

การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ : รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Reducing the Incidence of Pressure Ulcer : Model of Care Through Action Research

ชาลี แย้มวงษ์* พย.ม

Chavalee Yamvong M.N.S.

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์** วท.ม (พยาบาล)

Jantip Vongvivut, M.S.(Nursing).

ปานจิตร์ โชคพิกชิต*** พย.ม

Panchit Chokepichit, M.N.S.

ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล*** วท.บ (พยาบาล)

Sukoldee Choicharnchaikul, B.Sc.(Nursing).

ประคอง อินทรสมบัติ* คม (บริหารการพยาบาล)

Prakong Intarasombat, M.Ed.(Nursing Administration)

สุภาณี กาญจนจारी* วท.ม (พยาบาล)

Supanee Kanchanajari, M.S.(Nursing)

ปภาภรณ์ นิลวิเศษ*** วท.บ (พยาบาล)

Papaporn Ninwisase, B.Sc.(Nursing)

วิศนี อธิคมกุลชัย*** วท.บ (พยาบาล)

Wissanee Atikomkulchai, B.Sc.(Nursing).

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์แผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โดยบุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกัน การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 10.4 และพบว่ากลุ่มที่เกิดแผลกดทับ มีอายุการใช้งานและจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า คะแนนบราเดนและอัลบูมินต่ำกว่า อุณหภูมิร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูล

ดังกล่าวเป็นแนวทางในการป้องกันแผลกดทับ มีการประชุมและวางแผนร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเมื่อครบ 6 เดือนประเมินผลการศึกษา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงเหลือ ร้อยละ 9.24 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนทดลอง มีการปรึกษา อภิปรายปัญหา ร่วมกันได้ข้อสรุปในการปรับแผนการดูแลระยะที่ 3 รูปแบบของการดูแลที่ปรับได้รับการพัฒนาและสอดคล้องเป็นกิจกรรมปกติของหอผู้ป่วยเมื่อดำเนินการครบ 1 ปี ประเมินผลพบว่าอุบัติการณ์แผลกดทับลดลงเหลือร้อยละ 4.98 เมื่อเปรียบเทียบกับ ระยะที่ 1 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะที่ 4 เป็นระยะของการติดตามผล โดยสุ่มศึกษาอุบัติการณ์ทุก 1 ปี พบอุบัติการณ์แผลกดทับ ร้อยละ 3.5 และ 3.07 ตามลำดับ

* อาจารย์

** หัวหน้าหอผู้ป่วย

*** พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลที่ป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหอผู้ป่วย และผลลัพธ์ คือ คุณภาพของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพ

คำสำคัญ : การลดอุบัติการณ์, แผลกดทับ, รูปแบบการดูแล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed at developing a model of care to prevent and reduce an incidence of pressure ulcer in the medical ward, Ramathibodi Hospital. The study was conducted in four phases. In Phase I, the researchers found that an incidence of pressure ulcer was 10.4% and that the patients who had pressure ulcer had lower scores on the Braden Scale, lower serum albumin, more number of medication and higher body temperature than those who did not. This result guided the care team to jointly set the goal and plan interventions for preventing and managing pressure ulcers. Phases II focused on the implementation process and evaluation of the outcome at 6 months after the intervention program was begun. It was found that the incidence of pressure ulcer was reduced from Phase I to 9.24%, but not significantly different from the baseline. Thus, the care team arranged meetings and adjusted the intervention plans.

Phase III, the intervention program had been integrated into the ward activities. An evaluation of this phase at 1 year later revealed that the incidence of pressure ulcer was significantly reduced from 10.4% in Phase I to 4.98%. Phase IV focused on monitoring the process and outcome by randomly evaluating the incidence of pressure ulcer yearly, which found that the incidence was 3.5% and 3.07%, respectively. Results of this action research suggest that participation among health care providers is the key that constitutes an effective model of care in preventing and reducing pressure ulcers, which has been used as an indicator of the care quality. This model of care could be applied in a similar care setting as part for the quality improvement project.

Key words : Reducing the incidence, Pressure ulcer, Model of care, Action research

ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อลุกลามเข้ากระดูก ติดเชื้อในกระแสโลหิต เจ็บปวดทุกข์ทรมาน สูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วย และประเทศชาติ (Kresevic & Naylor, 1995) มีการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่เกิดแผลกดทับเสียค่าใช้จ่ายและอยู่โรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับถึง 4 และ 5 เท่าตามลำดับ ในอดีตมองว่าเป็นปัญหาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของผู้ป่วย

ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ขาดความใส่ใจในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ปัจจุบันยอมรับว่าแผลกดทับส่วนใหญ่อาจถึง 95% สามารถป้องกันได้ (Gould, 2000) การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล แสดงถึงการละเลยต่อการประเมินและจัดการเพื่อป้องกันแผลกดทับ แม้แผลกดทับจะเป็นปัญหาที่บุคลากรในทีมสุขภาพต้องร่วมกันรับผิดชอบ แต่พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่กับผู้ป่วยตลอด ดังนั้นการป้องกันแผลกดทับ จึงเป็นปัญหาอย่างหนึ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล (Taler, 2002) มีการศึกษาและพัฒนาการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างกว้างขวาง แต่ปัญหาแผลกดทับยังพบบ่อยโดยเฉพาะในโรงพยาบาล สถานพักฟื้นระยะยาวและที่บ้าน ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในแผนกอายุรศาสตร์ แผลกดทับจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการรูปแบบการดูแล เพื่อป้องกันอย่างเป็นระบบ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์แผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แผลกดทับไม่ใช่การเจ็บป่วยปฐมภูมิ แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง ส่งผลกระทบมากมาย การดำเนินการเพื่อลดการเกิดแผลกดทับต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบ การศึกษาอุบัติการณ์และความชุกจะบอกถึงสถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานไว้เปรียบ-

เทียบหลังดำเนินการจัดการ การศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับวางแผนจัดการดูแลต่อไป ความชุกและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเช่น ความชุกของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยไม่รวมมารดาทารกเป็นร้อยละ 18.6 ถ้ารวมทุกแผนก ความชุกร้อยละ 8 สำหรับอุบัติการณ์ในผู้ป่วยสูงอายุและเจ็บป่วยเฉียบพลันพบร้อยละ 10 ผู้ป่วยในสถานพักฟื้นระยะยาวพบสูงถึงร้อยละ 23.9 (Bergstorm, 1996) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 50-90 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จึงมีนโยบายให้ใช้ที่นอนลดแรงกดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ยังจัดโครงการและฝึกอบรมต่าง ๆ ดำเนินการจัดการและป้องกันแผลกดทับอย่างกว้างขวาง (Dealey, 1994)

แผลกดทับ เกิดจากมีแรงกดเฉพาะที่เป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเนื้อตายและเป็นแผล มักเกิดตามปุ่มกระดูกที่รองรับน้ำหนักตัว ในท่านอนหงายมักเกิดบริเวณก้นกบ ท่าตะแคงเกิดบริเวณสะโพก บริเวณที่เกิดแผลกดทับมากที่สุดคือก้นกบ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับเป็นปัจจัยร่วมหลายด้าน ดังต่อไปนี้ (Bryunt, Shannon & Braden, 1992)

1. แรงกดทับ เมื่อมีแรงกดทับมาก

จะบีบหลอดเลือดจนเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงจึงเกิดเป็นแผลแม้ในระยะเวลาสั้น ๆ แต่แรงกดทับน้อยมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับได้เช่นกันถ้าถูกกดเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจึงเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เมื่อมีแรงกดทับเนื้อเยื่อ

ใต้ปุ่มกระดูกรับแรงกดมากที่สุด จึงเกิดการบาดเจ็บมากกว่าผิวหนัง มีการศึกษาพบว่าเมื่อมีแรงกด 500 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลา 4 ชั่วโมง จะเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึกและกล้ามเนื้อ ในขณะที่ผิวหนังเป็นปกติต้องเพิ่มแรงกดเป็น 800 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลานาน 8 ชั่วโมง จึงเกิดการบาดเจ็บของชั้นผิวหนัง ผลที่เกิดจากแรงกดทับจึงมีการทำลายถึงเนื้อเยื่อระดับลึก (Braden & Bryunt, 1990)

2. ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรง

กดทับ เนื้อเยื่อที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทนทานไม่เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย ปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อ ได้แก่ (Bryunt & Shannon, 1992)

2.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ภาวะโภชนาการ การขาดโปรตีนทำให้เนื้อเยื่อเปราะบาง บวม ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย การขาด วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี สังกะสี ทองแดง มีผลต่อการสังเคราะห์และสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ความสูงวัยมีชั้นของผิวหนังบางลง ยึดหยุ่นลดลง หนังกำพร้าหลุดลอกง่าย หลอดเลือดหล่อเลี้ยงลดลงทำให้ผิวเปราะบาง เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย ภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ระดับความรู้สึกตัวลดลง เจ็บป่วยหนักมีการเผาผลาญสูง ส่งผลให้ขาดอาหาร ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

2.2 ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยด้าน

กายภาพ ได้แก่ (Bryunt & Shannon, 1992; Clay, 2004; Fink, 2003)

แรงเสียดสี (Friction) การเสียดสีของผิวหนังกับผ้าปูที่นอน โดยเฉพาะการดึงลาก ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอาจทำให้ผิวหนังมีรอยฉีกขาด

แรงเสียดสีเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ มีการศึกษาพบว่าถ้าไม่มีแรงเสียดสี ต้องใช้แรงกด 290 มิลลิเมตรปรอท จึงเกิดบาดแผล แต่ถ้ามีแรงเสียดสี แรงกดเพียง 45 มิลลิเมตรปรอท ก็ทำให้เกิดบาดแผลได้

แรงดึงรั้ง (Shearing) แรงดึงรั้งเกิดเมื่อมีแรงเสียดสีกับแรงโน้มถ่วง พบเสมอเมื่อไขเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง เกิดแรงเสียดสีระหว่างผู้ป่วยกับที่นอน ดึงรั้งผู้ป่วยไว้ แต่น้ำหนักตัวโน้มถ่วงทำให้เลื่อนไหลลง เกิดการหักรั้งของผิวหนัง เส้นเลือดและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มีการทำลายทั้งผิวหนังชั้น ๆ และเนื้อเยื่อส่วนลึก

ความเปียกชื้น (Moisture) ความเปียกชื้นเพิ่มแรงเสียดสี และทำให้ผิวหนังยุ่ยฉีกขาดได้ง่าย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ขับถ่ายรด เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับถึง 5.5 เท่า

การลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะช่วยป้องกันแผลกดทับได้ การดูแลเพื่อควบคุมลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรง แต่ปัญหาในการป้องกันแผลกดทับ คือ ขาดการประเมินเป็นระบบ ไม่ผสมผสานมาตรฐานการดูแลสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลหลากหลาย ไม่ชัดเจนและครอบคลุม (Ayello & Braden, 2000) จึงมีการพัฒนาการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งแนวทางสำคัญในการป้องกันแผลกดทับ คือ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การดูแลลดแรงกดทับ และดูแลผิวหนังให้คงทนสมบูรณ์

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Risk Assessment) การประเมินความเสี่ยง

เป็นหลักสำคัญในการป้องกันแผลกดทับ ช่วยแยกแยะกลุ่มเสี่ยง บ่งบอกปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนป้องกันได้อย่างเหมาะสม (Hopkins et al.,2000) เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยง ได้แก่ Gosnell Norton และ Braden scale ซึ่งแบบประเมิน บราเดน มีความไวและความเฉพาะสูง คือ ร้อยละ 83-100 และร้อยละ 64-90 ตามลำดับ (Ayello& Braden, 2000) โดยประเมินการรับรู้ความรู้สึก กิจกรรม การเปลี่ยนท่า ความเปียกชื้น ภาวะโภชนาการ แรงเสียดสี และแรงดึงรั้ง คะแนนเต็ม 23 คะแนน จุดตัดที่ถือว่ามีความเสี่ยงคือ คะแนนเท่ากับ หรือน้อยกว่า 16 คะแนน (Patterson & Bennett ,1995) แต่สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง สูงอายุ ผู้ป่วยวิกฤต จุดตัดของความเสี่ยงจะมากขึ้น คือ เท่ากับหรือน้อยกว่า 17-18 คะแนน (Taler,2002) ควรประเมินตั้งแต่แรกรับ และติดตามประเมินเป็นระยะ โดยพิจารณาข้อมูลสำคัญอื่น เช่น อายุ การเจ็บป่วย ร่วมในการตัดสินใจเพื่อแยกกลุ่มเสี่ยงซึ่งจะช่วยให้บุคลากรมีความใส่ใจให้การดูแล เพื่อป้องกันแผลกดทับต่อไป (Patterson & Bennett ,1995)

การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ มุ่งลดแรงกด แรงเสียดสี และแรงดึงรั้ง ดูแลผิวหนังให้คงทนสมบูรณ์ โดย การจัดเปลี่ยนท่า ใช้ที่นอนหรืออุปกรณ์ลดแรงกดทับ ไม่ลากดึงผู้ป่วย ระวังการเลื่อนไหลลงในท่าศีรษะสูงของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ดูแลผิวหนัง ดูแลให้ได้รับน้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อรักษาความคงทนของผิวหนัง (Clay,2004;Hopkins et al.,2000)

แนวทางการปฏิบัติได้นำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลายกลุ่ม พบว่าบางกลุ่มมีอุบัติการณ์ หรือความชุกของแผลกดทับลดลง แต่บางกลุ่มไม่ลด อาจเกิดจากบุคลากรไม่ตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ของแนวทางปฏิบัติเหล่านั้น มีการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการป้องกันแผลกดทับ แต่ไม่นำความรู้สู่การปฏิบัติ (Moore & Wise, 1997) ดังนั้นควรให้บุคลากรที่รับผิดชอบเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาแผลกดทับ รู้ปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันพัฒนาและปรับรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลในการป้องกัน และลดอุบัติการณ์ การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คณะแพทย-ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เกิดความร่วมมือของบุคลากรในการประเมิน และให้การดูแล เพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างเป็นระบบและยั่งยืนเป็น การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยบุคลากรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 3 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาล 16 คน และผู้ช่วยพยาบาล 17 คน รวม 37 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งรับใหม่ สามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี
หรือรับย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ระยะที่ 1 เป็นระยะศึกษาข้อมูลพื้นฐานของแผลกดทับได้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	787 คน
เป็นกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1	250 คน
ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1	173 คน
ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1	281 คน
ระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ปี 2543	200 คน
ปี 2544	228 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ ธันวาคม พ.ศ. 2538 ถึง มกราคม พ.ศ. 2544

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกได้แก่ อายุ โรค อุณหภูมิของร่างกาย ระดับอัลบูมิน การใส่ยาแก้ปวดลดไข้ ยาสเตรียรอยด์ ยากล่อมประสาท จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล

2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ของบราเดน (Braden Scale) ซึ่งพรทิพย์ มาลาธรรมและคณะได้แปลและเรียบเรียงไว้ (2537) คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 17 คะแนน ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79

3. แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับใหม่ บันทึกความรุนแรงของแผลกดทับใช้เกณฑ์ของ National Pressure Ulcer Advisory Panel

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ความเสี่ยงต่อการ

เกิดแผลกดทับของ บราเดน ตรวจผิวหนัง บันทึกการเกิดแผลกดทับภายใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับตรวจผิวหนังดูการเกิดแผลกดทับใหม่ทุกวัน ติดตามสังเกตและบันทึกความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ บันทึกข้อมูลทางคลินิกทุก 2 ถึง 3 วันและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง จนจำหน้าหรือถึงแก่กรรม การวิเคราะห์ข้อมูล

แสดงจำนวนร้อยละของการเกิดแผลกดทับเปรียบเทียบ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติที่ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 2 ระยะที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติที่ และสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบอุบัติการณ์แผลกดทับระยะที่ 1 และ 2 ระยะที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติไคสแควร์

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นระยะของการศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ เพื่อทราบแนวโน้มและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา

รู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันต่อไป

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง 787 คน เกิดแผลกดทับ 88 คน คิดเป็นร้อยละ 11.18 สำหรับ กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 250 คน เกิดแผลกดทับ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 กลุ่มเสี่ยงคือคะแนนบราเดน

เท่ากับหรือน้อยกว่า 17 คะแนน กลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวด/ลดไข้ และยาสแตียรอยด์เกิดแผลกดทับมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญสถิติ สำหรับเพศ ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1) กลุ่มที่เกิดแผลกดทับ มีอายุ จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล ใช้ยามากกว่าและ อ่อนหิวร่างกายสูงกว่า คะแนนบราเดนและระดับอัลบูมินต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละ และค่าสถิติไคสแควร์ของกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ ในการวิจัยระยะที่ 1 จำแนกตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n =787)

ลักษณะตัวอย่าง		กลุ่มที่เกิดแผลกดทับ		กลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ		p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	45	11.6	343	88.4	0.71
	หญิง	43	10.8	356	89.2	
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	33	7.1	428	92.8	0.000
	เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	55	16.8	271	83.1	
คะแนนบราเดน	เท่ากับหรือน้อยกว่า 17 คะแนน	70	25.5	204	74.5	0.000
	มากกว่า 17 คะแนน	18	3.5	495	96.5	
ยากล่อมประสาท	ได้รับ	33	16.2	171	83.6	0.008
	ไม่ได้รับ	54	9.4	522	90.6	
ยาแก้ปวด/ลดไข้	ได้รับ	69	16.8	341	83.2	0.000
	ไม่ได้รับ	19	5.1	353	94.9	
ยาสแตียรอยด์	ได้รับ	30	16	158	84	0.04
	ไม่ได้รับ	58	9.8	536	90.2	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ ในการวิจัยระยะที่ 1 ด้วยสถิติที (n =787)

ตัวแปร	กลุ่มที่เกิดแผลกดทับ			กลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ			p
	N	M	SD	N	M	SD	
คะแนนบราเดน	87	13.27	3.51	686	17.61	3.76	0.000
อายุ	88	60.18	18.38	696	50.01	19.54	0.000
อุณหภูมิร่างกาย	88	38.3	6.06	687	37.9	2.57	0.000
ระดับอัลบูมิน	85	31.3	8.5	591	37.3	6.9	0.002
ชนิดยาที่ได้รับ	88	7.64	4.02	693	5.2	3.91	0.002
จำนวนวันที่อยู่ รพ.	88	23.03	16.10	699	11.64	27.50	0.000

อภิปรายผลการวิจัยในระยะที่ 1 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอุบัติการณ์แผลกดทับค่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 11.18 เมื่อเทียบกับการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 8.5 ถึง 10 (Bergstorm,1996) แต่เป็นการศึกษาโดยรวมทุกแผนก คือไม่ได้แยกเฉพาะแผนกอายุรศาสตร์ดังการวิจัยครั้งนี้ โดยลักษณะของผู้ป่วยอายุรศาสตร์มีโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยซับซ้อน จึงเกิดแผลกดทับมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 เมื่อปี 2537 เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 9.71 (พรทิพย์ มาลาธรรม,2537) ในการศึกษาครั้งนี้เกิดร้อยละ 10.40 แสดงถึงแนวโน้มของปัญหาที่มากขึ้นอาจเนื่องจากการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนขึ้น และจำนวนผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี 2537 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.12 ในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 41.40 ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เกิดแผลกดทับสูง คือ 55 คนใน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ทำให้อุบัติการณ์แผลกดทับในการศึกษาครั้งนี้สูงขึ้น (ชวลี แยมวงษ์ และคณะ, 1999) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ พบว่า ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับมากกว่า เนื่องจากความสูงวัย มีผิวหนังบาง ยึดหยุ่นน้อยลง เปราะบางเกิดบาดแผลได้ง่าย และมักมีโรคเรื้อรังทำให้ขาดสารอาหาร เมื่อเจ็บป่วย มักส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและความรู้สึกตัวลดลง ทำให้มีความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่น (Russell,2002) เพศหญิงและชายเกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับที่มีการศึกษาหลายแห่งที่พบว่าเพศต่างกัน เกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกัน สำหรับการประเมินของบราเดนพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนน

เท่ากับหรือต่ำกว่า 17 คะแนนเกิดแผลกดทับมากกว่า แสดงให้เห็นว่าการประเมินอย่างครอบคลุมดังแบบประเมินนี้ ช่วยจำแนกกลุ่มเสี่ยงได้ดี ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันต่อไป (Bergstorm,1996)

ปัจจัยทางด้านการใช้ยา พบว่ากลุ่มที่มีการใช้ยาสเตียรอยด์ ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวด/ลดไข้เกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และกลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีการใช้ยามากกว่า เนื่องจากการใช้ยาสเตียรอยด์มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของผิวหนัง และการสังเคราะห์เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำให้ผิวหนังบางนิ่มง่าย กลุ่มที่ใช้ยากล่อมประสาท ทำให้ง่วงซึม การรับรู้ลดลง การใช้ยาแก้ปวด/ลดไข้แสดงถึงความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย และภาวะใช้อุณหภูมิของร่างกายที่เพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสทำให้เนื้อเยื่อมีการเผาผลาญ และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (Gosnell,1987) เนื้อเยื่อที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจึงมีแนวโน้มเกิดเป็นเนื้อตายมากขึ้นสำหรับการใช้ยามาก อาจสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรงกว่า ส่งผลให้เกิดแผลกดทับสูงขึ้น ปัจจัยทางคลินิกพบว่า กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีอุณหภูมิของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเพราะมีการเผาผลาญและต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น รวมถึงการมีเหงื่อเปียกชื้นทำให้เพิ่มแรงเสียดสีและผิวหนังยุ่ยฉีกขาดง่าย กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีระดับอัลบูมินต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ เพราะอัลบูมินต่ำทำให้บวม ผิวหนังบางเกิดแผลได้ง่าย การบวมทำให้การซึมผ่านของออกซิเจนและการขนส่งสารอาหารจากหลอดเลือดฝอยไปเซลล์ช้าลง (Allcock,

Wharrad, & Nicalson, 1994) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์คือจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าไม่เพียงแสดงถึงความซับซ้อนรุนแรงของการเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับยังสะท้อนให้เห็นว่าแผลกดทับทำให้สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น

คณะผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการศึกษาในระยที่ 1 ต่อบุคลากรร่วมรับรู้ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาแผลกดทับ เกิดพันธะกิจที่มีเป้าหมายร่วมกันที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอุบัติการณ์แผลกดทับ มีการอบรมเรื่องแผลกดทับและแนวทางในการป้องกัน ใช้ผลการวิจัย ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสบการณ์จากการปฏิบัติในคลินิก เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแล กำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันแผลกดทับดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาหรือรับย้าย โดยใช้แบบประเมินบราเดน ร่วมกับข้อมูลทางคลินิกที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ โดยกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ป่วยที่คะแนนบราเดน เท่ากับหรือน้อยกว่า 17 คะแนน และหรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น สูงอายุ ระดับอัลบูมินต่ำ ประเมินเป็นระยะทุก 2-3 วัน และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ติดตามประเมินจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ประเมินการเกิดแผลกดทับ ทุกวัน

3. ให้การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังนี้ (Ayello, 2000; Braden & Bryunt, 1990; Gould, 2000; The Joanna Briggs

Institute, 1997) .

- 3.1 ดูแลเพื่อลดแรงกดทับ แรงเสียดสี และแรงดึงรั้ง โดย 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมได้เปลี่ยนอิริยาบถ ขยับตัวเปลี่ยนท่าบ่อยๆ เริ่มฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว 2. ผู้ป่วยที่นอนในเตียง ให้เปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และบ่อยขึ้นถ้าบริเวณถูกกด เริ่มมีรอยแดง กระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับตัวทุก 15 นาที เพื่อเปลี่ยนจุดรับน้ำหนัก ถ้าผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ช่วยโยกขยับตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงท่าที่ลงน้ำหนักที่ปุ่มกระดูก โดยเฉพาะกระดูกโคนขา (Trochanter) กระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) โดยจัดให้นอนตะแคง 30 องศา ใช้หมอนนุ่มรองด้านหลัง ใช้หมอนหรือผ้าห่มรองกันแขนขาที่เกยทับกัน ใส่แผ่นรอง เจล โฟม ฟองน้ำนุ่ม รองรับตามปุ่มกระดูก 3. การจัดท่าศีรษะสูง ไม่ควรเกิน 30 องศา เพราะจะทำให้ตัวเลื่อนไถลลง ผิวหนังถูกดึงรั้ง และการไหลเวียนของเลือดบริเวณกระเบนเหน็บลดลง เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึก ถ้าต้องจัดทำศีรษะสูง ให้ยกส่วนขาสูงเพื่อกันไม่ให้ผู้ป่วยเลื่อนไถลลง 4. การจัดท่านั่งในเก้าอี้ ดูแลให้นั่งตรง แขน สอก และเท้ามีที่รองรับให้อยู่ในท่าปกติ อย่าให้เข่าสูงกว่าสะโพก เพราะน้ำหนักจะลงที่กระดูกก้นกบ ซึ่งเป็นบริเวณเสี่ยงต่อแผลกดทับ ให้ผู้ป่วยขยับตัวเพื่อเปลี่ยนจุดรับน้ำหนักทุก 15 นาที หรือช่วยจัดทำ เปลี่ยนจุดรับน้ำหนักให้ทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวขยับตัวได้เลย ไม่ควรนั่งเกิน 1 ชั่วโมง 5. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นหรือผ้ารองเลื่อน ไม่ลากผู้ป่วย 6. ดูแลเสื้อผ้า และผ้าปูที่นอนให้แห้งสะอาด เรียบตึง 7. ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ โดย

เฉพาะที่นอนลมที่สามารถควบคุมแรงดันในที่นอนให้พอ-ยุบ สลับกันจะช่วยลดแรงกด และเปลี่ยนจุดรับน้ำหนักได้ดี หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุรูปโดนัทรอง เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนโลหิต

3.2 การประคบและดูแลผิวหนัง โดย

1.ตรวจบริเวณปุ่มกระดูก อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งหลังอยู่ท่าเดิมนาน ๆ ในรายที่เสี่ยงสูง ประคบถี่ขึ้น 2.ตรวจผิวหนังบริเวณที่เปื่อยและปนเปื้อนสิ่งระคายเคือง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และหลังทำความสะอาดทุกครั้ง เพราะผิวหนังอาจยุบ แดงลอก 3. ประคบผิวหนังทั่วไป ถ้าบวม มีตุ่ม ผื่นคันจะทำให้ผิวหนังเปราะบาง เกิดแผลได้ง่าย 4. ดูแลผิวหนังโดย หลีกเลี่ยงการทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำอุ่น และใช้สบู่อ่อนเพื่อป้องกันผิวแห้ง ในรายที่ผิวแห้งใช้โลชั่นหรือครีมเพิ่มความชุ่มชื้น ถ้าผิวหนังเปื่อยและ ระคายเคืองจากสิ่งขับถ่ายทำความสะอาดอย่างนุ่มนวลด้วยน้ำหรือน้ำยาที่มีฤทธิ์อ่อน ปกป้องผิวหนังจากสิ่งระคายเคืองโดยทาซีฟิงวาสลีน (Vaseline ointment) ซิงค์เพสต์ (Zinc paste) เป็นต้น หลีกเลี่ยงการนวดบนปุ่มกระดูกที่มีรอยแดง จะยิ่งทำให้เนื้อเยื่อบาดเจ็บ

3.3 ดูแลให้ได้รับน้ำ อาหารและวิตามินอย่างเพียงพอ ประเมินการขาดน้ำ และภาวะ

ทุพโภชนาการ เพิ่มอาหารเสริม ถ้ารับประทานเองไม่พอ ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาอาหารทางสายยาง

การวิจัยในระยะที่ 2 เป็นระยะของการนำรูปแบบการดูแลสู่การปฏิบัติ โดยบุคลากรทั้งหมดมีส่วนร่วมในการสังเกต ประเมินการดูแลและผลลัพธ์ มีการปรึกษา อภิปรายปัญหาการดูแลร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับแผนการดูแล หลังดำเนินการครบ 6 เดือน จึงประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์แผลกดทับกับระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะก่อนให้การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ

ผลการวิจัยในระยะที่ 2

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ระยะ ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันยกเว้นอุณหภูมิร่างกายของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 โดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และในระยะที่ 2 มีกลุ่มเสี่ยง คือ คะแนนบราเดนเท่ากับหรือน้อยกว่า 17 คะแนนมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3,4) และพบว่าอุบัติการณ์แผลกดทับในระยะที่ 2 ลดลงจากระยะที่ 1 คือ จากร้อยละ 10.4 เป็นร้อยละ 9.24 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และ 2 ด้วยการทดสอบด้วยสถิติที

ลักษณะตัวอย่าง	ระยะที่ 1			ระยะที่ 2			p
	N	M	SD	N	M	SD	
คะแนนบราเดน	250	17.10	3.30	173	16.50	3.33	0.08
อายุ	250	51.42	3.33	173	54.02	19.3	0.17
อุณหภูมิร่างกาย	250	37.4	0.70	171	37.60	0.67	0.006
อัลบูมิน	223	36.55	8.40	159	35.03	7.40	0.06
ชดเชย	249	4.71	2.66	171	4.89	2.3	0.48
จำนวนวันที่อยู่ รพ.	250	10.46	9.89	173	12.21	10.9	0.08

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และระยะที่ 2 ด้วยสถิติไคสแควร์

ลักษณะตัวอย่าง	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ น้อยกว่า 60 ปี	140 (56.00)	97 (56.06)	0.98
เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	110 (44.00)	76 (43.93)	
คะแนนบราเดน เท่ากับหรือน้อยกว่า 17	69 (27.60)	67 (38.72)	0.01
มากกว่า 17	181 (72.40)	106 (61.27)	
ยากล่อมประสาท ได้รับ	82 (32.80)	50 (29.23)	0.43
ไม่ได้รับ	168 (67.20)	121 (70.76)	
ยาแก้ปวด/ลดไข้ ได้รับ	89 (35.60)	58 (33.91)	0.72
ไม่ได้รับ	161 (64.40)	113 (66.08)	
ยาสเตียรอยด์ ได้รับ	79 (31.96)	45 (26.31)	0.24
ไม่ได้รับ	171 (68.04)	126 (73.68)	

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในระยะเวลาที่ 1 และระยะที่ 2 ด้วยสถิติไคสแควร์

การเกิดแผลกดทับ	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เกิด	26 (10.4)	16 (9.24)	0.69
ไม่เกิด	224 (89.6)	157 (90.75)	

อภิปรายผลการวิจัยในระยะที่ 2

อุบัติการณ์แผลกดทับในระยะที่ 2 ลดลงจากระยะที่ 1 คือ ร้อยละ 10.4 เป็นร้อยละ 9.24 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงผลของรูปแบบการดูแล ช่วยป้องกันและลดการเกิดแผลกดทับได้ แต่ยังไม่มียุทธวิธีเพิ่มเติมที่ นอกจากนี้จะแนะนำบรรณานุกรมว่าระยะที่ 1 แสดงถึงความเสียหายมากกว่า จากข้อมูลที่คุณผู้วิจัยได้สังเกต และรวบรวมในช่วงของการวิจัยระยะที่ 2 พบมีปัญหาในการดูแลดังนี้

1. ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถให้การดูแลเต็มรูปแบบตั้งแต่แรกรับได้ จะมุ่งการดูแลรักษาที่เฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวจะได้รับการใส่ที่นอนลดแรงกดเข้าไป ดังนั้นควรมีการประเมินและเตรียมให้การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับตั้งแต่ช่วงก่อนรับผู้ป่วย เพื่อเตรียมใส่ที่นอนลดแรงกดไว้ก่อนรับผู้ป่วย

2. วิธีการในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางรายเช่น การใช้แผ่นปิดแผล (Occlusive dressing) ปิดตามปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ เพื่อป้องกันแผลกดทับ จะทำให้มีการดัดรั้งลักษณะของผิวหนังได้ โดยเฉพาะในรายที่ผอมมาก และพวกผิวหนังบางจากสเตียรอยด์และการปิดทำให้ยากต่อการประเมินผิวหนัง สำหรับการใช้อุปกรณ์บรรจุน้ำรองสันเท้าไม่เกิดประโยชน์นัก เพราะสันเท้ามักจะเลื่อนตก อุปกรณ์น้ำรั่ว ผิวเปื่อยและนอกจากนี้การใช้ที่นอนบรรจุน้ำ สลับท่าพอง-ยุบ ช่วยลดแรงกดตามปุ่มกระดูกได้ แต่จะเป็นอุปสรรคในกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เพราะการนั่งบนที่นอนลมจะทรงตัวไม่มั่นคง ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีบางรายไม่สบาย

ในที่นอนบรรจุน้ำ รู้สึกยวบยาบ พลิกตัวลำบาก ดังนั้นต้องปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสม รวมถึงประเมินทั้งการเริ่มและหยุดวิธีการดูแลนั้นอย่างสอดคล้องตามสภาวะของผู้ป่วย และวิธีการป้องกันก็ไม่จำเป็นต้องให้ตลอด ต้องทบทวนไม่เพียงให้การป้องกันอย่างเหมาะสมยังรวมทั้งการใช้ยาคุ้มค่า (The Joanna Briggs Institute, 1997)

นอกจากนี้โดยลักษณะของการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย อาศัยการสังเกตใส่ใจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นญาติจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่เมื่อกระตุ้นให้ได้เข้ามาเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการดูแลนี้ จึงช่วยให้การประเมินและการดูแลครอบคลุมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากข้อมูลเหล่านี้จึงมีการปรับรูปแบบการดูแลเพิ่มจากระยะที่ 1 ดังนี้

1. เริ่มประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงของการติดต่อเตรียมรับผู้ป่วย โดยซักถามอายุ ระดับความรู้สึกตัว ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เพื่อเตรียมการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกรับ

2. ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยแนะนำการประเมินผิวหนัง การดูแลผิวหนัง การจัดเปลี่ยนท่าอย่างเหมาะสม การลดแรงเสียดสี และแรงดึงรั้ง การใช้วัสดุรองรับปุ่มกระดูก ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างพอเพียง กระตุ้นให้มีกิจกรรม ฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

3. มีพยาบาลที่เป็นแหล่งประโยชน์ (Resource Nurse) ให้คำปรึกษา แนะนำ ประเมิน และจัดการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีปัญหาซับซ้อน ค้นหาและจัดการกับปัญหาที่เพิ่ม

ความเสี่ยงต่อแผลกดทับ เช่น ความเจ็บปวด
ซึมเศร้า

การวิจัยในระยะที่ 3 เป็นระยะที่นำรูปแบบ
การดูแลที่ได้ปรับปรุงพัฒนาในระยะที่ 2 สู่การปฏิบัติ
ค่อยผสมผสานจนเป็นกิจกรรมปกติของหอผู้ป่วย
อายุรกรรมหญิง 1 เมื่อดำเนินการครบ 1 ปี
จึงศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกัน
แผลกดทับโดย เปรียบเทียบอุบัติการณ์แผลกด
ทับกับระยะที่ 1

ผลการวิจัยในระยะที่ 3

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 มีอุณหภูมิ
ร่างกายโดยเฉลี่ยสูงกว่า และมีระดับอัลบูมินต่ำกว่า
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6,7) เมื่อ
เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับพบว่าอุบัติการณ์
แผลกดทับในระยะที่ 3 ลดลงเหลือ ร้อยละ 4.98
เมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 1 พบว่ามีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 3 ด้วยการทดสอบด้วยสถิติที

ลักษณะตัวอย่าง	ระยะที่ 1			ระยะที่ 3			p
	N	M	SD	N	M	SD	
คะแนนบราเดน	250	17.10	3.30	281	17.26	3.42	0.58
อายุ	248	51.42	19.38	279	52.15	20.1	0.67
อุณหภูมิร่างกาย	250	37.42	0.70	277	37.58	0.75	0.009
อัลบูมิน	223	36.55	8.40	262	34.92	7.71	0.02
ชนิดยา	249	4.71	2.66	279	4.98	4.2	0.39
จำนวนวันที่อยู่ รพ.	250	10.46	9.89	281	10.24	9.72	0.79

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ด้วยสถิติโคสแควร์

ลักษณะตัวอย่าง	ระยะที่ 1	ระยะที่ 3	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ น้อยกว่า 60 ปี	140 (56.00)	166 (59.07)	0.47
เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	110 (44.00)	115 (40.92)	
คะแนนบราเดน เท่ากับหรือน้อยกว่า 17	69 (27.60)	81 (28.82)	0.75
มากกว่า 17	181 (72.40)	200 (71.17)	
ยากล่อมประสาท ได้รับ	82 (32.80)	85 (30.46)	0.56
ไม่ได้รับ	168 (67.20)	194 (69.53)	
ยาแก้ปวด/ลดไข้ ได้รับ	89 (35.60)	114 (40.86)	0.21
ไม่ได้รับ	161 (64.40)	165 (59.13)	
ยาสแตียรอยด์ ได้รับ	79 (31.96)	85 (30.46)	0.77
ไม่ได้รับ	171 (68.04)	194 (69.53)	

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ด้วยสถิติโคสแควร์

การเกิดแผลกดทับ	ระยะที่ 1	ระยะที่ 3	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เกิด	26 (10.40)	14 (4.98)	0.01
ไม่เกิด	224 (89.60)	267 (95.01)	

อภิปรายผลการวิจัยในระยะที่ 3

อุบัติการณ์แผลกดทับในระยะที่ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเพื่อลดอุบัติการณ์แผลกดทับซึ่งเมื่อพิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่เริ่มพัฒนาในระยะที่ 1 เป็นมาตรฐานการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วไป แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทั้ง ๆ ที่มีมาตรฐานการดูแลมีการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์รวมถึงโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องแผลกดทับและการป้องกัน แต่พฤติกรรมกรรมการดูแลของบุคลากรยังไม่เปลี่ยนแปลง (Gould, 2000) มีการสำรวจพบว่าบุคลากรมีความรู้ในการป้องกันแผลกดทับ แต่ไม่นำความรู้นั้นสู่การปฏิบัติ อาจจากขาดความตระหนัก และไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนจากการดูแลเพื่อป้องกันเหล่านี้ การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ต้องเริ่มด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะที่ 1 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา กระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะลดปัญหานี้ การวิจัยจึงนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ และเมื่อทดลองปฏิบัติในระยะที่ 2 ได้มีการประเมินวิเคราะห์ผลลัพธ์ อภิปรายปัญหาการดูแลร่วมกัน รับรู้และเกิดทัศนคติที่ดีในการสามารถควบคุมจัดการ ป้องกันแผลกดทับ

ได้ มีการปรับแนวทางปฏิบัติ เพื่อจัดการกับปัญหาการดูแล และเพิ่มคุณภาพการดูแล เป็นการบูรณาการรูปแบบการปฏิบัติที่อิงหลักฐานที่ได้จากการวิจัย ทบทวนองค์ความรู้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการปฏิบัติด้วยตนเอง (Fink, 2003) ค่อยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแล ผสมผสานการดูแลนั้นจนเป็นกิจกรรมปกติ ทำให้รูปแบบการดูแลป้องกันแผลกดทับ พัฒนาอย่างเป็นระบบ มีแบบแผนที่บุคลากรทุกคนยึดปฏิบัติ ส่งผลให้อุบัติการณ์แผลกดทับลดลง

การวิจัยในระยะที่ 4 เป็นระยะติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยสุ่มศึกษาอุบัติการณ์แผลกดทับ ในปี 2543 กลุ่มตัวอย่าง 200 คนเกิดแผลกดทับ 7 คนคิดเป็นร้อยละ 3.5 และปี 2544 กลุ่มตัวอย่าง 228 คนเกิดแผลกดทับ 7 คนคิดเป็นร้อยละ 3.07 แสดงถึงการพัฒนาที่ยั่งยืน ส่งผลให้อุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง จากผลการประเมินในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 แสดงถึงสัมฤทธิ์ผลของรูปแบบการดูแลที่ปรับพัฒนาเป็นลำดับ ขั้นตอน โดยอาศัยข้อมูลจากการวิจัยซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ บ่งชี้ถึงความก้าวหน้า การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติของวิชาชีพพยาบาล สู่ความเป็นเลิศ (Best Practice)

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับให้เป็นมาตรฐานเดียวกันขององค์กร นำพัฒนาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยอาจใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแล และทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมเพื่อการประเมินและการดูแลอย่างครอบคลุม

สรุป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อลดอุบัติการณ์แผลกดทับ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลรามธิบดี ผลของการวิจัยในครั้งนี้ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลที่ป้องกันและลดอุบัติการณ์แผลกดทับที่มี

ประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยและผลลัพธ์ คือ อุบัติการณ์แผลกดทับลดลง ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการบริหารความเสี่ยงในการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลรามธิบดี ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลทุกประการ และขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ที่ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

เอกสารอ้างอิง

- ชวลี แยมวงษ์, ประคอง อินทรสมบัติ, สุภาณี กาญจนจारी และคณะ.(1999). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกอายุรศาสตร์. *THAI Journal Nurs Res.* 3(1)12-26.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, สุภาณี กาญจนจारी และจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์.(2537) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรศาสตร์. *รามธิบดีเวชสาร* 17 (พฤษภาคม),108.
- Allcock N, Wharrad H, & Nicalson A. (1994). Interpretation of pressure-sore prevalence. *The Journal of Advanced Nursing.* 20,37-45.
- Ayello BA & Braden B. (2000). Why is pressure ulcer. *Nursing* . 31(11),74-79.
- Bergstorm N, Braden B, Kemp M, Champagne M, & Ruby E. (1996). Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic, characteristics, diagnoses, and prescription of preventive Interventions. *JAGS* .44(1),22-30.

- Braden BJ. & Bryunt R. (1990). Innovations to prevent and treat pressure ulcers. *Geriatric Nursing* . (July/Aug),182-185.
- Bryunt AR, Shannon LM, & Braden BJ.(1992).Pressure Ulcers. In Bryunt AR, ed. *Acute and Chronic Wounds Nursing Management* Edited by RA. Bryunt. St Louis ; Mosby Year Book.
- Clay KS. Preventing pressure ulcers in your facility. (2004). *Nursing Homes Long Term Care Management* . 53,96-101.
- Dealey C. (1994). Monitoring the pressure sore problem in a teaching hospital.. *The Journal of Advanced Nursing* . 20,652-9.
- Fink R. (2003). How have you used evidence-based practice to implement a practice change in your work setting. *ONS News*. 18(9),6.
- Gosnell JD. (1987). Assessment and evaluation of pressure sore. *Nursing Clinics of North America*. 22(2),399-415.
- Gould D. (2000).Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores : a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 9,163-77.
- Hopkins B, Hanlon M, Yauk S, Sykes S, Rose T, & Cleary A. (2001). Reducing nosocomial pressure ulcers in an acute care facility. *J Nurs Care Qual* .14(3),28-36.
- Kresevic DM & Naylor M. (1995). Preventing pressure ulcers. Through use of protocols in a mentored nursing model. *Geriatric Nursing* .16(5),225-229.
- Moore MS & Wise L. Reducing nosocomial pressure ulcers . (1997). *JONA* .27(10),28-34.
- Patterson JA & Bennett GR. (1995). Prevention and treatment of pressure sores. *JAGS* . 43(8),919-27.
- Russell L. (2002 supplement) Pressure ulcer classification: the systems and the pitfalls. *British Journal of Nursing* . 11(12):s49-s59.
- Taler G. (2002).What do prevalence studies of pressure ulcers in nursing homes really tell us *JAGS*. 50(4),773-774.
- The Joanna Briggs Institute. (1997). Pressure Sores – Part 1 : Prevention of pressure related damage. *Best Practice*. 1(1),1-6.