

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

สุจินต์ จุลจักษ์นทร์

นายสุจินต์ จุลจักษ์นทร์

ผู้ศึกษา

เมธีธร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปี้ยเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

(ลาศึกษาต่อต่างประเทศ)

อมร ประสงค์อินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ อารีเอื้อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

อาจารย์วรรณ ประสารอริคม,

Ph.D. (Home Health Care Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

มณฑิลา

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อมร พันธ์อินทร์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์, พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2553

สุจินต์ จุลจักษ์นทร์

นายสุจินต์ จุลจักษ์นทร์

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธีรนุช ห่านิรติสัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์วรัณัน ประสารอิชิต,

Ph.D. (Home Health Care Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เป็ยชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เป็ยชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ อาจารย์. ดร. วรณัน ประสารอริคม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห่านิรัตติชัย กรรมการสอบ สารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่าง สูงไว้ ณ. ที่นี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์สุลักษณ์ วงษ์ธีรภัค คุณบุญเดือน เหลืองเลิศขจร คุณจิรพันธ์ โภธิพฤกษ์ ที่กรุณารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่ศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองฉาง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาล ดึกผู้ป่วยชายและเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยชายโรงพยาบาลหนองฉางทุกท่าน ที่ช่วยส่งเสริมและให้โอกาส ให้ผู้ศึกษาได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง ที่มีส่วนช่วยให้คำแนะนำและให้กำลังใจ แก่ผู้ศึกษาและท้ายสุดประโยชน์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ บ้านฉบับนี้ ผู้ศึกษาขออุทิศส่วนกุศลให้คุณสุภาภรณ์ แม้นพยัคฆ์ คุณป้าผู้ล่วงลับอันเป็นที่รักยิ่งซึ่ง มีส่วนช่วยสนับสนุนและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ศึกษาประสบความสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

สุจินต์ จุลจางันท์

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

NURSING PRACTICE GUIDELINE TO PREVENT PRESSURE ULCER AT HOME

สุจินต์ จุกจางันท์ 4836266 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : นพวรรณ เปี้ยชื่อ, Ph.D., วรรณ ประสารอริคม, Ph.D.,
สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D.,

บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งอยู่ที่บ้านและเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด การติดเชื้อและการที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานขึ้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงมีความสำคัญ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการที่จะทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เรื่องแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน การศึกษาในครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยประยุกต์หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของโรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) ร่วมกับการใช้หลักเกณฑ์ของโพลิตและฮังเกอร์ (Polit & Hunger, 1997) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงประเด็น ปัญหาที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยแบบการวิเคราะห์เมตา 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 3 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงบรรยาย 4 เรื่อง และปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้จริง นอกจากนี้ควรบูรณาการแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้เข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรมีการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ต่อไป

คำสำคัญ : การป้องกันการเกิดแผลกดทับ / แนวทางปฏิบัติการพยาบาล

NURSING PRACTICE GUIDELINE TO PREVENT PRESSURE ULCER AT HOME

SUJIN JUNJAJAN 4836266 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : NOPPAWAN PIASEU, Ph.D.,
WORRANAN PRASANATIKOM, Ph.D., SUPARB AREE-UE, Ph.D.,**ABSTRACT**

A pressure ulcer is a complicated condition often found in in-home care immobile patients and is a significant problem for persons with chronic conditions as it may require hospital treatment. Patients with pressure ulcers suffer from pain, infection, and usually require long term hospital treatment. Preventing a pressure ulcer is therefore important. Nurses play a crucial role to accurately evaluate risk factors so as to prevent pressure ulcers and increase proper treatment quality.

The objective of this study is to develop nursing practice guidelines (NPGs) to prevent pressure ulcers at home by evidence-based analysis and synthesis applied from evaluation criteria developed by Rosswurm and Larrabee (1999) and integrated with those of Polit and Hungler (1997), as a framework. There are 16 conformable evidence-based research studies that have been collected, including 2 meta-analysis studies, 3 randomized controlled trial (RCT) studies, 5 quasi-experimental studies, 2 action studies, and 4 descriptive studies. The guidelines were revised according to all 3 experts' suggestions and advice.

To apply this guideline, a pilot study is required to evaluate both the process and outcomes in order to improve or adjust the guideline before implementation. In addition, the guidelines should be continuously integrated as a part of service quality improvement. Besides this, keeping the guidelines up-to-date is recommended.

**KEY WORDS: PREVENTING PRESSURE ULCER / NURSING PRACTICE
GUIDELINES**

104 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	18
บทที่ 4 ผลการศึกษา	53
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	69
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา	74
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	82
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก	96
ภาคผนวก ข	99
ภาคผนวก ค	100
ภาคผนวก ง	101
ภาคผนวก จ	102
ภาคผนวก ซ	103
ประวัติผู้ศึกษา	104

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผลงานวิจัยที่ตรงประเด็นการศึกษาจำแนกตามฐานข้อมูล, คำสำคัญที่ใช้สืบค้น และขอบเขตระยะเวลา	20
2	ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16)	23
3	สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน	68

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 ขั้นตอนสำหรับการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน	65



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งอยู่ที่บ้านและเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล (ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ, 2542: 12) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายจากการเจ็บป่วย ทำให้ต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานานร่วมกับปัจจัยเสริมภายในร่างกาย เช่น อายุ ภาวะโภชนาการ สภาพผิวหนัง เป็นต้น และปัจจัยเสริมภายนอก เช่น แรงเสียดสี แรงเสียดสี และแรงกดทับ เป็นต้น เป็นสาเหตุหลักที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดแผลกดทับ (ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2545: 48) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยอัมพาต และผู้ป่วยที่สูญเสียการรับรู้สติมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการสูญเสียการทำงานของระบบประสาททำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่างๆของร่างกายลดลง การควบคุมการขับถ่ายเสียหน้าที่ทำให้กลิ่นปัสสาวะอุจจาระไม่เกิด การเปียกและบริเวณผิวหนัง ทำให้ผิวหนังเปื่อย ก่อให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น (Defloor, 1996: 206)

ในระบบบริการสุขภาพต่างยอมรับว่าแผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติ เมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การฟื้นฟูสภาพ เกิดการติดเชื้อ การเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น ความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองลดลง ผลกระทบต่อสถานบริการสุขภาพและประเทศ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยแผลกดทับระดับที่รุนแรงต้องใช้ระยะเวลารักษานานทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก (ชญานิศ ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช, วิลาวัลย์ ผลพลอย, วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ และชูศรี ติวสกุล, 2542: 18) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีผู้คำนวณค่าใช้จ่ายเมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับพบว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 2,000 – 30,000 เหรียญสหรัฐต่อการเกิดแผลกดทับ 1 แผลและรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 1.5 ล้านเหรียญสหรัฐในการลดอัตราการเกิดแผลกดทับ (Brillhart, 2005: 85) ในประเทศไทยจากรายงานการวิจัยเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับของ นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย โควสุวรรณ (2540: 81) ศึกษาต้นทุนในการรักษาแผลกดทับ รวมถึงค่าแรงของพยาบาลในการทำแผลกดทับ ต้นทุนเวชภัณฑ์การรักษาพยาบาลและต้นทุนการ

ผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจำนวน 30 รายพบว่าต้นทุนในการรักษาแผลกดทับ มีมูลค่ารวมทั้งสิ้นเท่ากับ 1,167,296.46 บาท เฉลี่ย 48,764 บาทต่อคน ในขณะที่โรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ป่วยเป็นเงินเพียง 471,753.00 บาท เฉลี่ย 15,217.84 บาท ซึ่งเป็นจำนวนเงินค่อนข้างมากที่ต้องใช้จ่ายไปในการรักษาแผลกดทับ ในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพฟรี ซึ่งจะครอบคลุมการดูแลรักษาตั้งแต่ครั้งแรกไปจนกระทั่งแผลหายเป็นปกติจึงนับเป็นรายจ่ายที่มีจำนวนมากทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติในภาพรวม แผลกดทับยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากแผลกดทับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาล การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (ปองหทัย พุ่มระย้า, 2546: 23)

จากการสำรวจการเยี่ยมบ้านในรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของการเกิดบาดแผล จำนวน 519 คนและในจำนวนนี้พบว่าเป็นแผลกดทับ จำนวน 237 คน (Maklebust, 1999: 229) ซึ่งในประเทศไทย นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย ไควสุวรรณ (2540: 78) ได้ศึกษาการเริ่มเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าเป็นแผลกดทับเกิดที่บ้านจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 จากการศึกษาของยูวดี เกตุสัมพันธ์ และสุรวิรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2545: 97) ในผู้ป่วยจำนวน 85 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดจากที่บ้านจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี สถิติการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2548 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549 พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับรุนแรง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจำนวน 33 คน ซึ่งพบแผลกดทับเกิดที่โรงพยาบาลอื่น 15 คน เกิดแผลกดทับที่บ้าน 10 คน และเกิดในโรงพยาบาลหนองฉาง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5, 30.3 และ 24.4 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติการเก็บตัวชี้วัดคุณภาพตึกผู้ป่วยใน, 2549) จะเห็นได้ว่าแผลกดทับส่วนหนึ่งเกิดจากที่บ้าน ซึ่งสาเหตุของการเกิดแผลกดทับอาจเกิดจากการที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่เป็นระบบ

ปัจจุบันยอมรับว่าแผลกดทับส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 สามารถป้องกันได้ (Fox, 2002: S3) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ การดูแลให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน จะช่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับการป้องกันและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้านในประเทศไทย พบว่ามีน้อยมาก และพยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลหนองฉางไม่มีแนวทางปฏิบัติในการ

ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่ชัดเจน พยาบาลแต่ละคนมีการใช้วิธีการป้องกันแผลกดทับที่หลากหลาย ส่วนใหญ่ทำตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ปฏิบัติ มีการบอกต่อกันมา เรียนรู้จากผู้ที่ประสบการณ์มากกว่า รุ่นพี่สอนรุ่นน้อง และทำตามความเคยชิน อีกทั้งในโรงพยาบาลก็ยังไม่มีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่สร้างจากการองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจทบทวนและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และของรัฐ นอกจากนี้ การป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดการอักเสบของแผล และลดระยะเวลาของผู้ดูแลด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงและป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลในชุมชนมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันและประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้

นิยามศัพท์

แผลกดทับ หมายถึง การแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังจากการได้รับจากการรับแรงกดหรือแรงเสียดสีเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงโดยมีการ

เปลี่ยนแปลงในลักษณะเกิดรอยแดง ถลอก บวมเป็นตุ่มน้ำพอง หรือเกิดเนื้อตายเป็นบริเวณเฉพาะที่ ซึ่งอาจกินบริเวณกว้างและลึกถึงกล้ามเนื้อ และ/หรือ กระดูก

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับที่บ้านในรูปแบบของกระบวนการพยาบาล



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเนื้อหาดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของแผลกดทับ
2. กลไกการเกิดแผลกดทับ
3. ระดับของแผลกดทับ
4. ผลกระทบของการเกิดแผลกดทับ
5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
6. ความรุนแรงของปัญหาการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
7. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1. ความหมายของแผลกดทับ

แผลกดทับ หมายถึง การแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังจากการได้รับแรงกดหรือแรงเสียดสีเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงโดยมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเกิดรอยแดง ถลอก บวมเป็นตุ่มน้ำพอง หรือเกิดเนื้อตายเป็นบริเวณเฉพาะที่ ซึ่งอาจกินบริเวณกว้าง และ ลึกถึงกล้ามเนื้อ และ/หรือ กระดูก (National Guideline Clearinghouse, 2002: 1)

2. กลไกการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับ เป็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อร่างกายจากการได้รับแรงกดซึ่งขัดขวางการไหลเวียนของเลือดบริเวณที่ได้รับแรงกด ทำให้เนื้อเยื่อขาดสารอาหารและออกซิเจนนำไปสู่การตายของเนื้อเยื่อ ซึ่งกลไกการเกิดแผลกดทับ มีดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือดและขนาดของหลอดเลือด เมื่อเซลล์ได้รับการบาดเจ็บ หลอดเลือดแดงขนาดเล็กบริเวณนั้น จะหดตัวช่วงสั้นๆ ประมาณ 3-5 วินาที หลังจากนั้นจะเริ่มขยายตัว ทำให้เลือดไหลผ่านมากขึ้น เนื้อเยื่อบริเวณนั้นจะแดงและร้อนขึ้นเนื่องจากปริมาณเลือดที่มากขึ้น ทำให้เลือดไหลกลับไม่ทัน เกิดภาวะเลือดคั่ง การไหลเวียนช้าลง เม็ดเลือดแดงจับกันเป็น

กลุ่ม เพิ่มแรงดันการไหลของเลือด การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนใช้ระยะเวลาประมาณ 10-30 นาที จะสังเกตเห็นรอยแดงของผิวหนังที่ไม่จางหายไป ระยะเวลาที่มากกว่า 30 นาทีขึ้นไปถึง 24 ชั่วโมง และอุณหภูมิของผิวหนังบริเวณอักเสบจะสูงกว่าอุณหภูมิของผิวหนังใกล้เคียง (Bryant & Nix, 2007: 214-217)

2) การเพิ่มการซึมผ่านของหลอดเลือด (increased vascular permeability) ผลจากมีการกั้งของเลือดทำให้ เซลล์เยื่อหลอดเลือดฝอยแยกห่างออกจากกัน รวมทั้งมีการกระตุ้นจากสารเคมีที่ถูกปล่อยออกมาจากเซลล์ที่ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ฮิสตามีน (histamine) ซีโรโทนิน (serotonin) หรือจากพลาสมา ได้แก่ แบริคติน (bradykinin) ทำให้เซลล์เยื่อหลอดเลือดฝอยเพิ่ม การยอมให้มีการซึมผ่านของผนังหลอดเลือดฝอย ทำให้พลาสมาซึ่งประกอบด้วย น้ำ โปรตีน อนุภาคต่างๆ รวมทั้งเม็ดเลือดขาวซึมออกมาอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์และเนื้อเยื่อมากขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นได้คือ เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บบวมขึ้น โดยทั่วไประยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงจนเกิดการอักเสบหรือแผลกดทับระดับที่ 1 จะใช้เวลาประมาณ 24-72 ชั่วโมง ถ้าจัดแรงกดทับออกได้ทันเวลาที่ เลือดจะสามารถกลับมาเลี้ยงได้ตามปกติและกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่ถ้าปล่อยให้เกิดการกดทับคงอยู่ต่อไป จะเกิดการตายอย่างถาวรของเนื้อเยื่อและไม่สามารถกลับมาคงสภาวะเดิมได้ (สุนีย์ เจริญวัฒน์, 2539: 457; รัศมีนันท์ ขวัญเมือง, 2547: 10; Bryant & Nix, 2007: 214-217)

3. ระดับของแผลกดทับ

การวินิจฉัยระดับของแผลกดทับโดยใช้เกณฑ์จำแนกความรุนแรงของแผลกดทับโดยสำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานพยาบาล, 2546: 44) ดังนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังบริเวณนั้นอาจจะอุ่นกว่าหรือเย็นกว่า, แข็งตึง, มีอาการปวดหรือคันกว่าผิวหนังบริเวณข้างเคียงหรือด้านตรงข้ามของร่างกายมีรอยแดงที่ไม่จางหาย สำหรับบุคคลที่มีผิวหนังดำหรือค่อนข้างเข้ม บริเวณที่ถูกกดทับอาจจะไม่มีรอยแดงหรือมีรอยแดงคล้ำออกมั่ง

ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดบางส่วน of ชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นหนังแท้ เช่น แผลถลอกเป็นตุ่มพองหรือเป็นแผลตื้นๆ

ระดับที่ 3 หนังกำพร้าทั้งหมดมีการฉีกขาด และมีการตายของเนื้อเยื่อชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นใต้ผิวหนังและอาจขยายจนถึงชั้นเนื้อเยื่อพังพืด แผลมักเป็นหลุมลึก อาจเจาะไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณนั้น

ระดับที่ 4 มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อ เนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีม่วงคล้ำ หรือดำ แผลที่มีลักษณะเป็นโพรงลึก ก็จัดอยู่ระดับนี้ด้วย

4. ผลกระทบของการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ และระบบบริการทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 ความเจ็บปวด แผลกดทับทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Nixon et al, 2006: 72) ความเจ็บปวด เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ความเจ็บปวดของบาดแผลมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ตำแหน่งบาดแผล ขนาดและความลึกของบาดแผล มีการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนที่เกิดแผลมากเกินไป สภาพจิตใจ ความกลัว ความวิตกกังวล มีผลทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง สภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อม เช่น อากาศเย็นจัด ร้อนจัด ทำให้กระตุ้นการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้เพิ่มความเจ็บปวดได้ (จิตรา กุสุมภ์, 2546: 30-31) จากการศึกษาของแดลแลม (Dallam et al, 1995: 211-218) ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จำนวน 132 ราย พบว่า ร้อยละ 59 มีความรู้สึกปวดแผล ซึ่งผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับที่ 4 และไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวดมี อาการปวดแผลมากที่สุด ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ระดับ 2-4 จำนวน 32 ราย พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 87.5) มีความปวดขณะทำแผล ผู้ป่วย 27 ราย (ร้อยละ 84.4) มีประสบการณ์ปวดแผลขณะ พักผ่อน และมีเพียง 4 ราย (ร้อยละ 12.5) ที่ไม่มีอาการปวดแผล

1.2 ภาวะติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเนื่องจากผิวหนังเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรคและอันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อและอวัยวะภายในร่างกาย เมื่อผิวหนังถูกทำลายหรือฉีกขาด ทำให้สิ่งสกปรกจากภายนอกและเชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย (จิตรา กุสุมภ์, 2541: 17) แผลกดทับที่มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกถึงเอ็นกล้ามเนื้อกระดูกทำให้แผลเป็นโพรงมีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ (สคูดี โรจนะภิรมย์, สุริรัตน์ ช่วง สวัสดิ์ศักดิ์, บุศรา ศรีวิวัฒน์กุล, 2545: 89) แผลกดทับเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 11.8 เมื่อมีการติดเชื้ออาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ซึ่งพบว่าทำให้อัตราการตาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 (ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ, 2542: 12) จากการศึกษาของอัลแมนและคณะ (Allman, Goode & Burst, 1999: 24) พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจะมีการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ ถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้แผลกดทับอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทุติยภูมิที่พบบ่อยได้แก่ การอักเสบของ เซลล์ (Cellulitis) ซึ่งจะวินิจฉัยยากเนื่องจากลักษณะที่ปรากฏที่ผิวหนังคือ บวม แดง ร้อน เช่นเดียวกับการเกิดรอยแดงในแผลกดทับระยะที่ 1 ต้องตรวจโดยการเพาะเชื้อ การอักเสบติดเชื้อที่ กระดูกและกล้ามเนื้อ (Osteomyelitis) พบได้ร้อยละ 26 ของแผลกดทับที่รักษาไม่หาย การวินิจฉัย

ยากต้องเฝ้าการตัดกระดูกไปตรวจ การติดเชื้อในช่องว่างระหว่างข้อต่อ และการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมาก (Patterson & Bennett, 1995: 925)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจะมีความเครียดเพิ่มขึ้น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้นทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง เกิดภาวะเครียดทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล (สุนทรีย์ เหลี้ยวตระกูล, 2546: 20) เมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และเมื่อต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้รู้สึกต้องแยกจากสังคม ครอบครัว ออกจากงานที่ทำ ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมลดลง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย โดยเฉพาะแผลกดทับมักพบบริเวณที่ควรปกปิด เช่น บริเวณก้น ซึ่งผู้ป่วยต้องเปิดเผยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Templeton, 2005: 194) บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ชญาณิช ลือวานิช และคณะ, 2542: 20) จากการศึกษาของช่อผกา สุทธิพงษ์, ศิริอร ลินฐุ, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, จงจิต เสน่หา และยงชัย นิละนนท์ (2549: 63) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายระดับความรุนแรงของแผลกดทับเท่ากับ 2.157 เท่าของผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจะมีความยุ่งยากในการรักษาอีกทั้งยังสิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากร (ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ, 2542: 13) ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับรุนแรงต้องใช้เวลารักษานาน รับการผ่าตัดหลายครั้งและใช้ที่นอนชนิดพิเศษเป็นเวลาหลายเดือน (Patterson & Bennet, 1995: 919) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ของค่าใช้จ่ายในการดูแลปกติเนื่องจากผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ 3 ถึง 5 เท่า (ชญาณิช ลือวานิช และคณะ, 2542: 19) จากรายงานวิจัยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ ของนลินทิพย์ ดำนานทอง และวีระชัย โควสุวรรณ (2540: 79) ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจำนวน 30 ราย มีแผลกดทับ 54 แผล พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาแผลกดทับ 47,700 - 282,000 บาทต่อราย

4. ผลกระทบต่อระบบบริการทางพยาบาล

ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีผลกระทบต่อบุคลากรทางการพยาบาลเป็นการเพิ่มระยะเวลาและภาระงานในการดูแลผู้ป่วย (รักษนันท์ ขวัญเมือง, 2547: 8) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาล การเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยย่อมส่งผลถึงคุณภาพการพยาบาลในทางลบ เนื่องจากแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547: 3) การเกิดแผลกดทับพยาบาลอาจถูกมองว่าให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ เช่น ละเลยในด้านการป้องกันเมื่อผู้ป่วยอยู่ในความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หรือขาดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลมีแผลกดทับเกิดขึ้น การละเลย หรือขาดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยตรง (สุนทรี เหลี้ยวตระกูล, 2546: 21)

5. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน

1) ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factor) ได้แก่

1.1 แรงกด (pressure) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ปกติพบว่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยมีค่าประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอทหรืออยู่ระหว่าง 13-34 มิลลิเมตรปรอท ร่างกายของคนสามารถทนต่อแรงกดที่อาจสูงกว่าค่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยได้ หากแรงที่มากกระทำต่อร่างกายนั้นกระจายเท่ากันในทุกทิศทาง แต่ถ้าแรงที่มากกระทำนั้นกระทำเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก แรงนั้นจะกระทำผ่านจากผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกภายใน ทำให้เนื้อเยื่อทุกชั้นตั้งแต่ผิวหนังจนถึงปุ่มกระดูกถูกกด หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้ปุ่มกระดูกจะถูกกดทับ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณนั้นลดลง ทำให้สารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่เพียงพอ เซลล์เกิดการเสื่อมและตายได้ (Knox, Anderson & Anderson, 1994: 48-56) จากการศึกษาของมาเกิบุสและเซียร์กรีน (Maklebust & Sieggreen, 1996: 20) พบว่าแรงกดตั้งแต่ 35 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปจะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง แรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและถูกกดอยู่เป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลายเนื่องจากสารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่เพียงพอ และถ้าแรงกดมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และกดอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เนื้อเยื่อตายได้ อย่างไรก็ตามแรงกดที่น้อยแต่ถ้ากดอยู่เป็นเวลานานก็อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ ถ้ามีแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังเกิดขึ้นซ้ำๆ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน จะมีการทำลายของเนื้อเยื่อได้มากกว่าแรงกดที่กระทำอย่างไม่ต่อเนื่อง การศึกษาของเดวิด (David, 1995: 435) พบว่า แรงกด 500 มิลลิเมตรปรอทระยะเวลา 2 ชั่วโมงหรือแรงกด 150 มิลลิเมตรปรอทระยะเวลา 10 ชั่วโมง ทำให้เกิดแผลกดทับได้ และแรงกด 60 มิลลิเมตรปรอทระยะเวลาเพียง 1 ชั่วโมง ทำให้เกิดรอยแดงที่ผิวหนังได้ ปัจจัยที่มีผลต่อแรงกด ได้แก่

1.1.1 การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) การลดการเคลื่อนไหวในการเปลี่ยนท่าและควบคุมท่าทางของร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงกดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยที่ต้องนอนนิ่งๆ อยู่บนเตียงนานๆ ทำให้เพิ่มแรงกดโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกจนทำให้เกิดแผลกดทับ (ปองหทัย พุ่มระย้า, 2546: 13)

1.1.2 การปฏิบัติกิจกรรม (activity) ผู้ป่วยที่สามารถเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง แต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตช่วงล่างต้องนั่งรถเข็นนานๆ จะพบแรงกดบนก้นกบและฝ่าเท้า เนื่องจากไม่สามารถลดแรงกดทับต่อเนื้อเยื่อบางแห่งได้เต็มที่ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นต้องสัมผัสและได้รับอันตรายจากแรงกดทับได้ จากการศึกษาของบราเดนและเบอร์กตรอม (Braden & Bergstrom 2000: 106) พบว่าผู้ป่วยที่มีกิจกรรมมากจะเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อยหรือไม่มีกิจกรรมเลย เพราะผลของการมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดไปยังบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณที่ถูกกด การศึกษาของรักษนันท์ ขวัญเมือง (2547: 43) ในผู้ป่วยที่จำกัดการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวจำนวน 50 คนพบการเกิดแผลกดทับร้อยละ 42

1.1.3 ในการรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) ปกติผิวหนังจะรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด รับรู้ต่อแรงกดที่กระทำต่อผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังจะไม่เปลี่ยนท่าทางเมื่อไม่สุขสบายหรือไม่ให้มิผู้ช่วยเปลี่ยนท่า เพราะขาดการรับรู้ต่อความไม่สุขสบาย จึงไม่มีการตอบสนองเพื่อการหลีกเลี่ยงต่อแรงกดที่กระทำต่อเนื้อเยื่อ เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับยานอนหลับหรือยากดประสาทในปริมาณมาก เป็นต้น (Braden & Bergstrom, 2000: 107)

1.2 แรงเฉือน (shearing force) เกิดจากแรงเลื่อนไถลซึ่งเป็นแรงสองแรงที่มากระทำในทิศทางตรงกันข้ามและในแนวขนาน เช่น การเลื่อนไถลที่เกิดจากการจัดท่านอน ผู้ป่วยศีรษะสูงกว่า 30 องศา เมื่อตัวผู้ป่วยเลื่อนลงไปที่ปลายเตียง น้ำหนักตัวส่วนบนจะถูกส่งผ่านตามแนวกระดูกสันหลังมาถึงกระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกเบียดและถูกกด ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมาในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่จึงเกิดแรงขนานสองแรงที่กระทำในทางตรงกันข้าม พร้อมกับทำให้การไหลเวียนเลือดที่เนื้อเยื่อบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บเสียไป เซลล์ได้รับอาหารและออกซิเจนลดลงเกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับได้ในที่สุด (Maklebust, 1995: 230)

1.3 แรงเสียดสี (friction) เกิดจากการเคลื่อนที่ของผิวสัมผัส เช่น การเลื่อนผู้ป่วยโดยวิธีดึงลาก ทำให้มีการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ เกิดเป็นแผลถลอก (David, 1995: 436) ผู้ป่วยที่ได้รับแรงกดร่วมกับแรงเสียดสีจะทำให้เกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงกดเพียงอย่างเดียว โดยถ้ามีแรงกดและแรงเสียดทานกระทำต่อผิวหนังจะทำให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนังใต้ที่แรงขนาด 45 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ผู้ที่ได้รับแรงกดเพียงชนิดเดียวต้องมีมากถึง 290 มิลลิเมตรปรอทจึงจะทำให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนังได้ และถ้าผู้ป่วยถูกดึงลากขวางแนวเตียงผิวหนังชั้นนอกจะหลุดลอก ซึ่งจะเพิ่มการทำลายเนื้อเยื่อชั้นลึกได้ (Braden & Bergstrom, 2000: 105) จากการศึกษาของอารี บูรณกุล (2002: 76) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรกระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ที่มีปัญหาจากแรงเสียดสีและแรงเลื่อนไถล เสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับเป็น 32.568 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี งามประเสริฐ (2002: 77) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่ทำนายการเกิดแผลกดทับได้สูงสุดคือ การเพิ่มขึ้นของแรงเสียดทานและแรงเลื่อนไถล

1.4 ความเปียกชื้น (moisture) ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงผิวหนังจะเปียกชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ ทำให้ผิวหนังมีความต้านทานลดลง เปื่อยหลุดลอกได้ง่าย เมื่อเปียกชื้นมากขึ้นจะทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547: 13) ความเปียกชื้นจากการไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ (สุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์และคณะ, 2546: 7) การศึกษาของอารี บูรณกุล (Buranakul, 2002: 76) พบว่าความเปียกชื้นตลอดเวลาของผิวหนัง เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็น 5.529 เท่า และการศึกษาของช่อผกา สุทธิพงษ์, ศิริอร สิ้นธุ, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, จงจิต เสน่หา และยงชัย นิละนนท์ (2549: 63) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความชื้นของผิวหนังตลอดเวลาเกิดแผลกดทับร้อยละ 40 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะทำให้ผิวหนังเปียกชื้นเกิดการเปื่อยและความทนทานของเนื้อเยื่อลดลง ส่วนอุจจาระทำให้ผิวหนังระคายเคืองและถูกทำลายทำให้มีแผลกดทับเกิดขึ้นตามมา

2) ปัจจัยภายใน (Intrinsic Factor) ได้แก่

2.1 อายุ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการสร้างเส้นใยโปรตีนลดลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงทำให้แข็งขึ้นไม่ยืดหยุ่นเหมือนเดิม และมาติดอยู่กับเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังลงมามากขึ้นทำให้ผิวหนังเป็นรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังถูกทำลาย ความหนาแน่นของผิวหนังจึงบางลง เซลล์ไม่เกาะติดแน่นเหมือนเดิม จึงเกิดการหลุดลอกฉีกขาดได้ง่ายมีความผิดปกติระบบการไหลเวียนของน้ำระหว่างเซลล์ทำให้เซลล์บวมทำให้เกิดแผลได้ง่าย (Bergstrom, Braden, Kemp,

Champagne & Ruby, 1996: 28) ในผู้สูงอายุ การหายของแผลจะช้าเนื่องจากร่างกายมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย มีการสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์อิพิทีเลียลลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลน้อย และประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคลดลง จึงทำให้กระบวนการหายของแผลมีประสิทธิภาพลดลง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546: 24) จากการศึกษาของเบอร์กรอสโตรมและคณะ (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne & Ruby, 1996: 28) ในผู้ป่วยจำนวน 843 รายที่มีอายุ 19 ปีขึ้นไป พบว่า ปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผลกดทับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547: 35) ที่ศึกษาการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2.6 เท่า

2.2 ภาวะโภชนาการ เมื่อมีภาวะพร่องทางด้านโภชนาการ ทำให้ความทนต่อแรงกดของเนื้อเยื่อผิวหนังลดลง ผู้ป่วยที่ภาวะพร่องทางด้านโภชนาการจะมีรูปร่างผอม ทำให้เห็นส่วนของปุ่มกระดูกชัดเจน พื้นที่ผิวหนังเหนือปุ่มกระดูกมีน้อยและชั้นไขมัน ชั้นกล้ามเนื้อที่รองรับมีน้อย ทำให้แรงกดต่อพื้นผิวสัมผัสเพิ่มขึ้น (Russell, 2000: 198) ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มได้รับสารอาหารค่อนข้างน้อยลงโดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน เนื่องจากมีความอยากอาหารลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง หรือมีปัญหาช่องปากและฟัน การขาดอาหารโปรตีนทำให้เนื้อเยื่อเปราะบาง บวม ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย และร่วมกับการขาดวิตามิน ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี สังกะสี ทองแดง ซึ่งมีผลให้การสังเคราะห์และสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันลดลงทำให้เกิดแผลกดทับ และเป็นแผลมีระดับความรุนแรงขึ้น (Ayello, Thomas & Litchford, 1999: 725-728) นอกจากนี้ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะเพิ่มอัตราการตายและทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น (Elizabeth, 1999: 722) จากการศึกษาของชวลี เข้มวงษ์และคณะ (2542: 20) ซึ่งศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีระดับอัลบูมินต่ำและมีระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่ระดับอัลบูมินปกติ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรหม ภูปะวะโรทัย (2545: 41) ซึ่งสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ พบแผลกดทับถึงร้อยละ 38.4 เพราะอัลบูมินต่ำทำให้บวม ผิวหนังบางเกิดแผลได้ง่ายและการบวมทำให้การซึมผ่านของออกซิเจน การขนส่งสารอาหารจากหลอดเลือดออกไปเซลล์ลดลง และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโภชนาการมักเกิดแผลกดทับ (Fiona, 1998: 882)

2.3 ภาวะไข้ อ่อนหภูมิของร่างกายและอ่อนหภูมิของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับของผู้ที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้ผิวหนังที่ถูกกดทับมีอ่อนหภูมิสูงขึ้น และมีเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Bryant & Nix, 2007: 214) ถ้าร่างกายมีอ่อนหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะทำให้เมตาบอลิซึมและความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (ชวลี แยมวงษ์ และคณะ, 2542: 22) จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลของมาลี งามประเสริฐ (2002: 78) พบว่า การเพิ่มขึ้นของอ่อนหภูมิเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดแผลกดทับเป็นอันดับสองรองจากแรงเสียดสีและแรงเสียดสี

2.4 ภาวะเจ็บป่วย มีการศึกษาถึงตัวชี้วัดของการเกิดแผลกดทับกับภาวะเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคที่ให้ผลยืนยันว่า ผู้ป่วยที่สูญเสียการรับรู้ ระดับการรู้สติลดลง การเคลื่อนไหวลดลง การไหลเวียนเลือดลดลงส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทำให้ขาดวงจรกระบวนการสร้างคอลลาเจน ทำให้เนื้อเยื่อไม่มีความยืดหยุ่น และไม่แข็งแรงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น (มยุรี โรจนอังกูร, 2547: 13) ภาวะโรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่ายมีโอกาสทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547: 12)

2.5 การได้รับยาบางชนิด เช่น ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวดประสาท หรือ ยารักษาโรคลมชัก ยาเหล่านี้มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ง่วงซึม มีผลทำให้ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดหรือความสามารถที่จะเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่มากระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ยาสเตียรอยด์มีผลกดการทำหน้าที่ของ Macrophage การสร้างไฟโบรบลาสต์ และเนื้อเยื่อชั้นผิวหนัง ทำให้แผลหายช้า ยาระบายมีผลทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น อาจเกิดอุจจาระราด แขนงผิวหนังนานๆ เกิดแผลกดทับได้ง่าย ยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยบางรายปัสสาวะราด ระคายเคืองต่อผิวหนัง ส่งผลให้ง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2547: 13) จากการศึกษาของอัจฉรา ชัยชาญ (Chaichan, 2006: 37) ในผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับร้อยละ 14.3 ได้รับยาสเตียรอยด์ ปัจจัยด้านการใช้ยาพบว่ากลุ่มที่มีการใช้ยาสเตียรอยด์ ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวดลดไข้เกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ เนื่องจากยาสเตียรอยด์มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของผิวหนังและการสังเคราะห์เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำให้ผิวหนังบางฉีกขาดง่าย กลุ่มใช้ยากล่อมประสาท ทำให้ง่วงซึม การรับรู้ลดลง การใช้ยาแก้ปวดลดไข้แสดงถึงความเจ็บปวดไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ทำให้เนื้อเยื่อมีการเผาผลาญ และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงมีแนวโน้มเกิดเป็นเนื้อตายมากขึ้น (ชวลี แยมวงษ์ และคณะ, 2548: 40)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดแผลกดทับเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด แรงเฉือน แรงเสียดสี ความเปียกชื้น และปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ภาวะพร่องโภชนาการ ภาวะไข้ ภาวะเจ็บป่วย การได้รับยาบางชนิด ซึ่งในทุกปัจจัยที่กล่าวมานี้สามารถดูแลและป้องกันได้ ถ้าเรามีการประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ความรุนแรงของปัญหาแผลกดทับที่บ้าน

ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับที่บ้านโดยไม่มีการป้องกันหรือการดูแลแผลกดทับที่ี้อาจเกิดผลกระทบดังนี้

1. ผลกระทบกับตัวผู้ป่วยเอง ทางร่างกายเมื่อเกิดแผลกดทับที่บ้าน มักมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ถ้าดูแลบาดแผลไม่ดี แผลนั้นมักติดเชื้อร่วมด้วยเสมอและลูกหลานรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และเมื่อป่วยมีแผลจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพลักษณะที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้

2. ผลกระทบต่อผู้ดูแล เมื่อเกิดแผลกดทับที่บ้าน ญาติผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวลในการดูแลแผลเนื่องจากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงวิธีการดูแล การเตรียมของใช้และวิธีการทำแผลกดทับที่บ้าน การที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดความเครียดเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนน้อย ไม่มีเวลาส่วนตัว และเกิดปัญหาขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวเป็นบางครั้ง จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านของ ศุจินต์ จันทรังาม (2550: 94) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียด กลัว และวิตกกังวลเมื่อต้องมารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านเนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และกลัวว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้ กลัวจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง

7. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และให้การช่วยเหลือป้องกันปัจจัยเฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยและทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือแบบประเมินความเสี่ยง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547: 14) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล

กดทับ เป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้คัดกรอง แยกผู้ป่วยและทำนายล่วงหน้าได้ถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดแผลกดทับในระดับต่างๆ ข้อดีของการใช้แบบประเมินคือ ประเมินได้รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ใช้เข้าใจตรงกันและประเมินได้ตรงหรือใกล้เคียงกัน แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 4 รูปแบบ คือ 1) แบบประเมินของนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale) 2) แบบประเมินของกอสเนลล์ (The Gosnell Pressure Sore Risk Assessment Scale) 3) แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Risk) 4) แบบประเมินของวอร์เตอร์โลว์ (The Waterlow Pressure Sore Scale Prevention) ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีรูปแบบการใช้และความยากง่ายที่แตกต่างกัน (ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2545: 49)

แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะมีความไวต่อการทำนายความเสี่ยงมากกว่าแบบประเมินอื่น แบบประเมินนี้มีตัวแปรรวม 6 ตัวแปร ได้แก่ ประเมินความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ประเมินระดับความเปื่อยช้ำของผิวหนัง ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมินความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกาย ประเมินการได้รับอาหารเกี่ยวกับปริมาณที่ได้รับ เน้นปริมาณ โปรตีนและการได้อาหารเสริม ประเมินแรงเสียดจากการดึงลาก และแรงเฉือนจากการเลื่อนไถล แต่ละตัวแปรมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 หรือ 4 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-23 ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยงคือ 16 และยังได้คะแนนน้อยจะยิ่งเสี่ยงมาก (Braden & Bergstrom, 1994: 459-470)

แบบประเมินของนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale) ในปี 1962 Doreen Norton ได้ศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ และได้ศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ และได้จัดทำแบบประเมิน Norton scoring system เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย และเหมาะกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป การประเมินระดับการรู้สติและการรับรู้ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การประเมินความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนแขนขาของผู้ป่วย และการประเมินระดับความสามารถในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ แต่ละตัวแปรแบ่งออกเป็น 4 ระดับตามความรุนแรง ค่าคะแนนที่ประเมินได้จากแบบประเมินของนอร์ตันนี้ ถ้าค่ายิ่งต่ำมากเท่าใด แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มมากขึ้น ค่าคะแนนที่บอกว่าเริ่มมีความเสี่ยง คือ 14 (Norton, 1989: 23-31)

แบบประเมินของกอสเนลล์ เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของนอร์ตัน โดยได้นำปัจจัยด้านโภชนาการมาเป็นตัวแปรแทนภาวะสุขภาพ ดังนั้นตัวแปรของกอสเนลล์จึงประกอบด้วย 5 ตัวแปรเช่นกัน ได้แก่ การประเมินระดับการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

ความสามารถในการควบคุมและจำนวนครั้งของการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระได้ ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การได้รับอาหาร แต่ละตัวแปรแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3-5 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-20 หากได้คะแนน 16 หรือมากกว่า แสดงว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Gosnell, 1987: 399-416)

แบบประเมินของวอเตอร์โล (The Waterlow Scale) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในประเทอังกฤษ มีทั้งหมด 11 ตัวแปร ได้แก่ การประเมินจากอัตราส่วนของน้ำหนักและส่วนสูงหรือค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ความสามารถในการกลืนปัสสาวะและอุจจาระ บริเวณที่มีภาวะเสี่ยงด้วยสายตา การเคลื่อนไหว เพศ อายุ ความอยากอาหาร เนื้อเยื่อขาดอาหาร ความบกพร่องทางระบบประสาท ผลจากการได้รับการผ่าตัดหรือการบาดเจ็บ การได้รับยาบางชนิด โดยแต่ละตัวแปรจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-8 คะแนน ค่าคะแนนจะแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนรวมมากกว่า 10 หมายความว่า เริ่มมีความเสี่ยง คะแนนรวมมากกว่า 15 หมายความว่า มีความเสี่ยงมาก คะแนนรวมมากกว่า 20 หมายความว่า มีความเสี่ยงสูงมาก (Waterlow, 1985: 49-55)

จากการทบทวนผลการวิจัยพบว่าแบบประเมินแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันโดยแบบประเมินของนอร์ตันไม่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งอาจมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยแบบประเมินของนอร์ตันจึงไม่เหมาะสม ส่วนแบบประเมินของกอสเนลล์การที่จะระบุว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับต้องพิจารณาพร้อมกับปัจจัยเสริมตัวอื่น ได้แก่ สัญญาณชีพ สภาพผิวหนังโดยทั่วไป อาหารภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย กิจกรรมการรักษาดูแลต่างๆ ยาที่ได้รับ และมาตรการหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งอาจเกิดความยุ่งยากในการประเมินผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านเนื่องจากพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้การพิจารณาปัจจัยด้าน อาหาร ภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย อาจได้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ ส่วนแบบประเมินของวอเตอร์โลค่อนข้างยุ่งยาก เพราะมีตัวแปรและรายละเอียดที่ต้องพิจารณาถึงค่าคะแนนที่ใช้ไม่มีความต่อเนื่องในแต่ละตัวแปร

ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale) สร้างโดยบราเดนและเบอร์กสตรอม (Braden & Bergstrom, 1994: 459-470) ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้านมีปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับหัวข้อการประเมินในแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) สภาพความชื้นของผิวหนัง (skin moisture) การมีกิจกรรม (activity) การเคลื่อนไหว (mobility) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และแรงเสียดสีและแรงเฉือน (friction & shear) ซึ่งแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเดนเป็น

เครื่องมือที่มีความตรง ความไว ความจำเพาะดีที่สุด ระดับคะแนนของบราเคนเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดแผลกดทับได้ดีที่สุดที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (Pancorbo-Hidalgo, Gracia-Fernandez, Lopez-Medina & Alvarez-Nieto, 2006: 94-110) การศึกษาของบราเคนและเบอร์กสตรอม (1994: 459-470) ศึกษาความตรงในการทำนายความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับที่บ้านโดยแบบประเมินของบราเคนพบว่า แบบประเมินของบราเคนมีความจำเพาะ (specificity) 64-90% และความไว (sensitivity) 83-100% การศึกษาของเดฟลอร์และกริปดอค (Defloor & Grypdonck 2005: 373-382) ได้เปรียบเทียบการใช้แบบประเมินความเสี่ยง 2 แบบ คือ แบบประเมินความเสี่ยงของบราเคน และแบบประเมินความเสี่ยงของนอร์ดัน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 1,772 คน ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเทศเบลเยียม พบว่าแบบประเมินของบราเคนมีความไวในการประเมินการเกิดแผลกดทับ 80% ที่จุดตัดคะแนนเท่ากับ 16 การศึกษาของเบอร์กเกสท์และแฟรนซ์ (Bergquist & Frantz, 2001: 36-43) ศึกษาความตรงการใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเคนในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านจำนวน 1,711 คน ในหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้านประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแบบประเมินของบราเคนที่จุดตัดคะแนนที่ 16 มีความไวในการทำนายการเกิดแผลกดทับ 61% และความจำเพาะ 68% และจากการศึกษาของเบอร์กสตรอมและคณะ (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne & Ruby. 1998: 261-262) พบว่าแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเคนได้รับการยอมรับว่ามีความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และความเที่ยงจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว

ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินของบราเคนที่จุดตัดคะแนนที่ 16 คะแนนมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่า การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเคนในประเทศไทย พบว่าจุดตัดคะแนนที่สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้ดีที่สุดคือ 16 คะแนน

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ได้นำเสนอการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยประยุกต์หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของโรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. สำรวจความต้องการการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติ
 2. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากแนวปฏิบัติเดิม
 3. รวบรวมหลักฐานบทความงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน
 4. สร้างหรือจัดทำแนวปฏิบัติใหม่และทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข
 5. นำไปใช้และติดตามประเมินผลจากผู้ใช้และผู้รับบริการ
 6. สร้างเป็นมาตรฐานการปฏิบัติขององค์กรและเผยแพร่
- ผู้ศึกษาได้ ประยุกต์นำมาใช้ โดยสรุปเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. สำรวจความต้องการการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากแนวปฏิบัติเดิม

จากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านของทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลหนองจาง พบว่าไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ศึกษาและทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลหนองจาง จึงร่วมกันสำรวจขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านของทีมเยี่ยมบ้าน พบว่ามีแนวทางปฏิบัติที่ไม่เหมือนกัน ไม่มีแบบประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่มีแบบบันทึกทางการพยาบาล มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ผู้ศึกษาและทีมพยาบาลเห็นว่าเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญและควร จะดำเนินการแก้ไข

2. รวบรวมหลักฐานบทความงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน

ผู้ศึกษาได้สืบค้นความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์และบทความงานวิจัย นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 สืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature Search) จากหลักฐานอ้างอิง (Data Source) และหนังสือและคำที่เกี่ยวข้อง (Text terms)

2.2 หลักเกณฑ์ในการเลือกข้อมูลมาใช้ (Inclusion Criteria)

2.3 หลักเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Collection and Analysis)

2.1 การสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature Search)

กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้น ได้แก่ การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ทำโดยการสืบค้นจากงานวิจัยในวารสาร วิทยานิพนธ์และฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ กำหนดระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993-2007 จากฐานข้อมูล MEDLINE (PUBMED), CINHAI, OVID, และ MULINET

2.2 หลักเกณฑ์ในการเลือกข้อมูลมาใช้ (Inclusion Criteria)

การสืบค้นหลักฐานใช้ทั้งหลักฐานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หลักฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หนังสือในห้องสมุด เกณฑ์ในการวางกรอบการสืบค้นหลักฐานข้อมูลมีดังนี้

2.2.1 เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งที่อยู่ที่บ้านและในโรงพยาบาล

2.2.2 เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.2.3 บทความ งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.2.4 เป็นงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993-2007 และเป็นงานวิจัยฉบับเต็ม (Full Text) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น มีดังนี้ แผลกดทับ Pressure ulcer, Pressure ulcer and Prevention, Pressure ulcer and Prevention and Home Care คัดเลือกงานวิจัยที่ตรงกับ Inclusion Criteria ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผลงานวิจัยที่ตรงประเด็นการศึกษาจำแนกตามฐานข้อมูล, คำสำคัญที่ใช้สืบค้น และขอบเขตระยะเวลา

ฐานข้อมูล ในการสืบค้น	คำสำคัญ	กำหนด ระยะเวลา	จำนวน	หลักฐานที่ตรงกับ Inclusion Criteria
CINAHL	1. Pressure Ulcer	Abstract and	3,329	-
	2. Pressure Ulcer and Prevention	Full text and 1993-2007	1,516	-
	3. Pressure Ulcer and Prevention and Home care		29	1
Pub Med	1. Pressure Ulcer	Abstract and	2,928	-
	2. Pressure Ulcer and Prevention	Full text and 1993-2007	1,477	-
	3. Pressure Ulcer and Prevention and Home care		88	2
OVID	1. Pressure Ulcer	Abstract and	1,647	
	2. Pressure Ulcer and Prevention	Full text and 1993-2007	364	-
	3. Pressure Ulcer and Prevention and Home care		71	2
MULINET	แผลกดทับ	Abstract and Full text and 1993-2007	17	6
Other Resources	Pressure Ulcer	Full text and 1993-2007		5
รวม				16

ผลการสืบค้น ได้หลักฐานข้อมูลทั้งหมด 16 เรื่อง ประกอบด้วย

งานวิจัยแบบ Meta-analysis	2 เรื่อง
งานวิจัยเชิงทดลอง (RCT)	3 เรื่อง
งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)	5 เรื่อง
งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ	2 เรื่อง
งานวิจัยเชิงบรรยาย	4 เรื่อง

2.3 หลักเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Collection and Analysis)

2.3.1 การคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จะเรียงระดับของคุณภาพงานวิจัยโดยคณะกรรมการ Evidence-Based Medical and Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544: 36-47) ได้แบ่งหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 หรือ Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trial (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น RCT

ระดับ 2 หรือ Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น RCT อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองซึ่งไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 3 หรือ Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับ 4 หรือ Level D หมายถึง หลักฐานจากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.3.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พิจารณาถึงข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย (research problem/ purpose)
- 2) แบบวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

- 6) วิธีการหรือแนวปฏิบัติ (intervention)
- 7) ผลการวิจัย (result/finding)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อให้นำไปใช้ (implication / implementation)

ดังแสดงในตาราง 2

3. สร้างหรือจัดทำแนวปฏิบัติใหม่และทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข

เพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน การสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้ตามโครงสร้างดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ได้พัฒนาโดยการวิเคราะห์หลักฐานแต่ละงานวิจัยแล้วนำผลงานวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์รวบรวม และสังเคราะห์โดยใช้กรอบโครงสร้าง (Framework) ที่พัฒนาโดยโรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1990) และร่วมกับการใช้หลักเกณฑ์ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1997)

2. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน พัฒนามาจากการทบทวนผลการศึกษางานวิจัยที่ได้รับการแก้ไขเนื้อหาที่ถูกต้องตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและมีความสามารถด้านการสาธารณสุข

3. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานด้านการเยี่ยมบ้าน โดยได้รับการคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลชำนาญการจากหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ทูกรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลถูกนำเสนอในช่องว่างตารางซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถทำเครื่องหมายชี้แจงข้อเสนอแนะต่างๆที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดยเพิ่มเติมข้อคิดเห็นต่างๆหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายในแบบประเมิน

4. การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติที่สามารถปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำต่างๆที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำข้อเสนอแนะและคำแนะนำต่างๆที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ให้เหมาะสมต่อไป

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ ในโปรแกรม
1. นารินทร์ วิไลขา และอภิขนา โฉมวินทะ (2548)	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิง บรรยาย	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลทหารบก นครเชียงใหม่ ที่เดิน ไม่ได้ จำนวน 142 คน	- พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับพบว่า ร้อยละ 55 ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ร้อยละ 35 ใช้หมอนรองระหว่างปุ่มกระดูก ร้อยละ 63 ยกหรือ โยคะตัวเป็นประจำ	- นำปัจจัยที่มีผลที่ทำให้เกิดแผล กดทับ โดยคัดเลือกร่วมผู้ป่วยที่มี ข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยอ่อน แรงครึ่งท่อนเป็นผู้ป่วยเพื่อ ประเมินการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
เรื่อง: การศึกษา พฤติกรรมการป้องกัน และปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับของ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสัน หลัง	วัตถุประสงค์งานวิจัย: ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันและปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย บาดเจ็บไขสันหลัง	จากผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในฟูลคาทที่ โรงพยาบาลทหารบก นครเชียงใหม่ ที่มา ตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของภาควิชา เวชศาสตร์ฟื้นฟูและผู้ป่วยบาดเจ็บ/โรค ไขสันหลัง ที่เข้าร่วมชมหรือแข่งขันกีฬา คนพิการแห่งประเทศไทยที่จังหวัด เชียงใหม่ เกณฑ์การคัดเลือก 1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง รวมถึงผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเป็นโรคที่ไข สันหลัง 2. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีบริบูรณ์	- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ได้แก่การที่ผู้ป่วยเป็นอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน (p = .001) การพลิกตะแคงตัว (p = .044) และการนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง (p = .024)	- ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยพลิก ตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง - ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้หมอนรองปุ่ม กระดูก การยกหรือ โยคะตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n=16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
	<p>3. เติบไม่ได้ต้องใช้รถนั่งสำหรับผู้พิการ</p> <p>4. ยินยอมหรือลงชื่อเข้าร่วมในงานวิจัยโดยสมัครใจ</p> <p>วิธีการวิจัย ใช้วิธีสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม หรือส่งแบบสอบถามให้ตอบทางไปรษณีย์โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมและการป้องกัน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ χ^2 test, Independent t-test, วิเคราะห์ความถี่ และ logistic regression analysis โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่เคมีหรือมีแผลกดทับ และกลุ่มที่ไม่เคมีแผลกดทับเลย</p>	<p>สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้</p> <p>ในโปรแกรม</p>	
2. Khawanmuang, R (2001)	<p>รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย</p> <p>ระดับงานวิจัย: C</p>	<p>ผู้ป่วย 50 คน ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรศาสตร์</p> <p>- เมื่อใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบรรดาผู้ป่วย 6 ด้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ</p>	<p>นำแบบประเมินการเกิดแผลกดทับของบรรดาผู้ป่วย 6 ด้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n =16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
เรื่อง: การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการมีกิจกรรม	วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการมีกิจกรรม	สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลศิริราช วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับไว้ในอน โรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียงและไม่มีแผลกดทับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบรรดาคนและประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเวลาเดียวกันของทุกวันจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือย้ายไปยังหอผู้ป่วยอื่นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่	ผลการวิจัย มีผู้ป่วยที่แผลกดทับที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก(Sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (Skin moisture) การมีกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และแรงเสียดทานและแรงเฉือน (Friction & Shear)

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n =16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
3. ช่อผกา สุทธิพงษ์ (2549) เรื่อง: ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	<p>รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive)</p> <p>ระดับงานวิจัย: C</p> <p>วัตถุประสงค์งานวิจัย:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มี <p>ความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแผลกดทับจำนวน 90 รายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 10 หอผู้ป่วยและผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวในชุมชนจำนวน 3 เขต ได้แก่ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญ จำนวน 88 ชุมชน</p> <p>วิธีการดำเนินการวิจัย: คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไป และสามารถสื่อสารได้ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยเริ่มจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับขอจงราคาคน แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีความจำกัดในการรับรู้ความรู้สึก 2. ผู้หญิงมีความรู้ชั้นตลอดเวลา 3. การมีปัญหาด้านแรงเสียดสีและแรงเสียด 4. การต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา 5. มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว 6. ได้รับความอาหารน้อย

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และถ้อยคำที่ใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n= 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
4. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547) เรื่อง: การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพยาบาล	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ระดับงานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: 1. เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ 2. เพื่อหารูปแบบในการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับแผลกดทับ	ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความเข้มแข็ง ตามลำดับโดยใช้สถิติโคสแคว้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	- ความเสี่ยงด้านร่างกาย และความเข้มแข็งเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงแผลกดทับ (p<.005) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กับอายุ (p<0.05) ความสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (p<.005) การมีอายุจรรยา (p<.005) ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปี หรือมากกว่า เกิดแผลกดทับมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ถึง 2.60 เท่า ผู้ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้จะเกิดแผลกดทับสูงกว่าผู้ที่ควบคุมได้ 1.5 เท่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนบรรทัด ≤ 16 มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน >16 ถึง 2.0, 2.3 เท่า - หลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับในหอผู้ป่วยโดยจัด	นำรูปแบบ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยนำปัจจัยเสี่ยงด้านการควบคุมการขับถ่ายมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยและการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบรรทัด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และผลการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
3. เพื่อจัดทำคู่มือแนวทางการป้องกันและจัดการผู้ป่วยที่มีแผลกดทับสำหรับบุคลากรพยาบาล	2. ระยะเวลาข้อมูล: ความทุกและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ก่อนและหลังการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ	ทำนองเดียวกันศิริราชสูง 30 องศา และเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง กรณีที่นอนล้มเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง การดูแลผิวหนังโดยรักษาความสะอาดของผิวหนัง การดูแลด้านอาหาร โดยจัดอาหารให้ครบถ้วน	ทุก 4 ชั่วโมง การดูแลผิวหนังโดยรักษาความสะอาดของผิวหนังและร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณ ก้น หลัง และ อวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลโดยใช้สบู่อ่อนๆ ทำความสะอาดและล้างหรือเช็ดออกด้วยน้ำ ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู และการดูแลด้านอาหาร โดยจัดอาหารให้ครบถ้วน	สภาพสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การลดแรงกด โดยจัดท่านอนกึ่งนั่งศีรษะสูง 30 องศา และเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง กรณีที่นอนล้มเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง การดูแลผิวหนังโดยรักษาความสะอาดของผิวหนังและร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณ ก้น หลัง และ อวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลโดยใช้สบู่อ่อนๆ ทำความสะอาดและล้างหรือเช็ดออกด้วยน้ำ ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู และการดูแลด้านอาหาร โดยจัดอาหารให้ครบถ้วน

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้
	วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	ในโปรแกรม

ที่ควรรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ชาวสวนนมดิบ ไข่ ถั่ว ผักคะน้า ผักบุ้ง ฟักทอง มะละกอดุก ส้ม ฝรั่ง และกระเทียม ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่าวันละ 3 ขวดใหญ่

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และผลการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
5. ชุพาพิน ประสาร อธิคม, 2535 เรื่อง: ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของไอโรม	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัววัดก่อนและหลัง ระดับงานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของไอโรมต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน สถานที่ดำเนินการวิจัย: โรงพยาบาลราชพิบัติ วิธีการดำเนินการวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สุ่มต่อหน่วย ประสานงานระหว่างพยาบาลและบ้านหลังจกนั้นพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว 2) สังเกตการณ์กระทำกิจกรรมต่างๆของผู้ดูแล และการตรวจร่างกายผู้ป่วยเรื้อรัง	- ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวในสัปดาห์ที่ 2 และสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 ($p < .01$) ส่วนสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 ($p < .05$) - ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันในครอบครัวในสัปดาห์ที่ 2 และสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และสูงกว่าสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$) - ภายหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 6.67	- นำระยะเวลาการเยี่ยมบ้านคือ สัปดาห์ที่ 1, สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 มาใช้วางแผนแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และกรณีศึกษา นำไปใช้ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
		<p>3) ประเมินความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน จากนั้นสอน สามี และให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในลำดับที่ 2 และลำดับที่ 6 พยาบาลเยี่ยมบ้านจะประเมินและให้การพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เหมือนลำดับที่ 1 พร้อมทั้งบันทึกการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเรื้อรังด้วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย ปริมาณเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเอง ในกิจวัตร</p>	<p>สิ่งที่น่าสนใจไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีการในการวิจัย	ผลการวิจัย
6.Reddy, M., Gill, S., & Rochon, P. (2006).	<p>รูปแบบงานวิจัย: Meta-analysis</p> <p>ระดับงานวิจัย: A</p> <p>วัตถุประสงค์งานวิจัย:</p> <p>เพื่อวิเคราะห์ผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับเพื่อเป็นหลักฐานของทางการแพทย์ในการป้องกันแผลกดทับ</p>	<p>งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพเป็นที่น่าสนใจและมีคุณภาพผลการวิจัยที่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน คือ</p> <p>- ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวในการลดแรงกดโดยการเปรียบเทียบการพลิกตะแคงตัว ทุก 2, 3, 4, 6, ชั่วโมงตามลำดับ ในผู้ป่วยจำนวน 838 คนในสถานพยาบาล Long-term care เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์พบว่า การพลิกตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมงร่วมกับการใช้ที่นอนชนิดโฟม มีผลลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้มีประสิทธิผลดีที่สุด</p> <p>- ผลการวิจัยเกี่ยวกับด้านโภชนาการ โดยผลการเปรียบเทียบการรับประทานอาหารปกติกับโภชนาการเสริมพิเศษจำนวน 2 มื้อต่อวันใน</p>	<p>สิ่งที่น่าสนใจไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม</p>
	<p>ประจักษ์ด้วย F-test และทดสอบผลความแตกต่างโดยวิธีของ LSD</p>		
		<p>กลุ่มตัวอย่าง: งานวิจัยที่เป็น RCT จำนวน 59 เรื่อง</p> <p>วิธีดำเนินการวิจัย: สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแผลกดทับ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ pressure ulcer, pressure sore, reduction, randomize and clinical trail จากฐานข้อมูล MEDLINE, EMBASE, CINAHL and Cochrane ได้ทั้งหมด 763 เรื่อง หลังจากนั้นประเมินและวิเคราะห์งานวิจัยที่ตรงประเด็นได้ 59 เรื่องหลังจากนั้นแบ่งเป็น 3 หมวดหมู่คือกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวจำนวน 51 เรื่อง, โภชนาการ 5 เรื่องและสุขภาพผิวหนัง 3 เรื่อง</p>	<p>สามารถนำผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแผลกดทับควรมี</p> <p>-การเคลื่อนไหวให้ โดยการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงถ้าผู้ป่วยนอนบนที่นอนโฟมหรือให้ผู้ป่วยจัดทำบาะระรองนอน</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
7.Stratton, R.S., Ek, A.C., Rigby, P., Wolfe, R., & Elia, M. (2005)	<p>รูปแบบงานวิจัย: Meta-analysis</p> <p>ระดับงานวิจัย: A</p> <p>วัตถุประสงค์งานวิจัย: วิเคราะห์ผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างโภชนาการเพื่อป้องกันและรักษาแผลกดทับ</p> <p>จุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการให้อาหารตามปกติและการให้อาหารเสริมพิเศษที่ประกอบด้วยอาหารโปรตีนสูง วิตามินซี และสังกะสี</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผลงานวิจัยที่เป็น RCT จำนวน 15 เรื่อง</p> <p>วิธีดำเนินการวิจัย: รวบรวมผลงานวิจัยที่เป็น RCT ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการให้อาหารทางปากและการให้อาหารทางสายยาง จากฐานข้อมูล Pub Med และ Cochrane แล้วศึกษาผลลัพธ์เรื่องอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ, การรักษาแผลกดทับ, คุณภาพชีวิต, ภาวะแทรกซ้อน, อัตราการตาย, และต้นทุนที่เกี่ยวกับการให้อาหาร</p>	<p>ผู้ป่วยที่อายุ > 60 ปี จำนวน 672 คน พบว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารตามปกติมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมากกว่า (p < 0.05)</p> <p>-ผลการเปรียบเทียบการให้อาหารทางปาก (Oral nutritional supplements) โดยเพิ่มสารอาหารโปรตีนสูง วิตามินซี วิตามินเอ และสังกะสี ปริมาณ 250-500 กิโลกรัมแคลอรีเป็นเวลา 2-26 สัปดาห์ กับการให้อาหารตามปกติ (Routine care) พบว่า การให้อาหารทางปาก (Oral nutritional supplements) มีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับอาหารตามปกติ (p < .05)</p> <p>- ผลการเปรียบเทียบการให้อาหารทางสายยาง (Enteral tube feeding) โดยเพิ่มสารอาหารโปรตีนสูง วิตามินซี วิตามินเอ และสังกะสี กับการให้อาหารตามปกติ(Routine care) พบว่าการให้อาหารทางสายยาง (Enteral tube feeding)</p>	<p>นำวิธีการเสริมสร้างภาวะโภชนาการไปใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารเพื่อการป้องกันแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง โดยการเพิ่มสารอาหารที่มีผลต่อการลดอัตราการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ อาหาร โปรตีนสูง วิตามินซี วิตามินเอ และสังกะสี</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
8. Brienza, D.M., Karg, P.E., Geyer, M.J., Kelsey, S., & Trefler, E. (2001)	<p>รูปแบบงานวิจัย: RCT</p> <p>ระดับงานวิจัย: A</p> <p>วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบอุ้งนูนป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด pressure-reducing cushion (PRC) และกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์โฟม generic form cushion (FOAM) เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณสะโพกในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี คะแนนบราเคน ≤ 18 จำนวน 32 คน ในสถานดูแลผู้สูงอายุในเมืองฟิลาเดเฟีย</p> <p>วิธีดำเนินการวิจัย: การทดลองโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ อายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่บนรถเข็นนานกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ไม่พบแผลกดทับบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ กระดูกก้นกบ และปุ่มกระดูกอื่นบริเวณก้น มีน้ำหนักน้อยกว่า 250 ปอนด์ และมีคะแนนบราเคน ≤ 18</p>	<p>มีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับอาหารตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%</p> <p>- อุ้งนูนป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่ม PRC พบเกิดแผลกดทับ 6 คนจากผู้ป่วยจำนวน 15 คน</p> <p>- อุ้งนูนป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่ม FORM พบเกิดแผลกดทับ 10 คนจากผู้ป่วยจำนวน 17 คน</p>	<p>สามารถนำอุปกรณ์ช่วยลดแรงกดมาประยุกต์ใช้ได้ซึ่งได้แก่ เบาะรองนั่งมาเป็นอุปกรณ์ช่วยลดแรงกด สำหรับการป้องกันแผลกดทับบริเวณสะโพกในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และผลการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่รับไว้/หน่วยงาน/ระบบ/ประชากร/อายุ/ทั้งหมด	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
9.Nixon, J., Nelson, E.A., Cranny, G., Leksias, C., Hawkins, K., & Cullum, N.A. (2006)	<p>รูปแบบงานวิจัย: RCT</p> <p>ระดับงานวิจัย: A</p> <p>วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการใช้อัลเทอเนตติ้ง pressure overlay กับ alternating pressure mattress</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยอายุมากกว่า 55 ปี ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบหลอดเลือด, ระบบกระดูก, อวัยวะและผู้ป่วยสูงอายุจำนวนทั้งหมด 1,972 คน ในโรงพยาบาลจำนวน 11 แห่งในประเทศอังกฤษ</p>	<p>- อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของ กลุ่ม alternating pressure overlay ร้อยละ 10.7</p> <p>- อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของ กลุ่ม alternating pressure mattress ร้อยละ 10.3</p> <p>- เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p < .01)</p>	<p>สามารถนำอุปกรณ์การป้องกันแผลกดทับประเภทที่นอนลมมาใช้ใน การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านกับผู้ป่วยที่มีฐานะดีหรือผู้ป่วยที่สามารถจัดหาได้เพื่อเป็นทางเลือก ในการป้องกันแผลกดทับอีกทางหนึ่ง</p>	
เรื่อง:	การลดแรงกดทับ	<p>วิธีดำเนินงานวิจัย: สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจาก จำนวน 1,972 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 990 คน ได้รับการจัดการทำ โดยใช้อุปกรณ์ชนิด alternating pressure overlay กลุ่มที่ 2 จำนวน 982 คนได้รับการจัดการกระทำ โดยใช้อุปกรณ์ชนิด alternating pressure mattress เป็นระยะเวลาที่นอนรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย หรือจนกระทั่งจะแผนการเคลื่อนไหว ของบราแดนคืนขึ้น โดยเฝ้านอนอยู่ในระดับ 3 ถึง 4</p>			

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และผลการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
10.Vanderwee, K., Grypdonck,M.H., & Defloor, M. (2005) เรื่อง: ประสิทธิภาพของการใช้ที่นอนลมสำหรับการป้องกันแผลกดทับ	รูปแบบงานวิจัย: RCT ระดับงานวิจัย: A วัตถุประสงค์งานวิจัย: ประเมินประสิทธิภาพของที่นอนลมที่ใช้ในการป้องกันแผลกดทับ	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยจำนวน 447 คน ใน Belgian Hospital ประเทศเบลเยียม วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์ อายุ > 18 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน ไม่พบแผลกดทับระดับ 2-4 ตั้งแต่แรกเริ่ม นำหนักตัวน้อยกว่า 140 กิโลกรัม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 447 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 222 คน ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดชนิดที่นอนลมสลับ (Alternating pressure air mattresses) กลุ่มควบคุมจำนวน 225 คน ใช้ที่นอนที่เป็นโฟม (Visco-elastic foam mattresses) ร่วมกับมีการพลิก	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของกลุ่มใช้ อุปกรณ์ลดแรงกดชนิดที่นอนลมสลับร้อยละ 15.6 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของกลุ่มที่ใช้ที่นอนเป็นโฟม ร้อยละ 15.3 เมื่อเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของทั้งสองกลุ่ม (p < .01) พบว่าในกลุ่มที่ใช้ที่นอนเป็น โฟมและพลิกตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมง จัดทำที่นอนกึ่งนั่งศีรษะสูง 30 องศาและจับขึ้นทุก 2 ชั่วโมง สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผล กดทับที่สั้นที่สุด (p < .01)	สามารถนำการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยอายุ > 18 ปี โดยพลิกตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมงถ้าผู้ป่วยใช้ที่นอนลม ใช้หมอนหนุนที่ขาส่วนล่าง ถ้าผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ให้จับขึ้นทุก 2 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถขึ้น ได้ให้จับเท้าผู้ป่วยวางบนที่พับเท้า ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถขยับขาหรือเข็นนั่งได้เลยให้จับเท้าวางบนพื้นบ้าง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n=16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
		<p>ตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมง, จัดทำนอนกึ่งนั่งศีรษะสูง 30 องศาและการจัดทำนั่งในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น โดยการจัดให้ดูยืนทุก 2 ชั่วโมง, การเคลื่อนให้หรือขาบดโดยการเขี่ยหลัง, วางเท้าบนที่พิงเท้า และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเขี่ยหลัง ได้ให้ช่วยบนพื้นสลับกับวางบนที่พิงเท้า สูง 30 องศา และทั้งสองกลุ่มจะได้รับโปรแกรมการจัดทำในขณะนั่งเหมือนกัน</p>	<p>สิ่งที่น่าสนใจไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม</p>
<p>11. บองพทัย พุ่มระฮำ (2546) เรื่อง: ผลของการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิด</p>	<p>รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ระดับงานวิจัย: B</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</p>	<p>การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับแนวทาง</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
แผลกดทับในผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก	<p>วัตถุประสงค์งานวิจัย:</p> <p>เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการพยาบาลปกติ</p>	<p>วิธีการดำเนินการวิจัย: เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรคือ เป็นผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง มีคะแนนตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของ บราเดน (Braden Scale) ตั้งแต่แรกเริ่ม ≤ 16 ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 70 ปี และ คะแนน ≤ 18 ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ไม่มีแผลกดทับเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาลและยินดียอมรับร่วมการศึกษา การดำเนินการโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนในวันแรก ประเมินและบันทึกความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและประเมินสภาพผิวหนัง และปล่อยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ</p>	<p>ปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยนำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินของบราเดนและประเมินสภาพผิวหนังเมื่อมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ 2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดแรงกด แรงเสียดทาน แรงเสียดสี และความเปียกชื้นของผิวหนัง ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 จัดตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 2.2 จัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้อง 2.3 เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
	<p>จากพยาบาลประจำการ เมื่อเก็บข้อมูล กลุ่มควบคุมครบ 15 ราย จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยการประเมินและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและประเมินสภาพผิวหนังเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วยในเวรเช้าและจากพยาบาลเวรบ่าย-ดึก ที่ได้รับ การอบรม การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินความเสี่ยงของแผลกดทับของบริเวณและการประเมินสภาพผิวหนัง 2.การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดแรงกด 	<p>ผลการวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด ได้แก่ ที่นอนลม หมอนหรือฟ้านิ่มๆ รองบริเวณปุ่มกระดูก เบาะรองกันเป็นต้น 2.5 ดูแลผิวหนังอย่างถูกวิธี ให้สัมผัสความเปียกชื้นน้อยที่สุด 3. การให้ความรู้ กำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติเพื่อร่วมกันป้องกันแผลกดทับ 	

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
12. ยุวราณี สุขวัญญาณ (2556)	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research)	แรงเสียดทาน แรงเหวี่ยง และคามเปียกชื้นของผิวหนัง ประกอบด้วย 2.1 จัดตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 2.2 จัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้อง 2.3 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี 2.4 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดได้แก่ ที่นอนลม หมอนหรือผ้าพันๆ รองบริเวณปุ่มกระดูกเบาระรองกัน เป็นต้น 2.5 ดูแลผิวหนังอย่างถูกวิธีให้สัมผัสความเปียกชื้นน้อยที่สุด	จากการศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครั้งถึงที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครั้งถึงที่บ้าน ไม่เกิดแผลกดทับ	นำรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยนำคู่มือ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน บ้านต่อการป้องกัน แผลกดทับ	ระดับงานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: ศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อ ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านต่อ การป้องกันแผลกดทับ	วิธีการดำเนินการวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนด คุณลักษณะ ได้แก่ เป็นญาติของผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกซึ่งไม่มีแผลกดทับ, เป็น ผู้ป่วยสามารถใช้มือและเท้าตัวเองได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่ มีภาวะทุพโภชนาการหรือการติดเชื้อ, ญาติมีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ, สามารถ พูดอ่าน และฟังภาษาไทยได้, ไม่มีปัญหา ด้านสายตาและการใช้มือ และเป็นผู้ที่จะ รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีกที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินการเกิดแผลกด ทับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ โดย การประเมินลักษณะผิวหนัง แผนการ สอนเพื่อสำรวจการเกิดแผล	สิ่งที่น่าสนใจไปประยุกต์ใช้ ในโปรแกรม
สำหรับญาติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกที่บ้านเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติกา รพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกด ทับ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆ แบบ บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและญาติมา ประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติกา รพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกด ทับที่บ้าน			1. การดูแลสุขภาพผิวหนัง คือ การ ประเมินสภาพผิวหนัง โดยสำรวจ ผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล กดทับอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือ เช้า และเย็น หรือทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนท่า สังเกตสีของผิวหนัง แดงหรือซีดมีสี ผิดปกติ เช่น คล้ำวมแดงหรือมีการ ถลอกหรือ ไม่ผิวหนังร้อนหรือเย็น และ กระตุ่น

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	นำไปโปรแกรม
กตทัตม์บันทึกไว้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ และหลังจากนั้นผู้วิจัยเยี่ยมชมบ้าน ในวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินผลการเตรียมญาติในวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังจากจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่				การไหลเวียนของเลือดโดยการวาดเป็นวงบริเวณรอบนูนกระดูกเมื่อเปลี่ยนท่า เพื่อลดการคั่งของเลือด บริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ แต่หลีกเลี่ยงการนวดบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดงหรือถลอก เพื่อป้องกันการแตกทำลายของผิวหนังเพิ่มขึ้น
2. การจัดทำนอนที่ถูกต้อง				- ทำนอนหงาย ควรจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรงกับกระดูกสันหลัง ลำตัวอยู่ในท่าองศา 90 องศาเล็กน้อย แขนสองข้างงอศอกและมืออยู่ในท่าที่สบายพักอยู่ด้านข้างของท้องทั้งสองข้าง ขาเหยียด สันเท้าลอย ตัดแปลงหมอนใบใหญ่ใช้แทนแผ่นกั้นเท้าเพื่อป้องกันเท้าตก มีม้วนผ้ากั้นด้านข้างของข้อศอก โปกและ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
			<p>สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ ในโปรแกรม</p>
			<p>ข้อเท็จจริงเบื้องต้น - ท่านอนตะแคง โดยลำตัวทำมุม ประมาณ 30 องศาที่ต้นอน จัด ศีรษะให้อยู่ในแนวตรงกับกระดูก สันหลัง ลำตัวตรงไม่บิด ใช้หมอน ประคองบริเวณหลังตั้งเตียงระดับ กระดูกสะบักไปจนเหนือกระดูก กระเบนเหน็บ ข้อสะโพกด้านบนงอ ไปข้างหน้าเล็กน้อย และรองรับด้วย หมอนให้ข้อสะโพกบนกางเล็กน้อย - ท่านอนคว่ำ ศีรษะหันไป ทางด้านข้างและอยู่ในท่าที่สบาย และหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก อ ข้อศอก จัดวางขาให้อยู่ในท่าที่สบาย ตามธรรมชาติ และให้เท้าลอยอยู่ เหนือขอบที่นอน หรืออาจ</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
			สิ่งที่น่าสนใจประยุกต์ใช้ ในโปรแกรม
			วางม้วนสำรองได้ข้อเท็จจริงด้านหน้า เพื่อป้องกันการกดฝ่าเท้า
			3. ใช้วัสดุ โดยนำอุปกรณ์ช่วยลดแรง กด เช่น หมอน ผ้าขนหนู วาง บริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณ ปุ่มกระดูกในท่าต่างๆ ดังนี้
			- ท่านอนหงาย วางบริเวณ สะบักสองข้างไว้ช่องว่างบริเวณ กระเบนเหน็บ ก้นกบวางบริเวณต้น ขาด้านหลังน่องและบริเวณสันเท้า ไว้ช่องว่างบริเวณข้อพับเท้า
			- ท่านอนตะแคง วางบริเวณ ทรงอก ไว้ช่องว่างบริเวณเชิง กราน สะโพก วางบริเวณต้นขาและ น่องด้านข้างไว้ช่องว่างบริเวณเข่า และตาตุ่ม

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n=16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	<p data-bbox="845 255 909 2056">- ทานอนคว่ำ วางบริเวณหน้าอก</p> <p data-bbox="909 255 973 2056">เว้นช่องว่างบริเวณเชิงกราน</p> <p data-bbox="973 255 1037 2056">ด้านหน้า อวัยวะเพศ วางบริเวณต้นขาและหน้าแข้ง เว้นช่องว่างบริเวณหัวเข่าและต้นหน้าของข้อเท้า</p> <p data-bbox="1037 255 1101 2056">-ทาน้ำ วางบาะรองกัน และบาะพองหลัง เพื่อช่วยกระจายแรงกดและป้องกันปุ่มกระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลัง</p> <p data-bbox="1101 255 1165 2056">3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย โดยการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของร่างกายวันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อายุระหว่าง 15-50 ปีที่มีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป จำนวน 13 ราย ในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ผลการวิจัย
เรื่อง: ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	วัตถุประสงค์งานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	วัตถุประสงค์งานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	สิ่งที่น่าสนใจไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
13. จงกมลกรณีนว ศิวเกษมกาญจน์ (2549)	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียวมีการทดสอบก่อนและหลัง	วัตถุประสงค์งานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	นำโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันแผลกดทับ ในเรื่องต่อไปนี
เรื่อง: ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	วัตถุประสงค์งานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	วัตถุประสงค์งานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู	- ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวของตนเอง โดยใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมได้แก่รถเข็น เก้าอี้ ซึ่งผู้ป่วยควรใส่ถุงมือถุงเท้า มีเบาะรองนั่ง มีที่รองรับเท้า ถ้าผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ให้จับขึ้นทุก 2 ชั่วโมง

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และผลการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีการเก็บข้อมูล/วิธีการวิเคราะห์	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
14. ชวลี เข็มวงษ์ และคณะ (2546) เรื่อง: การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ: รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระดับงานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งรับใหม่ หรือรับเข้ารับการรักษานานในหอผู้ป่วย อายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 787 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี วิธีดำเนินการวิจัย: แบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ระยะที่ 2 เป็นระยะการทดลองปฏิบัติการรูปแบบ การดูแล โดยมี การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบรรดาคน การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินและดูแลแผลผิวหนัง การดูแลให้ได้รับน้ำและสารอาหารเพียงพอ หลังดำเนินการครบ 6 เดือน จึงประเมินผล	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในระยะที่ 1 คิด เป็นร้อยละ 11.8 ในระยะที่ 2 ลดลงจากระยะที่ 1 เป็นร้อยละ 9.24 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะที่ 3 ลดลงเหลือ ร้อยละ 4.98 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างกัน (p < .05)	นำรูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและรูปแบบการดูแลแผลกดทับนำมาประยุกต์ใช้กับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ได้แก่ 1. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ 2. ให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังนี้ 2.1 ดูแลเพื่อลดแรงกด แรงเสียดสี และแรงดึงรั้ง 2.2 การประเมินและดูแลผิวหนัง 2.3 ดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร และวิตามินอย่างเพียงพอ

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
		<p>การปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับกับระยะที่ 1 ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลที่ได้ปรับพัฒนาและสอดแทรกเป็นกิจกรรมของผู้ป่วยเมื่อดำเนินการครบ 1 ปี ประเมินอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเปรียบเทียบกับระยะที่ 1 และระยะที่ 4 คิดตามผลการดำเนินการ โดยสุ่มศึกษาอุบัติการณ์ทุก 1 ปี</p>		

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
15. อารีย์ วงษ์ประเสริฐ, สุวิมล กิมปี และ กรองไต่ อุณหสูต (2547) เรื่อง: ผลของการบำบัดทางการพยาบาล ต่อพื้นแผลในผู้ป่วยที่กดทับสภาวะและ/หรืออาการ "ไม่" ได้	<p>รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวและวัดผลก่อนหลัง (One group pre-test post test design)</p> <p>ระดับงานวิจัย : B</p> <p>วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาถึงผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อพื้นแผลที่เกิดขึ้นจากภาวะกดทับสภาวะและ/หรืออาการ "ไม่" ได้</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไปที่มีพื้นแผลบริเวณฝ่าเท้า ก้นกบ ก้นข้อยหรือบริเวณรอบๆ ทวารหนักเนื่องจากกดทับสภาวะและ/หรืออาการ "ไม่" ได้ ในหอผู้ป่วยสามเตียง การพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 6 ราย</p> <p>วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้คุณสมบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 2. "ไม่" ได้รับการรักษาบริเวณพื้นแผลด้วยยาหรือยาหรือยาทาชนิดอื่น ๆ 3. ไม่มีตุ่มหนองรอบๆ พื้นแผล 4. พื้นแผล ไม่มีรอยลอกหรือเนื้อตาย 	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาล ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่อยู่ที่บ้าน ในด้านการดูแลผิวหนัง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสอบการดูแลการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุก 2 ชั่วโมง 2. การใช้แผ่นรองซบวางใต้ก้นผู้ป่วย 3. การทำความสะอาดผิวหนังที่เปราะเปื้อนด้วยสลิคซบหน้าสะอาด 4. การทาสลิมบางๆ บริเวณผิวหนังที่ได้รับการทำความสะอาด 5. การเปลี่ยนแผ่นรองซบทุกครั้งที่มีการงับถ่าย หรือทุกเช้า-เย็น 	<p>สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
16.ศุจินต์ จันทรังม, (2550)	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยแบบไม่มีทดลอง (Non – Experimental Research Designs) ระดับงานวิจัย: C	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
เรื่อง: การสร้างมาตรฐานการพยาบาล	สำหรับเตรียมญาติ	ผู้ดูแลเพื่อ	สิ่งทีนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน	<p>วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงเนื้อหา และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ของการพยาบาล สำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน</p>	<p>ร่วมกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแล จำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญเชิงประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลผู้ช่วยพยาบาลเวชกรรมสังคม พยาบาล 3 คน โดยใช้นวัตกรรมช่วยพยาบาลจำนวน 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ มีพื้นฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์</p>	<p>ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่ามาตรฐานการพยาบาลโดยรวม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง</p>	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพที่กับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและญาติผู้ดูแล 2. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้ 2.1 การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2.2 การประเมินลักษณะแผลกดทับ 2.3 การประเมินภาวะโภชนาการ</p>
				<p>โดยพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย หรือสังเกตจากรูปร่าง ลักษณะผิวหนัง และปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน</p>

ตาราง 2 ตารางแสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (n = 16) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/ วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย / วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย	สิ่งที่นำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
2.3	การประเมินความไม่สุขสบาย	ต่างๆ เช่น ภาวะไข้	2.4 การประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น สภาพที่นอน ความชื้น ความสะอาด	3. การประเมินความพร้อมของญาติ ผู้ดูแล
4.	การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของแผลกดทับ	5.	การประสานความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน	

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยอาศัยพื้นฐานของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้ดูแลตนเอง โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในชุมชนได้ ในบทนี้จะแสดงให้เห็นผลของการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่พบดังนี้

1. ส่วนประกอบของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
2. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ส่วนประกอบของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (Nursing Practice Guideline To Prevent Pressure Ulcer at Home) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความหมาย ประชากร เป้าหมาย ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์ (Propose)

1. เพื่อเป็นแนวทางการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

ความหมาย (Definition)

แผลกดทับ หมายถึง การแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังจากการได้รับจากการรับแรงกดหรือแรงเสียดสีเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงโดยมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเกิดรอยแดง ถลอก บวมเป็นคุ่มน้ำพอง หรือเกิดเนื้อตายเป็นบริเวณเฉพาะที่ ซึ่งอาจกินบริเวณกว้างและลึกถึงกล้ามเนื้อ และ/หรือ กระดูก (NGC, 2002)

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับในการป้องกันแผลกดทับที่บ้านในรูปแบบของกระบวนการพยาบาล

สถานที่และผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองจาง

ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านนี้ คือ ทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลหนองจาง ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ โภชนากร นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร

ประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Level C)

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 1 พยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนออกไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

1. เลือกผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากสมุดบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจาก แพ้มะเบียนการจำหน่ายผู้ป่วยตักผู้ป่วยใน ทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัด และทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีอนามัย
2. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากแฟ้มครอบครัว (Family Folder)
3. เตรียมเอกสารการเยี่ยมบ้าน และเอกสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. นัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลหนองจาง โดยจะเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 (Level B)

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1(สัปดาห์ที่ 1) เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับและให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (Level C) โดย
 - แนะนำตัว ทักทาย พูดคุยด้วยบรรยากาศการสนทนาที่อบอุ่น สร้างความเป็นกันเองด้วยท่าทีและภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ
 - ทำความตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงบทบาทของแต่ละคน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในการแก้ไข โดยมีผู้ดูแลและพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ

สนับสนุน ให้ข้อมูลข่าวสาร แนะนำ สาธิต เป็นที่ปรึกษาและประสานงานกับทีมดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลหรือสถานีนอนมัย

2. พยาบาลประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยแบบประเมินของบราเดน (Braden Scale) (Level A) แปลเป็นภาษาไทยโดยรักษนันท์ ขวัญเมือง (2544) ใช้ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (Skin moisture) การมีกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และแรงเสียดทานและแรงเฉือน (Friction & Shear) โดยให้คะแนน 1 (แย่มาก) ถึง 4 (ดีมาก) ในแต่ละด้าน ยกเว้น แรงเสียดทานและแรงเฉือนให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนนรวมตั้งแต่ 6 ถึง 23 คะแนน (ภาคผนวก ก) และบันทึกลงในแบบบันทึกแผลกดทับ (ภาคผนวก ข)

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่ายังไม่มีความเสี่ยง (คะแนนบราเดน > 16) ให้การดูแลที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ ตามปกติ ตามกระบวนการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจร่างกายตามระบบ เพื่อประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยที่พบว่ามีคะแนนบราเดนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 (Level A, B, C) ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ พยาบาลประเมินสภาพผิวหนังโดยใช้แบบประเมินสภาพผิวหนัง ของปองหทัย พุ่มระย้า (2544) มาใช้ซึ่งประกอบด้วยการบันทึกสภาพผิวหนังซึ่งจะแสดงบริเวณต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆที่พบว่ามีแผลกดทับได้บ่อย 28 ตำแหน่ง และมีคำอธิบายลักษณะของผิวหนังที่ตรวจพบเป็นระดับต่างๆ 5 ระดับ และบันทึกลงในแบบบันทึกการประเมินสภาพผิวหนัง (ภาคผนวก ค) ผู้ป่วยมีแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1 ขึ้นไป พยาบาลประสานงานกับสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านหรือส่งต่อไปรักษาในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (Level C)

5. พยาบาลใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับประเมินและให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนสาธิต (Level B, C) แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา 5 ด้าน ดังนี้

การพยาบาลผิวหนัง (Moisture) (Level C)

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) (Level C)

ประเมินความสามารถของผู้ดูแล

- การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

- การดูแลความสะอาดร่างกายและผิวหนัง
- การดูแลเมื่อใส่คาสายสวนปัสสาวะ
- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ประเมินผู้ป่วย

- อาการปวดบวมแดงร้อนบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ และบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ
- การจับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การใส่สายสวนปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ลักษณะและปริมาณของปัสสาวะ
- สังเกตการจับถ่าย เช่น การใช้ฝารองก้น ลักษณะของสายสวนปัสสาวะ

การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)

1. การประเมินสภาพผิวหนัง โดยสำรวจผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น หรือทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนท่า สังเกตสีของผิวหนัง แดงหรือซีดมีสีผิดปกติ เช่น คล้ำบวมแดงหรือมีการถลอกหรือไม่ ผิวหนังร้อนหรือเย็น (Level B)
2. กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดโดยการนวดเป็นวงบริเวณรอบปุ่มกระดูกเมื่อเปลี่ยนท่า เพื่อลดการคั่งของเลือดบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ แต่หลีกเลี่ยงการนวดบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดงหรือถลอก เพื่อป้องกันการแตกทำลายของผิวหนังเพิ่มขึ้น (Level B)
3. รักษาความสะอาดของผิวหนังและร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณก้น หลัง และอวัยวะสืบพันธุ์ ทั้งนี้เนื่องจากถ้ามีการหมักหมมจะทำให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ย และเกิดแผลกดทับ ควรดูแลโดยใช้สบู่อ่อนๆ ทำความสะอาดและล้างหรือเช็ดออกเช็ดออกด้วยด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนูที่อ่อนนุ่ม ใช้โลชั่นทาผิวหนังเพื่อให้ชุ่มชื้น ป้องกันการแห้งแตก (Level A, B)
4. ในรายที่มีผิวแห้ง แนะนำญาติจัดหาโลชั่น หรือครีม ที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ไว้ทาผิวหลังการอาบน้ำ หรือทาหลังจากทำความสะอาดหลังการจับถ่าย (Level A, B)
5. ใช้วาสลีน หรือ Zinc paste ทาเคลือบผิวในรายที่ไม่สามารถควบคุมการจับถ่ายอุจจาระได้ และในผู้สูงอายุ (Level B)
6. ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ควรสังเกตการรั่วซึมของปัสสาวะ เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนังซึ่งจะทำให้เกิดแผลกดทับได้ (Level , B)
7. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ใช้แผ่นรองขับวางได้ก้นและตรวจสอบดูการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุก 2 ชั่วโมงเปลี่ยนแผ่นรองขับทุกครั้งที่มีการจับถ่าย หรือทุกเช้า-เย็น ในกรณีที่ไม่มีกรจับถ่าย

8. สังเกตอาการติดเชื้อ เช่น ปัสสาวะขาวขุ่นมีไข่ (Level B)

การพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวและ การทำกิจกรรม (Mobility and Activity) (Level C)

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) (Level C)

ประเมินความสามารถของผู้ดูแล

- การดูแลด้านการจัดทำทาง
- การใช้วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย
- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจแขนขาข้างที่อ่อนแรง

ประเมินผู้ป่วย

- การช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย กิจวัตรประจำวันที่ทำเองได้
- ประเมิน Grading Muscle Strength

การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)

1. จัดผู้ป่วยให้ออนในท่านอนกึ่งนั่งศีรษะสูง 30 องศา (Level A) โดยเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง กรณีมีที่นอนลมเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง (Level A) เพื่อไม่ให้น้ำหนักตัวกดลงบนปุ่มกระดูกบริเวณใดบริเวณหนึ่งนานเกินไป การจัดท่านอนที่ถูกต้อง จะลดและกระจายแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆของร่างกาย การจัดทำมีดังนี้ (Level B)

1.1 ท่านอนหงาย ควรจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรงกับกระดูกสันหลัง ลำตัวอยู่ในท่าองศาเอียงเล็กน้อย แขนสองข้างงอศอกและมืออยู่ในท่าที่สบายพักอยู่ด้านข้างของท้องทั้งสองข้าง ขาเหยียด สันเท้าลอย คัดแปลงหมอนใบใหญ่ใช้แทนแผ่นกั้นเท้าเพื่อป้องกันเท้าตก มีม้วนผ้ากั้นด้านข้างของข้อสะโพกและข้อเท้าเพื่อป้องกันขาเบะออก

1.2 ท่านอนตะแคง โดยลำตัวทำมุมประมาณ 30 องศากับที่นอน จัดศีรษะให้อยู่ในแนวตรงกับกระดูกสันหลัง ลำตัวตรงไม่บิด ใช้หมอนประคองบริเวณหลังตั้งแต่ระดับกระดูกสะบักไปจนเหนือกระดูกกระเบนเหน็บ ข้อสะโพกด้านบนงอไปข้างหน้าเล็กน้อย และรองรับด้วยหมอนให้ข้อสะโพกบนกางเล็กน้อย

1.3 ท่านอนคว่ำ ศีรษะหันไปทางด้านข้างและอยู่ในท่าที่สบายและหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก งอข้อศอก จัดวางขาให้อยู่ในท่าที่สบายตามธรรมชาติ และให้เท้าลอยอยู่เหนือขอบที่นอน หรืออาจวางม้วนผ้ารองใต้ข้อเท้าด้านหน้าเพื่อป้องกันการกดฝ่าเท้า

2. ใช้วัสดุ หรืออุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (Level A) เช่น การนำหมอนหรือผ้าขนหนู วางบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกในท่าต่างๆ ดังนี้

2.1 ทำนอนหงาย วางบริเวณสะบักสองข้างเว้นช่องว่างบริเวณกระเบนเหน็บและก้น กวางบริเวณต้นขาด้านหลังน่องและบริเวณสันเท้า เว้นช่องว่างบริเวณข้อพับเข่า (Level B)

2.2 ทำนอนตะแคง วางบริเวณทรวงอก เว้นช่องว่างบริเวณเชิงกราน สะโพก วาง บริเวณต้นขาและน่องด้านข้าง เว้นช่องว่างบริเวณเข่าและตาตุ่ม (Level B)

2.3 ทำนอนคว่ำ วางบริเวณหน้าอก เว้นช่องว่างบริเวณเชิงกรานด้านหน้า อวัยวะเพศ วางบริเวณต้นขาและหน้าแข้ง เว้นช่องว่างบริเวณหัวเข่าและด้านหน้าของข้อเท้า (Level B)

2.4 ทำนั่ง วางเบาะรองก้น และเบาะพิงหลัง เพื่อช่วยกระจายแรงกดและป้องกันปุ่ม กระดูกเชิงกรานและกระดูกก้นกบถูกกดทับโดยตรง (Level B)

3. การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย

3.1 ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หรือลูกกลิ้งจากเตียง (Level B)

3.2 แนะนำและกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ (Level B)

3.3 ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือถูกจำกัดกิจกรรม หรือไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเอง หรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ให้ช่วยพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง (Level B)

3.4 ในรายที่มีข้อจำกัดในการพลิกตัว ให้เอียงลำตัวด้านใดด้านหนึ่งขึ้นและทำสลับข้าง ทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยยกตัวผู้ป่วยให้ลอยพ้นจากพื้นที่นอนโดยให้อยู่ในระนาบเดียวกัน นาน 30 วินาที ทุก 2 ชั่วโมง (Level B)

3.5 ในรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียง ทำมุม 30 องศา ตลอดแนวลำตัวรวมทั้งบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า และเมื่อจัดท่านอนหงาย ควรดูแลให้บริเวณเท้าและสันเท้าลอยพ้นจากที่นอนเสมอโดยใช้หมอนบางหรือผ้านุ่ม หรือผ้าห่อถุงมือ ยางใส่นำร่องรับบริเวณใต้ข้อพับถึงข้อเท้า (Level B)

3.6 ในกรณีนั่งรถเข็น ควรจัดให้มีเบาะรองก้น และกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัว หรือยกตัวให้ก้นลอยพ้นพื้นที่นั่ง ทุก 30 นาที (Level B)

3.7 ในผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็ง ให้ใช้ผ้านุ่มรองรับบริเวณปุ่มกระดูก (Level B)

3.8 สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและเย็น (Level B)

การพยาบาลเพื่อป้องกันแรงเสียดสีและแรงเฉือน (Friction and Shearing) (Level C)

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) (Level C)

ประเมินความสามารถของผู้ดูแล

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- การใช้วัสดุอุปกรณ์ส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน
ประหมื่นผู้ป่วย
- การเคลื่อนย้ายตนเองของผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)

1. อธิบายการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องนอนของผู้ป่วย ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่องของความสะอาด เรียบตึง และแห้ง ไม่มีปมหรือเงื่อนที่ผู้ป่วยจะนอนทับ เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ ผู้ดูแลควรดูแลดังนี้

1.1 ที่นอนผู้ป่วยควรเป็นที่นอนฟองน้ำหนาอย่างน้อย 3 นิ้ว หรือในกรณีที่ผู้ดูแลสามารถจัดหาที่นอนลมให้ผู้ป่วยนอนทับบนที่นอนปกติ เพื่อกระจายแรงกดบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Level A)

1.2 เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเครื่องใช้ตามความเหมาะสม และเปลี่ยนทุกครั้ง เมื่อสกปรกหรือเปียกชื้น (Level B)

1.3 เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้ป่วยควรเหมาะสมกับสภาพภูมิอากาศและฤดูกาล ขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมเกินไปและไม่มีตะขอหรือเข็มกลัดที่อาจกดทับทำให้เกิดแผลได้ (Level B)

2. การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนอิริยาบถควรกระทำให้ผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลโดย

2.1 ก่อนเปลี่ยนอิริยาบถควรจัดทำให้ผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อม เช่น จากท่านอนเป็นท่านั่ง ท่านอนหงายเป็นนอนตะแคง และเปลี่ยนอิริยาบถผู้ป่วยช้าๆ เพื่อป้องกันความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Level B)

2.2 ไม่ดึงรั้งหรือถูไถผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสีกับที่นอน เกิดแผลถลอกได้ง่าย (Level B)

2.3 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายตนเอง โดยใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมได้แก่ รถเข็น เก้าอี้ ซึ่งผู้ป่วยควรใส่ถุงมือ ถุงเท้า มีเบาะรองนั่ง มีที่รองรับเท้า ถ้าผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ให้จับยืนทุก 2 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้ให้จับเท้าผู้ป่วยให้วางบนที่พักเท้า ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถขยับจากรถเข็น นั่งได้เลยให้จับเท้าวางบนพื้นบ้าง (Level A) ในขณะที่ผู้ป่วยนั่ง แนะนำให้ผู้ป่วยตะแคงซ้ายสลับกับขวา เพื่อเปลี่ยนจุดรับน้ำหนักอย่างน้อยทุก 15 นาที หรือยกตัวขึ้นจากรถเข็นทุก 30 นาที เพื่อลดแรงกด (Level B)

การพยาบาลด้านภาวะโภชนาการ (Nutrition)

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) (Level C)

ประเมินความสามารถของผู้ดูแล

- การเตรียมอาหารที่เหมาะสม

- การดูแลให้ได้รับอาหาร
- การดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอ

ประเมินผู้ป่วย

- การรับประทานอาหาร เช่น ลักษณะอาหารที่รับประทาน ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ จำนวนมื้ออาหารต่อวัน วิธีการรับประทานอาหาร ปริมาณการดื่มน้ำต่อ
- ชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูงเพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย ถ้าสามารถประเมินได้
- ประเมินภาวะขาดสารน้ำโดยการทดสอบความตึงตัวของผิวหนัง (Skin turgor)
- ประเมินความผิดปกติของการกลืน (Gag reflex)

การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)

1. จัดอาหารให้ครบถ้วนทุกหมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อคือ ข้าวประมาณ 1 ถ้วย เนื้อสัตว์ ประมาณ 1/2 - 1 ชีด ผักผลไม้และน้ำดื่ม ประเภทของอาหารที่ควรทราบ (Level A, C)

1.1 คาร์โบไฮเดรต ให้พลังงานความร้อนแก่ร่างกาย อาหารในหมู่นี้ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน

1.2 โปรตีนช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อทำให้กระบวนการหายใจของเซลล์เร็วขึ้น และเพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อาหารในหมู่นี้ได้แก่ เนื้อ ไข่ ปลา

1.3 ไขมัน ให้พลังงานความร้อนแก่ร่างกายอาหารหมู่นี้ได้แก่ ไขมันจากพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันมะพร้าว น้ำมันดอกคำฝอย และไขมันจากสัตว์ นม เนย

1.4 วิตามิน ช่วยเสริมสร้างการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย วิตามินที่สำคัญ ได้แก่ วิตามินเอ ช่วยในการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนตัวของเยื่อบุผิวได้แก่ อาหารประเภท นม ไข่ ผักคะน้า มะละกอ วิตามิน ซี ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อจากพิษอนุมูลอิสระ ได้แก่ อาหารประเภท ส้ม ผัก ผลไม้สด ดับ ไข่ปลา

1.5 เกลือแร่ ช่วยรักษาสมดุลของกรดด่างในร่างกาย และควบคุมเมตาบอลิซึม แร่ธาตุที่สำคัญได้แก่ สังกะสี ซึ่งช่วยในการสร้างคอลลาเจนและการ สังเคราะห์โปรตีนได้แก่ อาหารประเภท หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน

1.6 จัดน้ำดื่มไว้ให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่าวันละ 3 ขวดใหญ่ เพื่อให้ขับถ่ายได้สะดวก อาจให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากในเวลากลางวัน และน้อยในเวลากลางคืน ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ (Level B)

การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดผลกดทับ เช่น ภาวะไข้

การให้ยา ภาวะเจ็บป่วย (Level C)

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) (Level C)

3.5 สเตียรอยด์มีผลกดภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้แผลหายช้า ถ้าพบอาการข้างเคียงควรรายงานแพทย์ทราบและดูแลให้ได้รับวิตามินเอเพิ่ม เช่น นม ไข่ ผักคะน้า มะละกอ เป็นต้น เนื่องจากวิตามินเอช่วยฟื้นฟูสภาพการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่

6. พยาบาลประเมินผลโดย

- การสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- การพูดคุย ซักถาม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตอบได้ถูกต้องในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7. พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงสภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา สะท้อนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความพึงพอใจ ที่จะให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการปฏิบัติตน มอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (ภาคผนวก ง) นัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไปตามความเหมาะสม บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อติดตามความก้าวหน้าจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทั้งในด้านสัมพันธภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยกล่าวทักทาย ชวนคุยเรื่องต่างๆไป ด้วยบรรยากาศการสนทนาที่อบอุ่น สร้างความเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ

2. พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้กล่าวถึงการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ

3. พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามสภาพผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม ทบทวนปัญหาและความต้องการที่วิเคราะห์ได้ สะท้อนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้คิดและตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าใจถึงสาเหตุและแนวทางการแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. พยาบาลทบทวนความรู้และการปฏิบัติตนตามที่ให้ข้อมูลไป เมื่อการเยี่ยมครั้งที่ 1 ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม กล่าวสนับสนุนชมเชยผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อปฏิบัติกิจกรรมถูกต้อง ให้กำลังใจถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทบทวนทำความเข้าใจกับบทบาทสมาชิกในครอบครัว

ต่อการให้การช่วยเหลือสนับสนุน เป็นที่ปรึกษาและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

5. พยาบาลประเมินผลโดย

- การสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- การพูดคุย ซักถาม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตอบได้ถูกต้องในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- แบบประเมินผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ภาคผนวก จ)

6. พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงสภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา สะท้อนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความพึงพอใจ ที่จะให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการปฏิบัติตน นัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไปตามความเหมาะสม บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) เพื่อติดตามและประเมินการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และสนับสนุนส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยกล่าวทักทาย ชวนคุยเล็กน้อย สร้างบรรยากาศการสนทนาที่อบอุ่น สร้างความเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ

2. พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้กล่าวถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ

3. พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ยังมีอยู่ ทบทวนปัญหาและความต้องการที่วิเคราะห์ได้ สะท้อนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้คิดและตระหนักในปัญหาและความต้องการนั้นๆ วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. พยาบาลทบทวนความรู้และการปฏิบัติตนที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวสนับสนุน ชมเชยผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อปฏิบัติกิจกรรมถูกต้องและประสบความสำเร็จ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ให้กำลังใจ ควรพยายามต่อไป สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าสามารถทำได้ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งแนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติมในคู่มือที่แจกไปไว้ทบทวน ทบทวนทำความเข้าใจกับบทบาทสมาชิกในครอบครัว

ต่อการให้การช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจให้ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย

5. พยาบาลประเมินผลโดย

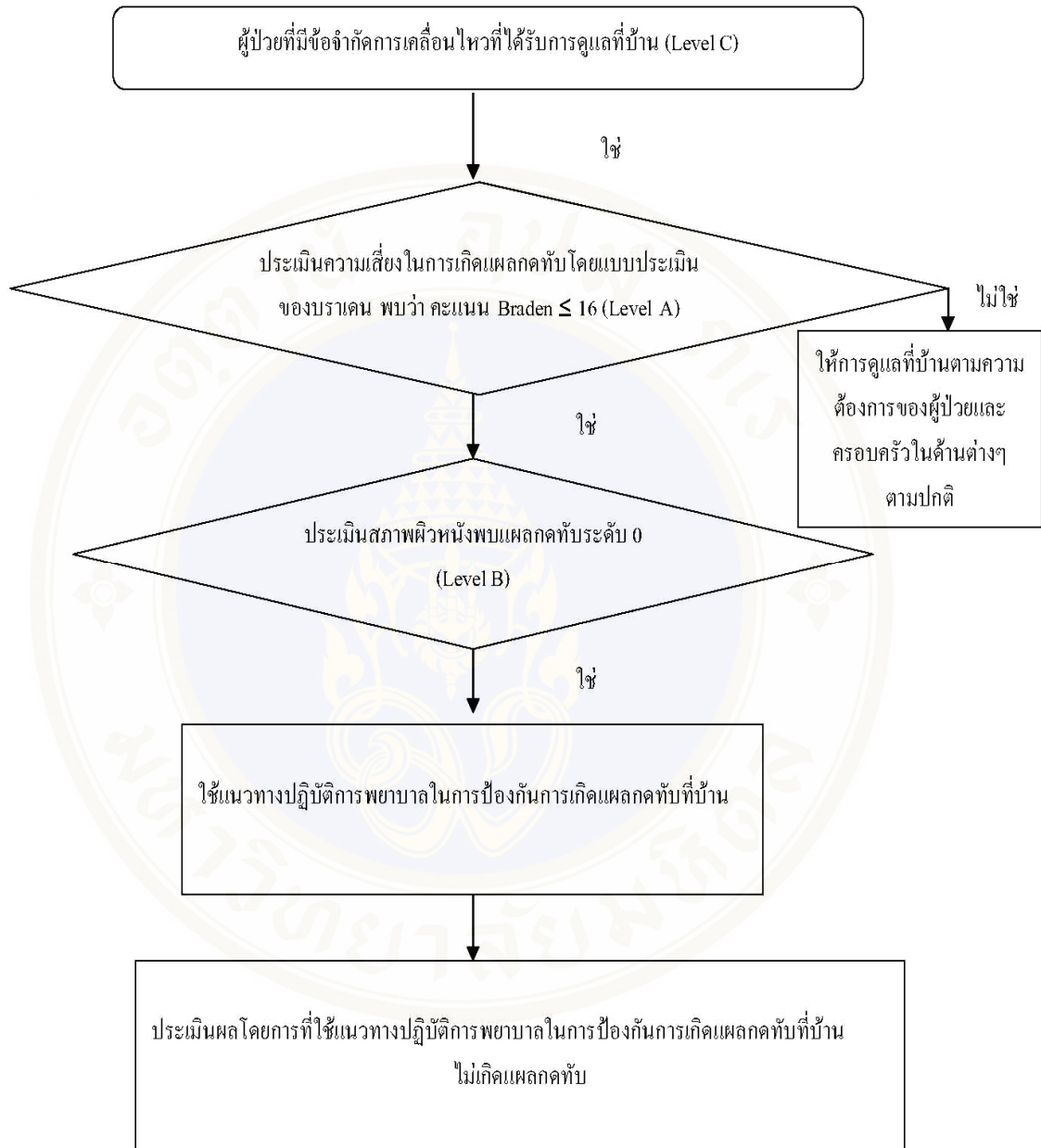
- การสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- การพูดคุย ซักถาม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตอบได้ถูกต้องในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- แบบประเมินผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ภาคผนวก จ)
- ประเมินสภาพผิวหนังเพื่อประเมินการเกิดแผลกดทับ

6. สรุปผลกิจกรรมการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ยุติการเยี่ยมบ้าน

หมายเหตุ

- ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับปัญหาความซับซ้อนในการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน
- ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งสามารถปรับกระบวนการต่างๆ ดังกล่าวให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดถือเนื้อหาตามที่กำหนดอย่างครอบคลุม

จากกรอบแนวคิดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ที่กล่าวไว้ในแผนภูมิ 1 และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาจัดสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน มีขั้นตอนดังนี้



แผนภูมิ 1 ขั้นตอนสำหรับการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

2. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลชำนาญการจากหน่วยงานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) ซึ่งเป็นผู้ชี้แนะและให้คำแนะนำ โดยนำคำแนะนำต่างๆที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านให้เหมาะสมต่อไป ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้เห็นด้วยและยอมรับเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านและได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงโปรแกรมดังกล่าว ดังนี้

- 1) การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ควรใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่มีสภาพผิวหนังระดับของแผลกดทับระดับ 0 (ไม่มีแผลกดทับ) ส่วนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไปควรใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลกดทับหรือส่งต่อให้สถานบริการสุขภาพดูแลแผลต่อไป เนื่องจากขั้นตอนการดูแลและระยะเวลาการเยี่ยมบ้านจะแตกต่างกันซึ่งถ้าพบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไปต้องเยี่ยมบ้านถี่ขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแผลกดทับระดับที่ 1 จะใช้เวลาประมาณ 24-72 ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีจะทำให้พัฒนาเป็นแผลกดทับในระดับที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (สุนีย์ เจริญวัฒน์, 2539: 457; รักษันนท์ ขวัญเมือง, 2547: 10; Bryant & Nix, 2007: 214-217)
- 2) การใช้ภาษาในคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับควรใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและเนื้อหาที่สั้นกะทัดรัด

การพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านกับความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (Clinical relevance) ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 มีความคิดเห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขปัจจุบันปัญหาแผลกดทับที่บ้านในระบบบริการสุขภาพต่างยอมรับว่าแผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติ

การพิจารณาความเป็นไปได้ว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Scientific merit) ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 มีความคิดเห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความน่าเชื่อถือเพียงพอ

การพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านไปใช้ในการพยาบาล (Implementation Potential) ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 มีความคิดเห็น

ว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความเหมาะสม (Transferability) ที่จะนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านและมีความเหมาะสมกับพยาบาลในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ในด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในฐานะพยาบาลวิชาชีพ (Feasibility) ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันว่า พยาบาลวิชาชีพมีสิทธิโดยชอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งกระบวนการพยาบาลดังกล่าวในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านมีความเห็นตรงกันว่าเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก พยาบาลสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านได้

การประเมินด้านความคุ้มค่าของการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านไปใช้ (Cost – Benefit ratio) ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่า การนำแนวปฏิบัติดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นไปใช้ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ ก่อให้เกิดประโยชน์ คือ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านไม่เกิดแผลกดทับและไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเนื่องถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับเกิดขึ้นทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลที่สูงมาก

สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่พัฒนาขึ้นนี้ คือ สามารถนำไปใช้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน เนื้อหาสาระมีความเหมาะสม ต้องปรับปรุงด้านการใช้ภาษาเล็กน้อยในภาพรวมจึงสรุปว่าสามารถนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้

ตาราง 3 สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน การเตรียมความพร้อมก่อนออกไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3 ท่าน		
ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน	3 ท่าน		
การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้าน	3 ท่าน		
การประเมินสภาพผิวหนัง	3 ท่าน		การประเมินสภาพผิวหนังเพื่อใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านควรแบ่งระดับแผลกดทับให้เหมาะสมผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไปควรใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลกดทับหรือส่งต่อให้สถานบริการสุขภาพดูแลผลต่อไป
แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	3 ท่าน		
คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน	3 ท่าน		ควรปรับปรุงเนื้อหาให้สั้นกะทัดรัดและภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและป้องกันการเกิดแผลกดทับและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ได้จากการสืบค้นผลงานวิจัย และเอกสารวิชาการที่ตรงประเด็นเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ตามส่วนต่อไปนี้

ส่วนประกอบของผลงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นและนำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

การสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ ผู้ศึกษานำงานวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) มาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลมีจำนวนงานวิจัย 205 เรื่อง หลังจากคัดออกเลือกงานวิจัยที่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ทั้งหมด 16 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยประยุกต์หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของโรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) มาใช้ในการพัฒนาซึ่งการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลถือว่าการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (Best Practice) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการความรู้ที่ได้มาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎี คำรา งานวิจัยทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 2 ข้อ คือเพื่อทบทวนเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและป้องกันการเกิดแผลกดทับและเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน วัตถุประสงค์ดังกล่าวเกิดจากการทบทวนปัญหาของพยาบาลเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลหนองฉาง จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาของการเกิดแผลกดทับ พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากที่บ้านซึ่งสาเหตุของการเกิด

แผลกดทับอาจเกิดจากการที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่เป็นระบบ ทีมพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาแผลกดทับเป็นปัญหาเรื้อรังและมีแนวโน้มของความรุนแรงเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพิ่มภาระงาน บางรายติดเชื้อ และเสียชีวิตได้ ดังนั้น การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านมาใช้ในชุมชนจึงเป็นความต้องการของทีม และของผู้ดูแลด้วย

สำหรับส่วนประกอบและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ซึ่งกระบวนการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยคัดเลือกผู้ป่วย หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของระบบประสาท ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย หากไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันที่เหมาะสมจะทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย

การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับนับเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีหลายรูปแบบ ได้แก่แบบประเมินของนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale) แบบประเมินของกอสเนลล์ (The Gosnell Pressure Sore Risk Assessment Scale) แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Risk) แบบประเมินของวอร์เตอร์โลว์ (The Waterlow Pressure Sore Scale Prevention) ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินของบราเดนมาใช้เนื่องจากแบบประเมินของบราเดนมีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำที่ยอมรับได้ซึ่งแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเดนเป็นเครื่องมือที่มีความตรง ความไว ความจำเพาะดีที่สุด การศึกษาของบราเดนและเบอร์กสตรอม (1994: 459-470) ศึกษาความตรงในการทำนายความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับที่บ้านโดยแบบประเมินของบราเดนพบว่า แบบประเมินของบราเดนมีความจำเพาะ (specificity) 64-90% และความไว (sensitivity) 83-100% และแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเดนได้รับการยอมรับว่ามีความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และความเที่ยงจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว

กระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ผู้ศึกษาคัดเลือกแนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสม มาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ในเรื่องการทำความสะอาดผิวหนังผู้ดูแลต้องสำรวจผิวหนังผู้ป่วยทุกวันวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น เพื่อส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้านทราบข้อมูล การทำความสะอาดควรใช้สบู่อ่อนๆ เพื่อให้ผิวหนังแห้ง ห้ามนวดบริเวณปุ่มกระดูกเนื่องจากไม่มีประโยชน์ เพราะจะทำให้

ให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะบริเวณนั้นน้อยลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลได้ง่าย การใช้อุปกรณ์กระจายแรงกด พบว่า การพลิกตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมงร่วมกับการใช้ที่นอนลมมีผลลดอัตราการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพที่สุดแต่เนื่องจากในทางปฏิบัติจริงนั้นผู้ป่วยบางรายญาติไม่สามารถจัดหาที่นอนลมได้ ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การใช้อุปกรณ์รองรับในการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ห่วงโคนัท ถุงมือน้ำ แต่จากหลักฐานอ้างอิงกล่าวว่า ห่วงโคนัทมีผลต่อระบบน้ำเหลืองและระบบไหลเวียนของเนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณปุ่มกระดูกมากกว่าช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ถุงมือใสน้ำที่ใส่รองบริเวณตาตุ่มและส้นเท้า ไม่มีผลในการช่วยกระจายแรงกดหรือลดแรงกด เนื่องจากบริเวณส้นเท้าหรือตาตุ่มเป็นบริเวณที่มีพื้นที่ผิวน้อย การใช้อุปกรณ์รองรับเฉพาะที่ไม่สามารถช่วยกระจายแรงกดได้ ยังคงแรงกดในพื้นที่ท่าเดิม ส่วนการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในส่วนของการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย อาจทำได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงมีความยากลำบากในการชั่งน้ำหนัก ผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำให้ใช้การประเมินความตึงตัวของผิวหนัง (Skin turgor) และรีเฟล็กซ์การกลืน (Gag reflex) ด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการมีงานวิจัยสนับสนุนว่าภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่ออุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ควรได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยเพิ่มสารอาหาร โปรตีนสูง วิตามินซี วิตามินเอ และสังกะสี ในอาหารเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เกณฑ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

ผลงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่ได้จากการสืบค้นและตรงประเด็นซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทั้งหมด 16 เรื่อง ได้นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยนำผลงานวิจัยที่ได้มาจัดระดับคุณภาพงานวิจัยอ้างอิงจากคณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (Evident – Based Medicine & Clinical Practice Guideline) ดังนี้ หลักฐานงานวิจัยระดับ A จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยระดับ B จำนวน 7 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยระดับ C จำนวน 4 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยที่เลือกเป็นงานที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งที่อยู่ที่บ้านและในโรงพยาบาลและศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ต้องมีความเหมาะสมกับหน่วยงานและพยาบาลในชุมชนและการนำไปใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์ที่ได้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลผู้นำไปใช้ควรมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่จัดไว้ในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ซึ่งกระบวนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน

การเกิดแผลกดทับนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานจะต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ต้องร่วมมือร่วมใจ มีความมุ่งมั่น ที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นก่อนนำแนวทางนี้ไปใช้ควรศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับดังกล่าวเพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับต่อไป

การทดสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลชำนาญการจากหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติและการจัดการปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม หลังจากได้ข้อสรุปซึ่งเป็นความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ทั้งในส่วนของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านและคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ได้ข้อสรุปว่ามีความเห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านและพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านเหมาะสมกับพยาบาลในชุมชน พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการนำไปใช้ การนำไปใช้ไม่ยุ่งยาก ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ มีประโยชน์เพียงพอและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินไป โดยผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินผิวหนังเพื่อเป็นเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและปรับปรุงการใช้ภาษาในคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับควรใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและเนื้อหาที่สั้นกะทัดรัด

นอกจากนี้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ได้นำเสนอหลักฐานและคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งผ่านการวิเคราะห์และคัดเลือกโดยอ้างอิงจากคณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (Evident – Based Medicine & Clinical Practice Guideline) ดังนั้น การแบ่งระดับคุณภาพของงานวิจัยจุดแข็งของงานวิจัยที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน หลังจากพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านแล้วควรนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานเยี่ยมบ้านและควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากที่ผ่านมามีพบว่า การนำผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องค่อนข้าง

ยาก เนื่องจาก พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมากจึงไม่ได้นำความคิดใหม่ๆที่ได้จากผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติ ดังนั้นการที่พยาบาลเวชปฏิบัติจะนำผลงานวิจัยลงสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จได้นั้นจึงควรจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ โดยจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ผู้มารับ ร่วมกับการนำผลงานวิจัยที่ทันสมัยมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของโรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. สืบหาความต้องการการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติ
2. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากแนวปฏิบัติเดิม
3. รวบรวมหลักฐานบทความงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน
4. สร้างหรือจัดทำแนวปฏิบัติใหม่และทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข
5. นำไปใช้และติดตามประเมินผลจากผู้ใช้และผู้รับบริการ
6. สร้างเป็นมาตรฐานการปฏิบัติขององค์กรและเผยแพร่

ผู้ศึกษาได้นำมาประยุกต์ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1, 3 และ 4 สำหรับขั้นตอนที่ 2 คือ การวิเคราะห์ปัญหาจากแนวปฏิบัติเดิมไม่ได้กระทำ เนื่องจากหน่วยงานโรงพยาบาลหนองจางยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเดิมอยู่ ในขั้นตอนที่ 5คือการนำไปใช้และติดตามประเมินผลจากผู้ใช้และผู้รับบริการ ขั้นตอนที่ 6 คือ การสร้างเป็นมาตรฐานการปฏิบัติขององค์กรเพื่อเผยแพร่นั้นผู้ศึกษาจะดำเนินการต่อไปในอนาคต

ในการศึกษาผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ผู้ศึกษาได้นำขั้นตอนการรวบรวมหลักฐานบทความงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนและใช้หลักการวิเคราะห์วิจารณ์ผลงานวิจัยตามหลักการของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1997) ที่ประกอบด้วย การติดตาม การประเมินกระบวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ได้ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพื่อสร้างหรือจัดทำแนวปฏิบัติใหม่ที่เหมาะสมตามหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แล้วจึงนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้บริหารขององค์กรเพื่อจัดทำเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรต่อไป และเพื่อให้พยาบาลในชุมชนได้มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่ถูกต้อง

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งได้มาจากการสืบค้นจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หนังสือและตำราในห้องสมุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยไม่จำกัดคุณภาพ หลังจากนั้นได้นำหลักฐานที่ตรงประเด็นมาเรียงระดับคุณภาพงานวิจัยโดยอ้างอิงจากคณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (Evident – Based Medicine & Clinical Practice Guideline) ในส่วนการวิเคราะห์และนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านมีทั้งหมด 16 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานงานวิจัยระดับ A จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยระดับ B จำนวน 7 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยระดับ C จำนวน 4 เรื่อง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2 โดยโปรแกรมดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและความเป็นไปได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากสมุดบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยได้แก่ แพ้มทะเบียนการจำหน่ายผู้ป่วยตึกผู้ป่วยใน ทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัด และทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัย ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจาก Family Folder เตรียมเอกสารการเยี่ยมบ้าน และเอกสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการเยี่ยมโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1,3 และ 6) ในสัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ประเมินสภาพผิวหนังและให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนสาธิต แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ การพยาบาลด้านผิวหนัง การพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรม การพยาบาลด้านการป้องกันแรงเสียดสีและแรงเฉือน การพยาบาลด้านโภชนาการและ การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดแผลกดทับ เช่น ภาวะไข้ การไฉยา ภาวะเจ็บป่วย การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อติดตามความก้าวหน้า

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทั้งในด้านสัมพันธภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เพื่อติดตามและประเมินการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และสนับสนุนส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อดีของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้พัฒนาจากผลงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หนังสือและตำราที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จึงสามารถนำไปปรับใช้ได้ลงสู่กระบวนการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

2. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยพัฒนาจากผลงานวิจัยมาเป็นแนวทางเพื่อจัดระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้าน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการและเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับพยาบาลในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านกับพยาบาลในชุมชน

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมาทำการศึกษานำร่อง (pilot study) และประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้จริง

2. การวางแผนนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านความรู้และอื่นๆ ตามความจำเป็นเพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความจำเป็นและให้ความร่วมมือในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประโยชน์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านให้พยาบาลในชุมชนทราบก่อนนำไปใช้

4. ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ให้ทันสมัยตามองค์ความรู้หรืองานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังต่อไป

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน
 NURSING PRACTICE GUIDELINE TO PREVENT PRESSURE ULCER AT HOME

สุจินต์ จุลจัจจันทร์ 4836266 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นพวรรณ เปียเชื้อ, Ph.D., วรณัน ประสารอริคม, Ph.D.,
 สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D.,

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งอยู่อาศัยที่บ้านและเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของการเกิดแผลกดทับที่สำคัญ คือ แรงกด แรงเฉือน แรงเสียดสี และความเปียกชื้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดแผลกดทับ เช่น อายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะไข้ ภาวะเจ็บป่วย และการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาแก้ปวดประสาธต์ แผลกดทับมีอุบัติการณ์การเกิดสูงในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งอยู่ที่บ้าน ซึ่งในประเทศไทย นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย โควสุวรรณ (2540: 78) ได้ศึกษาการเริ่มเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าแผลกดทับเกิดที่บ้านจำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 40 จากการศึกษาของยูวดี เกตุสัมพันธ์ และสุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2545: 97) ในผู้ป่วยจำนวน 85 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดจากที่บ้านจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานีจากสถิติการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549 พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 33 คน เป็นแผลกดทับที่เกิดขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 15 คนเกิดที่บ้าน 10 คน และเกิดในโรงพยาบาลหนองฉาง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5, 30.3 และ 24.4 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติการเก็บตัวชี้วัดคุณภาพตึกผู้ป่วยใน, 2549) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าแผลกดทับส่วนหนึ่ง

เกิดจากที่บ้าน ซึ่งสาเหตุของการเกิดแผลกดทับอาจเกิดจากการที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านอย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าแผลกดทับส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 สามารถป้องกันได้ (Fox, 2002: S3) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ การดูแลให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน จะช่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับการป้องกันและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้านในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีความชัดเจน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทบทวนและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน เพื่อให้พยาบาลในชุมชนมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านโดยประยุกต์หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของ โรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) ร่วมกับการใช้หลักเกณฑ์ของ โพลิตและฮังเกอร์ (Polit & Hunger, 1997) ประกอบด้วยการสำรวจความต้องการการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากแนวปฏิบัติเดิม การรวบรวมหลักฐานบทความงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยการสืบค้นจากงานวิจัยในวารสาร วิทยานิพนธ์และฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ กำหนดระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993-2007 จากฐานข้อมูล MEDLINE (PUBMED), CINHAL, OVID, และ MULINET โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกข้อมูลมาใช้ (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งที่อยู่ที่บ้าน และในโรงพยาบาล
2. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. บทความ งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. เป็นงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 – 2007 และเป็นงานวิจัยฉบับเต็ม (Full

Text)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น มีดังนี้ แผลกดทับ Pressure ulcer, Pressure ulcer and Prevention, Pressure ulcer and Prevention and Home Care ผลการสืบค้นได้หลักฐานข้อมูลทั้งหมด 16 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยแบบ Meta- analysis 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง (Random Control Trail, RCT) 3 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 เรื่องงานวิจัยเชิงบรรยาย 4 เรื่อง

หลักเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data collection and analysis) การคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ใช้เกณฑ์ตามคุณภาพงานวิจัยโดยคณะกรรมการ Evidence-Based Medical and Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จากการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยเรียงระดับของคุณภาพ ดังนี้ Level A 5 เรื่อง Level B 7 เรื่อง Level C 4 เรื่อง นำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในชุมชนประกอบด้วยพยาบาลชำนาญการจากหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่านทุกรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลถูกนำเสนอในช่องว่างตารางซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถทำเครื่องหมายชี้แจงข้อเสนอแนะต่างๆที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดยเพิ่มเติมข้อคิดเห็นต่างๆหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายในแบบประเมิน หลังจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะและคำแนะนำต่างๆที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ให้เหมาะสมต่อไป

ผลการศึกษา

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน (Nursing Practice Guideline for Prevention Pressure Ulcer at Home) ประกอบด้วย

1. การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยแบบประเมินของบราเดน (Braden Scale) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชชานันท์ ขวัญเมือง (2544) ใช้ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (Skin moisture) การมีกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และแรงเสียดทานและแรงเฉือน (Friction & Shear)

2. การประเมินสภาพผิวหนัง ของ ปองหทัย พุ่มระย้า (2544) มาใช้ซึ่งประกอบด้วยการบินที่สภาพผิวหนังซึ่งจะแสดงบริเวณต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆที่พบว่ามีเกิดการเกิดแผลกดทับได้บ่อย 28 ตำแหน่ง และมีคำอธิบายลักษณะของผิวหนังที่ตรวจพบเป็นระดับต่างๆ 5 ระดับ

3. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยให้การพยาบาลผู้ป่วย 5 ด้าน โดยให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนสาธิต (Level B, C) แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ การพยาบาลด้านผิวหนัง การพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรม การพยาบาลด้านการป้องกันแรงเสียดสีและแรงเฉือน การพยาบาลด้านโภชนาการและการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดแผลกดทับ เช่น ภาวะไข้ การใช้ยาและภาวะเจ็บป่วย

4. ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลก่อนให้การพยาบาลโดยแบบประเมินผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเห็นด้วยและยอมรับเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านและได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงโปรแกรมดังกล่าว ดังนั้น การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้านควรให้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่มีสภาพผิวหนังระดับของแผลกดทับระดับ 0 (ไม่มีแผลกดทับ) ส่วนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไป ควรใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลกดทับหรือส่งต่อให้สถานบริการสุขภาพดูแลแผลต่อไปและการใช้ภาษาในคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับควรใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและเนื้อหาที่สั้นกะทัดรัด

อภิปรายผลการศึกษา

เป็นงานวิจัยที่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ทั้งหมด 16 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน โดยประยุกต์หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของโรสวูร์มและลาร์ราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (Best Practice) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล การใช้หลักฐานเชิง

ประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการความรู้ที่ได้มาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎี ตำรา งานวิจัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์ของการศึกษาเกิดจากการทบทวนปัญหาของพยาบาลเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลหนองฉาง จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยปัญหาของการเกิดแผลกดทับ พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากที่บ้านซึ่งสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ อาจเกิดจากการที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านที่เป็นระบบ ทีมพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาแผลกดทับเป็นปัญหาเรื้อรังและมีแนวโน้มของความรุนแรงเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพิ่มภาระงาน บางรายติดเชื้อ และเสียชีวิตได้ ดังนั้น การนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านมาใช้ในชุมชนจึงเป็นความต้องการของทีม และของผู้ดูแลด้วย

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งได้มาจากการสืบค้นจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หนังสือและตำราในห้องสมุดทั้งหมด 16 เรื่อง โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและความเป็นไปได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ข้อดีของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้พัฒนาจากผลงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หนังสือและตำราที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จึงสามารถนำไปโปรแกรมที่พัฒนาได้ลงสู่กระบวนการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้
2. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยพัฒนาจากผลงานวิจัยมาเป็นแนวทางเพื่อจัดระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่บ้าน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการ และเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับพยาบาลในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านกับพยาบาลในชุมชน

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมาทำการศึกษานำร่อง (pilot study) และประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้จริง
2. การวางแผนนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านความรู้และอื่นๆ ตามความจำเป็นเพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความจำเป็นและให้ความร่วมมือในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้
3. ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประโยชน์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านให้พยาบาลในชุมชนทราบก่อนนำไปใช้
4. ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ให้ทันสมัยตามองค์ความรู้หรืองานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังต่อไป

NURSING PRACTICE GUIDELINES TO PREVENT PRESSURE ULCER AT HOME

SUJIN JUNJAJAN 4836266 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : NOPPAWAN PIASEU, Ph.D.
(Nursing), **WORANAN PRASANATIKOM, Ph.D.** (Home Health Care Nursing)
SUPARB AREE-UE, Ph.D. (Nursing)**EXTENDED SUMMARY****Introduction**

Pressure ulcer is a complicated condition often found in in-home care immobile patients which is a significant problem for persons with chronic condition to require hospital treatment. Pressure ulcer can be found from several essential causes including pressure, shear, friction, and humidity. In addition, there are also other risk factors such as age, malnutrition, fever, illness, and medication for example steroids and sedative. High incidence of pressure ulcer was found in immobile patient at home which in Thailand, the result of the study from Tumnantong and Kowsuwan (2540: 78) showed that 12 patients had pressure ulcer caused at home which is 40%. Moreover, the study from Kestumpun (2545: 97) showed that 25 out of 85 patients had pressure ulcer caused at home which is 29.4%. These studies conform to the data in terms of the cause of pressure ulcer from nongchang hospital between September 2005 to October 2006 found that from 33 patient with severe level of pressure ulcer , 15 patients had pressure ulcer during receiving medical treatment at other hospitals, 10 patients at home, and 8 patients at nongchang hospital which are 45.5%, 30.3%, and 24.4% respectively (Statistical data nongchang hospital, 2006). Based on these

information, it can be indicated that pressure ulcer is partly caused at home which there is a possibility that it is due to the lack of systematically nursing practice guideline to prevent pressure ulcer at home.

Nowadays, it has been known that 95% of pressure ulcer can be prevented (Fox, 2002: S3). Providing education for at-risk patients and care givers is the most productive way to increase efficiency in order to prevent pressure ulcer. However, reviewing literatures and research studies concerning prevention and risk evaluation of pressure ulcer in Thailand reflects that there is no certain practice guideline therefore researcher intends to review and develop nursing practice guidelines in order to help nurses in communities to evaluate the risk and prevent pressure ulcer at home.

Objectives

1. To review literatures and evidence-based in terms of risk evaluation and pressure ulcer prevention .
2. To develop nursing practice guidelines for preventing pressure ulcer at home.

Methods

This study was aimed develop nursing practice guidelines (NPGs) to prevent pressure ulcer at home by applying the nursing practice guidelines by Rosswurm and Larrabee (1999) and Polit and Hungler (1997). The procedure included a survey of need to change practice and analyse problems from the previous nursing practice guidelines. Evidence-based, research review and relevant literatures in order to develop nursing practice guidelines to prevent pressure ulcer at home were searched from electronic databases on thesis and journals published between 1993-2007 including MEDLINE (PUBMED), CINAHL, OVID, and MUI. Included criteria were :

1. Research studies involve the study of patient with limited motion both at home and hospital.

2. Researches studies involve the study of the risk factors and the prevention of pressure ulcer.
3. Evidences involve the prevention of pressure ulcer from textbooks, journals, and researches.
4. Full text research from year 1993 – 2007.

Key words for study are bedsore, pressure ulcer, pressure ulcer and prevention, pressure ulcer and prevention and home care. There are 16 researches were selected which included 2 meta-analysis researches, 3 randomized controlled trial (RCT) researches, 5 quasi-experimental researches, 2 action researches, and 4 descriptive researches.

Data collection and analysis criteria refer to the quality of research criteria by Evidence-Based Medical and Clinical Practice Guidelines Committee, The Royal College of Physician of Thailand. From selected 16 researches, they can be categorized as level A, level B, and level C by 5, 7, and 4 accordingly. Research data synthesis to develop nursing practice guidelines to prevent pressure ulcer at home were synthesized and validated by experts in community health nursing including clinical nurse specialist working in ambulatory division, Advance Practice Nursing in community health Nurse Practitioners and Advance Practice Nursing in community health. Details of Nursing practice guidelines were evaluated table provided. Suggestions and advices be added in evaluation forms. Suggestions and advices were also applied to rectify for more practical nursing practice guidelines to appropriately prevent pressure ulcer at home.

Results

Nursing practice guidelines for prevention pressure ulcer at home included;

1. Braden scale, Thai translated by Khawanmuang (2544) was used to evaluate physical risk for pressure ulcer including 6 factors which are sensory perception, skin moisture, activity, mobility, nutrition, and friction and shear

2. Skin condition evaluation by Pumraya (2544) was used to record different skin areas' condition especially 28 bony prominences which can be categorized into 5 levels descriptively.

3. Evaluated care given's practice in terms of prevention pressure ulcer before treatment was carried out by evaluation form.

4. Guidelines for preventing pressure ulcer included 5 areas of nursing which are skin, motion and activity, friction and shear prevention, nutrition, and risk factors reduction such as fever, medication, and illness.

5. Evaluation of activities performed for preventing pressure ulcer by caregiver using the questionnaire for caregiver evaluation on pressure ulcer prevention practice.

Nursing practice guidelines for prevention pressure ulcer at home were examined in terms of accuracy by experts. The nursing practice guidelines have been agreed and accepted by all experts. Nonetheless, there are suggestions to improve the aforementioned program as selecting in-home care immobile patients, nursing practice guidelines should be provided to patients with level 0 pressure ulcer (no pressure ulcer). Besides, for patients with level 1 pressure ulcer or more, nursing practice guidelines should be applied or the patients transfer for treatment might be needed. Importantly, language using in a guidebook for patient and care given should be simply written.

Discussion

There are 16 research studies in terms of nursing practice for prevention pressure ulcer were selected in order to develop nursing practice guidelines to prevent pressure ulcer at home. They were aimed to investigate risk factors for pressure ulcer and risk evaluation to cause pressure ulcer and nursing practice guidelines to prevent pressure ulcer was developed according to Rosswurm and Larrabee (1999) which is considered as a best practice resulting in patients and caregiver outcomes. Using evidence-based practice guidelines is to integrate knowledge gained from scientific evidence, theory, textbook and nursing research. Objective of this study were developed base on practical problem experienced by nurse of Nongchang Hospital

working on home visit. Statistical data on In Patient Department showed that a cause of pressure ulcer is related to having no nursing practice guidelines systematically. Nursing team agrees that pressure ulcer is an increasing chronic problem due to an increase numbers of patients, leading to an unmet nursing care goal work load, infection and deaths. Therefore, it is a need for healthcare team and caregivers to use the nursing practice guidelines to prevent pressure ulcer of patient living at home in community.

Conclusion

This study is aimed to develop nursing practice guidelines for prevention pressure ulcer at home by investigating evidence-based in terms of risk factors and prevention for pressure ulcer from target group which is in-home care immobile patients. The 16 evidence-based research studies were gathered from electronic resources and textbooks which were reviewed by 3 experts.

Advantages

1. Nursing practice guidelines for prevention pressure ulcer at home were developed from researches which were collected from electronic resources and textbooks and examined by 3 experts, so it can be indicated that the guidelines can practically apply to nursing process for prevention pressure ulcer.

2. Nursing practice guidelines for prevention pressure ulcer at home were developed in order to apply as guidelines to establish practical nursing process which satisfies in-home care immobile patients' needs. Moreover, the guidelines are considered as a part to improve service efficiency and trust for nurses in community.

Suggestions for applying nursing practice guidelines for prevention pressure ulcer at home for nurses in community

1. The guidelines should be applied as a pilot study and evaluate both the process and results so as to adjust before implementation.
2. Planning for implementation, staffs should be trained in terms of knowledge in order to understand the necessity and provide cooperation for applying these guidelines.
3. Promotion in terms of the guidelines' advantages to prevent pressure ulcer should be provided before implementation.
4. The guidelines should be kept up-to-date.

รายการอ้างอิง

- จิริรัตน์ นวมะชิตี, มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, และ มนต์นันท์ จิตตเกษม. (2545). Wound Assessment. ใน ยูวดี เกตสัมพันธ์ และคณะ (บรรณาธิการ). *บูรณาการการดูแลแผลกดทับและออสโตมี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ดีฟวิ้ง จำกัด, 14-23.
- จิราพร ทุกข์จาก. (2545). Prevention of pressure ulcers. ใน ยูวดี เกตสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). *บูรณาการการดูแลแผลกดทับและออสโตมี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ดีฟวิ้ง จำกัด, 70-80.
- ชฎานิศ ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช, วิลาวัลย์ ผลพลอย, วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ, และ ชุศรี ดี้วสกุล. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล วชิระภูเก็ต. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(2), 17-28.
- ชวนพิศ วงศ์สามัญ. (2545). Prediction Instruments for pressure ulcers. ใน ยูวดี เกตสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). *บูรณาการการดูแลแผลกดทับและออสโตมี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ดีฟวิ้ง จำกัด, 46-77.
- ชวลี เข้มวงษ์. (2538). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลี เข้มวงษ์, และคณะ. (2548). การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ: รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(1), 33-47.
- ชวลี เข้มวงษ์, และคณะ. (2542). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์. *Thai Journal Nurse Re*, 3(1), 12-24.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์, ศิริอร สีนุ, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, จงจิต เสน่หา, และ ยงชัย นิละนนท์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *Thai Journal of Nursing council*, 21(4), 56-67.
- นลินทิพย์ ดำนานทอง, วีระชัย โค้วสุวรรณ. (2540). ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 12(2), 74-82.
- นารินทร์ วิเลขา, อภิชนา โฆวินทะ. (2548). การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 15(2), 101-111.

- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2546). Pressure ulcer in the elderly. ใน ยุวดี เกตสัมพันธ์, มาลี งาม ประเสริฐ, จุฬารพร ประสงค์, อังสนา ท้วมเพิ่มผล, และ นภาพร อภิรดีวิเศษชัย. (บรรณาธิการ). *การดูแลแผลกดทับรอบคอบ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, 28-45.
- ปองหทัย พุ่มระย้า. (2546). ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พรณ ภู่วะโรทัย, นัทธมน วุทธานนท์, และ วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2545). การสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *จุดสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 12(2), 41-52.
- มยุรี โรจนอังกูร. (2547). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลอุดรดิศต์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ประสารอริคม. (2535). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์, สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2545). The prevalence of pressure ulcer. ใน ยุวดี เกตสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). *บูรณาการการดูแลแผลกดทับและออสโตมี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, 90-99.
- ยุวราณี สุขวิญญาน. (2536). ผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รักษนันท์ ขวัญเมือง. (2547). การป้องกันการเกิดแผลกดทับ: การใช้ผลงานวิจัยเพื่อการปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(2), 8-17.
- รัมภ์รดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). (The Royal College of Physicians of Thailand, 2001). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางปฏิบัติ” (Clinical practice Guideline). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(16), 36-47.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วัฒวัฒน์ เสนารัตน์, วัฒวัฒน์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงคำฟู, และนัทธมน วุฒานนท์. (2547). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, และคณะ. (2547). รายงานการวิจัย เรื่อง การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศจีมาศ จันทร์งาม. (2550). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร ชัมภลิจิต, สุภาพ ธีระประทีป, และ ธีรนุช ห่านรัตติชัย. (2542). คู่มือการวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บัณฑิตเอกจำกัด.
- สดุดี โรจนะภิรมย์, สุธีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์, และ บุศรา ศรีวิวัฒนกุล. (2545). Pressure Ulcer care. ใน ยุวดี เกตสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). บูรณาการการดูแลแผลกดทับและออสโตมี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด, 80-90.
- สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2546). ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน. นนทบุรี: บริษัทสามเจริญพานิช จำกัด.
- สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2546). การประกันคุณภาพการพยาบาลในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง, 26-67.
- สุนีย์ เจริญวัฒน์. (2539). แผลกดทับ. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 451-465.
- สุนทรี เหลี้ยวตระกูล, (2546). คุณภาพการพยาบาลของงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, ชัชณี มณีวรรณ, ธนัฐ วานิชะพงศ์, จันทิมา กาบเย็น, และกนกวรรณ สังกหรณ์. (2546). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

- อารีย์ วงษ์ประเสริฐ, สุวิมล กิมปี, กรองไค อุณหสูติ. (2547). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อ
ผื่นแดงในผู้ป่วยที่กลืนปีศาจและ/หรืออุจจาระไม่ได้. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(1),
68-78.
- Ayello, E., Thomas, D., & Litchford, M. (1999). Nutritional Aspects of wound healing. *Home
Healthcare Nurse*, 17 (11), 719-729.
- Allman, R.M., et al. (1999). Pressure ulcer, hospital complication, and disease severity: Impact on
hospital cost and length of stay. *Advance in Skin and Wound Care*, 12(1), 22-30.
- Bergquist, S. & Frantz, R. (2001). Braden scale : validity in community-based older adults
receiving home health care. *Applied Nursing Research*, 14 (1), 36-43.
- Bergsman- Evans, B., Cuddigan, J. & Bergstrom, N. (1994). Clinical practice guidelines:
Prediction and prevention of pressure ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*,
20(9), 19-26
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne., & Ruby, E. (1996). Multi-site study of
incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level demographic
characteristics diagnoses and prescription of preventive interventions. *Journal of
American Geriatric Society*, 44(1), 22-30.
- Bergstrom, N., et al. (1998). Predicting pressure ulcer risk a multisite study of the predictive
validity of Braden scale. *Nursing Research*, 47(5), 261-269.
- Braden, B., & Bergstrom, N. (1994). Predictive validity of the braden scale for pressure sore risk
in nursing home population. *Research in Nursing & Health*, 17, 459-470.
- Braden, B., Bergstrom, N., Baggerly, J. & Phipps, M. (2000). A conceptual schema for The study
of the etiology of pressure sores. *Commentary Rehabilitation Nursing*, May/June(25),
105-111.
- Brienza, D.M., Karg, P.E., Geyer, M.J., Kelsey, S., & Trefler, E. (2001). The relationship between
pressure ulcer incidence and buttock-seat cushion interface pressure in at-risk elderly
wheelchair users. *Arch Med Rehabil*, 82, 529-533.
- Brillhart, B. (2005). Pressure sore and skin tear prevention and treatment during a 10-month
program. *Rehabilitation Nursing*, 30(3), 85-91.
- Bryant, R.A., & Nix, D.P. (2007). Acute & chronic wounds : current management concepts.
Missouri: Mosby Elsevier.

- Buranakul, A. (B.E. 2002). *Pressure ulcer risk factors among hospitalized neurological Patients*. Master's Thesis in Nursing Science (Adult nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Carpenito, L.J. (2000). *Nursing diagnosis application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Chaichan, A. (B.E. 2006). *Validation of pressure ulcer risk assessment tool in hospitalized medical patients*. Master's Thesis of Science (Epidemiology), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Copstead, L.C. & Banasik, J. (2000). Pathophysiology biological and behavioral perspectives. (2nd ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Culley, F. (1998). Nursing aspects of pressure sore prevention and therapy. *British Journal of Nursing*, 7 (15), 879-886.
- Dallam, L., et al. (1995). Pressure ulcer pain: Assessment and quantification. *Journal of WOCN*, 22, 211-218.
- David, S. (1995). Pressure ulcers in nursing Home. *Ann Intern Med*, 123(6), 433-438.
- Defloor, T. (1999). The risk of pressure sores: a conceptual scheme. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (2), 206-216.
- Defloor, T. & Grypdonck, M. (1999). Sitting posture and prevention of pressure ulcers. *Applied Nursing Research*, 12(3), 136-142.
- Defloor, T. (2000). The effect of position and mattress on interface pressure. *Applied Nursing Research*, 13(1), 2-11.
- Defloor, T. & Grypdonck, M.H. (2005). Instrument development and testing pressure ulcer: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (3), 373-382.
- Fox, C. (2002). Pressure ulcer: Are they inevitable or preventable?. *British Journal of Nursing*, 11(6), S3.
- Gast, H., et al. (1989). Self – care agency : conceptualization and operationalization. *Advance in Nursing Science*. 12: 26-38.

- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. & Sjoden, P. (2000). The development of pressure ulcers in patients with hip fracture: Inadequate nursing documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1155-1164.
- Kemp, M.G., et al. (1993). The role of support surfaces and patients attributes in preventing pressure ulcers in elderly patients. *Research in Nursing & Health*, 16, 89-96.
- Khawanmuang, R. (B.E. 2001). *Pressure ulcer risk assessment in patients with limited activity*. Master's thesis in Nursing Science (Adult Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Knox, D.M., Anderson, T.M. & Anderson, P.S. (1994). Effects of different turn intervals on skin of healthy older adults. *Advances in Wound Care*, 7(1), 48-56.
- Kosiak, M. (1959). Etiology and Pathology of ischemic ulcers. *Archive Physical Medicine & Rehabilitation*, 40, 63-68.
- Land, L. (1995). A review of pressure damage prevention strategies. *Journal of Advance Nursing*, 22, 329-337.
- Maklebust, J. (1999). Prevention pressure ulcer in home care patienta. *Home Health care Nurse*, 17 (4), 229-237.
- Maklebust, J. & Sieggreen, M.Y. (1996). *Pressure ulcers guidelines for prevention and nursing management*. Pennsylvania: Springhouse.
- National Guideline Clearinghouse. (2003). *Guideline for prevention management of pressure ulcers*. WOCN, 52, 1-8. Retrieved January 23, 2007, from <http://www.Guideline.gov>.
- Nixon, J., Nelson, E.A., Cranny, G., Lgksias, C., Hawkins, K., & Cullum, N.A. (2006). Pressure relieving support surfaces: a randomized evaluation. *Health Technology Assessment*.
- Oerwich, P.A., Kindschus, A.M., & Bergatrom, N. (1995). The effect of small shifts in body weight on blood flow and interface pressure. *Research in Nursing and Health*, 18, 481-488.
- Orem, D E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th ed). St. Louis: Mosby.
- Patterson, J.A., & Bennett, R.G. (1995). Prevention and treatment of pressure sores. *Journal of American Geriatric Society*, 43(8), 919-927.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1977). *Essentials of Nursing Research: Method, Appraisals and Utilization* (4th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven.

- Predo, L., Lopez., & Alvarez. (2006). Risk assessment scale for pressure ulcer prevention. *Journal of Advanced Nursing*, 94-110.
- Reddy, M., Gill, s., & Rochon, P. (2006). Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA*, 296 (8), 974-984.
- Rosswurm, M.A., & Larrabee, J.H. (1999). A Model for change to evidence based practice. [Electronic version]. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), 317-322.
- Russell, L. (2000). Malnutrition and pressure ulcer nutrition assessment tools. *British Journal of Nursing*, 9 (4), 194-204.
- Stratton, R.S., Ek, A.C., Rigby, P., Wolfe, R., & Elia, M. (2005). Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers. *Ageing research reviews*, 4, 422-450.
- Templeton, S. (2005). *Wound care nursing a guide to practice*. Australia: Ausmed Publications.
- Thomus, D.R., Good, P.S., Taequine, P.H., & Allman, R.M. (1996). Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *Journal of American Geriatric Society*, 44(12), 1435-1440.
- Vanderwee, K., Grypdonck, M.H., & Defloor, M. (2005). Effectiveness of an alternating pressure air mattress for the prevention of pressure ulcers. *Age and Ageing*, 34, 261-267.
- Wongviseskarn, J. (B.E.2002). *The effects of comprehensive pressure ulcer care program on preventing pressure ulcers and promoting the healing process of pressure ulcers in patients with spinal cord injuries*. Master's thesis in Nursing Science (Adult Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.



ภาคผนวก ก

คู่มือการใช้แบบบันทึกประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน

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

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
1.การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถในการแสดงอาการตอบสนองต่อความไม่สุขสบายจากแรงกดทับ	ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกโดยสิ้นเชิง -ไม่สามารถตอบสนองต่อความเจ็บปวดซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียการรับรู้ หรือการได้รับยากดประสาท หรือพื้นที่ของร่างกายส่วนใหญ่ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้	มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกมาก -สามารถตอบสนองต่อความเจ็บปวด แต่ไม่สามารถพูดบอกได้ แสดงออกด้วยเสียงร้องครวญคราง หรืออาการกระสับกระส่ายเท่านั้นหรือมีพื้นที่ร่างกายมากกว่าครึ่งหนึ่งที่สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก	มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกเล็กน้อย -ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถบอกความรู้สึกไม่สุขสบายหรือความต้องการในการเปลี่ยนท่าได้ หรือมีการสูญเสียการรับรู้ของแขนหรือขา 1 หรือ 2 ข้าง	ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก -ทำตามสั่งได้ มีการรับรู้และบอกได้ถึงความรู้สึกเจ็บหรือไม่สุขสบาย
2. การเปื่อยชื้นของผิวหนัง -ระดับของการที่ผิวหนังสัมผัสกับความเปื่อยชื้น	มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังตลอดเวลา -ผิวหนังมีความเปื่อยชื้นจากเหงื่อ สิ่งขับหลังจากร่างกาย ปัสสาวะและอุจจาระตลอดเวลา สามารถสังเกตเห็นความชื้นได้ทุกครั้งที่พลิกตัว	มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังเป็นส่วนใหญ่ -ผิวหนังมีความเปื่อยชื้นเกือบตลอดเวลา มักต้องเปลี่ยนผ้าอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง	มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังเป็นบางครั้ง -ผิวหนังมีความเปื่อยชื้นเป็นครั้งคราวมีความจำเป็นในการเปลี่ยนผ้าเพิ่มจากปกติวันละครั้ง	แทบไม่มีความเปื่อยชื้นของผิวหนัง -สภาพผิวหนังปกติ เปลี่ยนผ้าตามปกติ

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
3. การปฏิบัติกิจกรรม -ระดับของการปฏิบัติกิจกรรม	อยู่บนเตียงเท่านั้น -ถูกจำกัดให้อยู่บนเตียงตลอดเวลา	นั่งเก้าอี้ได้ - มีความสามารถในการเดินได้เองน้อยมากหรือไม่มีเลย ไม่สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ และ/หรือต้องให้คนช่วยพยุงนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น	เดินได้เป็นครั้งคราว -เดินเป็นครั้งคราว ระหว่างวันเดินแต่ในระยษะสั้นๆ โดยมีหรือไม่มีผู้ช่วยพยุง ใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้	เดินได้บ่อยๆ -เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวันและเดินในห้องทุก 2 ชั่วโมงในช่วงเวลาที่ตื่นอยู่
4. การเคลื่อนไหวร่างกาย - ความสามารถในการเปลี่ยนหรือควบคุมท่าทาง	ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้โดยสิ้นเชิง -ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าได้เองแม้แต่น้อย	จำกัดการเคลื่อนไหวค่อนข้างมาก -สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เล็กน้อยแต่เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	จำกัดการเคลื่อนไหวเล็กน้อย -สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เล็กน้อย เปลี่ยนท่าเองได้	ไม่มีจำกัดการเคลื่อนไหว -สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนท่าได้เต็มที่ โดยไม่ต้องมีคนช่วย
5. ภาวะโภชนาการ - แบบแผนการรับประทานอาหาร	ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ -ไม่เคยรับประทานอาหารครบทุกมื้อ รับประทานได้น้อยกว่า 1 ใน 3 ของอาหารที่จัดให้ในแต่ละวัน ได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากนมวันละ 480 แคลอรีหรือน้อยกว่า คิม่น้ำเพียงเล็กน้อย	ได้รับสารอาหารค่อนข้างน้อย - รับประทานแทบจะไม่ได้เพียง ½ ของอาหารที่จัดให้ ได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากนมวันละเพียง 720 แคลอรีในแต่ละวัน ได้รับอาหารเสริมเป็นครั้งคราว หรือได้รับอาหารทางสายยางน้อยกว่าปริมาณที่ควรจะได้รับ	ได้รับสารอาหารเพียงพอ - รับประทานอาหารได้มากกว่า ½ ของทุกมื้อ ได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากนม960 แคลอรีในแต่ละวัน อาจปฏิเสธอาหารบางมื้อแต่ได้รับอาหารเสริมหรืออาจได้รับอาหารทางสายยางตามความต้องการของร่างกาย	รับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอ -รับประทานอาหารได้ครบและหมดทุกมื้อ ได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากนม 960 แคลอรี หรือมากกว่า บางครั้งรับประทานระหว่างมื้อ ไม่ต้องการอาหารเสริม

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
<p>6. แรงเสียดสีและแรงเฉือน</p> <p>- โอกาสในการพบปัญหาจากแรงทั้ง 2 ชนิด</p>	<p>พบว่ามีปัญหานี้</p> <p>- ต้องการผู้ช่วยเหลือมากในการเคลื่อนไหว การยกตัวโดยที่ไม่ได้เกิดการถูไถ เป็นไปได้ยากและมีการลื่นไถลตลอดเมื่อนอนหรือนั่ง เก้าอี้ บ่อยครั้งที่ต้องใช้การช่วยเหลืออย่างมากในการเปลี่ยนท่า มีการแข็งเกร็ง ยึดเกร็งหรือมีอาการอยู่ไม่นิ่ง ทำให้มีการเสียดสีอยู่ตลอดเวลา</p>	<p>พบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหานี้</p> <p>- ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวน้อย ขณะเคลื่อนไหวผิวหนังอาจถูไถกับผ้า เก้าอี้ เครื่องผูกยึดหรืออุปกรณ์ต่างๆได้ เมื่อจัดให้นอนหรือนั่งสามารถอยู่ในท่านั้นได้เป็นส่วนมาก อาจมีการลื่นไถลบ้างเป็นบางครั้ง</p>	<p>ไม่พบปัญหานี้</p> <p>- สามารถเคลื่อนไหวได้เอง เป็นอย่างดี ทั้งขณะอยู่บนเตียงหรือนั่ง อยู่ในเก้าอี้ มีกำลังกล้ามเนื้อมากพอที่จะยกตัวขณะที่เคลื่อนไหว สามารถอยู่ในท่าที่ถูกต้องบนเตียงหรือบนเก้าอี้ได้ตลอดเวลา</p>	

เกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

คะแนนรวม ≤ 16 ถือว่ามีระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden scale)

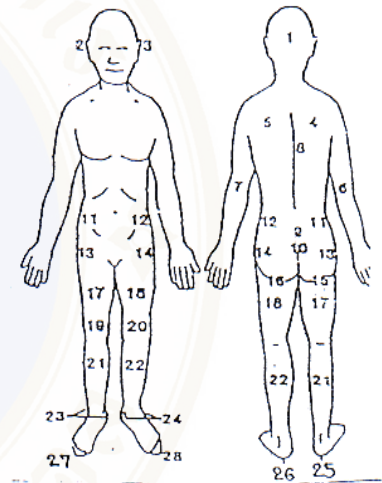
ระดับคะแนนที่ให้	เยี่ยมครั้งที่1	เยี่ยมครั้งที่2	เยี่ยมครั้งที่3
วันที่ประเมิน			
ระดับคะแนนของการรับรู้ความรู้สึก			
ระดับคะแนนของความเปื่อยชื้นของผิวหนัง			
ระดับคะแนนของการมีกิจกรรม			
ระดับคะแนนของการเคลื่อนไหว			
ระดับคะแนนของภาวะโภชนาการ			
ระดับคะแนนของการมีแรงเสียดทาน, แรงเฉือน			
คะแนนรวม			

ภาคผนวก ค

ส่วนที่ 3. แบบบันทึกการประเมินสภาพผิวหนัง

คำชี้แจง บันทึกคะแนนตามระดับของการเกิดแผลลงในช่องตาราง

ตำแหน่งของผิวหนัง	ระดับแผล	ขนาดแผล
1. ศีรษะด้านหลัง		
2. ไบหูข้างขวา		
3. ไบหูข้างซ้าย		
4. สะบักขวา		
5. สะบักซ้าย		
6. ข้อศอกขวา		
7. ข้อศอกซ้าย		
8. แนวกระดูกสันหลัง		
9. กระดูกกระเบนเหน็บ		
10. กระดูกก้นกบ		
11. ปุ่มกระดูกเชิงกรานขวา		
12. ปุ่มกระดูกเชิงกรานซ้าย		
13. สะโพกขวา		
14. สะโพกซ้าย		
15. บริเวณก้นส่วนล่างขวา		
16. บริเวณก้นส่วนล่างซ้าย		
17. ต้นขาขวา		
18. ต้นขาซ้าย		
19. เข่าขวา		
20. เข่าซ้าย		
21. ท่อนขาส่วนล่างขวา		
22. ท่อนขาส่วนล่างซ้าย		
23. ตาตุ่มขวา		
24. ตาตุ่มซ้าย		
25. ส้นเท้าขวา		
26. ส้นเท้าซ้าย		
27. นิ้วหัวแม่เท้าขวา		
28. นิ้วหัวแม่เท้าซ้าย		
29. ส่วนอื่น ๆ.....		



ระดับของแผลกดทับ

ระดับ 0 คือ ไม่เกิดแผล

ระดับ 1 คือ แผลกดทับ Stage 1

ระดับ 2 คือ แผลกดทับ Stage 2

ระดับ 3 คือ แผลกดทับ Stage 3

ระดับ 4 คือ แผลกดทับ Stage 4

ภาคผนวก ง

คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล



การป้องกัน

การเกิดแผลกดทับที่บ้าน

จัดทำโดย

นายสุจินต์ จุลจาจันทร์

นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันแผลกดทับที่บ้าน

รายการประเมิน	วันที่ประเมิน		Visit 1		Visit 2		Visit 3	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. สํารวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็นหรือทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนท่า 2. นวดผิวหนังเป็นวงบริเวณโดยรอบปุ่มกระดูก หลีกเลี่ยงการนวดบริเวณที่มีรอยแดง 3. ดูแลความสะอาดของผิวหนังและร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย วันละ 1 – 2 ครั้ง และ ภายหลังกการขับถ่าย 4. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศฝีเย็บและทวารหนักให้ สะอาดและแห้งภายหลังกการขับถ่ายปีสภาวะอุจจาระ 5. ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังผู้ป่วยโดยทาโลชั่น 6. จัดหาที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลม 7. ดูแลให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึงและเครื่องผ้าของผู้ป่วยให้แห้ง สะอาด 8. เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ผู้ป่วยเมื่อสกปรกหรือเปียกชื้น 9. จัดเตรียมเสื้อผ้าของผู้ป่วยให้ไม่คับหรือหลวมเกินไป และไม่มีตะเข็บหนาแข็ง 10. กระตุ้นให้ ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ในกรณีใช้ที่นอนลมกระตุ้นเปลี่ยนท่าทุก 4 ชั่วโมง 11. ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วยกึ่งนั่งศีรษะสูง 30 องศา 12. ดูแลจัดวางอุปกรณ์ เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณปุ่มกระดูก 13. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านั่งหรือขยับก้น 14. กระตุ้นให้ผู้ป่วยยกหรือยืนตัวขึ้นทุก 30 นาที 15. จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานครบถ้วน ตามประเภทของอาหารหลัก 5 หมู่ 16. ช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เข้า-เย็น วันละ 2 ครั้ง								

ภาคผนวก ฉ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

คุณสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค

พยาบาลชำนาญการ 8
หน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน
งานการพยาบาลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณบุญเดือน เหลืองเลิศขจร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน
โรงพยาบาลหนองฉาง

คุณจิรพันธุ์ โพธิ์พฤกษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน
หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
โรงพยาบาลทัพทัน

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายสุจินต์ จุดจางจันทร์
วัน เดือน ปี เกิด	9 มิถุนายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดอุทัยธานี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2539 - 2543) มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ที่อยู่ปัจจุบัน	8/42 ถ. บริรักษ์ ตำบล อุทัยใหม่ อำเภอ เมือง จังหวัด อุทัยธานี 61000 โทรศัพท์ 083-7721122
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี 61100 โทรศัพท์ 056 - 531141