

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ หน่วยงานศัลยกรรมไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลลำปาง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไว้ดังต่อไปนี้

1. แผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้

- 1.1 ความหมายของแผลไหม้
- 1.2 ความรุนแรงของแผลไหม้
- 1.3 ความหมายของแผลกดทับ
- 1.4 ระดับของแผลกดทับ
- 1.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ
- 1.6 บริเวณที่เกิดแผลกดทับ
- 1.7 ผลกระทบของแผลกดทับ
- 1.8 การประเมินแผลกดทับ

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- 2.1 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 2.2 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

ที่มีแผลไหม้

แผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้

ความหมายของแผลไหม้

แผลไหม้เกิดจาก ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อเกิดการแตกทำลายและมีเปลี่ยนแปลงไปจากการสัมผัสความร้อน สารเคมี กระแสไฟฟ้า หรือรังสีมากเกินไป ซึ่งจะทำอันตรายผิวหนังตั้งแต่หนังกำพวด หรือเนื้อเยื่อชั้นลึกได้ผิวหนัง จนถึงกล้ามเนื้อและกระดูก (Demling, 2006; Burns & Phillips, 2006) ทั้งนี้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปการประเมินความรุนแรงของแผลไหม้ จะพิจารณาจากระดับความลึกและความกว้างของแผลไหม้ ส่วนของตำแหน่งการเกิดแผลไหม้ โดยการประเมินจำแนกได้ดังต่อไปนี้

ความรุนแรงของแผลไหม้

การประเมินแผลไหม้สามารถแบ่งความรุนแรงตามเกณฑ์ต่างๆดังนี้

1. การประเมินความรุนแรงตามระดับความลึกของแผลไหม้

ระดับความลึกของแผลไหม้ (degree of burns) จะพิจารณาจากความลึกของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Demling, 2006) ดังนี้

1.1 แผลไหม้ความลึกระดับที่ 1 (first degree burns or superficial burns) แผลไหม้ชนิดนี้ไม่รุนแรง มีการทำลายผิวหนังบางส่วนของชั้นหนังกำพวด แผลมีลักษณะแห้ง ไม่พอง อาจมีอาการบวมเล็กน้อย หรือไม่บวมเลย มีสาเหตุจากการได้รับแสงแดดเป็นเวลานาน (sunburn) หรือผิวหนังสัมผัสประกายไฟ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณแผล ผิวหนังจะมีสีแดง แผลจะหายได้เองภายใน 7-14 วัน

1.2 แผลไหม้ความลึกระดับที่ 2 (second degree burns or partial thickness burns)

1.2.1 แผลไหม้ความลึกระดับที่ 2 ในระดับตื้น (superficial second degree burns or superficial partial thickness burns) แผลไหม้ชนิดนี้มีการทำลายผิวหนังชั้นหนังกำพวด และชั้นหนังแท้บางส่วน ลักษณะของแผลจะมีสีแดงหรือชมพูเข้ม มีตุ่มพอง บวม มีน้ำเหลืองไหลเยิ้ม จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรง เพราะมีเส้นประสาทรับความรู้สึกอยู่ในชั้นหนังแท้ มีสาเหตุจากการถูกของเหลวที่ร้อน การสัมผัสกับวัสดุที่ร้อน และการสัมผัสกับสารเคมีเจือจาง แผลจะหายได้เองระยะเวลาในการหายของแผลอาจนาน 14-21 วัน

1.2.2 แผลไหม้ความลึกระดับที่ 2 ในระดับลึก (deep second degree burns or deep dermal partial thickness burns) แผลไหม้ชนิดนี้พบว่าการทำลายของผิวหนังชั้นหนังกำพร้า และชั้นหนังแท้ในระดับลึกกว่า แต่รูขุมขนและต่อมเหงื่อยังไม่ถูกทำลาย ลักษณะแผลจะมีสีซีด ลักษณะมันแห้ง แต่ในบางส่วนอาจมีน้ำเหลืองไหลเยิ้ม จะมีความเจ็บปวดรุนแรงมาก สาเหตุของแผลไหม้ชนิดนี้ได้แก่การสัมผัสกับโลหะหรือสารเหลวร้อน เปลวไฟ รังสีและสารเคมี แผลจะหายได้เอง แต่ใช้ระยะเวลามากกว่า 21 วัน มักเกิดแผลเป็น และมีการหดรั้งหรือผิดรูปร่างของอวัยวะส่วนที่บาดเจ็บได้ ซึ่งในปัจจุบันการรักษามักใช้การผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) ร่วมด้วย

1.3 แผลไหม้ระดับที่ 3 (third degree burns or full thickness burns) แผลไหม้ชนิดนี้ จะมีการทำลายของผิวหนังตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า และชั้นหนังแท้ทั้งหมด รวมทั้งรูขุมขน ต่อมเหงื่อ ต่อมไขมัน อาจมีการทำลายไปจนถึงชั้นไขมัน ฟังซิด กล้ามเนื้อและกระดูก ลักษณะของแผลจะแห้ง อาจมีสีเหลืองซีดหรือน้ำตาล บางแห่งอาจมีสะเก็ดมีสีดำ หนาแข็ง ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวด หรือมีอาการเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย เนื่องจากเส้นใยประสาทถูกทำลาย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกระแสไฟฟ้า การสัมผัสกับสารเคมีที่มีความเข้มข้นสูงและสัมผัสเป็นเวลานาน แผลไหม้ชนิดนี้ไม่สามารถหายเองได้ ส่วนใหญ่ต้องรักษาโดยผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง

2. การประเมินความรุนแรงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยทั่วไปจากความกว้างของแผลไหม้

การประเมินความกว้างของแผลไหม้นิยมคิดเทียบจากบริเวณเนื้อที่ผิวหนังทั้งหมดของร่างกาย (total body surface area [TBSA]) ที่กำหนดเป็นร้อยละเซ็นต์ ซึ่งมีวิธีการประเมิน 3 วิธี ดังนี้ (Burns & Phillips, 2006)

2.1 การประเมินความกว้างของแผลไหม้โดยวิธีการใช้กฎเลข 9 (rule of nines) ซึ่งใช้กับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยแบ่งพื้นที่ผิวหนังออกเป็นส่วนๆ แต่ละส่วนเท่ากับร้อยละ 9 ดังนี้

ศีรษะและคอทั้งหมดร้อยละ	9	
แขนแต่ละข้างร้อยละ	9	(รวมร้อยละ 18)
หน้าอกร้อยละ	9	
หน้าท้องร้อยละ	9	
หลังส่วนบนร้อยละ	9	
หลังส่วนล่างร้อยละ	9	
ขาด้านหน้าแต่ละข้างร้อยละ	9	(รวมร้อยละ 18)

ขาด้านหลังแต่ละข้างร้อยละ	9	(รวมร้อยละ 18)
อวัยวะสืบพันธุ์ร้อยละ	1	
รวมร้อยละ	100	

2.2 การประเมินความกว้างของแผลไหม้โดยวิธีการใช้ฝ่ามือนิ้วชิดกันของผู้ป่วย เทากับร้อยละ 1 ของพื้นที่ผิวทั้งหมดของร่างกาย วัตถุประสงค์ว่าพื้นที่แผลไหม้เท่ากับฝ่ามือ เป็นการประมาณพื้นที่ของบาดแผลอย่างง่าย ในกรณีบริเวณแผลไหม้ไม่กว้างมาก

สำหรับการศึกษานี้เลือกศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ลึกระดับที่ 2 ขึ้นไป

3. การจำแนกระดับความรุนแรงของแผลไหม้

การแบ่งระดับความรุนแรงของแผลไหม้ การพิจารณาผิวหนังที่ถูกทำลาย และความลึกของบาดแผลไหม้ การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยแผลไหม้และการคัดกรอง เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม สมาคมแผลไหม้ของสหรัฐอเมริกา (American Burn Association [ABA]), 2007) (ABA as cited in Smeltzer et al., 2008a) จำแนกความรุนแรงของแผลไหม้ในผู้ใหญ่เป็น 3 ระดับคือ

3.1 แผลไหม้ระดับเล็กน้อย (mild or minor burns) กำหนดความกว้างของแผลไหม้ระดับที่ 2 มีขนาดแผลน้อยกว่า ร้อยละ 15 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมดในผู้ใหญ่ หรือน้อยกว่าร้อยละ 5 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมดในเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปีและในผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยแผลไหม้ระดับที่ 3 น้อยกว่า ร้อยละ 2 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด ไม่รวมถึงแผลที่เกิดบริเวณใบหน้า ตา หู อวัยวะสืบพันธุ์

3.2 แผลไหม้ระดับปานกลาง (moderate burns) กำหนดความกว้างของแผลไหม้ระดับที่ 2 มีขนาดแผลร้อยละ 15-25 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมดในผู้ใหญ่ หรือร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมดในเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปีและในผู้สูงอายุ หรือแผลไหม้ระดับที่ 3 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด

3.3 แผลไหม้ระดับรุนแรงมาก (severe burns) กำหนดความกว้างของแผลไหม้ระดับที่ 2 มีขนาดแผลมากกว่าร้อยละ 25 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมดในผู้ใหญ่ หรือมากกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมดในเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปีและในผู้สูงอายุ หรือแผลไหม้ระดับที่ 3 มากกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด

ความหมายของแผลกดทับ

แผลกดทับ (bed sore, pressure sore, pressure ulcers, decubitus ulcer) หมายถึงภาวะที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังมีการบาดเจ็บ ถูกทำลายจากการได้รับแรงกด หรือจากการเสียดสี (friction) และแรงเฉือน (shearing force) หรือจากทั้ง 3 แรงร่วมกัน ที่กระทำต่อผิว จนทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อจากเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และขาดออกซิเจน รวมทั้งไม่สามารถขับของเสียออกไปได้ (Culliford & Levine, 2006; Myer, 2004; Gebhardt, 2002; Maklebust & Sieggreen, 2001; Phillips & Mark-Maran, 1997)

ระดับของแผลกดทับ

การแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับขึ้นอยู่กับการสังเกตเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย โดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับไว้หลายหน่วยงาน ได้แก่

1. แบ่งระดับแผลกดทับตามระบบของเซีย (Shea's classification system first developed, 1975) (Shea's classification system as cited in Black et al., 2007) ได้จำแนกระดับของแผลกดทับตามระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

Grade I ผิวหนังที่ถูกกดมีรอยแดงเฉพาะที่ มักเกิดบริเวณเหนือปุ่มกระดูก ในผิวหนังที่มีสีคล้ำอาจมองไม่เห็นรอยขีด สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆ และยังไม่มียโรคแทรกซ้อน

Grade II มีการฉีกขาดของผิวหนัง มีการสูญเสียของชั้นผิวหนังแท้บางส่วน จะเป็นแผลเปิดตื้น อาจมีลักษณะผิวหนังที่มีตุ่มพองน้ำ ที่มีน้ำเหลืองอยู่ข้างใน หรืออาจมีการแตกของตุ่มพองน้ำ

Grade III เนื้อเยื่อถูกทำลาย มีการสูญเสียของเนื้อเยื่อชั้นลึกลงไป อาจมีหลุมเกิดขึ้น

Grade IV มีการสูญเสียเนื้อเยื่อชั้นลึก อาจมีแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก แผลอาจมีเนื้อตาย อาจเป็นหลุม หรือโพรง

2. คณะที่ปรึกษาด้านแผลกดทับแห่งยุโรป (European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], 2003) ได้จำแนกระดับของแผลกดทับตามระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

Stage I ผิวหนังที่ถูกกดมีรอยแดงเฉพาะที่ ยังไม่มีรอยแยกทำลาย สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆ ผิวจะอุ่น แฉง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีผิวสีเข้ม

Stage II มีการฉีกขาดของผิวหนัง มีการสูญเสียของชั้นผิวหนังแต่บางส่วน ในชั้นหนังกำพร้า หนังแท้ อาจมีลักษณะผิวหนังที่มีตุ่มพองน้ำที่มีน้ำเหลืองอยู่ข้างใน หรืออาจมีการแตกของตุ่มพองน้ำ

Stage III เนื้อเยื่อถูกทำลาย มีการสูญเสียของเนื้อเยื่อชั้นลึก ลงไปถึงชั้นไขมันแต่ไม่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก พื้นผิวแผลบางส่วนจะมีเนื้อตาย

Stage IV มีการสูญเสียเนื้อเยื่อชั้นลึก อาจมีแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก หรือเยื่อหุ้มข้อต่างๆ

3. คณะที่ปรึกษาด้านแผลกดทับแห่งชาติ (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 2007) ได้จำแนกระดับของแผลกดทับตามระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย โดยแบ่งเป็น 6 ระดับดังนี้

ระดับที่มีการทำลายเนื้อเยื่อระดับลึก (Deep Tissue Injury) ผิวหนังที่ไม่มีการฉีกขาด เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะบอกรอบเขตของแผลได้ยาก ลักษณะผิวหนังมีรอยสีม่วง หรือสีน้ำตาลแดง อาจรู้สึกเจ็บปวด ร้อน ชา บริเวณดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อเยื่อผิวหนังที่อยู่ใกล้เคียง

Stage I ผิวหนังที่ถูกกดมีรอยแดงเฉพาะที่ ยังไม่มีรอยแยกทำลาย มักเกิดบริเวณเหนือปุ่มกระดูก ในผิวหนังที่มีสีคล้ำอาจมองไม่เห็นรอยขีด สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆ ผิวจะอุ่น และมีรอยแดงยังคงอยู่ไม่จางหายไปภายใน 30 นาที เมื่อกดบนผิวหนังไม่มีสีซีดขาวให้เห็น และยังไม่มีการฉีกขาด

Stage II มีการฉีกขาดของผิวหนัง มีการสูญเสียของชั้นผิวหนังแต่บางส่วน จะเป็นแผลเปิดตื้น แผลจะแดงชมพู ไม่มีเนื้อตาย อาจมีลักษณะผิวหนังที่มีตุ่มพองน้ำ ที่มีน้ำเหลืองอยู่ข้างใน หรืออาจมีการแตกของตุ่มพองน้ำ

Stage III เนื้อเยื่อถูกทำลาย มีการสูญเสียของเนื้อเยื่อชั้นลึก ลงไปถึงชั้นไขมันแต่ไม่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก พื้นผิวแผลบางส่วนจะมีเนื้อตาย อาจมีโพรงแผล และหลุมเกิดขึ้น

Stage IV มีการสูญเสียเนื้อเยื่อชั้นลึก อาจมีแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก หรือเยื่อหุ้มข้อต่างๆ แผลอาจมีเนื้อตายที่มีลักษณะเหนียว หรือเนื้อตายที่เป็นสะเก็ดหนา แผลอาจเป็นโพรง หลุม และมีสิ่งขั้บหลังจากแผลปริมาณมาก

แผลกดทับที่ไม่สามารถบอกระดับได้ (Unstageable) มีการสูญเสีย เนื้อเยื่อชั้นที่ลึก ถูกทำลายอย่างมาก พื้นผิวแผลจะปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจนน่า เป็นสีเหลือง สีน้ำตาล สีเทา และสีดำ และ หรือ มีเนื้อตายที่เป็นสะเก็ดหนา

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การแบ่งระดับแผลกดทับของโรงพยาบาล ลำปางซึ่งใช้แนวทางการแบ่งระดับแผลกดทับของ คณะที่ปรึกษาด้านแผลกดทับแห่งยุโรป (EPUAP, 2007)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

จากการศึกษาทบทวนเอกสารตำราและวิชาการที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่ทำให้เกิดแผล กด ทับในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผิวหนังจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยพบว่า มีการสร้างหลอดเลือดฝอยที่ ผิวลดลง โดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของอายุที่เพิ่มขึ้น การ ไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้ รากขน ต่อมเหงื่อ และต่อมไขมันฝ่อ เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) จะมีปริมาณไขมันลดลง ต่อมเหงื่อจะลดจำนวนลง ผิวหนังบางลง ในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่า คอลลาเจนจะลดลง 1% ต่อปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น (Maklebast & Sieggreen, 1996) ทำให้ผิวหนังมี ความยืดหยุ่นลดลง การรักษาระดับความชื้นของผิวหนังลดลง ไม่ยืดหยุ่น ผิวหนังจะแห้ง มีความ แข็งแรงลดลง เมื่อเกิดแรงเสียดสี ทำให้เกิดการระคายเคือง เกิดแผลถลอกได้ง่าย ร่วมกับ กระบวนการจัดการการอักเสบในร่างกายในวัยนี้ไม่มีประสิทธิภาพ (Rooke, 1994, as cited in Medscape, 2001) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้มากกว่าวัยอื่น

2. การเกิดแรงที่กระทำต่อผิวหนัง ซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ

2.1 แรงกด (pressure) ได้แก่แรงที่กดลงบนผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก แรง นั้นจะกระทำผ่านจากผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกภายใน ทำให้เนื้อเยื่อทุกชั้นตั้งแต่ผิวหนังจนถึงปุ่ม กระดูกถูกกด หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้ปุ่มกระดูกจะถูกกดทับ ส่งผลให้ การไหลเวียนของ เลือดในบริเวณนั้นลดลง ทำให้สารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อ บริเวณนั้นไม่ เพียงพอ ทำให้เซลล์เกิดการเสื่อมหรือตายได้ (Culliford & Levine, 2006; Myer, 2004) พบว่าแรงกด ตั้งแต่ 35 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปจะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง แรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตรขึ้น ไป และถูกกดอยู่เป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลายเนื่องจากขาด สารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ และถ้าแรงกดมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และกดอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เนื้อเยื่อตายได้ อย่างไรก็ตาม แรงกดที่น้อย แต่ถ้ากดอยู่ เป็น เวลานานติดต่อกัน หรือปริมาณแรงกดมากกระทำในระยะเวลายาว สามารถทำให้เกิดแผลกดทับได้ หรือแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังที่เท่ากัน ในระยะเวลาที่ต่อเนื่องกัน จะมีการทำลายของเนื้อเยื่อได้

มากกว่าระยะเวลาที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนท่า จะเป็นการลดแรงกดหรือกระจายแรงกด ทำให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงผิวหนังส่วนที่ถูกกด เนื้อเยื่อจะได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้นทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ

2.2 แรงเฉือน ไถล หรือ แรงเฉือน (shearing force) เป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดขึ้นระหว่างแรง 2 แรงเคลื่อนที่สวนทางกันคือแรงโน้มถ่วงของโลกและแรงเสียดสี ทำให้เนื้อเยื่อและหลอดเลือดที่ทาบบนบริเวณปุ่มกระดูกยึดและบิดตัว ทำให้เนื้อเยื่อบาดเจ็บและหลอดเลือดอุดตัน ในขณะที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนอยู่ เมื่อผู้ป่วยเลื่อน ไถลตัวลงมาจะทำให้เกิดแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนัง ทำให้หลอดเลือดฝอยถูกยืดออก (Gebhardt, 2002) เลื่อนไปเลี้ยงผิวหนังไม่เพียงพอ ทำให้เกิดแผลกดทับตามมาได้

2.3 แรงเสียดทาน (friction) เกิดขึ้นจากการเคลื่อนที่ของผิวสองอย่างสัมผัสกัน ในทิศทางตรงกันข้าม เช่น บริเวณผิวหนังสัมผัสกับพื้นผิวยรองรับ หรือการเลื่อนตัวผู้ป่วยบนที่นอน เป็นต้น จะทำให้มีการฉีกขาดหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังทำให้เกิดแผลขึ้น (Gebhardt, 2002)

3. ความพร่องในการรับรู้สัมผัสความรู้สึกและการเคลื่อนไหว (impaired sensory perception) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีบาดแผลใหม่ในระดับ 2 จะมีการทำลายของเนื้อเยื่อระดับหนังกำพร้า ถึงชั้นหนังแท้รวมถึงหลอดเลือดฝอย เกิดเป็นถุงน้ำใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผลมาก ต้องนอนพักอยู่บนเตียงนิ่งๆ ไม่ค่อยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดแรงกดมากระทำต่อหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก เกิดเป็นแผลกดทับได้

4. ภาวะบวม (edema) จากการเจ็บป่วยของร่างกายทำให้มีโปรตีนในร่างกายต่ำ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีแผลใหม่ หรือจากภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ทำให้มีแรงกดในหลอดเลือดระดับต่ำกว่า 12 มิลลิเมตรปรอท เนื้อเยื่อโดยรอบจะมีแรงกดมากกว่า จะทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดฝอย ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังลดลง เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดการตายของเนื้อเยื่อ (Culliford & Levine, 2006; Myer, 2004)

5. ภาวะทุโภชนาการ (malnutrition) จากความไม่สมดุลของสารอาหารที่ได้รับกับความต้องการสารอาหาร ก่อให้เกิดปัญหาต่อการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลใหม่ส่วนใหญ่พบว่าจะมีระดับ โปรตีน และอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีผลต่อการหายของแผลใหม่ ทำให้ขาดอาหารที่จำเป็น โดยเฉพาะ โปรตีน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมการหายของแผล การสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังแผล ในภาวะที่ร่างกายมีแผลใหม่นั้นจะมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ซึ่งประสิทธิผลของหมุนเวียนของ

โปรตีนลดลง ร่างกายมีความต้องการ โปรตีนเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ในผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและจำนวนเม็ดเลือดขาว จะลดลงกว่าปกติ (Myers, 2004) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้เซลล์บวม เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนอาหาร ออกซิเจน และของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ง่ายต่อการเกิดแผล วิตามินซี มีความสำคัญในการสังเคราะห์คอลลาเจน ช่วยในการเจริญของไฟโบรบลาสต์ช่วยทำลายแบคทีเรีย (Maklebast & Sieggreen, 2001) การขาดวิตามินซีมีผลต่อกระบวนการหายของแผล วิตามินเอช่วยในการสร้างเยื่อบุผิว และสังเคราะห์คอลลาเจน มีบทบาทสำคัญในการคงไว้และซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ตังกะสีเป็นส่วนประกอบในการสังเคราะห์คอลลาเจน มีผลต่อความสามารถในการซ่อมแซมแผลของร่างกาย (มาลี งามประเสริฐ, 2552) ผู้ที่มีภาวะทุโภชนาการ ทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนทำให้ง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ภาวะอ้วนหรือพ้อมมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากภาวะอ้วน เนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี ภาวะพ้อมมีชั้นไขมันน้อยทำให้แรงกดของเนื้อเยื่อปุ่มกระดูกมากขึ้น

6. ภาวะเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่มีแผลใหม่ จะมีภาวะเจ็บปวด มีความเครียด ร่างกายอ่อนภูมิสูงกว่าปกติจากภาวะไข้ หรือเกิดการติดเชื้อในร่างกาย หรือร่างกายอยู่ในภาวะขาดน้ำ ออกซิเจนจากการไหลเวียนไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากเดิม ทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์ ภาวะขาดเลือดเป็นระยะเวลานานจนผู้ป่วยมีอาการซึม ทำให้ไม่อาจนำสารอาหาร ออกซิเจน ไปสู่เซลล์ต่างๆ ได้เพียงพอ และเกี่ยวข้องกับโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เป็นการสะท้อนถึงแนวโน้มที่ชักนำให้กระบวนการเกิดของโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น โรคเหล่านี้มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง มีภูมิต้านทานต่ำ จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่า

7. ความเปียกชื้น (moisture) จากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ พบในผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ หรือผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคในการเคลื่อนไหว และจากบริเวณแผล ผิวหนังจะสัมผัสกับความเปียกชื้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง เมื่อเปียกชื้นขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผิวหนังเปื่อย เกิดแผลกดทับได้ง่าย (Culliford & Levine, 2006) บริเวณส่วนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากที่สุด ได้แก่ ก้นกบ กระดูกกระเบนเหน็บ ส้นเท้า ข้อศอก กระดูกสะบัก และบริเวณท้ายทอย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลเพิ่มขึ้น

8. การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสาขสวน การใส่กายอุปกรณ์ การดึงถ่วง การใส่เฟือก การพันผ้ายึด เป็นต้น ภาวะดังกล่าวทำให้ ความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวเองของผู้ป่วยลดลง หรือมีการกดจากอุปกรณ์ในการรักษา ซึ่งขัดขวางต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ส่งผลให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้

9. ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยได้แก่ สถานที่ บุคลากรผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งครอบครัว ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมในการทำให้เกิดแผลกดทับได้

บริเวณที่เกิดแผลกดทับ

แผลกดทับสามารถเกิดขึ้นกับทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนที่รองรับแรงกระทำจากแรงกด แรงเสียดสีและแรงเสียดสี หรือแรงกระทำจากภายนอก โดยแผลกดทับร้อยละ 90 จะเกิดบริเวณใต้ปุ่มกระดูกของร่างกาย จาก การนอน หรือ นั่งในท่าต่างๆ พบได้ดังนี้ (Myers, 2004)

1. บริเวณจุดรับน้ำหนักด้านหลังของร่างกายขณะนอนหงาย ได้แก่ ส่วนนูนของกระดูกสันหลังและท้ายทอย (occipital prominence) ส่วนนูนของกระดูกสะบัก (scapula) หัวกระดูกข้อศอก (olecranon) กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า ซึ่งจะเกิดในท่าที่นอนหงาย

2. บริเวณจุดรับน้ำหนักด้านหน้าของร่างกายขณะนอนคว่ำ ได้แก่ กระดูกโหนกแก้มคาง ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซี่โครง กระดูกขอบโค้งด้านหน้าของกระดูกเชิงกราน (anterior part of iliac crest) อวัยวะเพศ ปุ่มกระดูกต้นขา กระดูกสะบ้า และนิ้วเท้า

3. บริเวณจุดรับน้ำหนักด้านข้างของร่างกาย ขณะนอนตะแคง ได้แก่ ไบหู กกหู (mastoid process) ซี่โครง ปุ่มกระดูกหัวไหล่ (acromion process) ซี่โครง ปุ่มกระดูกโคนขา ปุ่มกระดูกต้นขา (medial and lateral condyle) หัวกระดูกปลายขาอันเล็ก (fibula) และตาตุ่ม

4. บริเวณจุดรับน้ำหนักส่วนล่างของร่างกายขณะนั่งพัก ได้แก่ ปุ่มกระดูกเชิงกราน (ischial tuberosity) และกระดูกก้นกบโดยตรง

ผลกระทบของแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแล โดยจำแนกได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเกิดแผลกดทับ ผิวหนังจะสูญเสียหน้าที่ ซึ่งผิวหนังเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค และปกป้องอันตรายต่างๆที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อและอวัยวะภายในร่างกาย เมื่อผิวหนังถูกทำลายหรือฉีกขาด เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายเกิดการติดเชื้อ ลุกลามไปที่กล้ามเนื้อ และกระดูก โดยในแผลกดทับที่ลึกมักพบว่ามี การติดเชื้อของกระดูก ร่วมกับการติดเชื้อของแผล (osteomyelitis) เกิดขึ้นได้เสมอ (Hirshberg et al., 2000) และอาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสโลหิตจนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ เบอชซาค พบว่าร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ถึง 4 เท่า (Berczak et al., 1997 อ้างใน วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2547) ผู้ป่วยจะพินาศจากโรคที่เป็นอยู่ข้างลง ซึ่งในผู้ป่วยที่มีแผลใหม่เมื่อเกิดแผลกดทับจะมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อผิวหนังเพิ่มมากขึ้น

2. ผลกระทบด้านจิตสังคมและอารมณ์ เมื่อเกิดแผลกดทับผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม และอารมณ์ ทำให้เกิดความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความคับข้องใจ และวิตกกังวลที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าเดิม จากการที่มีแผลเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุบางรายอาจแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล ในรายที่เกิดแผลกดทับลักษณะเรื้อรัง มักมองเห็นการทำลายเนื้อเยื่อเป็นภาวะเสื่อมของร่างกาย ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ แม้แต่การเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลชีวิตประจำวัน (Galhardo et al., 2010) ทำให้เกิดความพิการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ รู้สึกอับอาย เป็นปมด้อยขาดความมั่นใจในการออกสังคม นอกจากนี้แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมครอบครัวของผู้ป่วย และผู้ดูแล ต้องเพิ่มภาระในการดูแล เพิ่มความเครียดให้กับคนดูแลในครอบครัว

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลใหม่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานเฉพาะทาง ซึ่งต้องดูแลรักษาแผลใหม่ ร่วมกับแผลกดทับ นอกจากเสียค่าใช้จ่ายในการทำแผล ยา อาหารเสริม การให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลและกายภาพบำบัดแล้ว ต้องรวมถึงค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการรักษาแผลกดทับ ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเพิ่มขึ้น 4-5 เท่า (ชวลี แยมวงษ์, 2542) ส่งผลต่อการสูญเสียเศรษฐกิจของรัฐด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ปีละ 1.6 ล้านคน และรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 2.2-3.6 พันล้านดอลลาร์ ดังปีเปอร์รายงานในปี 2,000 (Pieper, 2000 อ้างใน ชวลี เกตสัมพันธ์, 2552)

การประเมินแผลกดทับ

การประเมินการเกิดแผลกดทับจะช่วยให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วย ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและเลือกใช้วิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือป้องกัน ปัจจัยเฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ สามารถวางแผนการดูแลเพื่อป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้อย่างเหมาะสม โดยการตรวจสอบโดยตรงและสังเกตร่วมกับการ ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยทำนายความเสี่ยง ของผู้ป่วยต่อการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่นิยมใช้มีหลาย รูปแบบ ได้แก่ แบบประเมินของนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale) แบบประเมินของ กอสเนลล์ (Gosnell, 1987) แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (The Waterlow Pressure Sore Scale Prevention) และแบบประเมินของบราเดน (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) เป็นต้น โดยการประเมินควรเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และควรมีการประเมินเป็นระยะตามคะแนน ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยแบบประเมินที่นิยมใช้ใน ปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. แบบประเมินของนอร์ตัน (Norton Scale) ในปี 1962 โดรีน นอร์ตัน (Doreen Norton) ได้ศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ และได้จัดทำแบบประเมินเรียกว่า Norton Scale เพื่อประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ง่าย และเหมาะกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกณฑ์ การประเมินประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ การประเมินสุขภาพทั่วไป การประเมินระดับการรู้สติ และการรับรู้ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การประเมินความสามารถในการ ควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนแขนขาของผู้ป่วย และการประเมินระดับความสามารถในการกลืน ปัสสาวะและอุจจาระ แต่ละตัวแปรแบ่งออกเป็น 4 ระดับตามความรุนแรง ค่าคะแนนที่ประเมินได้ จากแบบประเมินอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน ถ้ายิ่งได้ค่าต่ำมากเท่าใด แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับเพิ่มมากขึ้น ค่าคะแนนที่บอกว่าเริ่มมีความเสี่ยงคือ 14 อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้มี ข้อจำกัดที่ไม่เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2. แบบประเมินของกอสเนลล์ (Gosnell Scale) เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบ ประเมินของนอร์ตัน โดยได้นำปัจจัยด้านโภชนาการมาเป็นตัวแปรแทนภาวะสุขภาพ ดังนั้น ตัว แปรของกอสเนลล์จึงประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ การประเมินระดับการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ ป่วย ความสามารถในการควบคุมและจำนวนครั้งของการกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการช่วยเหลือด้วยตัวเอง การรับประทานอาหาร แต่ละตัวแปรแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3-5 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-20

คะแนนที่บอกว่าเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ 16 หรือมากกว่า แบบประเมินนี้ต้องพิจารณาพร้อมกับปัจจัยเสริมอื่นได้แก่ สัญญาณชีพ สภาพผิวหนังโดยทั่วไป อาหาร ภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย กิจกรรมการรักษาต่างๆ ยาที่ได้รับ และมาตรการหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (Waterlow Scale) เครื่องมือนี้ใช้มากในประเทศอังกฤษ วิธีการประเมินค่อนข้างยุ่งยากเพราะมีตัวแปรและมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณามาก Waterlow จึงแนะนำให้ทำเป็นแผ่นการ์ด โดยด้านหนึ่งบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง อีกด้านหนึ่งบอกรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดูแลการทำแผล การป้องกันและระดับของแผลกดทับ เพื่อให้สะดวกในการใช้งานมากขึ้น มีทั้งหมด 11 ตัวแปร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การควบคุมการขับถ่าย ลักษณะของผิวหนัง การเคลื่อนไหว เพศ อายุ ความอยากอาหาร ภาวะขาดสารอาหาร ความบกพร่องทางระบบประสาท ผลจากการผ่าตัดใหญ่ หรือการบาดเจ็บและการได้รับยาบางชนิด โดยแต่ละตัวแปรมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้แปรผลเป็น 3 ระดับคือ คะแนนรวมมากกว่า 10 แสดงว่าเริ่มมีความเสี่ยง คะแนนรวมมากกว่า 15 แสดงว่ามีความเสี่ยงมาก คะแนนรวมมากกว่า 20 แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงมาก

4. แบบประเมินของบราเดน (Braden Scale) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะมีความไวต่อการทำนายความเสี่ยงมากกว่าแบบประเมินอื่น แบบประเมินนี้มีตัวแปรรวม 6 ตัวแปรได้แก่ 1) ประเมินความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย 2) ประเมินระดับความเปียกชื้นของผิว 3) ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ประเมินความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกาย 5) ประเมินการได้รับอาหารเกี่ยวกับปริมาณที่ได้รับเน้นปริมาณโปรตีนและการได้รับอาหารเสริม 6) ประเมินแรงเสียดสีจากการดึงลากและแรงเสียดสีจากการเลื่อนไหล แต่ละตัวแปรมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 หรือ 4 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-23 ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ 16 และยิ่งได้คะแนนน้อยจะยิ่งเสี่ยงมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลลำปาง ที่คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลลำปาง (2551) ประยุกต์มาจาก มยรี โรจนอังกูร (2547) ที่ได้แปลการประเมินของบราเดนเป็นภาษาไทยและคณะกรรมการได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณดัชนีความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 1 และค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .94

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ปัจจุบันได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice [EBP]) มีความสำคัญยิ่งในการให้บริการทางสุขภาพ โดยเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการค้นหาแนวทางที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยยืนยันได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ให้นั้นจะเป็นประโยชน์ในการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกรสามารถตัดสินใจในการเลือกให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความคุ้มค่าคุ้มทุน และกำจัดหรือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้มีเครื่องมือที่สำคัญคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รับการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขาวิชาชีพ และได้ข้อสรุปที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (NHMRC, 1999) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลประสบผลสำเร็จได้ ถ้าได้รับการสนับสนุนทั้งการวางแผนที่เหมาะสม ทรัพยากรที่เพียงพอจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548; RNAO, 2002) แนวปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลดังนี้

1. ด้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน มีมาตรฐาน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
2. ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีมมีโอกาสร่วมปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน
3. ด้านองค์กรวิชาชีพ ทำให้มีการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริง เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินจากภายนอก เพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการได้
4. ด้านโรงพยาบาลและผู้บริหาร ส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ ลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ขั้นตอนการนำไปใช้ของสมาคมพยาบาล ออนทาริโอ (RNAO, 2002) เนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่ยอมรับใช้ในหลายหน่วยงาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

เป็นขั้นตอนของ การเลือกแนวปฏิบัติโดยมีการประเมินคุณภาพ เพื่อสนับสนุนในการตัดสินใจนำไปใช้ โดยหลักสำคัญคือ ประเมินกระบวนการพัฒนาด้านความถูกต้องตามหลักการพัฒนาตามแนวคิดของหลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติด้านความสามารถในการนำไปใช้ ซึ่งได้มีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ได้แก่ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation [AGREE] Instrument ซึ่งฉวีวรรณธงชัย (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยประเมิน 6 องค์ประกอบ ด้วยโดยมีเนื้อหา ดังนี้

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

- 1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
- 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาคลินิก
- 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย

- 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
- 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
- 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
- 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3. ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

- 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
- 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน
- 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน

3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ

3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิออกองค์กรก่อนนำไปใช้ และระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อคือ ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่ายและมีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5. การประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อคือ ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอ ไปใช้ มีการพัฒนาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยแนวคำถาม 2 ข้อคือแนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

วิธีการให้คะแนนในแต่ละหัวข้อแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้สูตรดังนี้ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

$$\text{คะแนนรวมในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด} \times 100$$

$$\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนต่ำสุดในแต่ละหมวด}$$

$$\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} = 4 \text{ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)} \times 3 \text{ (3 ข้อย่อย)} \times 4 \text{ (จำนวนผู้ประเมิน)} = 48$$

$$\text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด} = 1 \text{ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)} \times 3 \text{ (3 ข้อย่อย)} \times 4 \text{ (จำนวนผู้ประเมิน)} = 12$$

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้ โดยในแต่ละขอบเขตของคะแนนที่คำนวณได้มากกว่าร้อยละ 60 แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม หากคะแนนที่คำนวณได้อยู่ระหว่างร้อยละ 30-60 แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้นมีความน่าเชื่อถือระดับปานกลาง อาจจะขาดบางข้อมูล แต่หากมีข้อมูลสนับสนุนหรือสามารถอธิบายเพิ่มเติมสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ ส่วนในข้อที่คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพต่ำ ไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การระบุนิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เป็นขั้นตอนที่ระบุกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร โดยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นวิธีการที่จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มบุคคล หรือ

องค์กรมากขึ้น โดยข้อมูลที่ได้อาจช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมความสัมพันธ์ภายใน ความสนใจของทีม และช่วยในการวางแผนดำเนินงานการตัดสินใจเรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และมีการวิเคราะห์ระดับของการสนับสนุนและระดับของการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้ในการสนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติในองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายใน (internal stakeholders) หมายถึงบุคคลในองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น พยาบาลผู้ปฏิบัติ และหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก แพทย์ทีมวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น
2. ผู้มีส่วนร่วมภายนอก (external stakeholders) หมายถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ได้อยู่ในองค์กร เช่น ผู้ป่วย และกลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น
3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง กลุ่มผู้บริหารองค์กร สมาชิกผู้ร่วมงานที่ได้รับการแต่งตั้ง ที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นผู้ที่แสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

นอกจากการพิจารณากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้วยังต้องพิจารณาระดับการสนับสนุนและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ กลุ่มที่มีการสนับสนุนและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ สามารถแบ่งได้ 4 ประเภทได้แก่

1. ระดับการสนับสนุนมากและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (high support high influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวก และต้องการความสนใจและข้อมูล เพื่อให้คงการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ กลยุทธ์ที่ใช้สำหรับกลุ่มนี้ ได้แก่ การประสานความร่วมมือ การให้มีส่วนร่วม การสนับสนุนและให้ความเอื้ออาทร การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ระดับการสนับสนุนมากและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (high support low influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวก ต้องการการสนใจขณะนำไปใช้ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การประสานความร่วมมือกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง การให้เข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
3. ระดับการสนับสนุนน้อยและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (low support high influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทาง

ลบ ต้องการการให้คนสนใจและต้องการคณาจารย์ของหน่วยงานที่มีอยู่ไว้และทำงานตามที่กระทำอยู่เดิม กลยุทธ์ที่ใช้ คือการตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้เข้ามามีส่วนร่วมในบางระยะ และการติดตามให้เห็นถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่จำเป็นต้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในระยะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

4. ระดับการสนับสนุนและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (low support low influence) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ และอาจส่งผลในทางลบต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งกลุ่มนี้ต้องมีการติดตาม และใส่ใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้มีส่วนร่วมในระยะของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนนี้ต้องประเมินก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ ต้องประเมินทั้งด้านโครงสร้างขององค์กร และนโยบายของโรงพยาบาล พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ วัฒนธรรมขององค์กร ระบบการสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างสหวิชาชีพ และการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติก่อน ซึ่งจะช่วยให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดความราบรื่น การประเมินความพร้อมจะกระทำโดยทีมที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ในการประเมินความพร้อมต้องแสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งทีมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องสามารถปรับกิจกรรมที่ทำให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการติดตามประเมินผลการใช้เป็นระยะๆ โดยการสังเกต การจัดทำสื่อชนิดต่างๆ การจัดประชุมร่วมกับทีม การติดตามให้ความช่วยเหลือในขณะที่น่าแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสมกับลักษณะการสนับสนุนและการมีส่วนร่วม และเพื่อให้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงาน กลยุทธ์ที่ใช้ในขณะที่น่าแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องใช้หลายกลยุทธ์ร่วมกันอันจะนำไปสู่การ

ใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืนจึงจะเกิดประสิทธิผลสำหรับกลยุทธ์ที่ใช้ในขณะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้แก่

4.1 การตรวจสอบข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เช่นการสรุปการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยการทบทวนบันทึก หรือการสังเกตเป็นรายบุคคล นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

4.2 การประชุมให้ความรู้ (didactic educational meetings) เช่นการบรรยายซึ่งอาจให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมหรือไม่ก็ได้

4.3 อุปกรณ์ในการให้ความรู้ (educational materials) เช่นการแจกเอกสาร การใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ การให้ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

4.4 การประชุมให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์กัน (interactive educational meeting) เช่นการจัดกลุ่มมอบหมายงานตามหัวข้อที่กำหนด การเรียนรู้โดยใช้การแก้ปัญหาเป็นหลักโดยให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหา และมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น

4.5 กระบวนการในการหาข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) เช่นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการอภิปรายเพื่อให้แน่ใจว่าเห็นด้วยกับปัญหาทางคลินิกที่เลือก และได้ข้อตกลงในการปฏิบัติทางคลินิก

4.6 ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการยอมรับทางคุณวุฒิและกลุ่มผู้ปฏิบัติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.7 การตลาด (marketing) เช่นการบริหารจัดการเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ให้บริการ การออกแบบ การพัฒนา และการประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติให้เป็นที่รู้จัก

4.8 ผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการ (patient mediated interventions) เช่นผู้ป่วยที่ให้การสนับสนุนการบริการ

4.9 การกระตุ้นเตือน (reminders) เช่นการแจ้งโดยตรง หรือการใช้เทคโนโลยี เช่นใช้คอมพิวเตอร์ในการเตือน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินความสำเร็จการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

เป็นขั้นตอนหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยมีการประเมินประสิทธิผลคือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพ และการประเมินผลยังสามารถประเมินผลได้ทุกระดับตั้งแต่หน่วยงาน หรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ ระดับผู้ป่วยและครอบครัว และค่าใช้จ่าย การประเมินผลประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินหน่วยงานหรืออุปกรณ์เครื่องมือที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ อุปกรณ์ โครงสร้างหน่วยงาน และบุคลากร ควรมีเพียงพอและมีการบริหารจัดการอย่างไร ตัวอย่างเช่น ความมั่นคงขององค์กร วัฒนธรรมและการสนับสนุนขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลง การประกันคุณภาพ นโยบายขององค์กร ระบบบริการ ความเพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ต่อภาระงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เครื่องมืออุปกรณ์ จำนวนพยาบาลที่มีคุณสมบัติ สัดส่วนของผู้ป่วยต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของผู้ให้และผู้รับบริการ โปรแกรมการให้ความรู้ ลักษณะของผู้ป่วย การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าใช้จ่ายในกรณีที่ต้องการพยาบาลและแพทย์เพิ่มหรือเครื่องมืออุปกรณ์ใหม่ เป็นต้น

5.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินผลว่าโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดำเนินการอย่างไร โดยเน้นการนำไปใช้ว่ามีความสอดคล้องตามที่วางแผนไว้หรือไม่ ตัวอย่างการประเมินด้านนี้ เช่น การพัฒนาและหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายและวิธีการปฏิบัติ ความตระหนักและทัศนคติของผู้ปฏิบัติต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การดำเนินงานเกี่ยวกับการฝึกอบรมบุคลากร ความยากง่ายและความสะดวกใช้ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ การยอมรับของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ความรู้ของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เป็นต้น

5.3 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากกระบวนการดูแล ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน ที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งเป็นผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และผลที่อาจเกิดขึ้น ตัวอย่างการประเมินด้านนี้ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวนและความสมบูรณ์ของการประเมิน จำนวนและระยะเวลาของการรักษาที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย สุขภาพครอบครัว ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาและอุปกรณ์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณ หรือแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

เป็นขั้นตอนในการจัดหางบประมาณ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร สิ่งจำเป็นอื่นๆ ที่ต้องมี เพื่อให้การปฏิบัตินั้นบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถทำได้โดยการเขียนแผน โครงการการปฏิบัติที่สามารถบอกผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ให้สามารถพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กร และประหยัดค่าใช้จ่าย เพื่อดึงแหล่งประโยชน์หรือผู้บริหารสนใจในโครงการ เป็นการชักชวนหรือจูงใจผู้บริหารเพื่อการจัดสรรงบประมาณ ในการดำเนินการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลความสำเร็จ การที่ผู้บริหารองค์กรตระหนักถึงปัญหาและมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ จะมีการดึงแหล่งประโยชน์อื่นในองค์กรมาใช้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อคุณภาพของหน่วยงานส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือก เพียง 5 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 ไม่ได้ศึกษาในขั้นตอนที่ 6 ซึ่งเป็นเรื่องของการจัดการทางงบประมาณ ซึ่งจะนำเสนอต่อผู้บริหารในภายหลังการศึกษา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งได้ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิษณุโลก ของบรรจงพร กันเผือก (2551) โดยได้ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดของสมาคมพยาบาลอนาธิปไตย (RNAO, 2002) แล้วนำแนวปฏิบัติไปประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยแบบ AGREE โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 หมวดมีรายละเอียดการปฏิบัติดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (pressure sore risk assessment)

1.1 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินและช่วงเวลาในการประเมิน การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ทำการประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ใน การดูแล โดยมีการประเมินตั้งแต่แรกรับภายใน 2 ชั่วโมง (grade A, level IV) และทำการประเมินซ้ำทุก 48 ชั่วโมง หรือประเมินเร็วขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือมีสภาพแย่ลง (grade B, level IV) นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพผิวหนังและปุ่มกระดูกทุกวัน (grade A, level IV) รวมทั้งประเมิน

ภาวะโภชนาการและผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับอัลบูมินในเลือด (albumin) และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือด (Haematocrit) ตั้งแต่แรกรับไว้ใน การดูแลและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (grade A, level IV) และลงบันทึกในแบบประเมินทุกครั้ง (grade A, level IV)

1.2 แบบประเมินความเสี่ยง (risk assessment tools) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลใหม่ ทุกราย ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ บราเดนสเกล (Braden scale) (grade A, level Ib) โดยแบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก การเปียกชื้นของผิวหนัง การทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดทานและแรงเฉือน ในแต่ละด้านให้คะแนน 1 – 4 ซึ่ง 1 หมายถึง บกพร่อง ด้านนั้นๆ อย่างมาก จนถึง 4 หมายถึง ไม่บกพร่อง ยกเว้นด้านแรงเสียดทานและแรงเฉือนให้คะแนน 1-3 คะแนนรวม 6-23 คะแนน ซึ่งผู้ที่คะแนนความเสี่ยงน้อยกว่า 19 เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยผู้ที่ได้คะแนน 15-18 คะแนนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย ผู้ที่ได้คะแนน 13-14 คะแนนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนน 10-12 คะแนนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 9 คะแนนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Geriatric Nursing Protocol for Best Practice, 2003)

2. การดูแลสภาพผิวหนัง (skin caring)

2.1 การทำความสะอาดผิวหนังในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลใหม่ ควรทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาดและสบู่อย่างอ่อน หรือผลิตภัณฑ์อาบน้ำที่ไม่ระคายผิว (grade B, level III) ได้แก่ สบู่เด็ก ที่สามารถล้างทำความสะอาดได้ง่าย ไม่มีส่วนผสมของน้ำหอม แอลกอฮอล์หรือยาฆ่าเชื้อโรค เพื่อไม่ให้สูญเสียความชุ่มชื้นมากเกินไป ป้องกันผิวแห้งและเกิดการระคายเคือง ภายหลังทำความสะอาดล้างสบู่ออกให้หมด ซับผิวหนังให้แห้งสนิททุกครั้งด้วยผ้าเนื้อนุ่ม และซับด้วยความนุ่มนวล

2.2 การรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง หลังอาบน้ำหรือทำความสะอาดผิวหนังของผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลใหม่ ถ้ามีผิวแห้งแนะนำญาติดูแลจัดหาวาสลีน หรือน้ำมันมะกอกทาผิวเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิว (grade B, level IV) ถ้าไม่มีญาติดูแล พยาบาลเป็นผู้ดูแลจัดหาให้

2.3 การป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง โดยใช้ผ้าปูที่นอน ผ้าขาง ปลอกหมอน และเสื้อผ้าที่แห้งสะอาด ผ้าปูที่นอนที่เรียบตึง ไม่มีเศษสิ่งของหล่นบนเตียง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากแรงกดหรือรอยพับย่นของเครื่องฟ้ดังกล่าวขณะที่นั่งหรือนอน ถ้าพบผิวหนังมีรอยแดง ไม่นวดบริเวณปุ่มกระดูกที่มีรอยแดง และไม่นอนทับรอยแดง

2.4 การควบคุมความเปียกชื้นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลใหม่ โดยทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาดและสบู่อย่างอ่อนไม่ระคายเคือง และซับให้แห้งหลังขับถ่ายทุกครั้ง (grade C, level IV) ในผู้ที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้แนะนำญาติผู้ดูแล จัดหาวัสดุปกป้องผิวหนังเช่น

วาสลิน หรือ ปิโตรเลียมเจลลี่ หรือ ซิงค์เพสต์ (zinc paste) ให้ อาจใช้แผ่นซึมซับที่มีตัวกั้นความเปียกชื้น หรือผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่สามารถซึมซับสิ่งคัดหลั่งที่ไหลออกมาไม่ให้เปื้อนผิวหนัง ถ้าญาติผู้ดูแลสามารถจัดหาได้ โดยถ้าใช้แผ่นซึมซับให้เปลี่ยนทุกครั้งที่ขับถ่ายหรือทุก 4–6 ชั่วโมง ถ้าใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเปลี่ยนทุกครั้งที่ขับถ่ายหรือทุก 8 ชั่วโมง ถ้าไม่มีญาติหรือญาติไม่สามารถจัดหาได้ พยายามดูแลเปลี่ยนผ้าและทำความสะอาดให้ทุกครั้ง

2.5 การใช้เทคนิคการเคลื่อนย้าย และอุปกรณ์ช่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย และพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุ ไม่ดึงลากตัวผู้สูงอายุ ไปบนผ้า ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยยกหรือเคลื่อนย้ายตัว เช่น แผ่นสไลด์ แผ่นยก หรือฝารองตัว ช่วยยกตัวผู้สูงอายุขึ้นจากเตียง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่ผิวหนัง หรือให้ญาติหรือพยาบาลผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยสูงอายุในการพลิกตะแคงตัว หรือช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุขยับร่างกายไปที่ส่วนในการเคลื่อนย้ายตัว (grade C, level IV)

3. การจัดทำ (Positioning)

3.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถเปลี่ยนท่าตัวเองได้และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง (มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18) ญาติผู้ดูแล และพยาบาลช่วยเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน โดยทำตารางการพลิกตัวและบันทึกลงในตาราง (grade B, level IV) ยกเว้นในรายที่มีข้อจำกัด และห้ามนอนทับแผล (grade C, level IV) รวมทั้งติดป้ายเตือนในผู้ป่วยอายุรายที่มีภาวะเสี่ยง

3.2 การจัดทำนอนหงาย จัดให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหงายราบ ถ้าต้องนอนศีรษะสูง ไขว้หัวเตียงสูงไม่เกิน 30 องศา หรือไขว้หัวเตียงในระดับที่ไม่ทำให้อาการผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง หรือ ไขว้หัวเตียงต่ำสุดเท่าที่จะทำได้ (grade C, level IV) เช่นในผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะช็อก เป็นต้นเพื่อป้องกันอันตรายจากแรงเฉือนและแรงเสียดทาน จัดทำนอนให้ผู้ป่วยสูงอายุองตะโพกเล็กน้อย โดยปรับเตียงบริเวณเข่าให้งอขึ้น หรือใช้หมอนหรือฝารองบริเวณเข่า เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวไหล่ตัว

3.3 การจัดทำนอนตะแคง จัดให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนในท่าตะแคงกึ่งหงายท่ามุม 30 องศากับที่นอน (grade C, level IV) ใช้หมอนรองประคองหลังตั้งแต่กระดูกสะบักจน ถึงกระดูกกระเบนเหน็บ งอข้อตะโพกบนไปด้าน หน้าเล็กน้อย ใช้หมอนสอดบริเวณหัวเข่าเพื่อป้องกันการหุบของข้อตะโพกและขาข้างล่างถูกกด เพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโดยตรง

3.4 การจัดทำนั่ง จัดให้ผู้ป่วยสูงอายุนั่งลำตัวตรง มีเบาะพิงหลังและรองกัน ให้เท้าสามารถวางบนที่รองเท้าได้พอดี เข่าไม่ยกสูง และข้อตะโพกงอไม่เกิน 90 องศา ถ้าผู้ป่วยสูงอายุ

สามารถขยับจัดทำของตัวเองได้ กระตุ้นให้ ขยับตัวเองทุก 15 นาที เพื่อเปลี่ยนจุดลงน้ำหนัก ถ้าผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สามารถขยับตัวเองได้ ช่วยยกตัวผู้ป่วยสูงอายุขึ้นทุก 1 ชั่วโมง

4. การใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (pressure-redistributing devices)

4.1 ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง คือมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่า 12 เช่น ใช้ที่นอนลมชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลม (static) หรือที่นอนชนิดที่มีลมเคลื่อนสลับ (grade B, level III)

4.2 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดวางบนเตียงหรือเก้าอี้ของผู้ป่วยสูงอายุ (grade C, level IV) โดยรองบริเวณแขน ขา ปุ่มกระดูก ข้อศอก และส้นเท้า เพื่อป้องกันการสัมผัสกับพื้นเตียง (grade C, level IV) ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ผ้าห่มใยสังเคราะห์

4.3 ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดที่มีลักษณะเป็นห่วงกลม (donut shape) เนื่องจากทำให้มีการคั่ง หรือทำให้มีการบวมของหลอดเลือดดำ (grade C, level IV)

4.4 ไม่ใช้ถุงมือยางใส่น้ำ รองบริเวณปุ่มกระดูก ตาตุ่ม หรือส้นเท้า เพื่อลดแรงกด เนื่องจากไม่สามารถกระจายแรงกดได้ และทำให้มีการคั่งของเลือด (grade C, level IV)

5. ภาวะโภชนาการ (nutrition)

5.1 ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะทุโภชนาการ ควรได้รับพลังงานวันละ 35-40 กิโลแคลอรี และ โปรตีนวันละ 1-1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดูแลให้ได้รับอาหารให้ครบถ้วนทั้ง คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุปรับประทานอาหารให้ได้มากกว่าครึ่งของชุดอาหารที่จัดให้ในแต่ละมื้อ ทุกมื้ออาหาร

5.2 ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร

5.3 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ที่รับประทานอาหารทางปากได้ และมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แนะนำญาติจัดเตรียมอาหารเสริมไว้ให้ผู้ป่วยสูงอายุ (grade A, level I) ได้แก่ น้ำเต้าหู้ นม นมถั่วเหลือง หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่ญาติสามารถจัดหาได้ ถ้าไม่มีญาติหรือญาติไม่สามารถจัดหาได้ ประเมินนักโภชนาการเพื่อจัดอาหาร โปรตีนสูงหรืออาหารเสริมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

5.4 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ หรือรับประทานอาหารได้น้อย ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน (grade B, level IV)

6. การจัดโปรแกรมให้ความรู้ (educational programs)

6.1 การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ที่สามารถสื่อสารได้ ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งการตรวจประเมินสภาพผิวหนังของตัวเอง การจัดทำทาง และการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (grade A, level IV) ซึ่งผู้ดำเนินงานจะให้ความรู้พร้อมกับญาติผู้ดูแล โดยใช้สื่อการสอนที่จัดเตรียมไว้ และคู่มือการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จัดทำขึ้น

6.2 การให้ความรู้สำหรับญาติผู้ดูแลทุกรายควรได้รับความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งการตรวจประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยสูงอายุ การจัดทำทาง และการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (grade A, level IV) ซึ่งจะให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลโดยใช้ผู้ป่วยสูงอายุเป็นสื่อในการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยใช้สื่อการสอนที่จัดเตรียมไว้ พร้อมให้คู่มือการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จัดทำขึ้น

6.3 การให้ความรู้สำหรับทีมผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทีมผู้ดูแลควรได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบนรายนาม และป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ดำเนินงานจะให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแลเป็นกลุ่มครั้งละ 10-12 คน โดยใช้สื่อการสอนที่จัดเตรียมไว้ และคู่มือการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ที่ได้จัดทำขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระดับปฏิบัติการของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลไหม้ ซึ่งมารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลลำปาง โดยผู้ศึกษาดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดของสมาคมพยาบาลอนุชาโร (RNAO, 2002) โดยมีขั้นตอนคือ 1) การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิก จัดประชุมในหน่วยงานเพื่อขอรับความเห็นชอบ 2) การระบุวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการระบุเกี่ยวกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด วิเคราะห์ถึงความสนใจ ระบุระดับของการสนับสนุนและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ รวมทั้งมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อใช้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กำหนดกลุ่มเป้าหมายและกำหนดวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ 3) การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น วัฒนธรรม

องค์กร การสนับสนุนจากผู้นำ การเตรียมความรู้และทักษะ 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การให้ความรู้ การนิเทศ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การจัดประชุมร่วมกันในทีมผู้ดูแล และการจัดเตรียมเอกสารและคู่มือขั้นตอนของแนวปฏิบัติ 5) การประเมินความสำเร็จการใช้นโยบายทางคลินิก หลังการใช้นโยบายทางคลินิก ทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับ การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved