

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท
The role of nurses in preventing pressure ulcers in critically ill neurosurgical patient

วุฒิชัย สมกิจ^{1*} วไลพร ปักกระกา² นิสากร วิบูลชัย³ ธนิสรา นามบุญเรือง⁴ รุ่งนภา ธนุชาญ⁴
สุชัยณัฐญา เดชศิริ⁴ นิศมา แสนศรี⁴ จีรพร อินนอ⁴

Wuttichai Somgit¹ Walaipon Pukkaeraka² Nisakorn Vibulchai³

Thanissara Namboonruang⁴, Rungnapa Thanoochan⁴ Suchanya Dejsiri⁴

Nisama Sansri⁴ Jeeraporn Innok⁴

^{1*}อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มหาสารคาม 44000

²พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม 44000

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นครราชสีมา 30000

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม 44000

^{1*}Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Mahasarakham, 44000

²Registered Nurse, Expert Level, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, 44000

³Assistant professor Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nakhon Ratchasima, 30000

⁴Registered Nurse, Professional Level, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, 44000

Corresponding Author E-mail : copywuttichai@gmail.com

Received: 1 December 2023 Revised: 23 January 2024 Accepted: 30 January 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อนำเสนออุบัติการณ์เกิดแผลกดทับ กลไกทางสรีรวิทยาการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำเสนอในรูปแบบบทความวิชาการ เพื่อให้หน่วยงานหรือพยาบาลสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทต่อไป

คำสำคัญ : บทบาทของพยาบาล, แผลกดทับ, ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

ABSTRACT

Objective : This academic article aim to presents 1) the incidence of pressure ulcers, 2) the physiological mechanisms of pressure ulcer formation, 3) factors associated with the occurrence of pressure ulcers 4) care and prevention of pressure ulcer, and 5) Including the role of nurses in preventing pressure ulcer in neurosurgical critical patients. This article collects, analyzes, and synthesizes knowledge from the evidence base practice so that nurses can apply the knowledge to neurosurgical critical patients.

Keyword : Nursing roles, pressure ulcer, critically ill neurosurgical patient

บทนำ

แผลกดทับ (pressure ulcer/ pressure sore/ pressure injury) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบอยู่เสมอในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และถือเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรง⁽¹⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับได้บ่อย ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะวิกฤต ผู้ป่วยโรคระบบประสาท ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับยาน้ำสลบในระยะยาว ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด^(2,3) ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคทำให้เกิดแผลกดทับในที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในภาพรวมของทุกประเทศทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ภาวะทุพโภชนาการและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอันดับต้นของโลก⁽⁴⁾ นอกจากนี้ในกลุ่มที่ไม่เสียชีวิตมักเกิดความพิการหลงเหลือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ปัญหาด้านการทำงานของสมองและปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในระดับรุนแรงที่เป็นผลมาจากสมองถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บ จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ที่พบบ่อย คือการเกิดแผลกดทับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ร้อยละ 16 –18.8^(5,6) และสำหรับในบริบทของประเทศไทย พบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 28⁽⁷⁾

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสถานพยาบาลในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด และสูญเสียภาพลักษณ์^(8,9) ด้านค่าใช้จ่าย พบว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 3–4 มีวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.70 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า⁽¹⁰⁾ และด้านสถานพยาบาลและวิชาชีพ พบว่าการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุง ซึ่งในปัจจุบันแผลกดทับถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ความปลอดภัยที่สำคัญของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁽¹⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018⁽¹¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาในประเด็นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทมีค่อนข้างน้อย บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและนำเสนอองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ กลไกการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อเป็นประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์แผลกดทับ และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทต่อไป

อุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในต่างประเทศพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงและผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.3–18.8^(6,12,13) เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ พบว่าผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อยเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 2.7 ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 23.2 และผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 42.6 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงขึ้นตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง

หลังนอนพักรักษาตัว 2 สัปดาห์ ร้อยละ 7 และหลัง 3 สัปดาห์ ร้อยละ 14⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตประมาณ 10.9 ต่อ 1000 วันนอนในกลุ่มเสี่ยง⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบความชุกของการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 11.1⁽¹⁵⁾ และพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดแผลกดทับในระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 28–55.5^(7,16)

กลไกการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทและไขสันหลังที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต และต้องได้รับการรักษาโดยใช้แนวทางหรือกลวิธีประสาทศัลยศาสตร์ (neurosurgery, neurological surgery) การเจ็บป่วยอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือความผิดปกติของระบบประสาทและไขสันหลัง เช่น ภาวะสมองบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมองหรือเนื้อสมอง ความผิดปกติของกระดูกและเส้นประสาทไขสันหลัง ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองและระบบหลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อและเซลล์สมอง เป็นต้น^(17,18) ทั้งนี้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุด คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบาดเจ็บ พบประมาณ 69 ล้านคนต่อปี พบมากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกา ประมาณร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางจราจร และในประเทศไทยพบผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ อายุระหว่าง 16–60 ปี ประมาณ 62,057 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต พบประมาณ 2,984 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 4.8⁽¹⁹⁾ และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก 29.9 ต่อประชากรแสนคน (95% CI: 26.5–33.3) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽²⁰⁾ และประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากรแสนคน⁽²¹⁾

เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยา พบว่าเมื่อเกิดพยาธิสภาพในระบบประสาทจะส่งผลให้การทำงานของสมองเกิดความผิดปกติ ได้แก่ ระบบไหลเวียนเลือดในสมองผิดปกติ ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่⁽²²⁾ เกิดภาวะสมองบวมทำให้เนื้อสมองถูกกดเบียดจนเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation)^(23,24) กลไกการปรับชดเชยอัตโนมัติของหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular autoregulation) และเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (CO₂-reactivity)⁽²²⁾ ระบบเผาผลาญของสมองทำงานผิดปกติ (cerebral metabolic dysfunction) โดยพบว่าอัตราการใช้กลูโคส (Cerebral metabolic rate of cerebral glucose; CMRglc) และอัตราการใช้ออกซิเจนของเนื้อสมอง (Cerebral metabolic rate of oxygen; CMRO₂) จะเพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ⁽²⁵⁾ และศูนย์ควบคุมอุณหภูมิการทำงานผิดปกติและเกิดภาวะอุณหภูมิสูงตามมา^(22,26) จากความผิดปกติของการทำงานของสมองดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง สูญเสียหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นผลให้เกิดแผลกดทับตามมาในที่สุด ซึ่งการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับแรงกด (intensity of pressure) ระยะเวลาที่กด (duration of pressure) และความทนทานของเนื้อเยื่อ (tissue tolerance) นอกจากนี้พบว่าหากมีแรงภายนอกกดลงบริเวณผิวหนังหรือกล้ามเนื้อที่มากกว่าแรงดันต่ำสุดภายในหลอดเลือดฝอย จะส่งผลให้หลอดเลือดฝอยที่บริเวณดังกล่าวเกิดการตีบตัน เลือดไม่สามารถไหลผ่านได้ (capillary closing pressure) มีผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวเกิดการขาดเลือดและตายเกิดเป็นแผลกดทับในที่สุด ซึ่งในภาวะปกติแรงกดที่ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณเนื้อเยื่อผิวหนังตีบตันจะมีค่าเฉลี่ย 12 - 32 mmHg ดังนั้นหากมีแรงภายนอกที่มากกว่า 32 mmHg กดทับลงผิวหนัง

จะทำให้หลอดเลือดฝอยตีบตัน ซึ่งส่งผลให้กระบวนการส่งผ่านออกซิเจนและอาหารไปสู่เนื้อเยื่อถูกขัดขวาง (27,28,29) อย่างไรก็ตามในคนแข็งแรงปกติพบว่าแม้จะมีแรงกดบริเวณผิวหนังสัมผัสมากกว่า 32 mmHg ก็ไม่ก่อให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดได้ เนื่องจากคนปกติมีการเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย ซึ่งต่างจากผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทและผู้ป่วยระบบประสาท และผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติและมีความระดับความรู้สึกตัวลดลง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยพบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเลยจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้รากขน ต่อมเหงื่อและต่อมน้ำมันฝอตตัว เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) มีปริมาณไขมันลดลง ผิวหนังบางลงและเกิดแผลกดทับในที่สุด โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ จะมีเนื้อเยื่อบางทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายและเร็วกว่าตำแหน่งอื่น ๆ (27,28,29,30)

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทจากการศึกษาก่อนหน้าทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ อายุ (3,31) การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง (3,31) การปฏิบัติกิจกรรม ความชื้นของผิวหนัง และการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย (3,31) ภาวะโภชนาการ เช่น การขาดสารอาหาร ภาวะขาดน้ำ (3,31) การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และสายช่วยชีวิตต่าง ๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายออกซิเจน (3,31) ระดับคะแนนระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale; GCS) และคะแนนบราเดนสเกล (braden scale) ในระดับน้อย (5,6,15,32) ระดับอุณหภูมิร่างกายสูงหรือภาวะไข้ (34) โรคร่วมที่มีความเกี่ยวข้องกับหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน (5,6,15,33,35,36) ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.3 gm/dL (5,6,15,33) ภาวะบวมที่ส่งผลให้ผิวหนังเกิดความผิดปกติ (5,6,15,33,36,37) ระยะเวลาการได้รับอาหารทางสายยาง (5,6,15,33) ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (38) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ทั้งยาบีบหลอดเลือด (vasopressors) และยากระตุ้นหัวใจ (inotropes) (38) และประวัติการสูบบุหรี่ (39)

การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ในปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงบราเดน (Braden scale) เนื่องจากมีค่า sensitivity และค่า specific สูง รวมถึงเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและสะดวกต่อการใช้งาน (40) แบบประเมินแบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) 2) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (skin moisture) 3) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) 4) การปฏิบัติกิจกรรม (activity) 5) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และ 6) แรงเสียดสีและแรงไถล (Friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน โดย 19-23 คะแนน คือ ไม่มีภาวะเสี่ยง 15-18 คะแนน คือ เริ่มมีภาวะเสี่ยง 13-14 คะแนน คือ มีภาวะเสี่ยงปานกลาง 10-12 คะแนน คือ มีภาวะเสี่ยงสูง และ 6-9 คะแนน คือ มีภาวะเสี่ยงสูงมาก ทั้งนี้ค่าคะแนนเท่ากับ 18 คะแนน คือ เริ่มเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับภายใน 2 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับ และประเมินทุก 8 ชั่วโมง อย่างสม่ำเสมอทุกวัน นอกจากนี้ต้องแยกความแตกต่างการเกิดรอยแดงที่จางกับรอยแดงที่ไม่จาง โดยใช้แว่นกดหรือใช้ดิสก์โปร่งใส (transparent disk method) และประเมินขอบเขตรอยแดงที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ (30,31,41)

2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

โดยการจัดท่านอนต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอย หลีกเลี่ยงท่านอนตะแคง 90 องศา (3) นอกจากป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้วยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

(IICP) เพิ่มความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและลดการสูดสำลัก⁽⁴²⁾ นอกจากนี้การลดแรงกดจากอุปกรณ์การแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายให้ออกซิเจน เป็นต้น ควรถอดอุปกรณ์การแพทย์เมื่อหมดข้อบ่งชี้ ควรดูแลผิวที่อยู่ใต้อุปกรณ์การแพทย์ให้แห้งและชุ่มชื้นอยู่เสมอ จัดให้มีอุปกรณ์รองรับไม่ให้อุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าวสัมผัสกับผิวหนังผู้ป่วยโดยตรง เปลี่ยนตำแหน่งอุปกรณ์การแพทย์ทุกวันเพื่อลดแรงกด การยึดท่อช่วยหายใจ และสายให้อาหารทางจมูกใช้พลาสติกที่มีความเหนียวเหมาะสม บริเวณเหนือริมฝีปากไม่ติดตั้ง^(3,43,44)

3) การป้องกันและการดูแลผิวหนัง

ควรมีการประเมินสภาพผิวหนัง ได้แก่ ประเมินลักษณะของผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ว่าพบรอยแดงหรือไม่ ประเมินขอบเขตรอยแดงที่เกิดขึ้น ประเมินอุณหภูมิของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน ประเมินอาการบวม เป็นต้น การทำความสะอาดร่างกาย หลีกเลี่ยงการใช้สบู่และน้ำยาทำความสะอาดที่มีฤทธิ์เป็นด่าง ทาโลชั่นหรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิว วันละ 3-4 ครั้ง หลีกเลี่ยงการขัดถูผิวหนังอย่างรุนแรงในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หลังการปัสสาวะอุจจาระทุกครั้งให้ทำความสะอาดผิวหนังทันที หรือไม่เกิน 30 นาที และให้ทาด้วยผลิตภัณฑ์บำรุงผิว และใช้แผ่นโฟมปิดแผลชนิดหลายชั้นที่เคลือบด้วยซิลิโคนแบบอ่อนนุ่ม ในการป้องกันผิวหนังสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมถึงแนะนำให้ใส่สายระบายอุจจาระในผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาเรื่องการควบคุมการขับถ่าย และถ่ายเหลว^(3,31,43,44)

4) การประเมินภาวะโภชนาการและโภชนาบำบัด

ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว ได้แก่ ระดับอัลบูมิน (serum albumin) ความเข้มข้นเลือด (Hct) ระดับ BUN และ creatinine 1 ครั้ง/สัปดาห์ และรายงานแพทย์เมื่อระดับ serum albumin ≤ 3.5 mg/dl^(30,43) ดูแลปรับการได้รับสารอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือเสี่ยงต่อการขาดอาหาร สำหรับในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือเสี่ยงต่อการขาดอาหาร ให้กำหนดพลังงานจากอาหารบริโภคให้อยู่ในช่วง 30-35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน กำหนดปริมาณการบริโภคโปรตีน 1.2-1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน นอกจากนี้ควรกำหนดให้อาหารบริโภคมีพลังงานสูง โปรตีนสูง อาร์จินีน สังกะสี และสารต้านอนุมูลอิสระ เสริมอาหารทางปากหรืออาหารทางสายให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 2 หรือมีแผลกดทับที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือเสี่ยงต่อการขาดอาหาร และควรได้รับสารน้ำอย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตรต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้หรือรับประทานอาหารได้น้อย ควรพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน^(3,31)

5) การจัดการสิ่งแวดล้อม

พยาบาลควรจัดเสื้อผ้าของผู้ป่วยให้แห้งสะอาดไม่เปียกชื้น ดูแลจัดผ้าปูให้เรียบตึง จัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อย หรือไม่ควรเปิดผยร่างกายผู้ป่วยให้สัมผัสความหนาวเย็น เมื่ออากาศเย็นควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอบอุ่น รวมถึงจัดให้มีการระบายอากาศที่ดี อุณหภูมิไม่ร้อนเกินไป ไม่อับชื้น โดยอุณหภูมิในหอผู้ป่วยหนักควรอยู่ที่ 25 องศาเซลเซียส และควรมีการประเมินอุณหภูมิของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ^(30,31)

6) การดูแลแผลกดทับ

โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มีแนวทาง^(3,31) ดังนี้

6.1) กรณีที่แผลกดทับไม่ลึกมาก เช่น แผลกดทับระดับที่ 1 และระดับที่ 2 มักจะหายได้เอง โดยไม่ต้องผ่าตัด หากได้รับการดูแลแผลกดทับอย่างเหมาะสม และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผล ได้แก่

6.2) การกำจัดเนื้อตาย (debridement) ซึ่งทำได้หลายวิธี อาทิ

(1) Surgical debridement or sharp คือ การใช้มีดผ่าตัดหรือกรรไกรตัดเนื้อเพื่อตกแต่งเนื้อตาย

(2) Autolytic debridement คือ วิธีการย่อยสลายเนื้อตายโดยใช้ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มของ hydrocolloid เพื่อช่วยให้ความชุ่มชื้นกับแผลหรือผลิตภัณฑ์กลุ่ม hydrogel ช่วยให้น้ำแทรกซึมเข้าไปในเนื้อตายสามารถช่วยย่อยสลายเนื้อตายได้

(3) Mechanical debridement or wet to dry dressing, Hydrotherapy คือ การทำความสะอาดแผลโดยใช้แรงดันน้ำ (irrigation) โดยใช้แรงดันน้ำ 8-13 ปอนด์/ตร.นิ้ว หรือใช้นวัตกรรมโดยใช้เครื่องแรงดันน้ำ (versajet)

(4) Enzyme debridement คือ การใช้เอนไซม์ collagenase หรือ Papain ในการย่อยสลายเนื้อตายที่ปกคลุมแผลกดทับ

(5) Biological debridement คือ การใช้หนอนปราศจากเชื้อ (sterile maggots) ที่ได้จากไข่ของแมลงวันสายพันธุ์ *Lucilia sericata* ช่วยกัดและย่อยสลายเนื้อตายในแผล

(6) การรักษาแผลกดทับโดยวิธีการผ่าตัด (wide excision debridement) นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีขนาดใหญ่และลึกระดับ 4 และไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable) ซึ่งเป็นแผลกดทับที่มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งสามารถมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน โดยส่วนใหญ่จะมีโพรงและช่องใต้ขอบแผลซึ่งสามารถมองเห็นกระดูก กระดูกอ่อนและเอ็น หรือสามารถคลำพบกระดูกได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

7) การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

พยาบาลผู้ดูแลควรมีการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแต่ละราย โดยเลือกใช้แบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับประเภทและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น การใช้แบบประเมิน Behavior pain scale (BPS) ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลกดทับพยาบาลควรเลือกใช้การลดความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรกก่อน เช่น การใช้อุปกณ์ การจัดทำนอนที่สุขสบาย ใช้หลักการการหายของแผลด้วยความชุ่มชื้น (moist wound healing) เพื่อลดความปวดจากแผลกดทับ ในกรณีที่มีการใช้ยาเพื่อลดความปวด ให้พิจารณาใช้ยาอนุพันธ์ของฝิ่นเฉพาะที่ที่ใช้ภายนอก (topical opioid) ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันจากแผลกดทับ หากจำเป็นและเมื่อไม่มีข้อห้าม และดูแลให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา⁽³¹⁾

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

ปัจจุบันได้มีศึกษาเรื่องการพัฒนาศรรณะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตในหลากหลายหน่วยงาน ทั้งสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และสถานพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งนี้พบว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทยังมีค่อนข้างน้อย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ระบบประสาทจำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะด้านหรือความเชี่ยวชาญในโรคดังกล่าวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล ผู้เขียนได้สรุปบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 5 ด้าน ซึ่งครอบคลุมบทบาทอิสระ คือ การที่พยาบาลปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้จากศาสตร์ทั้งทางด้านการพยาบาลและความรู้ที่เกี่ยวข้องในศาสตร์สาขาอื่น ๆ ตัดสินใจวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ช่วยฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นอิสระภายใต้ขอบเขตของการพยาบาล และบทบาทร่วม คือ การที่พยาบาลปฏิบัติหน้าที่โดยทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขา โดยนำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้หายจากโรคหรือควบคุมโรคได้ อันนำไปสู่ป้องกันการเกิดผลกตทัพบในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท รวมถึงรูปแบบกิจกรรมทำงานและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงสมรรถนะนั้น ๆ ในแต่ละด้านดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (participation)

ในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทและผู้ป่วยวิกฤต พบว่าบทบาทของทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยเพื่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในประเด็นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัพบได้มีการนำกระบวนการดังกล่าวมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในและต่างประเทศ^(46,47,48) โดยแบ่งหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมกำหนดแผนการรักษา เกสเซอร์ทำหน้าที่ในการเตรียมยา ผลิตภัณฑ์ เลือกรักษา และควบคุมประกันคุณภาพยาที่ให้แกผู้ป่วย นักจิตวิทยาคลินิกทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ปรับสภาพจิตและรักษาทางจิตร่วมกับจิตแพทย์ นักกายภาพบำบัดทำหน้าที่บำบัดความบกพร่องในร่างกายของผู้ป่วย นักโภชนาการทำหน้าที่ในการให้ความรู้และประเมินภาวะบกพร่องทาง ให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วย

นอกจากนี้พยาบาลเป็นอีกวิชาชีพหนึ่ง ที่ถือว่าเป็นสมาชิกของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท และเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดผลกตทัพบ^(30,31,49) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผลกตทัพบ การประเมินลักษณะผิวหนัง การประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยาตั้งแต่แรกเริ่ม การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสีและแรงเฉือน การประเมินภาวะโภชนาการและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการความปวดและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients center)

บทบาทของพยาบาลในการประยุกต์ใช้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัพบในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท ที่ครอบคลุมมิติคุณภาพบริการแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทั้ง 8 มิติ ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ^(50,51,52,53,54,55) ได้ดังนี้

มิติที่ 1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยการจัดกิจกรรม Family meeting เมื่อแรกเริ่มเพื่อให้ญาติมีโอกาสบอกถึงความต้องการและความคาดหวัง รวมทั้งความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันผลกตทัพบ กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสื่อสารแจ้งถึงความต้องการในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเขียน การใช้สัญลักษณ์ เป็นต้น

มิติที่ 2 การจัดระบบบริการ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทตามกระบวนการดูแลโดยคำนึงถึงการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้ารับบริการ การประเมิน การส่งตรวจ การวินิจฉัยโรค การวางแผนการดูแล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

มิติที่ 3 การให้ข้อมูลการรักษาและการให้ความรู้ กิจกรรมการพยาบาล คือ ให้ข้อมูล สอน สาธิต และฝึกทักษะญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทเฉพาะรายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

มิติที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ คือการให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน และดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทเฉพาะรายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

มิติที่ 5 การได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับตามแนวทางที่กำหนดการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

มิติที่ 6 การได้รับการดูแลด้านจิตใจและความวิตกกังวล ได้แก่ การจัดกิจกรรม Family meeting เมื่อประเมินว่าญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งการเกิดแผลกดทับ บอกผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นในการพยาบาลแต่ละกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

มิติที่ 7 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ได้แก่ การกำหนดแนวทางจัดการความเสี่ยงและการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของโรงพยาบาล ประเด็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท

มิติที่ 8 การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละเวรใช้กลยุทธ์ SBAR + Pressure Injury ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ การตรวจ การรักษาที่ได้รับ (S = Situation) ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา และประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย (B = Background) ข้อมูลการประเมินสถานการณ์ ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (A = Assessment) ข้อมูลความต้องการของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง (R = Recommendation) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ (Pressure Injury) ซึ่งเป็นการสื่อสารเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

3) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล (evidence based practice)

บทบาทของพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล ถือเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้รับบริการมีความปลอดภัยสูงขึ้นและยังส่งผลต่อมาตรฐานการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาทั้งทางด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยบริการและระบบสุขภาพ⁽⁵⁶⁾ โดยพยาบาลสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพงานในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทได้ ซึ่งกระบวนการสำหรับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ (assess the patient) เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อกำหนดเป็นประเด็นในการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งคำถาม (ask the question) โดยการใช้ PICO framework (Patient problem, Intervention, Comparison and Outcome) ซึ่งคำถามจะมีความสอดคล้องกับการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาหลักฐาน (acquire the evidence) เป็นการค้นหาข้อมูลในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท จากแหล่งข้อมูลประเภทต่าง ๆ ได้แก่ (1) แหล่งข้อมูลที่กลั่นกรองแล้วหรือฐานข้อมูลทุติยภูมิ และ (2) แหล่งข้อมูลที่ไม่ได้กลั่นกรองหรือฐานข้อมูลปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินคุณภาพหลักฐาน (critically appraise the evidence) เป็นการประเมินเบื้องต้นของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเหมาะสมกับบริบทการทำงานขององค์กรนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ (apply the evidence) เป็นการบูรณาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทางคลินิกในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท ซึ่งต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม ความต้องการ ค่านิยมของผู้รับบริการ ประโยชน์ที่เกิดขึ้น รวมถึงอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evaluate the outcomes) เป็นการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการกับการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ความคาดหวังตามแผนที่วางไว้

ตัวอย่างนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ที่พัฒนาภายใต้กระบวนการพัฒนาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล⁽⁵⁰⁾ เช่น การใช้แบบประเมิน Braden scale อุปกรณ์ผู้ยึดเพื่อป้องกันการดึงอุปกรณ์การแพทย์ป้องกันแผลกดทับ หมอนรองสันเท้าจากถุ่น น้ำยาล้างไต นวัตกรรมตารางพลิกตะแคงตัว ที่รองหูกป้องกันแผลกดทับ แผ่นโฟมรองปุ่มกระดูกป้องกันแผลกดทับ ถูมือพุงช่วยลดการกดทับจากท่อช่วยหายใจและครีมเคลือบผิวป้องกัน IAD เป็นต้น

4) การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (nursing competency enhancement)

บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลเป็นการบูรณาการทางความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และเจตคติเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้องสอดคล้องกับความต้องการและคุณลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัว โดยองค์ประกอบของสมรรถนะทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะ⁽⁵⁷⁾ คือ องค์ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) แรงจูงใจ (motive) ลักษณะนิสัย (traits) และอัตมโนทัศน์ (self-concept) โดยตัวอย่างกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท⁽⁵⁰⁾ อาทิ การพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยการขับเคลื่อนในลักษณะ In-service training ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ และใช้วิธีการประเมินผลเป็นรายบุคคลและมีเวทีการจัดการความรู้ (KM) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ การแบ่งเกรดแผลกดทับและการรักษาแผลกดทับ (2) การพัฒนาทักษะการประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (3) ฝึกปฏิบัติการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (4) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ (5) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

5) การนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision)

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นการช่วยให้บุคลากรพยาบาลทำงานได้ดีขึ้น โดยผู้นิเทศจะเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและมีความสะดวกในการทำงานมากขึ้นโดยมีหลักการนิเทศ ดังนี้ (1) ต้องเป็นความร่วมมือกัน (2) ต้องเป็นการสร้างสรรค์ (3) ต้องมีผลในทางปฏิบัติ และ (4) ต้องเป็นไปอย่างมีระบบ^(58,59,60) ซึ่งสามารถ

นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท⁽⁵⁰⁾

5.1) กระบวนการนิเทศทางเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าทีม เป็นผู้นิเทศทางการพยาบาล ทำหน้าที่โน้มน้าวและจูงใจสมาชิกทีมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท โดยปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ (1) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (nursing round) (2) การมอบหมายงาน (assignment) (3) ร่วมการประชุมก่อนให้การพยาบาล (pre-conference) (4) การวางแผนการพยาบาล (nursing care planning) (5) เป็นแบบอย่างในการให้การพยาบาล (nursing care) (6) ให้การนิเทศทางการพยาบาลแก่พยาบาลในทีมตามที่ได้รับมอบหมาย (supervision) (7) การบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) และ (8) ร่วมประชุมหลังให้การพยาบาล (post-conference) ติดตามผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

5.2) กระบวนการบันทึกเพื่อประเมินและติดตามปัญหาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ได้แก่ (1) การใช้แบบประเมิน Braden scale (2) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse note) (3) ระบบการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

สรุป

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและกระทบต่อสถานพยาบาล เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล กลไกและพยาธิสภาพหลักในการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท คือปัญหาด้านการเคลื่อนไหวอันมีสาเหตุมาจากสมองถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บ โดยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทพบได้ทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของผู้ป่วย การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน การป้องกันและการดูแลผิวหนัง การประเมินภาวะโภชนาการและโภชนาบำบัด การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลแผลกดทับ และการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก https://skko.moph.go.th/dward/document_file/qa/common_form_upload_file/20191113141226_578732059.pdf.
2. Al Aboud AM, Manna B. Wound pressure injury management. .Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2023.

3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and update the stages of pressure injury. Apr 13; 2016.
4. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022;17(1):18-29.
5. Dhandapani M, Dhandapani S, Agarwal M, Mahapatra AK. Pressure ulcer in patients with severe traumatic brain injury: significant factors and association with neurological outcome. *J Clin Nurs*. 2014;23(7-8):1114-9.
6. Osis SL, Diccini S. Incidence and risk factors associated with pressure injury in patients with traumatic brain injury. *Int J Nurs Pract*. 2020;26(3): 12821.
7. อุบลรัตน์ วิสุทธินันท์, กฤตพัทธ์ ผีกฝน. ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงต่อการเกิดแผลกดทับและภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*. 2559;17(3): 33-41
8. สังวาลย์ ธนะแก้ว ศศิธร พิชัยพงศ์. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*. 2557;10(3):173-182.
9. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;71:97-114.
10. ศศิธร พิชัยพงศ์. วิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลลำพูน [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: หนังสือดีวันจำกัด; 2561.
12. Farid J, Amin R, Sheikh MA, Irfan M, AlRuwaiti R, Alruwaiti M, et al. Prevalence and prediction of pressure ulcers in admitted stroke patients in a tertiary care hospital. *J Tissue Viability*. 2022;31(4):768-75.
13. Afzali Borjony L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. The incidence of pressure ulcers and its associations in different wards of the hospital: a systematic review and metaanalysis. *Int J Prev Med*. 2020;5(11):171
14. ยุวดี เกื้อกูลวงศ์ชัย. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*. 2564;8(1):1-11.
15. สุชาดา นิลบรรพต อัมพรพรรณ อีราบุตร. ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2562;42(3):1-10.
16. พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ชฎาพร เขตนิมิต, ทศพร เมืองสถิต. ผลของการใช้แป้นทานาคาในการป้องกันแผลกดทับระดับ 1 ในผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*. 2560;31(1):179-189

17. China Neurosurgical Critical Care Specialist Council (CNCCSC); Zhao JZ, Zhou DB, Zhou LF, Wang RZ, Zhang JN, et al. The experts consensus for patient management of neurosurgical critical care unit in China (2015). *Chin Med J (Engl)*.2015;128(9):1252-67.
18. Santafé Colomina M, Arian Abelló F, Sánchez Corral A, Ferrer Roca R. Optimization of the neurosurgical patient in Intensive Care. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2019;43(8):489-96
19. สมประสงค์ ทองมีสี. Thailand trauma statistics in adult (age 16-60 yr) ประจำปี 2564. เลขาธิการสมาคมแพทยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก https://weblink.crhospital.org/crhfileload/cDownload.php/?DL_ID=1968&DL_NAME=TEAF256504272018203421.pdf
20. Wang S, Zou XL, Wu LX, Zhou HF, Xiao L, Yao T, et al. Epidemiology of intracerebral hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2022;13:915813.
21. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*. 2564;37(4):54-60.
22. Prins M, Greco T, Alexander D, Giza CC. The pathophysiology of traumatic brain injury at a glance. *DisModel Mech*. 2013;6(6):1307-15.
23. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. New York: Lippincot Williams & Wilkin; 2014.
24. Mrozek S, Vardon F, Geeraerts T. Brain temperature: physiology and pathophysiology after brain injury. *Anaesthesia Research and Pract*. 2012; 989487.
25. Tavazzi B, Signoretti S, Lazzarino G, et al. Cerebral oxidative stress and depression of energy metabolism correlate with severity of diffuse brain injury in rats. *Neurosurgery*. 2005;56(3):582-9.
26. วุฒิชัย สมกิจ ชัยคนธ์ แพรวชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไข้ ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระยะ 72 ชั่วโมงแรกและได้รับการผ่าตัดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 2562;14(2):33-54
27. ศิริกัญญา อุตสาหพิทยกุล, ศากุล ช่างไม้, วินัส ลิฬหกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2561;27(4):21-31.
28. ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์, จุฬพร ประสงค์. แผลกดทับ. ในยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์, และจุฬพร ประสงค์(บ.ก.), *การดูแลแผลกดทับ:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช; 2552.
29. จุฬพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์จากการตรวจสอบและประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ = Wound care for nursing : evidence base to practice. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง;2559.

30. รินนารา สายเมฆ. การพัฒนาและการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
31. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: quick reference guide.Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
32. Cox BJ, Roche S. Vasopressors and development of pressure ulcers in adult critical care patients. *AJCC* 2015; 24(6):501-10.
33. Yoon JE, Cho OH. Risk factors associated with pressure ulcers in patients with traumatic brain injuryadmitted to the intensive care unit. *Clin Nurs Res*. 2022;31(4):648-55.
34. วุฒิชัย สมกิจ ชัชฌาญ แพรวชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไข้ ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระยะ 72 ชั่วโมงแรกและได้รับการผ่าตัดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 2562;14(2): 33-54
35. ชยพล ศิรินิยมชัย. การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*. 2561;24(1):1-14.
36. Liang M, Chen Q, Zhang Y, He L, Wang J, Cai Y, Li L. Impact of diabetes on the risk of bed sore inpatients undergoing surgery: an updated quantitative analysis of cohort studies. *Oncotarget*. 2017;8(9): 14516-24.
37. Lima Serrano M, González Méndez MI, Carrasco Cebollero FM, Lima Rodríguez JS. Risk factors for pressure ulcer development in intensive care units: a systematic review. *Med Intensiva*. 2017;41(6): 339-46.
38. วไลพร ปักกระกา, นิสากร วิบูลชัย, วุฒิชัย สมกิจ, สุชัยญญา เดชศิริ, จีรพร อินนอก, สิรินารถ ประพาศพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2565;19(2):140-53.
39. Nassaji M, Askari Z, Ghorbani R. Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(4):418-23.
40. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987 ;36(4):205-10
41. Lovegrove J, Fulbrook P, Miles S. International consensus on pressure injury preventative interventions by risk level for critically ill patients: a modified delphi study. *Int Wound J*. 2020;17(5):1112-27
42. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(3):15-29.
43. รุจภา เจริญธนปจัย สุวิมล แสนเวียงจันทร์. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. *วารสารพยาบาล*. 2561;67(4):53-61

44. Black J, Alves P, Brindle CT, Dealey C, Santamaria N, Call E, Clark M. Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *Int Wound J*. 2015;12(3):322-7
45. สายฝน ไทยประดิษฐ์, วิภา แซ่เซี้ย เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2557;29(1):43-54.
46. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J, Du W, Brand H. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997 Mar;52(2): M106-10
47. Graves N, Birrell F, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(3):293-97
48. ปฐมวดี สิงห์ตง นิภาพร พากเพียร. การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีแผลกดทับ. *วารสารพยาบาลศิริราช*. 2551;2(1):66-73.
49. Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011.
50. Pukkaeraka W, Somgit W, Vibulchai N, Dejsiri S. Development of a nursing management model for preventing pressure ulcers among neurosurgical critical patients. *JPNC*. 2022;33(2):81-98
51. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2555 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี: สหพัฒนพิบูล; 2556.
52. ทิพาภรณ์ หาญมนตรี สุทธิพร มุลศาสตร์. คุณภาพบริการแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 1 : รายงานการวิจัย. *วารสารพยาบาล*. 2557;63(4):49-56.
53. Paparella D, Whitlock R. Safety of salvaged blood and risk of coagulopathy in cardiac surgery. *Semin Thromb Hemost*. 2016;42(2):166-71
54. Australian College of Nursing. Person-centered care: position statement [Internet]. 2014. [cited 2023 October 10] Available from: https://www.acn.edu.au/sites/default/files/advocacy/submissions/PS_Person-centered_Care_C2.pdf.
55. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC). National Academies Press (US); 2001.
56. สุพรรณิ กัณหดิลก, ตริชญา ปูนสำเร็จ ชุตินา มาลัย. กลยุทธ์การสอนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2560;35(4):34-41.
57. Spencer, LM & Spencer SM. Competence at work: models for superior performance. John Wiley & Sons. New York; 1993 .

58. อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุภร์ จันทร์ประเสริฐ อมราพร สุรการ. การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(3):144-157.
59. อารี ชิวเกษมสุข. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความปกติใหม่. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;37(1):25-37.
60. Proctor WR, Foster AJ, Vogt J, Summers C, Middleton B, Pilling MA, et al. Utility of spherical human liver microtissues for prediction of clinical drug-induced liver injury. Arch Toxicol. 2017;91(8):2849-63.