

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ

Nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers

รุจภา เจียมมณีนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์

Rujapa Jiamtanopachai and Suvimon Sanveingchan

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

บทคัดย่อ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับประกอบด้วย กลไกการเกิด ผลกระทบ การใช้เครื่องมือ ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ และการป้องกันแผลกดทับ

คำสำคัญ: การป้องกันแผลกดทับ, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

Abstract

Nursing practice guideline on pressure ulcer prevention consisted of the mechanism and impact of pressure ulcers, use of risk assessment scales and pressure ulcer prevention.

Keywords: Pressure Ulcer Prevention, Nursing Practice Guideline

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวลำบาก มีสาเหตุหลักจากเนื้อเยื่อบริเวณหนึ่งถูกแรงกดทับเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะบริเวณเนื้อเยื่อปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ก้นกบ สะโพก มีปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับง่ายขึ้นทั้งด้านกายภาพ และชีวภาพ ปัจจัยที่เกิดทางกายภาพ เช่น แรงกดและระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด มีแรงเฉือน แรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือเลื่อนตัวผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวลำบาก และการรับรู้ความรู้สึกตอบสนองไม่ดี ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การมีอายุที่มากขึ้น มีความไว และความทนทานของ

แต่ละบุคคลไม่เท่ากัน มีสรีรวิทยา และมีระบบการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อแตกต่างกัน ระบบไหลเวียน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อแตกต่างกัน นอกจากนั้น การมีผิวหนังที่เปื่อยขึ้นตลอดเวลา ไม่สามารถถลันปัสสาวะ อุจจาระได้ มีภาวะโภชนาการไม่ดี มีโปรตีนในเลือดต่ำ หรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น (Coleman et al., 2014a) การที่เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด และเกิดเป็นแผลกดทับระดับต่างๆ นอกจากนี้นักพบปัญหาด้านทรัพยากรที่มีผลทำให้เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น คือ พยาบาลมีภาวะ

งานมาก (Cremasco, Wenzell, Sardinhal, Zanei, & Whitaker, 2009) ทำให้พยาบาลเหนื่อยล้า เกิดความเครียด การมีอัตรากำลังใจไม่เพียงพอ (83.1%) ขาดแคลนอุปกรณ์ และแหล่งสนับสนุน (67.7%) ผู้ทำงานไม่มีความรู้ และไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอ (63.2%) (Etafal, Argaw, Gemechu, & Melese, 2018) เป็นอุปสรรคหลักในการป้องกันแผลกดทับ (Lavallée, Gray, Dumville, & Cullum, 2018) การศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้ (51.1%) ต่ำกว่าทัศนคติ (76.7%) (Simonetti, Comparcini, Flacco, Giovanni, & Cicolini, 2015) สอดคล้องกับ Usher และคณะ (2018) ที่เสนอว่า นักเรียนพยาบาลมีทัศนคติการดูแลแผลกดทับที่ระดับสูง (78%) แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันเพื่อลดระยะเวลา และจำนวนแรงกด แรงเฉือน (51%) และยังมีความมั่นใจระดับต่ำเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การมีแผลกดทับอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นมาก เช่น การติดเชื้อ แม้ว่าพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ตาม แต่ไม่ทำให้สถิติการเกิดแผลกดทับลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลต้องให้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Whitty et al., 2017) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้น้ำเยื่อถูกทำลายน้อยลงเมื่อเทียบกับการใช้มาตรฐานการดูแลทั่วไป (Avsar & Karadag, 2018; Whitty et al., 2017) พยาบาลจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ โดยมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดแผลกดทับ และค่าใช้จ่ายในการดูแล บทความนี้ผู้เขียนจึงขอเสนอสาระสำคัญในหัวข้อต่อไปนี้ ความหมาย และระดับของแผลกดทับ ชนิดของแผลกดทับ ความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ กลไกการเกิด การประเมินการเกิดแผลกดทับ การป้องกัน และการดูแลแผลกดทับ

ความหมาย และระดับของแผลกดทับ

แผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่ถูกทำลาย โดยมีแรงกดทับบริเวณนั้นเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะบริเวณเนื้อปมกระดูกต่าง ๆ เช่น ปมกระดูกบริเวณก้นกบ สะโพก เป็นต้น หรือมักพบแผลกดทับบริเวณที่สัมผัสหรือเสียดสีกับอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลานาน เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ สายให้ออกซิเจน ลักษณะของอาการบาดเจ็บ แบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงเฉพาะที่ บริเวณนั้นไม่มีผิวหนังฉีกขาด เมื่อกดผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดงๆ ยังคงอยู่

ระดับที่ 2 แผลมีลักษณะมองเห็นชั้นหนังแท้เป็นสีชมพูหรือสีแดงในบริเวณที่มีชั้นผิวหนังส่วนนอกฉีกขาด อาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใส หรือ ตุ่มน้ำใสที่แตกแล้ว ยกเว้นผิวหนังที่ฉีกขาดจากอุบัติเหตุ เช่น ฉีกขาดจากแผลถลอก หรือแผลไฟไหม้ หรือแผลที่ผิวหนังฉีกขาดจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์ เช่น พลาสเตอร์ปิดแผล

ระดับที่ 3 แผลมีลักษณะสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด จนมองเห็นชั้นไขมันในแผล อาจพบเนื้อตายอยู่ หรือเนื้อตายแห้งแข็ง อาจพบโพรงลึกใต้แผล แต่ไม่เห็นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก

ระดับที่ 4 สูญเสียชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด มองเห็นพังผืด เอ็น และกระดูก

นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับของแผลได้ แผลมีลักษณะสูญเสียชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด มีเนื้อตายสีดำปกคลุม ทำให้ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ และแผลที่เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกถูกกดทับ (Deep Tissue Pressure Injury [DTI]) แผลมีลักษณะผิวหนังยังไม่ฉีกขาด หรือมีการฉีกขาดแล้ว แต่มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วกดบริเวณรอยแดงคล้ำนั้น หรือผิวหนังเปลี่ยนสีเป็นสีแดงเข้ม หรือสีม่วง บางรายผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาด เห็นพื้นแผลเป็นสีดำ หรือพบตุ่มน้ำที่มีสารคัดหลั่งคล้าย

เลือดอยู่ข้างใน หากคลำผิวหนังบริเวณนั้นพบผิวหนังบริเวณนั้นจะอุ่น หรืออาจมีอาการปวดร่วมด้วย (Edsberg, Black, Goldberg, McNichol, Moore, & Sieggreen, 2016)

ชนิดของแผลกดทับ จำแนกตามสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ

1. แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ที่มีจุดประสงค์เพื่อการรักษาหรือการวินิจฉัยโรค เช่น ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal tube[ET tube]) สายให้อาหารทางจมูกและสายให้ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ แผลกดทับมักเกิดขึ้นใต้อุปกรณ์หรือผิวหนังบริเวณที่อุปกรณ์เหล่านี้เสียดสี กดทับเป็นเวลานาน ส่วนมากสามารถระงับระดับของแผลกดทับได้

2. แผลกดทับบริเวณเยื่อผิวหนังในช่องปาก มักมีประวัติการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในตำแหน่งที่เกิดแผล ลักษณะแผลมีอาการบวม แดง เจ็บ มักไม่สามารถระงับระดับของแผลได้เพราะเนื้อเยื่อผิวหนังปากกับชั้นผิวหนังมีความแตกต่างกัน

3. แผลกดทับที่เกิดจากผิวหนังสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานาน (Incontinence associated dermatitis [IAD]) มีการอักเสบของผิวหนัง มีลักษณะของผิวหนังแดง อาจลอกหลุด เห็นเนื้อเยื่อแผลสีชมพูหรือสีแดง แบ่งระดับความรุนแรงได้ 4 ระดับดังนี้

1. ระดับเสี่ยงสูง ผิวหนังมีลักษณะปกติไม่มีรอยแดง แต่อาจมีรอยแผลเป็นจาก IAD หรือแผลกดทับที่เป็นมาก่อน มีภาวะถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง

2. ระดับน้อย ผิวหนังมีรอยแดง ขอบเขตไม่ชัดเจน ไม่มีแผลเปิด รู้สึกปวดแสบขณะสัมผัส

3. ระดับปานกลาง ผิวหนังมีสีแดงสด หรือสีแดงจัดในคนผิวเข้ม แผลมักมีลักษณะเป็นมันเงา มีอาการปวดแสบ ปวดร้อนขณะสัมผัส

4. ระดับรุนแรง เป็นแผลเปิดระดับตื้นสีแดง

มีสารคัดหลั่งหรือเลือดซึม ผิวหนังบางส่วนหลุดลอก

ความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ผู้ป่วยได้รับผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย และชีวิต หากแผลเกิดการติดเชื้อ ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาสินเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ในการดูแลรักษาผู้ป่วย หากสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ก็จะไม่เกิดปัญหาเหล่านี้

การประเมินการเกิดแผลกดทับ

โดยทั่วไปประเมินจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้เครื่องมือต่างๆ ช่วยประเมินความเสี่ยง

1. การซักประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวตนเองลำบาก หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

2. การตรวจร่างกาย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษา

3. การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ อาทิ Braden scale และ Norton scale

2.1 แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale) ใช้ในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วยการประเมินตามปัจจัยเสี่ยงของการรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดสี และแรงเฉือน คะแนนรวม 6-23 แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 6-9 มีความเสี่ยงสูงมาก, 10-12 มีความเสี่ยงสูง, 13-14 มีความเสี่ยงปานกลาง, 15-18 มีความเสี่ยง และ 19-23 ไม่มีความเสี่ยง (โรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล, 2517) Braden scale อาจใช้วัดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในระดับปานกลางหรือรุนแรงได้เหมาะที่จะใช้ประเมินแผลกดทับทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน

เช่น ในห้อง ICU และระยะเรื้อรัง อีกทั้งสามารถนำไปใช้ ในหลากหลายลักษณะสถานบริการ เช่น ในโรงพยาบาล หรือ nursing home แบบประเมินของบราเดนยังใช้เวลา ในการประเมินน้อยกว่าแบบประเมินอื่นๆ ผู้ป่วยในหอ อภิบาลผู้ป่วยวิกฤต อาจใช้เครื่องมืออื่นในการประเมิน แผลกดทับร่วมด้วยเช่น The Sofa Scale เพื่อให้การทำนาย การเกิดแผลกดทับมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีหัวข้อ ประเมิน ภาวะโคมาของ Glasgow Coma score, renal and respiratory disorders และความดันโลหิตต่ำ

2.2 แบบประเมินของนอตัน (Norton pressure sore risk assessment scale) ประกอบด้วยการประเมิน สภาวะทางร่างกาย สภาวะทางจิต กิจกรรม การเคลื่อนไหว และการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ (Incontinence) ใช้ มาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับกำหนดคะแนนแต่ละส่วน 1-4 คะแนนรวม 5-20 จำแนกระดับความเสี่ยง 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม ต่ำกว่า 10 เสี่ยงมากที่สุด, ระหว่าง 10-14 เสี่ยงสูง, ระหว่าง 14-18 เสี่ยงปานกลาง, มากกว่า 18 เสี่ยงน้อย แบบประเมินของนอตันนี้เหมาะสมในการใช้ คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแรกรับ สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมในหออภิบาลผู้ป่วย การใช้ Norton scale ในการวัดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับมีความ เหมาะสมที่สุด

กลไกการเกิดแผลกดทับ

Coleman และคณะ (2014a) ได้เสนอแนวคิดใหม่ ของแผลกดทับและอธิบายความสมดุลระหว่างปัจจัยทาง กายภาพ และทางชีวภาพที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับไว้ ดังนี้ ปัจจัยทางกายภาพประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักคือ แรงกด ระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด และประเภทของแรงกด (แรงเฉือน และแรงเสียดทาน) โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ ที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว ได้ (Immobility) และการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง ไม่ดี ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย ความไว และ

ความทนทานของแต่ละบุคคล สรีรวิทยา และการซ่อมแซม ระบบไหลเวียน และการส่งผ่านความร้อน คุณสมบัติทาง กายภาพของเนื้อเยื่อ (ความแข็งแรง และความยืดหยุ่น) ความแตกต่างของรูปทรงและชั้นของเนื้อเยื่อ โดยมีปัจจัย เสี่ยงทางชีวภาพที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผิวหนัง/ ระดับแผลกดทับ ระบบการไหลเวียนไม่ดี ภาวะโภชนาการ ไม่ดี โรคเบาหวาน ความชุ่มชื้นของผิวหนัง และระดับ โปรตีนในเลือดต่ำ

การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

1. การดูแลตามปัจจัยทางกายภาพ

1.1 การลดแรงกดทับ โดยการเปลี่ยนท่านอน ของผู้ป่วย และการใช้ที่นอนเฉพาะ และระยะเวลาที่เนื้อเยื่อ ถูกกด

การเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย การพลิกตัวทุก 2, 3 หรือ 4 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของแผล กดทับไม่แตกต่างกัน (Bergstrom et al., 2013) ผู้ป่วยจะ ได้รับการพลิกตัวมากที่สุดในช่วงกลางวันและเย็น และมีความถี่ในการพลิกตัวน้อยที่สุดในช่วงกลางคืน (Latimer, Chaboyer, & Gillespie, 2015) การเพิ่มระยะเวลาพลิก ตตะแคงตัวจากทุก 2 ชั่วโมง (มาตรฐานทั่วไป) จากพลิก ตตะแคงตัวทุก 3 ถึง 4 ชั่วโมง จะต้องมีการเพิ่มต้นทุนสูง ขึ้น ในด้านเวลาของผู้ให้บริการ (Whitty et al., 2017)

การใช้ที่นอนเฉพาะ การใช้ที่นอนที่มีคุณภาพ เช่น ที่นอนทำจากโฟม ที่สามารถลดและกระจายแรงดัน ที่ผิวหนังบริเวณที่มีการกดทับนานๆ และอัตราการเกิดแผล กดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Palden et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เตียงนอนลม หรือเตียงนอนที่ อัดอากาศแบบไฮบริด อาจลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับ ได้เมื่อเทียบกับเตียงนอนของโรงพยาบาลมาตรฐาน แต่ การนอนเตียงนอนลมสายน้อยกว่าที่นอนของโรงพยาบาล มาตรฐาน (Shi, Dumville, & Cullum, 2018) ที่นอนน้ำจะ นอนสบายที่สุด สามารถเลือกที่นอนที่ทำจากโฟม หรือ

เตียงนอนลมก็ได้ เพราะการศึกษาของ Worsley และคณะ (2018) พบว่าแรงกดบนพื้นผิวเบาะระหว่างเบาะที่ทำจากโฟม หรือ เบาะลม ไม่แตกต่างกันทั้งชนิดและยี่ห้อ แม้ว่าการใช้ที่นอนลมและที่นอนทำจากโฟมจะใช้งบประมาณสูง แต่สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคุ้มทุนในระยะยาว (Shi et al., 2018) อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นเท่าใด โอกาสการเกิดแผลกดทับก็เพิ่มขึ้นเท่านั้น (Ahtiala, Soppi, & Tallgren, 2018)

1.2 ภาวะที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง

1.2.1 ใช้เบาะนั่งทำจากโฟมรองบริเวณ

ผานั่งชักโครก จะช่วยลดการเกิดแรงกดบนเนื้อเยื่อที่ทับซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ นั่งบนชักโครกนานๆ มากกว่า 10 นาที โดยใช้ผารองนั่งชักโครกที่ไม่มีเบาะส่งผลทำให้เกิดแรงกดโดยตรงกล้ามเนื้อ Gluteal ที่สัมผัสกับผารองนั่งชักโครกโดยตรง ทำให้มีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น (Lustig, Levy, Kopplin, Blechman, & Gefen, 2018) ประกอบกับ สภาพของ

1.2.2 ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้

และมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บ และมีแผลกดทับระดับ 4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มนี้อาจเกิดเชื้อราหรือผิวหนังอักเสบร่วมด้วย (Gray & Giuliano, 2018)

1.3. การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี

1.3.1 จัดทำนั่งให้มีการกระจายของน้ำหนัก

ลำตัว เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ในการจัดทำนั่งจึงมีความสำคัญ แผลกดทับมักจะพบบ่อยบริเวณ ด้านหลังศีรษะ ข้อศอก และระหว่างเข่า ในทำนอง เนื่องจากลักษณะเก้าอี้มีที่วางแขน และที่พนักศีรษะไม่เหมาะสม กับทำนองของผู้ป่วย หลักการของการจัดทำนั่งที่เหมาะสมที่สุดคือ การนั่งในท่าที่ไม่ให้น้ำหนักตัวลงไปที่บริเวณจุดใดจุดหนึ่งของร่างกายมากเกินไป เพราะ

จะทำให้บริเวณนั้นเกิดแผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นจึงควรนั่งให้เท้าสามารถวางขนานกับพื้นได้ทั้งสองข้าง หลังพิงพนักเก้าอี้แนวตรง ลำตัวไม่เอียง แขนสามารถวางที่พนักแขนได้ ซึ่งลักษณะการนั่งนี้เป็นท่าที่มีน้ำหนักทั้งร่างกายกระจายเท่าๆ กันไปที่บริเวณที่พนักศีรษะ พนักพิง มุมของเก้าอี้ พนักพิง ที่วางขา และเท้า โดย ที่น้ำหนักไม่ไปรวมที่สะโพกหรือลำตัวเพียงจุดเดียว และถ้าเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากที่สุด เพื่อป้องกันแผลกดทับ (Stephens, Bartley, Betteridge, & Samuriwo, 2018)

1.3.2 การประเมินผิวหนัง และลักษณะของเก้าอี้

การประเมินผิวหนัง ผู้ดูแลควรตรวจผิวหนังผู้ป่วยเป็นระยะ ดูแลไม่ให้ผิวหนังแห้งเกินไป หากแห้งมากสามารถใช้ครีมเพิ่มความชุ่มชื้นของผิว (Moisturisers) ได้ และไม่ให้ผิวหนังแฉะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ลักษณะเก้าอี้ ความกว้างของเก้าอี้ควรมีระยะห่างระหว่างด้านข้างของสะโพก และด้านข้างของเก้าอี้ไม่น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร ความสูงของเก้าอี้ ต้องตรวจสอบให้เหมาะสมกับผู้นั่งแต่ละคน ให้ผู้นั่งสามารถนั่งในท่าสบาย วางเท้ากับพื้น หรือที่วางเท้า หากใช้เบาะรองนั่งจะทำให้เพิ่มความสูงของเก้าอี้ได้ ความลึกของที่นั่งของเก้าอี้แนะนำให้มีความยาวของที่นั่งระหว่างขอบของเก้าอี้และบริเวณหลังเข้าของผู้นั่งยาวไม่ต่ำกว่า 2.5 เซนติเมตร และผู้นั่งต้องนั่งหลังตรง พนักพิงเก้าอี้ไม่ควรกว้างมากไปจะทำให้ลำตัวเกิดความไม่สมดุล มุมด้านหลังของเก้าอี้ ส่วนมากให้ทำมุมเก้าอี้เอียงเล็กน้อยเพื่อให้นั่งสบาย แต่อาจก่อให้เกิดการนั่งลำตัวเอียงเกินไป ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแรงกดที่ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ ที่พนักแขนไม่สูงหรือเตี้ยจนเกินไป ที่พนักเท้ามาตรฐานที่วางเท้าที่เหมาะสม เมื่อวางเท้าข้อเท้าต้องทำมุม 90 องศา อย่างไรก็ตามการจัดทำวางเท้าควรทำตามความต้องการของบุคคลด้วย ที่พนักศีรษะช่วยพยุงศีรษะโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

พียงศีรษะเองได้ หรือมีกล้ามเนื้อบริเวณคออ่อนแรง ที่พักระยะเป็นส่วนสำคัญ ช่วยให้ผู้ดูแลหายใจ หรือกลืนได้สะดวก และช่วยเรื่องการสลายตา ควรดูแลเรื่องแรงกดด้านหลังศีรษะที่จะทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ (Stephens & Bartley, 2018) แก้วที่หักฉีกที่มีจำหน่ายในท้องตลาดอาจช่วยลดแรงกดที่ผิวหนังได้ (Worsley, et al., 2018)

1.3.3 การจัดท่านั่ง ท่าที่สบายถึงสบายที่สุดและเหมาะสมที่สุดคือ ท่านั่งหน้าตรง หลังตรงพิงพนักเก้าอี้วางราบกับพื้น สะโพกทำมุม 90 องศา กับพนักพิง เข่าทำมุม 90 องศา เท้าสองข้างวางราบกับพื้น ในท่านั่งลำตัวตรง แรงกดที่ก้นสองข้างจะกระจายเท่าๆ กัน ท่านั่งที่เลื่อนตัวลงมา หรือเอียงตัว และท่านั่งเท้าวางสูงกว่าพื้นทั้งสองข้างเป็นท่านั่งที่ไม่สบาย (Worsley et al., 2018)

1.3.4 วัยสูงอายุมีการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ควรพิจารณา ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ คือ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน และสภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วย (Patient acuity) (Cremascol et al., 2009) โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายให้ออกซิเจนซึ่งมักเกิด แผลกดทับบริเวณหนังหุ้มข้อ หรือ พบแผลกดทับบริเวณริมฝีปาก กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (Barakat-Johnson, Barnett, Wand, & White, 2017) บริเวณจมูก กรณีใส่สายให้อาหาร หรือผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนปัสสาวะสวนคา ผู้ดูแลควรพิจารณาใช้ผ้าก๊อชปิดแผลเพื่อลดแรงกด และช่วยซับของเหลวจากแผล แต่ต้องมีการตรวจผิวหนังได้ผ้าปิดแผลสม่ำเสมอ หรือ เปลี่ยนตำแหน่งอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อลดแรงกดที่ผิวหนัง (Black et al., 2013)

2. การดูแลตามปัจจัยทางชีวภาพ

2.1 ความไวและความทนทานของแต่ละบุคคล
วัยสูงอายุมีการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ความ

ชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะได้พบน้อยกว่าผู้ป่วยที่กลั้นไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่รุนแรงขึ้น (Lachenbruch, Ribble, Emmons, & VanGilder, 2016; Gray & Giuliano, 2018) นอกจากนั้น อัตราการเกิดแผลกดทับบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บในผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้เกิดแผลกดทับระดับ 4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Gray, & Giuliano, 2018)

2.2 ผิวหนัง/ระดับแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยง โดยการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ ถ้าผิวหนังขาดความชุ่มชื้น ระบบการไหลเวียนไม่ดี และโภชนาการไม่ดี มีโรคเบาหวาน อาจเกิดแผลกดทับระดับ 4 เพิ่มขึ้น (Coleman, Nixon, Keen, Wilson, McGinnis, & Dealey, 2014a; Gray & Giuliano, 2018)

บทสรุป

แผลกดทับยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่อัตราการเกิดยังคงเพิ่มขึ้น ขณะที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งพยายามหาแนวทางป้องกันที่เหมาะสม เนื่องจากแต่ละแห่งมีบริบทต่างกันทั้งด้านทรัพยากรบุคคล ความรู้ อุปกรณ์ ดังนั้น การจัดการสร้างเครื่องมือ และแนวทางป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่ด้านการศึกษา เช่น การเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลป้องกันแผลกดทับในนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นำมาปรับใช้ก็ควรให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาลหรือสถานศึกษา เนื่องจากอาจเกิดต้นทุนที่สูงขึ้น เช่น พยาบาลต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการพลิกตะแคงตัวและดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่ก็เป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล. (2017). แบบประเมินบราเดน. ค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2517, จาก http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_QD/admin/news_files/51_72_2.pdf
- Ahtiala, M., Soppi, E., & Tallgren, M. (2018). Specific risk factors for pressure ulcer development in adult critical care patients-a retrospective cohort study. *European Wound Management Association [EWME] Journal*, 19(1), 35-42.
- Avsar, P., & Karadag, A. (2018). Efficacy and cost-effectiveness analysis of evidence-based nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 54-61.
- Barakat-Johnson, M., Barnett, C., Wand, T., & White, K. (2017). Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *Journal of Tissue Viability*, 26(4), 246-253.
- Bergstrom, N., Horns, D., Rapp, M. P., Stern, A., Barrett, R., & Watkiss, M. (2013). Turning for ulcer reduction: A multisite randomized clinical trial in nursing homes. *Journal of The American Geriatrics Society*, 61, 1705-1713.
- Black, J., Alves, P., Brindle, C. T., Dealey, C., Santamaria, N., Call, E., & Clark, M. (2013). Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *International Wound Journal*, 12(3), 322-327.
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014a). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2222-2234.
- Coleman, S., Nelson, E. A., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014b). Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2339-2352.
- Cremascol, M. F., Wenzell, F., Sardinhal, F. M., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2009). Pressure ulcer: Patient risk, patient acuity, and nursing workload. *Acta Paul Enferm Journal*, 22, 897-902.
- Edsberg, E. L., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 43(6), 585-597.
- Etafal, W., Argaw, Z., Gemechu, E., & Melese, B. (2018). Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC Nursing*, 17(14), 1-8.

- Gray, M., & Giuliano, K. K. (2018). Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: A multisite epidemiologic analysis. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 45(1), 63-67.
- Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J., & Cullum, N. (2018). Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the theoretical domains framework. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 79-89.
- Lachenbruch, C., Ribble, D., Emmons, K., & VanGilder, C. (2016). Pressure ulcer risk in the incontinent patient: Analysis of incontinence and hospital-acquired pressure ulcers from the international pressure ulcer prevalence survey. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 43(3), 235-241.
- Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. M. (2015). The repositioning of hospitalized patients with reduced mobility: A prospective study. *Nursing Open Journal*, 2(2), 85-93.
- Lustig, M., Levy, A., Kopplin, K., Blechman, Z. O., & Gefen, A. (2018). Beware of the toilet: The risk for a deep tissue injury during toilet sitting. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 23-31.
- Paulden, M., Bergstrom, N., Horns, D., Rapp, M. P., Barrett, R., Watkiss, M., et al. (2014). Turning for ulcer reduction (TURN) study: An economic analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 14(12), 1-24.
- Simonetti, V., Comparcini, D., Flacco, M. E., Giovanni, P. E., & Cicolini, G. (2015). Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence-based guidelines: A multicenter cross-sectional study. *Nursing Education Today*, 35(4), 573-579.
- Shi, C., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2018). Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(2), 1-29.
- Stephens, M., Bartley, C., Betteridge, R., & Samuriwo, R. (2018). Developing the tissue viability seating guidelines. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 74-79.
- Stephens, M., & Bartley, C. A. (2018). Understanding the association between pressure ulcers and sitting in adults what does it mean for me and my carers? seating guidelines for people, carers and health & social care professionals. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 59-73.
- Usher, K., Woods, C., Brown, J., Power, T., Lea, J., Hutchinson, M., et al. (2018). Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure injury prevention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 14-20.

- Whitty, J. A., McInnes, E., Bucknall, T., Webster, J., Gillespie, B. M., Banks, M., et al. (2017). The cost-effectiveness of a patient-centred pressure ulcer prevention carebundle: Findings from the INTACT cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 35-42.
- Worsley, P. R., Rebolledo, D., Webb, S., Caggiari, S., & Bader, L. D. (2018). Monitoring the biomechanical and physiological effects of postural changes during leisure chair sitting. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 16-22.