

บทความวิจัย

การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure Injury Prevention Among Medical Patients. Vajira Hospital

คู่ขวัญ มาลีวงษ์*

Kukwan Maleewong*

บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผล และอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ และยังส่งผลต่อการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ความล้มเหลวในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมาย และอาจแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 ราย

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่เกิดแผลกดทับ จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ/ อายุรกรรม

* corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล e-mail: kukwan@nmu.ac.th

Abstract

Pressure injury are 10 percent of the common health problems. When pressure Sores develop patients in hospital, it affects the patient who suffers from wounds and potentially infections. And also affect the increased nursing care and failure to prevent pressure injury leads to legal action. Indicate the quality of nursing that is not up to standard this study aimed to develop and evaluate the nursing practice guideline for the prevention of pressure ulcers for internal patients admitted to Vajira Hospital. Divided into 3 phases: Phase 1, Development of Nursing Practice Evidence of empirical evidence was collected for the reliability and feasibility. Phase II, Quality assessment and draft nursing practice guideline. Phase III, were applied to a sample of 34 nursing practice guidelines.

The results of the research were as follows: The developed nursing practice consists of 6 categories: 1) risk assessment 2) pressure prevention. Friction and shear 3) Nutritional care 4) Skin care 5) Educating staff and caregivers and 6) Environmental management. Results of an assessment of the ability of nurses to apply nursing practices have a very good score of satisfaction. And clinical evaluation found that 100% of patients did not develop Pressure ulcers. The results of this study show that the developed nursing practice is suitable for the prevention of Bedsores in patients with internal medicine. Who were admitted to Vajira Hospital and should be continually developed to enhance the quality of sustainable patient care.

Keyword: clinical nursing practice guideline/ pressure injury prevention/ medicine

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure ulcer/ Pressure injury) เป็นแผลที่เกิดจากการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ เนื่องจากได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน หรือเกิดจากแรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ/ การตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจน และเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือหลังได้รับการผ่าตัด แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้บ่อยเสมอ (Jaul, 2010) และถูกจัดลำดับเป็น 1 ใน 5 ของภัยคุกคามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Elliot, Mckinly,& Fox, 2008) ในประเทศไทย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณร้อยละ 5 - 10 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุทธาน วงศ์ตรีรัตนชัย, 2556) เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงในหลายด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยถูกจำกัดการมีกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงขาดความสนใจ

ต่อสิ่งต่าง ๆ และ 3) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และความผาสุกทางด้านจิตใจ อีกทั้งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผล และอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ แผลกดทับถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปจนความจำเป็นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและโรงพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2549) รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล ซึ่งความล้มเหลวในการป้องกันแผลกดทับนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้ (Bennett et al., 2012) แผลกดทับยังได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตัวหนึ่งของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพ การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (สำนักการพยาบาล, 2556) เนื่องจากการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และหากเกิดขึ้นในระยะแรกที่ยังไม่มีการทำลายถึงขั้นหนังแท้การป้องกันจะได้ประสิทธิผลดี (ยุวดี, อัญญา, นภาพร และ จุฬพพร, 2552) การดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญจากผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยจึงควรต้องได้รับการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เนื่องจากการป้องกันเป็นวิธีที่ดีกว่าการรักษา จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเป็นจำนวน 36, 47 และ 64 ครั้งต่อพันวันนอนในปีพ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ และจากสถิติการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุรกรรม (สถิติกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับกันอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยขณะนั้น และบริบทของหน่วยงานในแต่ละที่ เช่น ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ ความเพียงพอของทรัพยากร หรือสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน เป็นต้น โรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้มีการจัดทำวิธีปฏิบัติงานเรื่อง การป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับขึ้น โดยมีหัวข้อวิธีการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การประเมิน 2) การป้องกัน 3) การประเมินแผลและการทำแผล 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลแผลกดทับ และ 6) การดูแลผิวหนังผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเพียงวิธีปฏิบัติงาน ไม่ใช่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อกำหนด หรือข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันแผลกดทับ และช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการนำความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้ได้มาตรฐาน ในการแก้ไขปัญหาด้านการปฏิบัติและดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้ในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน (พองคำ, 2549) นอกจากนี้ด้านนโยบายขององค์กรยังมีความต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัย ความคุ้มค่าคุ้มทุน และได้มาตรฐาน เป็นการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังผลลัพธ์คือผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นนำ (AHA) เป็นที่ยอมรับในสากลว่ามีการให้บริการที่มีคุณภาพ

มีการพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความรู้ประสบการณ์จากการทำงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย บริบท และทรัพยากรในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ

จากเหตุผลดังกล่าวการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่อไป

คำถามวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563 ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งรับดูแลผู้ป่วยเพศชายด้านอายุรกรรม อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 25 เตียง ประกอบด้วยพยาบาลประจำการจำนวน 21 คน
2. ผู้วิจัยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B จำนวน 19 ท่าน (พยาบาลทั้งหมดในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ที่ปฏิบัติงาน

เวอร์เซา – บ่าย – ดึก) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับ ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B อย่างน้อย 3 วัน อย่างน้อย 5 ราย (จิตรและคณะ, 2543)

4. ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย (1) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ ผู้ชำนาญการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ (2) หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม (3) แพทย์แผนกศัลยกรรมผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (4) พยาบาลวิชาชีพวุฒิการศึกษาปริญญาโท ผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี และ (5) พยาบาลวิชาชีพจบเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล และออสโตมี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี และการหาความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 2 ราย

ขั้นตอนดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยผู้วิจัยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้

1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดปัญหา และขอบเขตของปัญหา โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ และสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการและบริบทต่าง ๆ ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พร้อมทั้งสัมภาษณ์พยาบาลอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และอุปสรรคในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย 2) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย โดยวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 ท่าน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษา มีจำนวน 34 ราย 3) กำหนดผลลัพธ์ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ (2) ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ 4) กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยโดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจากหนังสือ (The National Pressure Injury Advisory Panel, 2019) และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, IR-web, Springer Ling, ฐานข้อมูล

วิทยานิพนธ์ไทย เป็นต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 – 2019 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ Clinical nursing practice guideline, Prevention, Guidelines , Best practice, Pressure ulcer, Pressure sore, Bed sore, Critical care, Elderly, Internal medicine, Elderly patient, Risk factor, แนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพมาทบทวนวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือ ตลอดจนความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ ในครั้งนี้ได้คัดเลือกเรื่องที่เหมาะสมทั้งหมดจำนวน 10 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ 1 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติจำนวน 5 เรื่อง 5) การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การดูแลสภาพผิวหนัง (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดย

1.1 ใช้แบบประเมินของบราเดน ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย

1.2 ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในเวรตึก โดยประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ซึ่งความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับค่าคะแนนบราเดนสเกล (Braden's scale) >18 ประเมินทุกเวรตึก หากผู้ป่วยมีระดับค่าคะแนน บราเดนสเกล ≤ 18 ควรประเมินทุกเวร

1.3 ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยาตั้งแต่แรกรับ

หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

2.1 ใส่ที่นอนลมให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงทุกคนและตรวจสอบการทำงานอยู่สม่ำเสมอทุกเวร หรือใช้ผ้านุ่มหนา 2 – 3 ชั้นรองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดความอับชื้น

2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง ในรายที่นอนอยู่บนเตียง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง (≤ 10) ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1 - 2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเป็นเวลานาน ดูแลยกขยับร่างกายอย่างน้อยทุก 15 - 30 นาที ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรอยู่ในท่านั่งบนเตียงไม่เกินครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.3 ใช้หมอนรองได้น่องให้ส้นเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด

2.4 ลดแรงกดจาก Tube/Catheter โดยใช้ผ้านุ่ม/สำลี เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง

2.5 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปากไม่ตึงตึง

2.6 นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศา ไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย ในการจัดท่านอนกึ่งตะแคงหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่มทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

2.7 การลดแรงเฉือน ได้แก่ นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการลื่นไถลและแรงกดทับ แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนยกศีรษะสูงไม่ควรจัดท่าศีรษะสูงเกิน 60 องศา นานเกิน 30 นาที

2.8 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไหลขณะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ Pad slide หรือ ผ้า ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

3.1 การติดตามประเมินระดับอัลบูมิน (Serum albumin), ระดับฮีมาโตคริต (Hct), ระดับปัสสาวะ (BUN) และครีเอตินิน (Creatinine) 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ติดตามประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินบราเดนสเกล และติดตามประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกสัปดาห์ โดยส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยที่รับย้ายเพื่อติดตามประเมินผลต่อ

3.2 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้าออกทุกวัน

3.3 รายงานแพทย์เมื่อระดับ Serum albumin ≤ 3.5 mg/dl

3.4 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงานดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานปริมาณมากกว่า 25 kcal/kg/day

3.5 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin ≤ 3.5 mg/dl ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูงโดยให้ 1.0 - 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูงเป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

3.6 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

3.7 กรณีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้น้อยหรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยาง หรืออาหารเสริม ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง

4.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแห้ง เกิดการระคายเคือง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ควรทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม

4.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (4.5 – 5.5) ทุกครั้งหรือใช้สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก (Cleanser)

4.3 ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ดตัวทุกครั้ง เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทำโลชั่น โดยทา 3 – 4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2 – 3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นขี้ผึ้งทา 1 – 2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว

4.4 การจัดการกับความเปียกชื้นในกรณีที่มีความควบคุมการขับถ่ายไม่ได้โดยใช้แผ่นรองซับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ให้สอบถามความต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว ใช้วาสลีนทาบริเวณฝีเย็บและก้นทุกครั้งหลังทำความสะอาด และเปลี่ยนแผ่นรองซับทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม

หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

5.2 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติของผู้ป่วยสูงอายุใน 1 – 3 วันแรก หลังรับไว้ในโรงพยาบาล เรื่องการพลิกตะแคงตัว โดยใช้รูปภาพหรือนวัตกรรม

- เวลา 02.00 น. หรือ 14.00 น. จัดทำนอนตะแคงขวา เวลา 04.00น. หรือ 16.00 น. จัดทำนอนตะแคงซ้าย เวลา 06.00 น. หรือ 18.00 น. จัดทำนอนหงาย

- เวลา 08.00 หรือ 20.00 น. จัดทำนอนตะแคงขวา เวลา 10.00 น. หรือ 22.00 น. จัดทำนอนตะแคงซ้าย และเวลา 12.00 น. หรือ 24.00 น. จัดทำนอนหงายตามภาพอยู่รอบนอกกรุณาฬิกา พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงติดไว้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย

หมวดที่ 6 การจัดสิ่งแวดล้อม

6.1 จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย

6.2 การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อยหรือไม่ควรเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยให้สัมผัสความหนาวเย็นกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ควรสอบถามหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็นควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความอบอุ่น

6.3 ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่ดีอุณหภูมิไม่ร้อนเกินไป ไม่อับชื้น พร้อมทั้งสร้างคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และแผนผังแสดงขั้นตอนปฏิบัติของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นำมาตรวจสอบคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติในแต่ละหมวดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ .98 และได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าความสอดคล้องตรงกันของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 ราย เท่ากับ .91

2. ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้ The Appraisal of guideline for Research & Evaluation (AGREE) ของ St.George's Hospital Medical School ประเทศอังกฤษ ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 99.28 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ผลการทดสอบไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ

3. ตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยกำหนดให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทดลองนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2563 โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปพร้อมกับการประเมินการเกิดแผลกดทับติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 - 4 วัน เนื่องจากการศึกษาของสายฝน (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นระยะเวลา 5 วัน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 30 รายในกลุ่มควบคุม มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำนวน 12 ราย โดยในผู้ป่วยจำนวน 12 รายนี้มีผู้ป่วยจำนวน 6 รายเริ่มเกิดแผลกดทับใน วันที่ 3 หลังการเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มี 6 ข้อ ประกอบด้วย (1) ระดับการศึกษาสูงสุด (2) อายุ (3) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพพยาบาล (4) ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (5) ผู้ป่วยที่ท่านได้รับมอบหมายให้ดูแล เกิดแผลกดทับทุกระดับรวม และ (6) ระดับความพึงพอใจของท่านในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมถึงคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด (38 ข้อ) ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำตอบเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติโดยมีให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งพยาบาลตอบแบบสอบถามหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลแล้ว

ส่วนที่ 3 เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563 และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ มี 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) เดือนที่เกิดอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับ 2) จำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 3) อายุ 4) เพศ 5) ประวัติโรคที่เป็น 6) ประวัติการใส่ยา 7) ประวัติการเกิดแผลกดทับ 8) การเกิดแผลกดทับมาจากบ้าน 9) ประวัติการผ่าตัด/ หัตถการ 10) การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด 11) ระดับฮีมาโตคริต 12) ระดับปัสสาวะและครีเอตินิน 13) ค่าดัชนีมวลกาย 14) ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ 15) คะแนนประเมินของบราเดนแรกรับ และ 16) การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเฉพาะราย การประเมินการเกิดแผลกดทับที่เป็นรูปภาพ เพื่อระบุตำแหน่งของแผลกดทับที่ตรวจพบ โดยไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งแบบประเมินส่วนนี้จัดเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อช่วยต่อการปฏิบัติโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับขององค์กร NPUAP ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรเลีย ได้มีการแบ่งระดับของแผลกดทับไว้เมื่อ ค.ศ. 1989 และมีการพัฒนาต่อมาปี ค.ศ. 2007 NPUAP (2007) ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับและความหายของแต่ละระดับให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ช่วยต่อการระบุระดับของแผลกดทับ โดยมีการเพิ่มจาก 4 ระดับเดิมเป็น 6 ระดับและมีการประกาศใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2007 ดังนี้

ระดับที่คาดว่าจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก Suspected deep tissue เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาดสีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (Maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงเฉือน และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แห้งขึ้นหรือเป็นปุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่า หรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง อาจมีตุ่มน้ำยาว ๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลสีคล้ำ และอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (Eschar)

ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non - blanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แสบร้อน หรือคัน อุณหภูมิอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial - thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาด อาจเห็นเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) หรือรอยถลอก

ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผล

ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตาย หรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วนและส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้

แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (Unstageable wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นพยาบาลประจำ 19 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี จำนวน 12 ราย อายุมากกว่า 29 ปี จำนวน 7 ราย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1 - 5 ปี จำนวน 10 ราย ระหว่าง 6 - 10 ปี จำนวน 3 ราย และปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ราย และ 10 รายไม่เคยมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 52.6

2. ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีทั้งหมด 6 หมวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทุกรายสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ โดยมีจำนวนของผู้ที่ตอบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมากที่สุดในหมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง 2 และ 6 ราย รองลงมา 4 หมวด พบปัญหา และอุปสรรคหมวดละ 1 ราย คือหมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และหมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อมซึ่งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด

3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาลทุกรายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 8.5$, $SD = 0.53$) ไม่พบว่า มีพยาบาลที่ระบุว่าไม่พึงพอใจ หรือมีความพึงพอใจในระดับน้อยจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

4. ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไปใช้กับผู้ป่วย 34 ราย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเท่ากับร้อยละ 0

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ได้มาจากการทบทวนวรรณคดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาคัดเลือกวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้อง และสามารถปฏิบัติได้ในบริบทที่ทำงาน รวมถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วย จนได้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6 หมวดหลักคือ (1) การประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ (2) การดูแลสภาพผิวหนัง (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่า IOC เท่ากับ .98 และหาความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 รายในเวลาเดียวกัน (Inter - Rater Reliability) ได้เท่ากับ .91 ดังนั้นเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจึงมีความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพและนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปทดลองใช้ (พองคำ, 2549) อีกครั้งแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ได้ดัดแปลงจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (พรพิลาศ, 2552) การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (อารยา, 2556) เป็นต้น

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เสิ้งกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า มีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

2.1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยได้ประเมินผลเกี่ยวกับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและความพึงพอใจของพยาบาล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และได้ทำแบบบันทึกปฏิบัติการเกิดแผลกดทับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการประเมิน พบว่าพยาบาลทุกราย ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของแนวปฏิบัติแต่ละหมวดจะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติบนพื้นฐานของงานประจำที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะเริ่มจากประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในหมวดที่ 1 จากนั้นก็ดำเนินการป้องกันการเกิดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในแต่ละด้านตามหมวดที่ 2,3,4,5 และ 6 แล้วมีการประเมินผลโดยการประเมินค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องทุกเวร และเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องประเมินและป้องกันความเสี่ยงให้ผู้ป่วย ประกอบกับกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ยุ่งยากมาก สามารถปฏิบัติได้นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดและมีการเขียนเป็นแผนผังให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำสู่การปฏิบัติ ความเป็นไปได้ และความคุ้มค่าจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินความเหมาะสมของวัฒนธรรมในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรนั้น (พองคำ, 2549) จึงมีผลทำให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีรูปแบบหรือกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปปฏิบัติได้มากและเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า มีประเด็นในการอภิปราย 4 ประเด็นคือ การประเมินความเสี่ยง การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในประเด็นการประเมินความเสี่ยง พยาบาลจำนวน 6 คน ให้ความเห็นว่า ไม่สามารถประเมินได้ทุกเวรเนื่องจากภาระงานมาก ทำให้มีเวลาไม่มากพอในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ต้องเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงทุกเวรโดยต้องประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทั้ง 6 ด้านของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกล (1987) คือ การรับรู้ ความชื้น การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงไถ และแรงเสียดทาน ทำให้ต้องใช้เวลาในการประเมิน และเมื่อไม่สามารถประเมินความเสี่ยงได้ทุกเวร จึงไม่สามารถทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมได้อย่างต่อเนื่องทุกเวร ส่งผลให้ผู้ป่วยอายุรกรรมที่ความเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ซึ่งการที่พยาบาลไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ในเวลาที่กำหนดนั้นในการศึกษารั้งนี้ พบว่า เกิดขึ้นในวันที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤต และมีการทำหัตถการหลายอย่างร่วมด้วย

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตขึ้นเวลาใด เมื่อมีผู้ป่วยมีโอกาสวิกฤตทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในขณะนั้นต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตก่อน ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวต้องใช้พยาบาลดูแลถึง 2 - 3 คน ทำให้สัดส่วนของพยาบาลในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเวลาที่กำหนดได้ คือ ปลายเวรเช้า บ่ายและดึก ดังนั้นพยาบาลจำนวน 6 คนจึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรลดจำนวนครั้งในการประเมินความเสี่ยงลงเหลือเฉพาะแรกรับเช้าในหออภิบาลผู้ป่วยและปรับให้เหลือวันละครั้งในช่วงต้นเวรเช้า

สำหรับประเด็นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล พยาบาลจำนวน 2 คน ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยบางคนไม่มีญาติ และหออภิบาลผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยแบบมีกำหนดเวลาเยี่ยม ญาติไม่ได้เฝ้าตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ ฝึกสอนทักษะแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทุกคน ดังนั้นพยาบาลจำนวน 2 ราย จึงให้ข้อเสนอแนะว่าต้องติดต่อญาติผู้ดูแลหลัก และให้ความรู้ฝึกสอนทักษะในกรณีที่ต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีญาติให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นอกจากนี้ยังมีพยาบาลจำนวนเล็กน้อยได้รับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในหมวดที่ 2,3,4 และ 6

สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาลทุกคนมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำได้ไม่ยากและสามารถปฏิบัติได้ (พองคำ, 2549) ประกอบกับมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใส่แฟ้มไว้ที่โต๊ะทำงานของพยาบาล ดิทรูปภาพพลิกตะแคงตัวไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วยทุกเตียง และแทรกแบบประเมินความเสี่ยงไว้ในแฟ้มบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงดิทรูปภาพระดับแผลกดทับไว้ที่แฟ้มการดูแลแผลกดทับ เพื่อให้พยาบาลได้อ่านหรือเปิดดูเมื่อพยาบาลลิ้มขั้นตอนหรือจำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ได้

นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยที่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนด้านสิ่งแวดล้อมด้านอุณหภูมิไม่ได้ เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยแบบเปิด พยาบาลจำนวน 3 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเปิดหน้าต่าง และพัดลม หรือติดตั้งเครื่องระบายอากาศ เพื่อควบคุมอุณหภูมิให้พอเหมาะ

ดังนั้น เพื่อให้พยาบาลยังคงนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่องจึงมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ ต้องสร้างความมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ฉวีวรรณ, 2548) โดยจัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติเพื่อให้เห็นถึงความเป็นประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วในการตัดสินใจลดความหลากหลายในการปฏิบัติงานช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ครอบคลุม (พองคำ, 2549; อนุวัฒน์, 2541) และให้ตระหนักถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อีกทั้งยังจัดประชุมวิชาการ ฝึกทักษะ

แก่บุคลากรในหน่วยงานร่วมกับเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีผลกดทับประจำโรงพยาบาลด้วย

2.2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยประเมินผลจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดแผลกดทับ สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการจัดการกับปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสมขึ้นได้ ดังนี้

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลระบุให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับเพื่อจะได้แก้ไขตามกิจกรรมที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่แยกเป็นหมวด ๆ ซึ่งจากการประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลง เพราะมีการป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสี และแรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการให้ดีขึ้น การดูแลสภาพผิวหนังให้แข็งแรงป้องกันการระคายเคือง และการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น ในผู้ป่วยอายุรกรรมบางรายที่มีปัญหาขับถ่ายอุจจาระบ่อย ได้เสนอแนะให้ใช้แผ่นรองขับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว และทำความสะอาด เปลี่ยนแผ่นรองขับทุกครั้งที่มีการขับถ่ายโดยการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ งดการขัดถู และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่มและใช้ผลิตภัณฑ์ผสมซิลิโคนทาผิวเย็บและกันทุกครั้งหลังทำความสะอาด ร่วมกับการประเมินภาวะทุพโภชนาการ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยวิตามิน อาหารเสริม หรือสารน้ำเพิ่มเติม เป็นต้น ร่วมกับการแก้ไขพยาธิสภาพของโรคจากการรักษาของแพทย์จึงส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยภายในที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลายระบบ มีการติดเชื้อส่งเสริมให้มีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือ และการรักษาที่มีมาตรฐานครอบคลุมภาวะเสี่ยงจากปัจจัยภายในและมีการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงและไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 60 ที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลคงที่ เนื่องจากผู้ป่วยอายุรกรรมที่นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยตนเองได้ มีภาวะติดเชื้อที่ปอดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงทำให้ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองและไม่สามารถรับรู้ต่อความสบายที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งในระยะเวลา 3 วันที่ทำการศึกษานั้นความรุนแรงของโรคไม่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของนภาพร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 80 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับคงที่ ซึ่งเป็นผลจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะโรคเรื้อรัง ประกอบกับความเสื่อมของวัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่า ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมทุกรายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถ

ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่พบว่าปัจจัยภายในที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัตถุประสงค์การเกิดแผลกดทับเกิดจากอิทธิพลของโปรแกรมการควบคุมความชื้นของผิวหนังที่พัฒนาขึ้นมากกว่า ปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

เอกสารอ้างอิง

- จิตร สิริอมร, อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). *Clinical Practice Guideline; การจัดทำและนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์.
- จินพิชญชา มะมม. (2012). บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 20(5), 478-490.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63 – 76.
- นภาพร ภูมิ. (2550). *การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ*. โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- พุดตาน วงศ์ศิริรัตน์ชัย. (2556). *Assessment of Pressure Ulcer and Benefit of Pressure Ulcer Treatment Following Clinical Practice Guideline*. ใน: พรพรหม เมืองแมน Wound Care 2013. กรุงเทพฯ เวชสาร 2556; 209-221.
- พรพิลาศ พลประสิทธิ์. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนหลอดเลือดดำ*. กรุงเทพมหานคร.
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรัตน์จิตรเศรษฐ์ และจุฬาร ประสงฆ์สิต, (2552). *การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร : ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และ นันทานนท์. (2549). *การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. เชียงใหม่ : นันทพันธ์พรินต์.
- สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2556). *ผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือการจัดเก็บข้อมูลสำคัญ*. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- สถิติกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2562). *รายงานสถิติประจำปี 2562*. กรุงเทพมหานคร.
- อารยา โกมล. (2556). *การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- Bennett, E., Hauck, Y., Bindahneem, S., Banham, V., Owens, M., Priddis, L. et al. (2012). *The development of an interdisciplinary research agenda at Ngala: an innovative case study*.
- Bergstrom, N., Braden, J.B., Laguzza, A. & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.
- Elliott, R., McKinly, S. & Fox, V. (2008) Quality improvement program to reduce the of pressure ulcers in an intensive care unit [Electronic version].
- Elliott, R., McKinly, S. & Fox, V. (2008) Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit [Electronic version]. *American Journal of Critical Care*, 17(4), 328-335.
- Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: Current Strategies. *Drugs & Aging*, 27(4), 311-326.
- The National Pressure Injury Advisory Panel. (2019). *prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical Practice Guideline*. United States: University of Southern California (USC) Campus.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved July 10, 2011, from http://www.ausinfo.gov.au/gen_hottobuy.html.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). Pressure ulcer stages revised by NPUAP: Pressure Ulcer Definition. Retrieved September 13, 2012, from www.npuap.org/pr2htm.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Retrieved September 13, 2012, from www.npuap.org
- The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Collaboration. (2011). The of guidelines for research and evaluation [AGREE] instrument. Retrieved September 18, 2011, from <http://www.agreecollabolation.org>.