเมน(วาสลีน)หรือครีมทุกครั้งเพื่อปกป้องผิวหนังไม่ให้เกิดแผลจากความเปียกชื้น<sup>33</sup>

5.5 แนะนำให้ใช้แผ่นรองซับแบบหนาหรือผ้าอ้อมสำเร็จรูป และให้เปิดระบายอากาศเพื่อลดความอับชื้น

5.6 หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูก โดยเฉพาะที่มีรอยแดง ทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณนั้นลดลง และทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปได้รับอันตรายจากการกดนวด

6. ให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้ภายหลังการสอน

7. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและอธิบายด้วยท่าทีที่เป็นมิตรด้วยความเต็มใจ

**ประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1**

ผิวหนังผู้ป่วยไม่มีรอยแดง ซ้ำ ไม่เกิดแผลกดทับตามปุ่มกระดูกได้ NG Tube

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณที่ถูกกดทับ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว
2. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย
3. กดเจ็บบริเวณสะโพก

### เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้

#### กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความไม่สุขสบายโดยการประเมินสีหน้า
2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเบามือ
3. สาธิตการจัดท่าในท่าที่สุขสบาย แนะนำให้นอนในที่นอนที่อ่อนนุ่มและใช้หมอนหนุนตามบริเวณปุ่มกระดูกและข้อพับต่างๆการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงให้กับผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการจัดท่า การพลิกตะแคงตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การพักผ่อน

### ประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ผู้ป่วยหลับได้ภายหลังจากเปลี่ยนท่า ไม่ขมวดคิ้ว

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ดูแลบอกว่า “ไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ”
2. ผู้ดูแลบอกว่า “ไม่ได้พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เนื่องจากเห็นผู้ป่วยหลับและอยู่คนเดียว ไม่มีฝ้ายก บางครั้งก็ลากตัวขึ้นคนเดียว”

### เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
2. ผู้ดูแลมีทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ถูกต้อง
3. ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ประเมินความต้องการเรียนรู้ ความพร้อมที่จะเรียนปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ เพื่อประเมินความพร้อมในการรับรู้
3. ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. สอน สอนสาธิตและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเรื่อง การพลิกตะแคงตัว การวางหมอนตามปุ่มกระดูกการยกตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดผิวหนังและ การดูแลผิวหนังในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้
5. ประเมินความรู้ภายหลังการให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย อธิบายด้วยท่าที่เป็นมิตร ด้วยความเต็มใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
7. ให้แผนพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ทบทวนภายหลัง
8. แจ้งเบอร์โทรศัพท์ของพยาบาลเจ้าของไข้ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถโทรศัพท์สอบถามเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย

### ประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ผู้ดูแลสามารถจัดทำนอน ยกให้ผู้ป่วยและ ทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยได้ถูกต้อง สามารถทบทวนเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดแผลและวิธีการป้องกันการเกิดแผลได้ถูกต้อง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ดูแลบอกว่า “กังวลและกลัวว่าป้าจะเป็นแผลกดทับ”

**เป้าหมาย** ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายวิตกกังวลลดลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่าไม่วิตกกังวล หรือวิตกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวล โดยเปิดโอกาสให้หลานชายได้ ระบายความรู้สึก ใช้ทักษะการแสวงหาข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเพื่อหาสาเหตุของความวิตกกังวล

“ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรในการได้ดูแลผู้ป่วย”

“คุณรู้สึกกังวลเรื่องอะไรบ้างในการดูแล ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย เพื่อจะได้ช่วยกันในการดูแลผู้ป่วย”

2. รับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ

3. อธิบายถึงแนวทางการดูแลและ วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลและ ครอบครัวถึงความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

5. กระตุ้นให้ผู้ดูแลพูดแสดงความรู้สึกถึงสิ่งที่กำลังวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของโรค วิธีการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ตลอดจนรับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ดูแลแสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหา

6. แจกเบอร์โทรศัพท์พยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลได้โทรศัพท์สอบถามเรื่องที่สงสัยหรือกังวล

### ประเมินผลเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลลง โดยบอกว่า “รู้สึกดีที่มีพยาบาลมาสอนวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดแผล ถ้ารู้วิธีการแล้วก็จะทำตามทีบอก คลายความกังวลลงเล็กน้อยแต่ก็ยังมึนงงๆเหมือนกัน เพราะผู้ป่วยนอนกับเตียงช่วยตัวเองไม่ได้”

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 14 หลังจำหน่าย

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ออกเสียงอ้ออา ถามตอบรู้เรื่องเป็นบางครั้ง Glasgow Coma Score E4V3M6 Motor power แขนขาข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ Room air ไม่ค่อยมีเสมหะ หลานชายบอกว่าไม่ค่อยได้ดูดเสมหะ On NG tube NO.14 for feeding blendera 300 cc 4 feeds ( 1,200 Kcal) รับอาหารได้ทุกมื้อ ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรดผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่มีแผลกดทับ

ประเมิน Risk factor ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ On NG tube NO.14 Barthel Index ได้ 0 คะแนน ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้น หลานชายบอกว่าพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง ยังไม่มีผื่นแดง ชับแบบบาง มีลากตัวผู้ป่วยบ้าง ถ้าอยู่คนเดียว มีการใช้ถุงมืออย่างมารองตามปุ่มกระดูกข้อเท้า หลานชายบอกว่าพยายามดูแลให้ดีที่สุดเพราะไม่อยากให้เกิดแผลกดทับและ ต้องทำแผลกันอีก

**ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะของโรค

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา
2. ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้นจากบัสสาวะรดผ้าอ้อมสำเร็จรูป ยังไม่ได้เปลี่ยน
3. ไม่มีผื่นก บางครั้งต้องลาตัวผู้ป่วย
4. ใช้ถุงมือยางใส่น้ำมารองตามปุ่มกระดูกข้อเท้า ผู้ดูแลบอกมีญาติมาแนะนำให้ใช้

**เป้าหมาย** ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังไม่มีแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก และใต้ NG Tube
2. ครอบครัวสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. กล่าวชื่นชมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความตั้งใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ “เก่งนะคะไม่เกิดแผลกดทับเลย แสดงว่าคุณดูแลมีความเอาใจใส่ในการดูแลเป็นอย่างดี ถ้าดูแลได้แบบนี้ผู้ป่วยก็น่าจะไม่เป็นแผลนะคะ”

2. ให้ผู้ดูแลกล่าวถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและ ร่วมหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ โดยใช้คำถาม “แล้วทำอย่างไรถึงไม่เป็นแผลเลย”

“คิดว่าจะมีสาเหตุอะไรบ้างที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเป็นแผลกดทับได้”

3. ทบทวนความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำความสะอาดบริเวณ perineum และ perianal ด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า แนะนำไม่ให้ขัดถู แล้วซับให้แห้ง ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิว เช่น ปิโตเลียมออยท์เมน (วาสลีน) แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

4. ทบทวนการจัดท่าผู้ป่วย (patient positioning)

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- พลิกตะแคงกึ่งหงาย ตัวผู้ป่วยควรตะแคงตัวสะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอน
- การจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้าง ให้ใช้หมอนรองใต้น่อง ยกสันเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอน
- การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา

5. เน้นย้ำเรื่องห้ามใช้ห่วงยาง (rubber ring/donut-type) และถุงมือยางใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก<sup>15, 16, 28</sup> เนื่องจากจะทำให้เกิดแผลจากแรงกด

6. ให้ความรู้เพิ่มในประเด็นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจหลงลืม การหาฝ่ายมาช่วยในการยกตัวผู้ป่วย การใช้แผ่นรองขับแบบหนา

7. ให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้ภายหลังการสอน

8. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและอธิบายด้วยท่าทีที่เป็นมิตรด้วยความเต็มใจ

### ประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้นและ สามารถจัดทำนอนผู้ป่วยได้ถูกต้อง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ

**ข้อมูลสนับสนุน** น้องชายผู้ป่วย “บอกผู้ป่วยนอนอย่างเดียวนานๆ จะเป็นแผลไหม ไม่อยากให้เป็นแผลกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บ เพราะบางครั้งก็ไม่มีคนเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญให้ตนเองก็ทำไม่เป็น”

**เป้าหมาย** ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีวิตกกังวลลดลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่าไม่วิตกกังวลหรือวิตกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลโดยเปิดโอกาสให้น้องชายได้ ระบายความรู้สึก ใช้ทักษะการแสวงหาข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเพื่อหาสาเหตุของความวิตกกังวล “คุณรู้สึกกังวลเรื่องอะไรบ้างคะ ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ ”

2. รับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ

3. ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมในสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วย

4. สร้างความมั่นใจและให้แก่ผู้ดูแลถึงความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วย

5. กระตุ้นให้ผู้ดูแลพูดแสดงความรู้สึกถึงสิ่งที่กำลังวิตกกังวลเกี่ยวกับ สภาวะของโรค วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านตลอดจนรับฟังด้วยความตั้งใจยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหา

### ประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

น้องชายบอกว่า “สบายใจขึ้น ดีใจที่มีพยาบาลมาเยี่ยมผู้ป่วยถึงที่บ้าน ไม่รู้จะปรึกษาใคร”

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 28 หลังจำหน่าย

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ออกเสียงอ้ออา ตามตอบรู้เรื่องเป็นบางครั้ง Glasgow Coma Score E4V3 M6 Motor power แขนขาข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ Room air ไม่ค่อยมีเสมหะ หลานชายบอกว่าไม่ค่อยได้ดูดเสมหะ On NG tube NO.14 for feeding blendera 300 cc 4 feeds ( 1,200 Kcal) รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ ขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะรดผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่มีแผลกดทับ

ประเมิน Risk factor ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ On NG tube NO.14 Barthel Index 0 คะแนน ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้น หลานชายบอกว่าพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง ใช้ผ้ายกตัวผู้ป่วย เลิกใช้ถุงมือยางใส่สำรอกที่ตาตุ่มแล้ว หลานชายบอกว่าช่วงนี้ผู้ป่วยมีถ่ายอุจจาระบ่อย 2-3 ครั้งต่อวัน กลัวว่าจะเป็นแผล

**ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากภาวะของโรค

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา Barthel Index ได้ 0 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้นจากปัสสาวะรดผ้าอ้อมผู้ใหญ่มากและมีถ่ายอุจจาระบ่อย 2 -3 ครั้ง ภายใน 1 วัน

**เป้าหมาย** ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกและ ใต้ NG Tube
2. ผู้ดูแลสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. กล่าวชื่นชมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความตั้งใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ



2. ทบทวนความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำความสะอาดบริเวณ perineum และ perianal ด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า แนะนำไม่ให้ขัดถู แล้วซับให้แห้ง ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิว เช่น บีโตะเลียมออกซ์เม้น (วาสลีน) แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

### 3. ทบทวนการจัดท่าผู้ป่วย (patient positioning)

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- พลิกตะแคงกึ่งหงาย ตัวผู้ป่วยควรตะแคงตัวสะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอน
- การจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้าง ให้ใช้หมอนรองใต้ท้อง ยกสันเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอน
- การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา

### 4. ห้ามใช้ห่วงยาง (rubber ring/donut-type) และถุงมือยางใส่น้ำร้อนบริเวณปุ่มกระดูก<sup>15, 16, 28</sup>

### 5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และอธิบายด้วยท่าทีที่เป็นมิตรด้วยความเต็มใจ

## ประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลทบทวนการป้องกันการเกิดแผลกดทับและ มีทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้อง

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ สถานภาพโสด อายุ 81 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ลักษณะผิวขาว รูปร่างผอม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ได้รับการวินิจฉัยเป็น Chronic Subdural Hemorrhage c HT c Vascular dementia ขณะเยี่ยมพบผู้ป่วยนอนบนเตียงแบบโรงพยาบาล มีที่นอนลม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ออกเสียงอ้ออ ร้องเสียงดังเวลาพลิกตะแคงตัว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Glasgow Coma Score E4 V3 M6 Motor power แขนขาข้างขวา grade III ข้างซ้าย grade III แขนขา 2 ข้างเกร็ง ไม่มีแผลกดทับ ไม่เหนื่อย หายใจ Room air On NG tube NO.14 for feeding blendera 300 cc 4 feeds ( 1,200 Kcal) มีหลานชายเป็นผู้ดูแล ยืมเครื่องดูดเสมหะจากหน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ที่บ้าน หลานชายสามารถใช้เครื่องดูดเสมหะได้ ขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะรดผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประเมิน Risk factor ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ On NG tube NO.14 ประเมิน Barthel Index ได้ 0 คะแนน (กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง) ผู้ป่วยมีผิวหนังเปื่อยขึ้น หลานชายบอกว่าพลิกตะแคงตัวนานๆ ครั้ง เนื่องจากเห็นผู้ป่วยหลับ ไม่มีฝ้ายก บางครั้งก็ลากตัวขึ้นคนเดียว หลานชายบอกว่าไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ รู้สึกกังวล กลัวว่าป้าจะเป็นแผลกดทับ โดยพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง

## สรุปผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

หลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ข้อ แบ่งตามการเยี่ยมได้ดังนี้

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากภาวะของโรค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณที่ถูกกดทับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากภาวะของโรค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากภาวะของโรค

หลังจากติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามอาการ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแล ทราบวิธีการป้องกันแผลกดทับได้ ผู้ดูแลบอกมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น มีความสุขในการดูแลผู้ป่วย บอกว่าเลิกกังวลเรื่องผู้ป่วยจะเป็นแผลกดทับ ความสำเร็จในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เกิดขึ้นได้จากพยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล กำหนดเป้าหมายและให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน รวมทั้งการวางแผนการดูแล การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลและครอบครัวมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ หากเกิดปัญหาพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

## บทที่ 5

### ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา

ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น จากภาวะของโรคเช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกทับเส้นประสาท หรือผู้สูงอายุที่นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีความเสี่ยงในการเกิดการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวพบปัญหาในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว และแนวทางในการแก้ปัญหา ดังนี้

1.บุคลากรในหน่วยขาดความตระหนัก ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว

**แนวทางการแก้ไขปัญหา** สร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว และมีการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน ส่งเสริมให้พยาบาล ประเมินผู้ป่วยในเรื่อง ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อวางแผนจำหน่ายได้อย่างครอบคลุม

2.บุคลากรมีความรู้และแนวทางปฏิบัติไม่ไปในทิศทางเดียวกัน

**แนวทางการแก้ไขปัญหา** เน้นย้ำให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกทุกครั้งเมื่อไปเยี่ยมบ้าน และมีนำ INHOMESS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยทุกราย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การประเมินมีดังนี้

I = immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย ความสามารถในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การจัดยากินเอง

N = nutrition ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับภาวะโรค การเตรียมปรุงอาหาร วิธีเก็บอาหาร นิสัยการกินและอาหารโปรด เพื่อดูความเหมาะสมภาวะโภชนาการกับโรคที่เป็น ความสามารถในการรับประทานอาหาร หรือใส่สายยางให้อาหาร ปริมาณอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และอาหารที่ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นต้น

H = home environment สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การถ่ายเทอากาศสะดวก แสงสว่างเพียงพอหรือไม่ การจัดระเบียบสิ่งของภายในบ้าน เที่ยงนอนของผู้ป่วย ห้องสุขา และภายนอกบ้านเช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน ใกล้ใกล้ชุมชน เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยเหลือพึ่งพากันได้หรือไม่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว

O = other people สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไรบทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบ ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลหลัก กรณีที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก มีแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือไม่ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครชุมชน จิตอาสาเป็นต้น

M = medications การซักประวัติเรื่องยารวมถึงการใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้ป่วย การใช้แพทย์ทางเลือก เช่นการนวด ประคบ ผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเอง และการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยรักษาอยู่กับแพทย์หลายแห่งหรือไม่

E = examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร ความดันโลหิต การประเมินผิวหนังทั่วร่างกาย การดูแลแผล เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาล

S = spiritual health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ สิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ

S = service ประเมินความเข้าใจของครอบครัว ญาติ ให้ตรงกันความรู้สึกที่มีต่อระบบในการวางแผนดูแลผู้ป่วย และต้องรู้การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้าน และโรงพยาบาลว่าต้องการการดูแลอย่างไร แผนการรักษาเป็นอย่างไร จะติดต่อใครได้อย่างไร บริการใกล้เคียงบ้านพักมีอะไรที่ไหนบ้าง

S = safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน บันไดมีความชันทางเดินเข้าบ้านแคบ เฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น พื้นห้องน้ำมีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ไปในแนวทางเดียวกัน มีการทบทวน work instruction (WI) การป้องกันการเกิดแผลกดทับและมีการจัดทำคู่มือการพยาบาลในหน่วยงาน

3.บุคลากรยังขาดการนำแบบประเมิน SiCCT: MEWS Pressure injury Prevention มาใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวทางการแก้ไขปัญหา จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการประเมินและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีการเน้นย้ำให้กับบุคลากรในการนำแบบประเมิน SiCCT:

MEWS Pressure injury Prevention มาใช้ในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวทุกรายและมีการทำ Pre conference และ Post conference ทุกครั้งก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ SiCCT: MEWS Pressure injury Prevention ทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนี้

### 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ต่อการเกิดแผลกดทับ

1.1 มีการใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจน

1.2 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

1.3 ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน

1.4 ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้

1.5 ถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน (ในกรณีที่ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

1.6 ตรวจพบความเปื่อยขึ้นจากอุจจาระ ปัสสาวะ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า

### 2. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ

โดยประเมินว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่มีผลกระทบบภาวะโภชนาการที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติหรือไม่ได้รับสารอาหารมากกว่า 5 วัน

### 3. ดูแลตามแนวปฏิบัติที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง<sup>28</sup>

3.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์

3.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ในผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยวิธีการดังนี้

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นและปุ่มกระดูก ให้ประเมินผิวหนังบริเวณจุดเสี่ยงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย หากพบผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีรอยแดง รอยช้ำ บวม สีคล้ำ แข็ง นุ่ม ร้อน เจ็บปวด ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ถูกกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์และให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยเร็วกว่าทุก 2 ชั่วโมง

- ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกด้วย น้ำเกลือออร์มัล ใช้ polyurethane foam ปิดบริเวณปุ่มกระดูกป้องกันแรงเสียดและการเสียดสี

- ใส่ที่นอนเพื่อลด/กระจายแรงกด และตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ หมายถึง การตรวจสอบอุปกรณ์ลดแรงกดเพื่อป้องกัน 'bottom out' (ผู้ป่วยนอนจมตัวลงในที่นอนทำให้ปุ่มกระดูกสัมผัสกับพื้นเตียง) โดยสอดมือเข้าระหว่างอุปกรณ์ลดแรงกด (ที่นอนลม) กับตำแหน่งปุ่มกระดูก ต้องสามารถกระดกปลายนิ้วมือขึ้นได้และไม่สัมผัสกับปุ่มกระดูกแสดงว่าไม่เกิด 'bottom out' และ อุปกรณ์มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การใช้ฟาร์รองยกตัวใน

การเปลี่ยนท่าหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้การยกตัวโดยมีฝักรองหรืออุปกรณ์ในการยกตัว และหลีกเลี่ยงการลากดึง ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บจากแรงเสียดสี ต้องมีคนช่วยเปลี่ยนท่าอย่างน้อย 2-4 คน

- จัดท่า

- การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา
- การจัดท่านอนตะแคงกึ่งหงาย เอียง 30 องศา
- การยกส้นเท้าลอยโดยจัดท่านอนหงายให้ใช้หมอนรองใต้น่อง ยกส้นเท้าให้ลอยขึ้น ใช้หมอนหรือฝักรองใต้น่องเพื่อยกส้นเท้าให้ลอย (floating heel) จากพื้นผิวเตียง ไม่สัมผัสกับที่นอนเพื่อป้องกันแรงกดทับจากการเลื่อน ไถลและแรงเฉือน ประเมินผิวหนังบริเวณส้นเท้าอย่างน้อย ทุก 8 ชั่วโมง

3.3 ป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้<sup>29</sup>

ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้หรือถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน ตรวจพบความเปียกชื้นจากอุจจาระหรือปัสสาวะทุกครั้งที่ยกเปลี่ยนท่า

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ perineum & perianal area ว่ามีความชุ่มชื้นมากเกินไป มีรอยแดง ลอก ถลอก ผิวหนังเปิดหรือไม่ และประเมินทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแผ่นรองซับหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่

- จัดอุจจาระหรือปัสสาวะด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำยาทำความสะอาดผิวหนังโดยไม่ขัดถูและซับให้แห้ง

- ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง เช่น ปิโตเลียมออยท์เมน ครีม (skin barrier cream) ฟิล์ม (skin barrier film) ทุกครั้งหลังทำความสะอาด

- การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนาที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับได้ดี การใช้แผ่นรองซับและการระบายอากาศจะช่วยลดการอับชื้นได้ หลีกเลี่ยงแผ่นรองซับอย่างบาง ต้องประเมินผิวหนังบริเวณที่ใส่ผ้าอ้อมใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนาน้อยทุก 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย เพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลายจากความอับชื้นในขณะที่สัมผัสกับอุจจาระ ปัสสาวะเป็นเวลานาน

4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

**แนวทางการแก้ไขปัญหา** เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการกลับไปดูแลผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้วยรูปแบบการสอน สาธิต ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันการเกิดแผล

กดทับที่บ้าน รวมทั้งการส่งเสริมพลังอำนาจ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้อยอมรับ ในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น โดยมีการร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งในระยะ สั้น ระยะยาว เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในการดูแล ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ อย่างถูกต้อง ในการให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน พยาบาลต้องคำนึงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ หรือ ในการฝึกปฏิบัติของผู้ดูแล และสอนเสริมจาก ความรู้เดิม ควรปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย และมีการมอบแผนพับความรู้ เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกลับมาทบทวนได้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เสริมพลังการเรียนรู้ โดยให้ลงมือทำด้วยตนเอง พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องให้ เวลากับผู้ดูแลในการฝึกปฏิบัติ การรับฟังข้อมูล ข้อคิดเห็น รวมทั้งข้อซักถามต่างๆ เปิดโอกาสให้ โอกาสผู้ดูแลผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

หลักการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วย

1. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
  2. ลดแรงกดและป้องกันการเสียดสีบริเวณผิวหนังทั่วร่างกาย
  3. การดูแลเน้นการพลิกตะแคงตัวและการจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
  4. ดูแลผิวหนัง ประเมินและทำความสะอาดผิวหนัง เช็ดทำความสะอาดผิวหนังทันที หลัง การขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น
  5. ดูแลเรื่องโภชนาการให้เหมาะสม เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ต่างๆ
    - โปรตีนเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล
    - อาหารไขมันช่วยสังเคราะห์กรดไขมันซึ่งเป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์
    - วิตามินซี ได้แก่ ส้ม ผลไม้สด มีผลต่อการหายของแผล ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น และป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อ
    - วิตามินเอ ได้แก่ นม ไข่ ผักคะน้า ผักใบเขียว ช่วยให้แผลหายเร็ว
    - สังกะสี ได้แก่ หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน ช่วยในการสังเคราะห์โปรตีน สร้างคอลลาเจน
  6. กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย
5. ปัญหาทางด้านสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ถ้าขาดผู้ดูแลใกล้ชิด มีโอกาส ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดความเครียดต่อการเกิดแผลกดทับ และทำให้มีโอกาที่แผลจะมีการติดเชื้อทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลแผล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลแย่ลง

**แนวทางการแก้ไขปัญหา** มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย เพื่อประเมินความพร้อม และเตรียมตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้มีการเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองในการป้องกันแผลกดทับ ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ควรมีการจัดหาผู้ดูแลหลักตั้งแต่เริ่มวางแผนจำหน่ายและมีการให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีการเยี่ยมบ้านให้ทันภายใน 5 วันหลังจำหน่าย เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น อาสาสมัครชุมชน ผู้นำชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6. ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวที่บ้าน

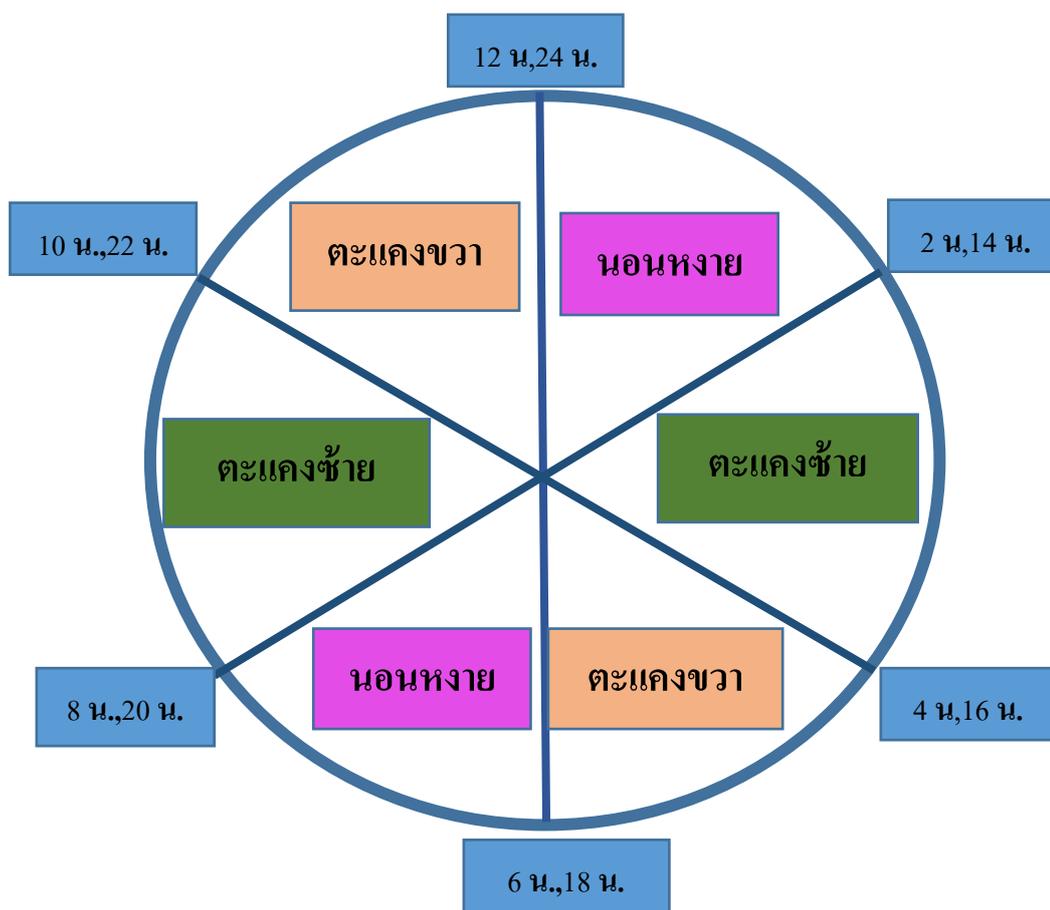
**แนวทางการแก้ไขปัญหา** จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดวางโปรแกรมการดูแลได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ตารางเวลาการพลิกตะแคงตัวหรือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเพื่อ ไม่ให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น

#### ตารางการพลิกตะแคงตัว

เวลา	การจัดทำ
6 น. 12 น. 18 น. 24 น.	นอนหงาย
8 น. 14 น. 20 น. 2 น.	ตะแคงขวา
10 น. 16 น. 22 น. 4 น.	ตะแคงซ้าย

การกำหนดเวลาในการเปลี่ยนท่าหรือการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง จะสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ผลดี และค่าใช้จ่ายถูกที่สุด สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพราะถ้าไม่พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมีแผลกดทับทำให้ต้องซื้ออุปกรณ์เพื่อมาทำแผลทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

## นาฬิกาพลิกตัวผู้ป่วย



### ตารางเวลาการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

- 6.00 น. จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย ดูแลเช็ดตัวและทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน ให้ผู้ป่วย
- 7.00 น. ถอดท่อหลอดลมคอ ทำความสะอาดและนำท่อหลอดลมคอมาใส่ให้ผู้ป่วย
- 8.00 น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแกงซ้าย ให้อาหารและยาผู้ป่วย (ดูคเสมอหะ และตรวจตำแหน่งสายยาง ให้อาหารก่อนให้อาหาร) และให้น้ำตาม 50 ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ 100-200 ซีซี
- 10.00 น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแกงขวา ให้น้ำระหว่างมือ ประมาณ 50 ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วย รับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ 100-200 ซีซี
- 12.00 น. จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย ศรีษะสูง ให้อาหารและยาผู้ป่วย (ดูคเสมอหะ และตรวจ

ตำแหน่งสายยางให้อาหารก่อนให้อาหาร)และให้น้ำตาม 50 ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้100-200 ซีซี

14.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคงซ้าย ให้น้ำระหว่างมือประมาณ 50 ซีซีในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้100-200 ซีซี

16.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคงขวา เช็ดตัวและทำความสะอาดปากและฟันผู้ป่วย

17.00น. ทำแผลคอ ถอดท่อหลอดลมคอทำความสะอาด และนำท่อหลอดลมคอมาใส่ให้ผู้ป่วย

18.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย ศรีษะสูง ให้อาหารและยาผู้ป่วย (ดูคเสมอหะ และตรวจตำแหน่งสายยางให้อาหารก่อนให้อาหาร)และให้น้ำตาม 50 ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้100-200 ซีซี

20.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคงซ้าย ให้น้ำระหว่างมือประมาณ 50 ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้100-200 ซีซี

22.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคงขวา ให้อาหารและยาผู้ป่วย (ดูคเสมอหะ และตรวจตำแหน่งสายยางให้อาหารก่อนให้อาหาร) และให้น้ำตาม 50ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาการเองทางปาก สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้100-200 ซีซี

24.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย ให้น้ำระหว่างมือประมาณ 100-150 ซีซี

2.00น. จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคงซ้าย

ตารางเวลาสามารถปรับเปลี่ยนตามผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีพยาบาลร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

จัดเวรผู้ดูแลหมุนเวียนกัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก ไม่เกิดความเครียด หรือประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น อาสาสมัครชุมชน จิตอาสา เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นสร้างความศรัทธาและความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยการใช้ทักษะทางการพยาบาลให้กำลังใจ แสดงความเห็นใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองโดยพยาบาลเป็นผู้เสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว มอบเบอร์โทรศัพท์ของพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน ศูนย์เอร์วาน 1646 พร้อมสอนวิธีการเรียกรถฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน

พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องใช้เวลากับผู้ดูแลในการฝึกปฏิบัติ การรับฟังข้อมูล ข้อคิดเห็น รวมทั้งข้อซักถามต่างๆ ให้โอกาสผู้ดูแลผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย การดูแลผู้ป่วยให้เห็นผลสูงสุดนั้น ควรยึดผู้ป่วยรายบุคคลเป็นหลัก แม้หลักการ วิธีการ ตลอดจนเหตุผลทางวิชาการจะ

เหมือนกันสามารถใช้ร่วมกันได้ แต่การรับรู้ตลอดจนปฏิกิริยาในการรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และการป้องกันแผลกดทับต่างกัน พยาบาลต้องเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ สอน และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน อีกประเด็นที่สำคัญ คือ การส่งเสริม หรือการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ถือเป็น การดูแลที่ช่วยส่งเสริมด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการรักษา ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

## บรรณานุกรม

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. April 13; 2016. [cited 2016 Mar 30]. Available from: <http://www.epuap.org>. Accessed January 9, 2016.
2. Salcido R. From Pressure Ulcer to “Pressure injury”: Disambiguation and Anthropology. *Advances in Skin & Wound Care* 2016;29(7): 295.
3. Barher AL, Kamar J, Tyndall TJ, White L, Hutchison A, Klopfer N, et al. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observation study. *International wound journal* 2013;10(3):313-20.
4. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM, What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative factors. *Journal of tissue viability* 2012;21(1):3-12.
5. ปัญญภัทร ภัทรกันทากุล. ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2555;22(1):48-60.
6. ปองหทัย พุ่มระย้า, อรวรรณ โตสิงห์, วรณิ สัตยวิวัฒน์, สุวิมล กิมปี, อภิชาติ อัสวมงคลกุล. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. *สารศิริราช* 2546;55(10):587-98.
7. ช่อผกา สุทธิพงษ์, ศิริอร สินธุ. ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2554;29(2):113-123.
8. Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs* 2009;65(12):2608-20.
9. Keen, D.C. Tissue viability, pewees local health board, Bronllys Hospital, South Powys. *Br. J. Nurs* 2009;18:S4-10.
10. Theisen S, Drabik, A. and Stock, S, Pressure ulcers in older hospitalized patient sandits impact on length of stay: A retrospective observational study, *J. Clin. Nurs* 2012;21:380-387.
11. สมคิด รักษาสัตย์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532.

12. อ.นพ.วิชัย นัฒรชนาวารี. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง “Geriatric syndromes”. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
13. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. Siriraj Concurrent Trigger Tool: Modify Early Warning Sign (MEWS). Pressure Injury Prevention. กรุงเทพฯ: งานการจัดการความรู้ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2559.
14. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://61.7.213.163/excellent/files/file/HHC.pdf>.
15. Hamm RL. Anatomy and Physiology of the Integumentary System. In: Hamm RL, editors. Text and Atlas of wound diagnosis and Treatment. New York: McGrawHill;2015. P. 3-13.
16. ยูวดี เกตุสัมพันธ์. แผลกดทับ: Etiology of Pressure Ulcer. ใน: ยูวดี เกตุสัมพันธ์, อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรดีจิเศรษฐ์ และคนอื่นๆ. การดูแลแผลกดทับ ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. งานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2552. หน้า 21-26.
17. ยูวดี เกตุสัมพันธ์. การดูแลแผลกดทับ: Pressure Ulcer management .ใน: ยูวดี เกตุสัมพันธ์, จุฬพร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, อิศรา คำนึ่งสิทธิ, สมจิน ยะหัวฝ้าย และคนอื่นๆ. Wound care. พิมพ์ครั้งที่ 1 .งานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2555. หน้า 1-13.
18. MCN Healthcare: Changing Terminology: “Pressure Ulcer” Now to be referred to as“Pressure Injury” [Internet]. [Cited 2018 Mar 3]. Available from: <https://www.mcnhealthcare.com/changing-terminology-pressure-ulcer-now-to-be-referred-to-as-pressure-injury/>.
19. Bates-Jensen BM. Pressure ulcer: Pathophysiology and prevention, In Sussman, C, Bates-Jensen BM. Wound care: A collaborative practice manual for health professionals 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 336-373.
20. Pieper B. Mechanical forces: Presser, shear and friction. In: Bryant RA editor. Acute&chronic wound: Nursing Management 2<sup>nd</sup> ed. St.Louis: Mosby; 2000.
21. Price MC, Whitney JD, King CA, Doughty D. Development of a Risk Assessment Tool for Intraoperative Pressure Ulcers. J Wound Ostomy Continence Nurse 2005;32(1):19-30.

22. Susan Shoemake, BA and. Kathleen Stoessel, RN, BSN, MS. The Clinical issue pressure ulcer in the surgical patient. Kimberly-Clark Worldwide; 2007.
23. Saunders. Elsevier items and derived items: An import of Elsevier Inc; 2007.
24. Physical Therapy Aide: Causes of Pressure Ulcers [Internet]. [cited 2016 Mar 30]. Available from: [http://gatlineducation/demo/PTA\\_Demo/html/L05/L05CH01P01.html](http://gatlineducation/demo/PTA_Demo/html/L05/L05CH01P01.html).
25. วรณิภา สายหล้า, แผลกดทับ. ใน: จุฬารพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, ยูวรัตน์ ม่วงเงิน. การดูแลแผล หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (Wound care for Nursing: Evidence Base to Practice). กรุงเทพฯ: งานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช; 2559.หน้า 158-162.
26. Pegasus Healthcare: Clinical Knowledge Center. Causes of Pressure Ulcer [Internet]. [cited 2016 Mar 30]. Available from: <http://www.pegasushealthcare.com/clinical/clinical-knowledge-centre/>.
27. Braden BA and Bergstrom NA, Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. [Internet]. [cited 2016 Mar 30]. Available from: <http://www.healthcare.uniowa.edu>.
28. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. National Pressure Ulcer Advisory Panel. [Internet]. 2014. [cited 2016 Mar 30]. Available from: <http://www.epuap.org>. Accessed January 9, 2016.
29. Lange D, Hanson D, Hunter S, Thompson, Oh IE. Clinical management extra: Incontinence-Associated Dermatitis. Advance in skin& wound care 2011;24(3):126-140.
30. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร. คู่มือการเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: บริษัท เอชอาร์พรีนซ์ แอนด์ เทรนนิง จำกัด; 2552.
31. นภาพร อภิศวีจิเศรษฐ์, ภาวะโภชนาการในผู้ที่มีแผล. ใน: จุฬารพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, ยูวรัตน์ ม่วงเงิน. การดูแลแผล หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (Wound care for Nursing: Evidence Base to Practice). กรุงเทพฯ: งานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช; 2559.หน้า 146-148.
32. รุ่งทิวา ชอบชื่น. Nursing Care in Pressure Sore. การประชุมวิชาการประจำปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 29 ประจำปี 2556. 2556; 28:41-46.

ภาคผนวก ก  
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

E-doc 11 พ.ย. 62



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
สำนักงานคณบดี งานบริหารจัดการ  
โทร. ๐๒-๕๑๔๗๕๖๖-๘๐ ต่อ ๑๒๐๗  
โทรสาร ๐๒-๕๑๒๘๔๑๕

จากกรมพยาบาลปฐมภูมิ  
เลขที่ 1173  
วันที่ 9/10/2562  
เวลา 15.00 น.

02733  
- 3 เม.ย. 2562

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๖๑๓๖  
วันที่ ๓1 เมษายน ๒๕๖๒  
เรื่อง อนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๗๒/๐๑๗๕๓ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๒ ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลศิริราช ได้เรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.จงจิต เสนหา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการพยาบาล  
เรื่อง "การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว" ของ นางอติมา ตั้งพิมพ์จิตต์  
ตำแหน่ง พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) สังกัด งานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้  
รองศาสตราจารย์ ดร.จงจิต เสนหา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

กสิณทิพย์ อติมา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้นทิกา จันทร์เป็ย)  
รองคณบดีฝ่ายบริหารและทรัพยากรบุคคล  
ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

**ภาคผนวก ข.**  
**เครื่องมือ/แบบประเมิน**  
**แบบประเมินดัชนีบาร์เซล อินเด็กซ์ (Barthel Index)**

กิจกรรม / คะแนน	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....
<p><b>1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมอาหารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</b> 0 = ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้ 1 = ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตักให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า 2 = ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>					
<p><b>2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</b> 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พุงหรือค้นขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย 3 = ทำเองได้</p>					
<p><b>3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)</b> 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>					
<p><b>4. Toilet Use</b> 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้วใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>					
<p><b>5. Bathing (การอาบน้ำ)</b> 0 = ต้องมีคนช่วยเหลือหรือทำให้ 1 = อาบน้ำได้เอง</p>					

กิจกรรม / คะแนน	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....	HHC วันที่ .....
<b>6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</b> 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และเข้ามุมห้องหรือประตูได้ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง					
<b>7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</b> 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วยเหลือ 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องให้เครื่องช่วยเดิน เช่น cane จะต้องเอาขึ้นลงได้)					
<b>8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</b> 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย 1 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)					
<b>9. Bowels (การกลั้นอุจจาระ)</b> 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั้นได้เป็นปกติ					
<b>10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ)</b> 0 = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง) 2 = กลั้นได้เป็นปกติ					
รวมคะแนน					
เซ็นต์ชื่อผู้ประเมิน					

กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน BADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

กลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน BADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

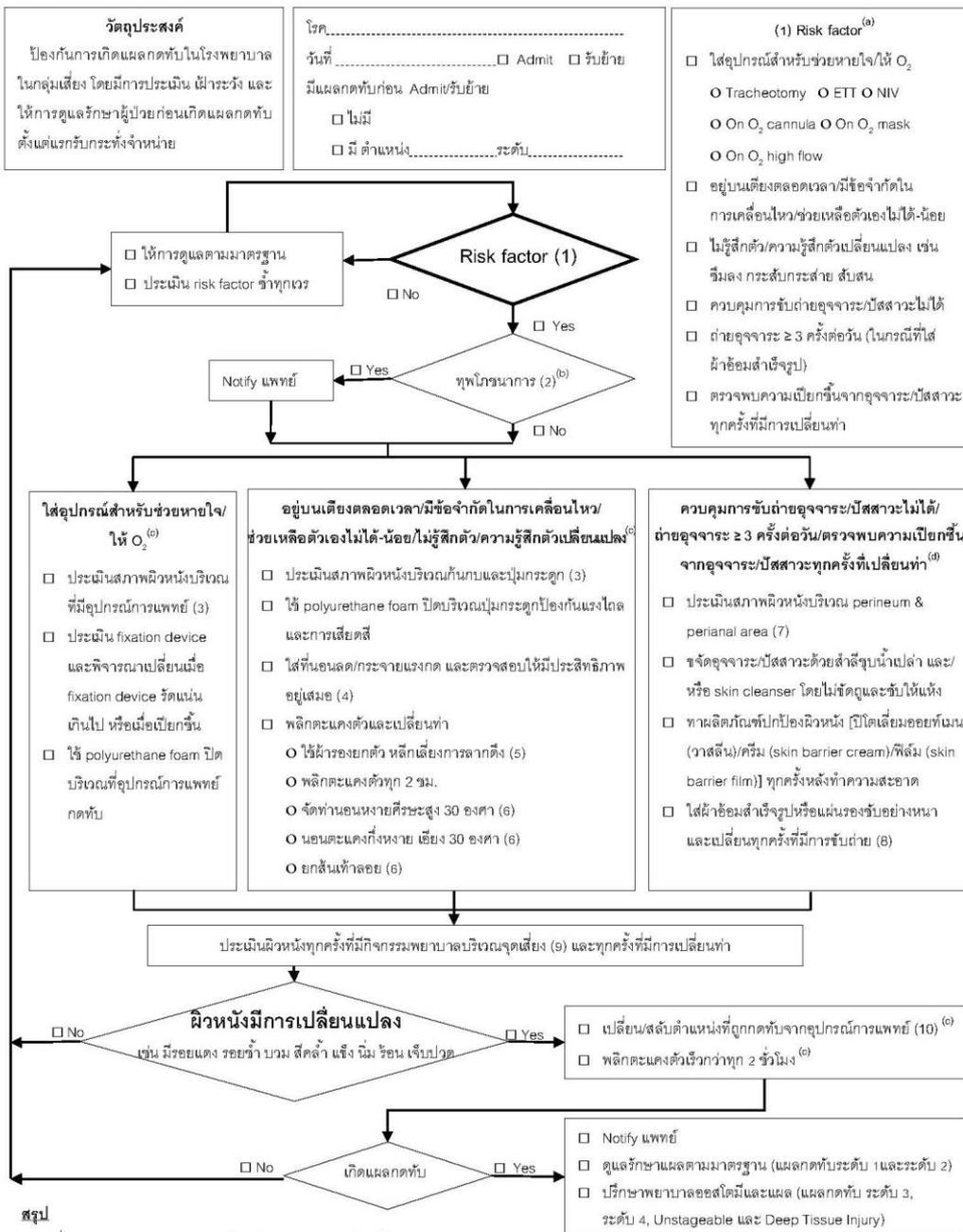
## แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ



### แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(Siriraj Concurrent Trigger Tool : Modify Early Warning Sign for Pressure Injury Prevention)

Sticker ผู้ป่วย



**สรุป**

1. วันที่ .....  จำหน่าย  ย้ายไป

2. มีแผลกดทับใหม่  ไม่มี  มี ตำแหน่ง.....ระดับ..... วันที่..... [ปรับปรุง 15 พ.ค.60]

### คำอธิบายเพิ่มเติม/ใบแทรก

<p>(2) ทูฟโภชนาการ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีผลต่อภาวะโภชนาการที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยวิกฤต มีปัญหาในเรื่องการกลืน หรือ ไม่ได้รับประทานอาหารมากกว่า 5 วัน</li> </ul>
<p>(3) ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่มีอุปกรณ์การแพทย์กดทับ ก้นกบ และปุ่มกระดูก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่มีอุปกรณ์การแพทย์กดทับ ผิวหนังใต้บริเวณปุ่มกระดูก บริเวณสันเท้า โดยตรวจดูว่ามีรอยแดง รอยช้ำ บวม ผิวหนังมีสีคล้ำ แฉก นิม ร้อนหรือเย็นแตกต่างไปจากผิวหนังบริเวณใกล้เคียง เจ็บ ปวด หรือมีแผล</li> </ul>
<p>(4) ใส่ที่นอนลด/กระจายแรงกดและตรวจสอบให้ประสิทธิภาพอยู่เสมอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจสอบอุปกรณ์ลดแรงกดเพื่อป้องกันการเกิด 'bottom out' (ผู้ป่วยนอนจมตัวลงในที่นอน ทำให้ปุ่มกระดูกสัมผัสกับพื้นเตียง) โดยสอดมือเข้าไประหว่างอุปกรณ์ลดแรงกด (ที่นอนลม) กับตำแหน่งปุ่มกระดูก ต้องสามารถกระดกปลายนิ้วมือขึ้นได้ และไม่สัมผัสกับปุ่มกระดูก แสดงว่าไม่เกิด 'bottom out' และอุปกรณ์มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ</li> </ul>
<p>(5) กรณีเปลี่ยนทำให้ใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากเตียง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเปลี่ยนท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้การยกตัวโดยมีผ้ารองหรืออุปกรณ์ในการยกตัว และหลีกเลี่ยงการลากเตียง ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บจากแรงเสียดสี ต้องมีเจ้าหน้าที่ช่วยเปลี่ยนท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างน้อย 2-4 คน</li> </ul>
<p>(6) การจัดท่านอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ให้ปรับระดับได้เข้าสูงขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล</li> <li>- กรณีจัดท่านอนตะแคงกึ่งหงาย เอียง 30 องศา ให้อนตะแคงกึ่งหงายให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้าหรือเบาะสอดคั่น ระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดที่ระหว่างปุ่มกระดูก</li> <li>- ยกสันเท้าลอยจากพื้นผิวเตียง โดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่อง</li> </ul>
<p>(7) ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ perineum และ perianal area</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ perineum และ perianal area ว่ามีความชุ่มชื้นมากเกินไป มีรอยแดง ลอก ถลอก ผิวหนังเปิด</li> </ul>
<p>(8) ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองขับอย่างหนา และเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองขับอย่างหนาที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับได้ดี หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองขับอย่างบาง ต้องประเมินผิวหนังบริเวณที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองขับอย่างหนาย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลายจากความอับชื้นในขณะที่สัมผัสกับอุจจาระ/ปัสสาวะเป็นเวลานาน</li> </ul>
<p>(9) จุดเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริเวณที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับ</li> <li>- บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ</li> <li>- บริเวณ perineum และ perianal area</li> </ul>
<p>(10) เปลี่ยน/สลับตำแหน่งที่ถูกกดทับจากอุปกรณ์การแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัว ไม่ดึงท่อช่วยหายใจ ให้ใช้ Adhesive non woven fabric เช่น พลาสเตอร์ neofix, fixomull แทนการใช้เชือกผูกยึดท่อช่วยหายใจ</li> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวให้สลับตำแหน่งเชือกผูกยึดท่อช่วยหายใจ เพื่อลดแรงกดทับ</li> </ul>

#### เอกสารอ้างอิง

- Barbara Braden and Nancy Bergstrom, Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. (1988; cited); Available from: <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/pressureulcers/bradenscale.pdf>.
- Irish Nutrition and Diet Institute. The MUST (2003; cited); Available from: <http://www.bapen.org.uk>.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014.
- Langemo D, Hanson D, Hunter S, Thompson P, Oh IE. Clinical management extra: Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis. Advance in skin & wound care 2011; 24 (3): 126-140.

**ภาคผนวก ก**  
**ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล**

<b>ชื่อ – สกุล</b>	นางชติมา      ตั้งพิมลจิตต์
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	13 มกราคม 2522
<b>ประวัติการศึกษา</b>	
ระดับมัธยมศึกษา	โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2544
ระดับปริญญาโท	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา การเจริญพันธุ์ และการวางแผนประชากร คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2551
<b>ประวัติการทำงาน</b>	
	ตำแหน่งพยาบาล (ระดับปฏิบัติการ) หอผู้ป่วย ม.ว.2 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 – 30 มีนาคม พ.ศ. 2555
	ตำแหน่งพยาบาล (ระดับปฏิบัติการ) หน่วยพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ งานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน