



การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน
การเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลชุมชน

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure
Ulcers Prevention Among Elderly Patients in Intensive Care Unit,
Community Hospital

รินณารา สายเมฆ

Rinnara Saimek

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกัน
การเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลชุมชน

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure
Ulcers Prevention Among Elderly Patients in Intensive Care Unit,
Community Hospital

รินณารา สายเมฆ

Rinnara Saimek

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลชุมชน
ผู้เขียน นางรินณรา สายเมฆ
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ มานะสุรการ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา กุ่มพันธ์วี)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
การป้องกัน	การเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล
	ชุมชน
ผู้เขียน	นางรินณาราย สายเมฆ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยคัดแปลงแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ 1 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติจำนวน 2 เรื่อง มาวิเคราะห์และสังเคราะห์จนได้แนวปฏิบัติฉบับยกร่าง ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติในแต่ละหมวดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ .98 และได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าความสอดคล้องตรงกันของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 ราย เท่ากับ .91 และ ระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 ราย นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2 ด้าน คือ 1) การประเมินผลเชิงกระบวนการ ได้แก่ ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และ 2) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ผลการวิจัย พบว่า

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และหมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

2. การประเมินผลเชิงกระบวนการ พบว่า ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พยาบาลทั้ง 8 ราย (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ ระบุปัญหาอุปสรรคว่า การประเมินความเสี่ยงไม่สามารถประเมินได้ทุกเวรเนื่องจากภาระงานมาก และมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลควรลดจำนวนครั้งในการประเมินลงหรือเหลือเฉพาะการประเมินความเสี่ยงช่วงแรกรับและปลายเวรตึก และร้อยละ 62.5 ของพยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก

3. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นเวลา 3-4 วันติดต่อกัน ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 5 ราย (ร้อยละ 100)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน

Thesis Title	Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure Ulcers Prevention Among Elderly Patients in Intensive Care Unit, Community Hospital
Author	Mrs Rinnara Saimek
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2015

ABSTRACT

The purpose of this developmental study was to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPG) for pressure ulcer (PU) prevention in elderly patients admitted in intensive care unit, a north-east community hospital. This CNPG was conducted based on the evidence-based practice model of the Australian National Health and Medical Research Council as a conceptual framework. A study process had three steps. The first step was the development of the CNPG. In this first process, a total of 7 papers were recruited. There were 3 papers categorized in level 1, 2 papers in level 4, and 2 rigorous clinical nursing practice guidelines. The draft of the CNPG was developed based on the analysis and synthesis of the evidence-based practice. The second step, the draft was then examined by 5 experts and yielded an index of consistency (IOC) of .98. In addition, the inter-rater reliability of this draft was examined by 4 nurses, yielding an agreement of .91. The third step was implementation of the CNPG with 8 nurses working in the intensive care unit. These nurses applied this CNPG with 5 elderly. Then, an evaluation of the CNPG was checked, which consisted of the two dimensions of process and outcome. The evaluation of process covered of nurses' compliance to follow the CNPG and nurses' obstacles to use the CNPG, whereas the outcome evaluation examined the incidence of PUs development of elderly under the utilization of the CNPG. The results were as follows:

1. The contents of the CNPG comprised 6 parts: (1) PU risk assessment, (2) prevention of pressure loading, friction, and shear force, (3) nutritional management, (4) skin care, (5) PU prevention education for staff and family caregivers, and (6) environmental management.

2. Process evaluation showed that all nurses (100%) were able to comply with this CNPG. The obstacles to implementing this CNPG were related to inability to perform risk assessment every shift due to over workload. The nurses suggested to reduce frequencies of checking PU risk assessment to be only on patients' admission and every night shift. The satisfaction of using this CNPG of most nurses (62.5%) was at a high level.

3. The outcome evaluation by monitoring incidence of PU development showed that all 5 elderly (100%) after implementing this CNPG did not develop PU.

These findings indicate that this CNPG is appropriate for PU prevention in elderly patients admitted in intensive care unit specifically in a community hospital.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา กุ่มพันธ์วิ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ด้านความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือ และกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบและชี้แนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เพื่อนนักศึกษาปริญญาโท ปีการศึกษา 2554 ที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลวารินชำราบ รวมทั้งขอบคุณบุคลากรและผู้ป่วยของ โรงพยาบาลวารินชำราบที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ทำยสุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและขอขอบคุณสามี ลูกชาย น้องชาย พี่ๆ และเพื่อนๆ ที่คอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจ ห่วงใยเสมอมา และขอระลึกถึงบุญบารมีของมารดาผู้ล่วงลับไปแล้ว ที่ช่วยคลบ้นดาลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

รินณารา สายเมฆ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับแผลกดทับ.....	8
ความหมายของแผลกดทับ.....	8
พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ.....	9
การประเมินระดับความรุนแรงของแผลกดทับ.....	10
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.....	14
วิธีหรือเครื่องมือสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย สูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.....	20
แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล.....	23
หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	23
คุณสมบัติแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพ.....	24
ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล.....	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.....	36
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
สถานที่ทำการศึกษา.....	44
ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	44
ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ.....	47
ระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	58
ผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	74
เอกสารอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	81
ก ตารางวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์.....	82
ข การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation : AGREE.....	92
ค แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วย สูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	96

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ง คู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	110
จ แผนผังแสดงขั้นตอนปฏิบัติของแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	114
ฉ คณะแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนจากผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ช เครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	117
ซ เครื่องมือประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	126
ฌ การพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วม.....	136
ฎ ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ประวัติผู้เขียน.....	139

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	60
2	ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย.....	61
3	จำนวนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล.....	63
4	ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกลของผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล.....	65

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน	5
2	แสดงระดับของแผลกดทับระดับ suspected deep tissue.....	11
3	แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 1.....	11
4	แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 2.....	12
5	แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 3.....	12
6	แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 4.....	13
7	แสดงระดับของแผลกดทับระดับ Unstageable wound.....	13
8	ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้อยู่เสมอ ๆ (Jaul, 2010) และถูกจัดลำดับเป็น 1 ใน 5 ของภัยคุกคามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Elliott, McKinley, & Fox, 2008) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lindgren, Unosson, Fredrikson, & Ek, 2004) มีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตพบได้มากกว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น โดยการศึกษาในปี 2008 ของบอมการ์เตนและคณะ (Baumgarten et al., 2008) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และในปี 2010 ก็ยังพบว่ามีอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 62 ปีขึ้นไป ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักคิดเป็นร้อยละ 8 - 40 (Kaitani, Tokunaga, Matsui, & Sanada, 2010) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาของขวัญฤทัย (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพนม พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือน ธันวาคม ปี พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นคือเท่ากับร้อยละ 32.22, 36.46, 38.17, และ 30.01

แผลกดทับได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตัวหนึ่งของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพ การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (สำนักการพยาบาล, 2556) เนื่องจากการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่ป้องกันได้และหากเกิดขึ้นในระยะแรกที่ยังไม่มีการทำลายถึงขั้นหนังแท้การป้องกันจะได้ประสิทธิผลดี (ยูวดี, อัญชานา, นภาพร, และ จุฬพพร, 2552) การดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับเกิดขึ้นจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เสียเวลาและค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นและหากแผลมีการติดเชื้ออาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (นภาพร, 2550)

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ เมื่อทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่งเสริมในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุมิใช่ปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น แรงกด แรงไถล แรงเสียดสี และความเปียกชื้น เป็นต้น (ยูวดีและคณะ, 2552) แต่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการวิกฤตจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วย

ที่มีอาการหนักและมักมีระบบไหลเวียนโลหิตไม่ดี มีระดับความรู้สึกลดตัวน้อย มีความพร้อมด้านการเคลื่อนไหว มีภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ มีภาวะซึมเศร้า บวม มีการได้รับยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว เหงื่อออกมาก กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ และผู้ป่วยบางรายมีอาการง่วงนอน สับสน (เปรมจิตร, 2552) อีกทั้งการที่อายุมากขึ้นทำให้ร่างกายมีความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง จะพบว่าสัดส่วนของไขมันมากขึ้น ในขณะที่ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยว ยาน บางแห่งแตก เป็นขุย และคัน นึกขาดง่าย และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ส่งผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังในผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลนภาศัย จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง มีการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทและหลอดเลือด อีกทั้งยังพบปัญหาเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ประกอบกับความเสื่อมของวัย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่เปลี่ยนแปลงหลังการใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักมีปัญหาระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและเกิดการเน่าตายได้ง่าย ทั้งยังมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานาน ไม่สามารถจัดการกับการขับถ่ายได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติแบบกลาง ๆ สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับดังกล่าว อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ คือ ไม่สามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยขณะนั้น และบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติและความเพียงพอของทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นแนวทางที่พัฒนาเพื่อใช้ในโรงพยาบาลขนาดทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จึงไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน จากการวิเคราะห์ปัญหาและสัมภาษณ์พยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้อย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่หลากหลาย การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้เดิมของแต่ละคน การประเมินให้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของพยาบาลแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคนและการประเมินอัตราการเกิดแผลกดทับยังสับสน เพราะปัจจุบันได้ปรับปรุงการประเมินระดับแผลกดทับจากเดิม 4 ระดับเป็น 6 ระดับ

(The National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 2007) การป้องกันแผลกดทับจากแรงเสียดสีและแรงไถลด้วยการพลิกตะแคงและยกตัวผู้ป่วยไม่สามารถทำได้สม่ำเสมอและบางครั้งใช้เจ้าหน้าที่เพียง 1 คนในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยถูกลากและอยู่ในท่านอนที่ไม่ถูกต้อง ในด้านทรัพยากรพบว่ามืออยู่อย่างจำกัด ได้แก่ ที่นอนลม หากมีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ต้องการใช้ที่นอนลมจำนวนมากก็จำเป็นต้องหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันใช้ภายในโรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่มีเตียงลมใช้ นอกจากนี้ค่านโยบายของหน่วยงานมีความต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน โดยนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) และนำองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์รู้ด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมาเป็นแนวทางการพัฒนาแนวการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร/อยู่ในระดับใด

2.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน มีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในระดับิด และมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะอย่างไร

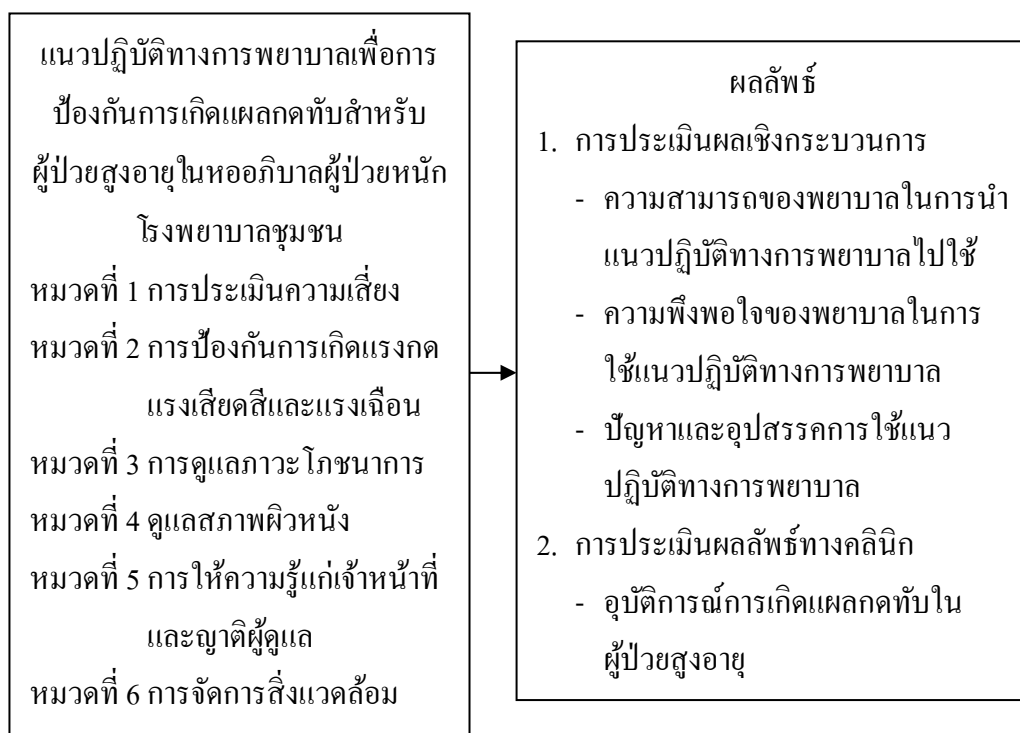
2.2 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนมีความพึงพอใจในระดับิด

2.3 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้อง ความสามารถปฏิบัติได้ในบริบทของหน่วยงานและความเหมาะสมกับผู้ป่วย จากนั้นนำมากำหนดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แบ่งเป็น 3 ระยะ (17 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะเผยแพร่และนำไปใช้และระยะประเมินผล มาดัดแปลงเป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/หลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 6 การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยประเมินผลเชิงกระบวนการจากความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจ

ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

นิยามศัพท์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง ขั้นตอนการจัดทำข้อกำหนดสำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการค้นหาปัญหาการปฏิบัติงานประจำที่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ และค้นคว้าและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ขั้นตอนที่

2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/หลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และระยะที่ 2 ระยะเวลาตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 6 การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะเวลาตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ หมายถึง การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ (1) การประเมินผลเชิงกระบวนการโดยประเมินจาก (1.1) ความสามารถของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (1.2) ความพึงพอใจของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (1.3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ (2) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2557

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้รับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
2. พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

3. โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจากการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีมาตรฐาน

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน โดยมีขอบเขตเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับแผลกดทับ

1.1 ความหมายของแผลกดทับ

1.2 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

1.3 การประเมินระดับความรุนแรงของแผลกดทับ

1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

1.5 วิธีหรือเครื่องมือสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใน

ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

2. แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

2.1 หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2.2 คุณสมบัติแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพ

2.3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

3. แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

แนวคิดเกี่ยวกับแผลกดทับ

ความหมายของแผลกดทับ

คำว่า “แผลกดทับ” (bed sore, pressure sore, decubitus ulcer, distention sore) มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้หลายท่านซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน สามารถสรุปได้ว่า

แผลกดทับ หมายถึง เนื้อเยื่อบริเวณใดก็ตามที่ได้รับการบาดเจ็บจากแรงกดหรือแรงเสียดสี และแรงเฉือนเป็นเวลานานและต่อเนื่องบนวัตถุหรือแผ่นแข็งอื่น ๆ ทำให้การไหลเวียนเลือด

บริเวณที่ถูกกดลดลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและอาหาร มีการซึมผ่านของน้ำออกนอกหลอดเลือดและไม่สามารถขับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญของเนื้อเยื่อได้ เนื้อเยื่อมีความเป็นกรดและบวม และเกิดการตายในที่สุด ซึ่งจะพบว่าผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงและมีการแตกทำลายของผิวหนัง (นภาพร, 2550; ยิวดีและคณะ, 2552; วิจิตร, วิลาวัณย์ ส., วิลาวัณย์ พ., ลัดดาวัลย์, และนัทธมน, 2549; NPUAP, 2007)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

การเกิดแผลกดทับเป็นกลไกการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกลที่มากกระทำต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งแรงกลที่เป็นสาเหตุปฐมภูมิของแผลกดทับ คือ แรงกด แรงไถล และแรงเสียดสี โดยปกติหลอดเลือดและระบบไหลเวียนจะนำเอาอาหารและออกซิเจน มาใช้ในการสันดาป และการเจริญเติบโตของเซลล์ร่างกาย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการรักษาระดับอุณหภูมิและขับของเสียออกจากร่างกายอีกด้วย จากการศึกษาด้านสรีรวิทยา พบว่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยมีค่าประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท (Bedbrook อ้างตามวิจิตรและคณะ, 2549) และในผู้ป่วยสูงอายุจะพบความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ความต้านทาน ความตึงผิวและระบบหล่อเลี้ยงของผิวหนังลดลง รวมทั้งระบบการไหลเวียนหรือความชุ่มชื้นของผิวที่ลดลง (นภาพร, 2550) ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยว ขาน บาง แห้ง แดง เป็นขุย และคัน มีลักษณะง่าย และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนการทำงานของสมองโดยเฉพาะเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่าง ๆ การสื่อสารสื่อประสาทลดลงไม่ได้สัดส่วนกัน เมื่อการสร้างสารเหล่านี้แปรปรวนแปรไปจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ทำให้ผู้สูงอายุประสบภาวะด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุที่ต้องจำกัดกิจกรรมนอนบนเตียงเป็นเวลานานขึ้น ผิวหนังเกิดความเปื่อยขึ้นจากเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระเกิดความระคายเคืองต่อผิวหนัง เนื้อเยื่อเกิดการอักเสบและเกิดแผลกดทับในที่สุด (ยิวดีและคณะ, 2552)

ตามปกติร่างกายสามารถทนต่อแรงกดที่อาจสูงกว่าค่าแรงดันในหลอดเลือดแดงฝอยได้ หากแรงที่มากกระทำต่อร่างกายนั้นกระจายเท่ากันในทุกทิศทาง แต่ถ้าแรงที่มากกระทำนั้นกระทำเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก หากแรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและถูกกดอยู่เป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง แรงนั้นจะกระทำผ่านจากผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกภายในทำให้เนื้อเยื่อทุกชั้นตั้งแต่ผิวหนังไปถึงปุ่มกระดูกถูกกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้เคียงกับปุ่มกระดูกจะถูกกดทับ มีการอุดกั้นของระบบการไหลเวียนส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดในบริเวณนั้นลดลง สารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่เพียงพอเกิดกระบวนการอักเสบ เซลล์

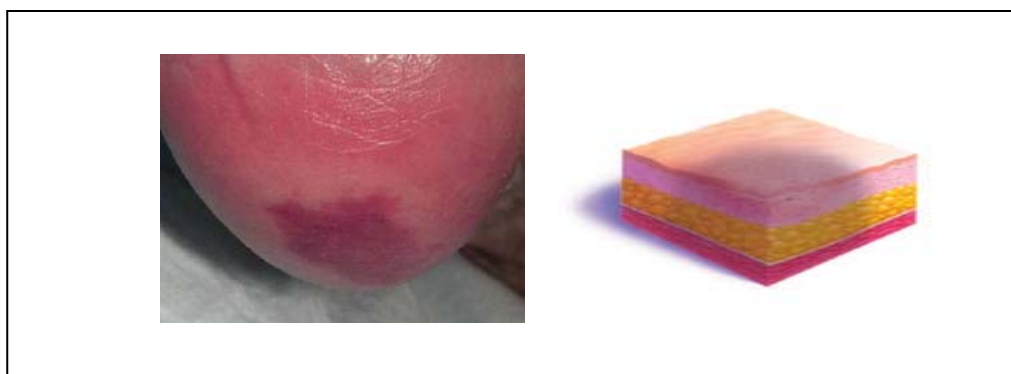
ก็จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฮีตตามีนออกมาทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้การกำซาบออกซิเจน และความต้านทานของผนังหลอดเลือดเสียไป ของเหลวไหลออกสู่ภายนอกเซลล์มากขึ้น มีการคั่ง บวม และเพิ่มแรงกดต่อหลอดเลือดโดยรอบบริเวณนั้นมากขึ้น เลือดมาเลี้ยงน้อยลงเรื่อย ๆ จนเนื้อเยื่อตาย และเกิดเป็นแผลในที่สุด อีกทั้งยังมีการคั่งของของเสียจากระบวนการเมตาบอลิซึมทำให้เห็นผิวหนัง มีสีแดง ซึ่งถ้ามีแรงกดมากกระทำต่อหลอดเลือดจะมีการอุดตันและเกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ผิวหนัง จะเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ เมื่อกดลงบนรอยแดง ๆ นั้นไม่จางหายไป แต่หากมีการขจัดแรงกดทับผิวหนัง จะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในระยะเวลาที่สั้นที่สุดประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ถ้ายังคงมีแรงกด กระทำต่อไปจะก่อให้เกิดผิวหนังชั้นกำพร้าเกิดการอักเสบ บวม และเกิดเป็นตุ่มน้ำพอง ทำให้ผิวหนัง ถูกทำลายเพิ่มมากขึ้นเกิดการหลุดลอกของหนังกำพร้าและหนังแท้จะถูกทำลายจนึกขาดเห็นเป็นแผล ตื้น ถ้าหากดูแลรักษาอย่างดีแผลจะหายเป็นปกติได้โดยใช้เวลา 2 - 4 สัปดาห์ ถ้ามีแรงมากกระทำต่อ จะมีการทำลายของผิวหนังลึกถึงชั้น ไชมันจะเห็นกลางแผลมีลักษณะซีด มีรอยแดงล้อมรอบและ มีความกระด้างของผิวทำให้เห็นแผลเป็นรอยลึกหรือเป็น โพรง ในระยะนี้ถ้ามีเชื้อแบคทีเรียเข้ามาใน แผลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อแบคทีเรียที่สะสมอยู่ในแผลจะดึงออกซิเจนจำนวนมากไปใช้ในการเจริญเติบโต ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในระยะนี้เนื้อเยื่อที่ตายแล้วจะ แยกขอบเขตจากเนื้อเยื่อปกติอย่างชัดเจน อาจเห็นสะเก็ดสีดำซึ่งสามารถหลุดลอกออกได้ หากยังถูก กดอย่างต่อเนื่องหรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจะมีการทำลายถึงชั้นเอ็น กล้ามเนื้อและกระดูก กลายเป็นแผลเปิดที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ยากต่อการดูแลรักษาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ ในกระแสโลหิตได้ ซึ่งกลไกการเกิดแผลกดทับ

การประเมินระดับความรุนแรงของแผลกดทับ

การแบ่งระดับของแผลกดทับว่าเป็นแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับนโยบายและแนวปฏิบัติ ของแต่ละองค์กรว่าเป็นอย่างไรแต่ที่สำคัญต้องใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร ซึ่งองค์กรที่เป็น ที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรเลีย (NPUAP) ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรง ของแผลกดทับไว้เมื่อ ค.ศ. 1989 และต่อมาปี ค.ศ. 2007 ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับ และความหมายของแต่ละระดับให้มีความเหมาะสมเพื่อให้่ายต่อการระบุระดับของแผลกดทับ โดย มีการเพิ่มจาก 4 ระดับเดิมเป็น 6 ระดับและมีการประกาศใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2007 (NPUAP, 2007) ดังนี้

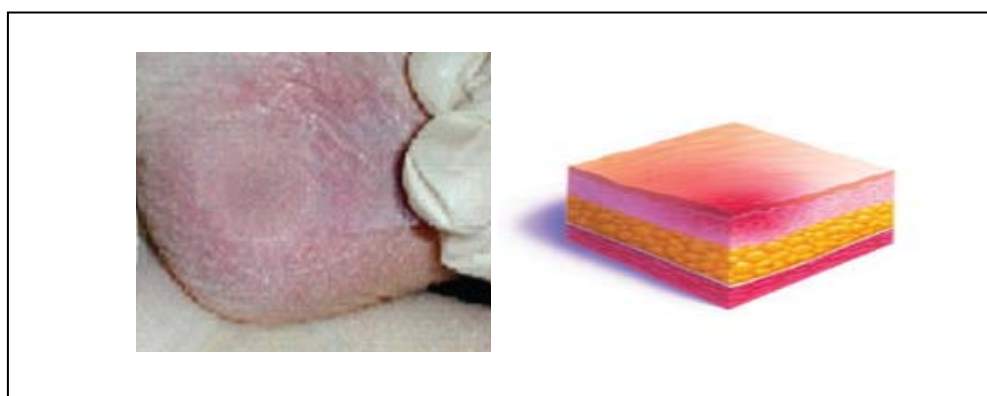
ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก (suspected deep tissue) เป็นแผลกดทับ ที่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล

(maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงไถล และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉงขึ้นหรือเป็นปุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ลักษณะดังกล่าวอาจทำให้การระบุระดับที่ชัดเจนไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีผิวสีคล้ำ อาจมีตุ่มน้ำ ยาวๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลสีคล้ำและอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (eschar) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจรวดเร็วและลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียงแม้ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดดังแสดงในภาพ 2



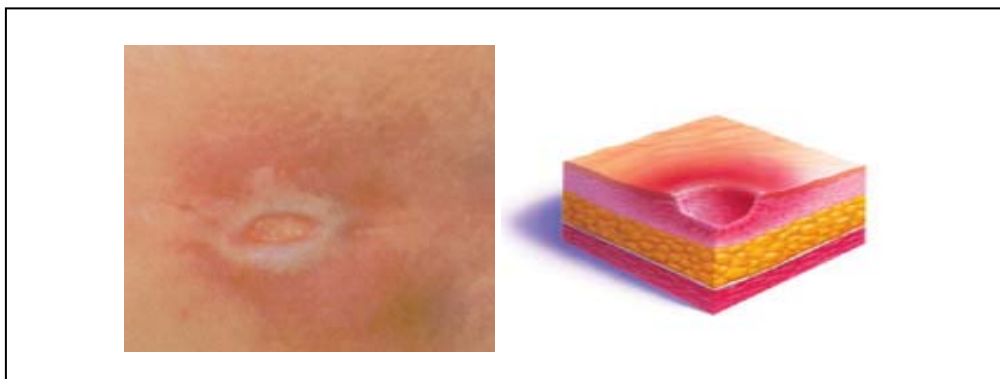
ภาพ 2. แสดงระดับแผลกดทับระดับ suspected deep tissue by Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (nonblanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แฉงขึ้น หรืออุ่น อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียงดังแสดงในภาพ 3



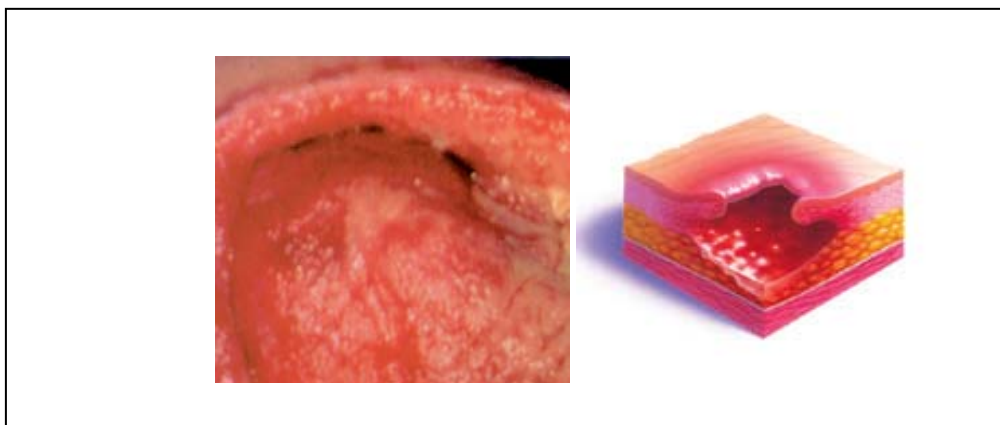
ภาพ 3. แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 1 by Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (partial-thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (dermis) ผิวหนังอาจไม่มีลักษณะ อาจเห็นน้ำเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลดื้นที่ชุ่มชื้น หรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (slough) หรือรอยถลอกดังแสดงในภาพ 4



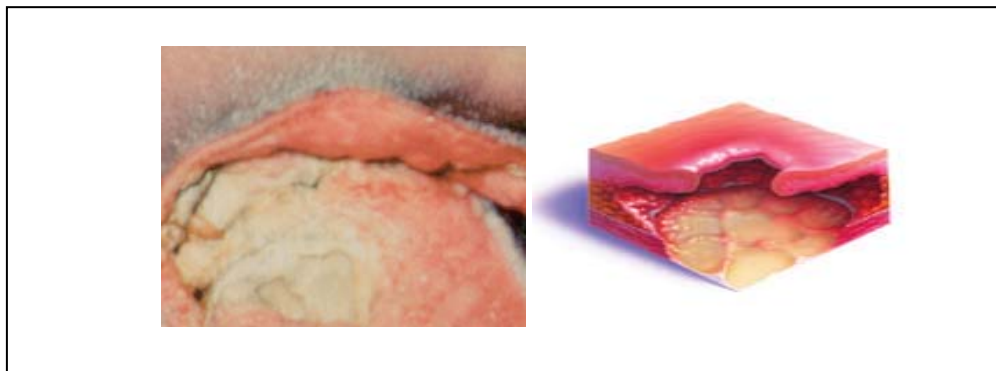
ภาพ 4. แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 2 by Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผลดังแสดงในภาพ 5



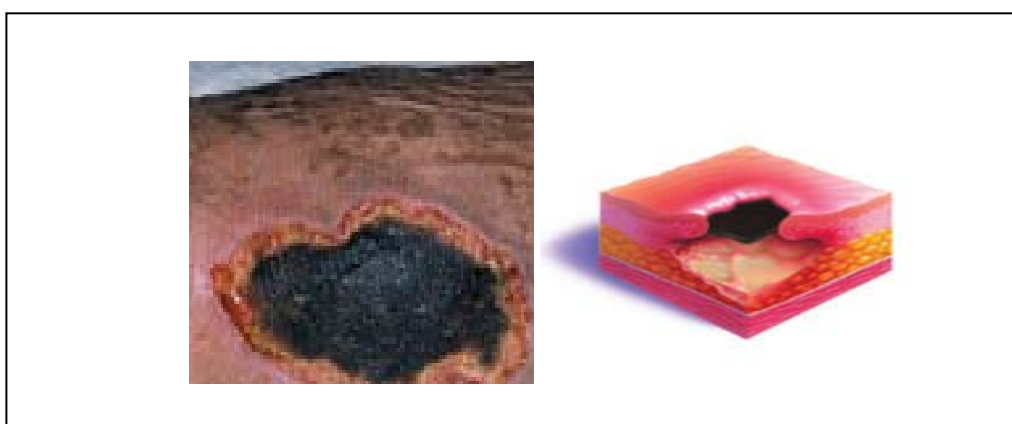
ภาพ 5. แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 3 by Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วนและส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้ดังแสดงในภาพ 6



ภาพ 6. แสดงระดับของแผลกดทับระดับ 4 by Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (unstageable wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้ดังแสดงในภาพที่ 7



ภาพ 7. แสดงระดับของแผลกดทับระดับ Unstageable wound by Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า ปัจจัยในการเกิดแผลกดทับ คือ แรงกด แรงไถล/แรงเสียดสี และแรงเสียดสี แต่ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และมักมีระบบไหลเวียนโลหิตไม่ดี มีระดับความรู้สึกลดน้อย ผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีอาการสับสนวุ่นวาย มีความพร้อมด้านการเคลื่อนไหว มีภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าผู้ป่วยอื่นๆ มีภาวะซิด บวม มีการได้รับยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว เหงื่อออกมาก การกลืนอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ อีกทั้งเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายมีความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ผิวหนังบาง ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ผิวหนังหยาบเนียน เหี่ยวยุบ แห้ง แดง คัน ฉีก ขาดง่าย และทนต่ออากาศร้อนและเย็นได้ลดลง เส้นใยประสาทบริเวณผิวหนังเสื่อม ทำให้การรับรู้แรงกดทับลดลง และการทำงานของระบบประสาทและประสาทสัมผัสจะด้อยลงไป เนื่องจากเซลล์สมองตายไป การสร้างสารสื่อประสาทลดลงไม่ได้สัดส่วนกัน ทำให้เกิดปัญหาโดยเฉพาะเรื่องความจำ และการเรียนรู้สิ่งใหม่ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้ง่าย

ในภาพรวมสามารถสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ได้เป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ดังนี้

1. ปัจจัยภายนอกที่ร่างกาย (extrinsic factor) หมายถึง ปัจจัยส่งเสริมภายนอกที่ร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย แรงกด แรงไถล/แรงเสียดสี แรงเสียดสี ความเปียกชื้น การได้รับยาบางชนิด และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษา ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1 แรงกด (intensity of pressure) เป็นแรงภายนอกที่กระทำโดยตรงต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีผลต่อผิวหนังและการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหาร ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ เมื่อมีแรงกดมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่องจะทำให้การทำลายของเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นในสุดที่ติดกับกระดูกขยายออกมาถึงผิวหนังด้านนอกเป็นลักษณะกรวย (cone shape) ถ้าผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเลยจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้ามีการเคลื่อนไหวทุก 2 ชั่วโมง แรงกดจะลดลงเหลือ 70 มิลลิเมตรปรอท (Defloor, Bacquerb, & Grypdonck, 2005) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวได้เองบนเตียง ในท่านอนจะมีแรงกดที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกถึง 100 มิลลิเมตรปรอท (ประเสริฐ อ่างตามรัชณี, จันทนา, สมจินต์, ปรางค์ทิพย์, และพิชัย, 2549) และในท่านั่งจะมีแรงกดมากกว่า 300 มิลลิเมตรปรอท (ยูวดีและคณะ, 2552)

1.2 แรงไถล/แรงเฉือน (shearing force) เป็นแรงสองแรงที่กระทำต่อกันในทิศทางตรงกันข้ามและในแนวขนาน เช่น การจัดท่านอนให้ศีรษะสูงกว่า 30 องศา หรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน เมื่อผู้ป่วยเลื่อนตัวลงไปที่ปลายเตียง น้ำหนักตัวส่วนบนจะถูกส่งผ่านไปตามแนวกระดูกสันหลังถึงกระดูกกระเบนเหน็บ (sacrum) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกเบียดและถูกกดมากกว่าปกติ ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมาในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่จึงเกิดแรงขนานสองแรงที่มากกระทำในทิศทางตรงกันข้าม เซลล์ได้รับออกซิเจนลดลง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับในที่สุด (วิจิตรและคณะ, 2549)

1.3 แรงเสียดสี (friction) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวที่มีการสัมผัสกัน เช่น การเลื่อนตัวผู้ป่วยโดยวิธีการดึงหรือลากทำให้ผิวหนังชั้นหนังกำพร้า (epidermis) และส่วนบนของชั้นหนังแท้ ถลอกและเสียหาย (ยูวดีและคณะ, 2552) เกิดเป็นแผลลักษณะคล้ายแผลถลอกได้ ซึ่งแรงนี้มักทำให้เกิดแผลกดทับระดับที่ 2 แต่ไม่เป็นสาเหตุทำให้เกิดเนื้อตายหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นในลึก (วิจิตรและคณะ, 2549)

1.4 ความเปียกชื้น (moisture) ความเปียกชื้นและความแฉะของร่างกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับ เมื่อผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระ (วิจิตรและคณะ, 2549) ผิวหนังบริเวณนั้นจะเปื่อย เมื่อเปียกชื้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดแผลกดทับ ซึ่งสภาพผิวหนังที่อ่อนแอมากเกินไป ทำให้เกิดบ่นทอนการคงสภาพผิวหนังที่ดีได้ดังนี้ (เปรมจิตร์, 2552)

1.4.1 การที่มีสิ่งคัดหลั่งจากแผล (periwound maceration) ออกมาจำนวนมากสัมผัสกับผิวหนังรอบ ๆ แผล ทำให้เกิดการทำลายผิวหนัง ซึ่งสารคัดหลั่ง ประกอบด้วย สารที่เป็นอันตรายและระคายเคืองต่อผิวหนัง เช่น เอนไซม์ที่สามารถกัดกร่อนผิวหนังได้ นอกจากนี้การมีสารคัดหลั่งเปียกชื้นผ้าปิดแผลและสัมผัสกับผิวหนังรอบ ๆ แผลตลอดเวลาทำให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ยได้ง่าย เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแผลอาจขยายขนาดใหญ่ขึ้น ในผู้ป่วยที่ทำช่องเปิดทางผิวหนังในกรณีที่มีสารคัดหลั่งออกมาจำนวนมากผิวหนังก็จะถูกทำลายเช่นกัน (ยูวดีและคณะ, 2552) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีการบวมมากทั่วตัว หากเกิดผิวหนังนิ่มขาดเพียงเล็กน้อยก็อาจมีสารคัดหลั่งจากแผล निकขาดจำนวนมาก

1.4.2 ภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ (urinary and fecal incontinence) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จากการศึกษาการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของ ชวลิและคณะ (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ขับถ่ายรดที่นอนเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับถึง 5.5 เท่า ถ้าหากลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ก็จะสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

1.5 การได้รับยาบางชนิด ยาบางชนิดมีผลต่อการควบคุมการจับถ่ายของผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เช่น ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้มีส่วนในการส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะในรายที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1.5.1 ยาระบายมีผลทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวเร็วขึ้นในผู้ป่วยบางรายที่เคลื่อนไหวตัวเองลำบากจึงพบปัญหาของการกลืนอุจจาระไม่ได้ ความเข้มข้นของอุจจาระทำให้ผิวหนังอ่อนแอเกิดแผลกดทับได้ง่าย (ยูวดีและคณะ, 2552)

1.5.2 ยาสเตียรอยด์มีผลลดการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่กินสิ่งแปลกปลอม (macrophage) การสร้างเซลล์สร้างเส้นใย (fibroblast) และเนื้อเยื่อบุผิว (epithelium) ทำให้แผลหายช้า (วิจิตรและคณะ, 2549)

1.5.3 ยาขับปัสสาวะมีผลทำให้ปัสสาวะบ่อยผิวหนังมีโอกาสระคายเคืองได้ง่าย ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะอาจพบว่ามีภาวะโซเดียมร่วมกับถ่ายเหลวร่วมด้วยซึ่งส่งผลให้ผิวหนังอ่อนแอ สูญเสียความคงทนจึงง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ (วิจิตรและคณะ, 2549)

1.6 การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสายสวน การใส่กายอุปกรณ์ การดัดถ่วง การใส่ฝือก การพันผ้ายึด เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยลดลง หรือมีการกดจากอุปกรณ์ในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย (ยูวดีและคณะ, 2552) ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักได้รับการดูแลรักษาที่ต้องใช้อุปกรณ์หลายชนิด เช่น สายยาง ท่อระบาย สายของอุปกรณ์ เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งผิวหนังอาจถูกทำลายได้จากการใช้วัสดุยึดติดสายยาง ท่อระบาย รวมทั้งการยึดติดผ้าปิดแผลกับผิวหนัง ได้แก่ พลาสเตอร์ติดแผล และผ้าปิดแผลแบบติดผิวหนัง ซึ่งอาจทำให้เกิดผิวหนังถูกทำลาย เช่น รอยแดงจากการแพ้ เกิดถุงพองน้ำหรือผิวหนังฉีกขาดได้ มักพบผิวหนังลอกจากการดึงลอกพลาสเตอร์จากสายสวนปัสสาวะได้บ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (เปรมจิตร, 2552)

2. ปัจจัยภายในร่างกาย (intrinsic factor) หมายถึง ปัจจัยส่งเสริมภายในร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้การเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ภาวะโภชนาการ ประสาทสัมผัสการรับรู้ ภาวะโรคที่เป็นอยู่ ภาวะทางจิตของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ ความเครียด ภาวะไข้ น้ำหนักร่างกายมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะขาดน้ำ และการจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นผิวหนังจะบาง เพราะชั้นไขมันลดลงทำให้ผิวหนังดูหย่อนยาน เส้นเลือดประปรายร่วมกับชั้นไขมันบางตัวทำให้ไม่สามารถพยุงเส้นเลือดไว้ เมื่อมีการจับ

ดึงรั้งจึงเกิดจ้ำเลือดขึ้น ส่วนผลิตไขมันจะลดลงมากผิวหนังจะแห้ง แดง เป็นขุย และคัน โดยเฉพาะในฤดูหนาว และพวกที่อาบน้ำอุ่นบ่อยครั้ง ผิวหนังลักษณะนี้จะลอกง่ายและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

2.2 ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักสูญเสียฟันไปจนต้องใช้ฟันปลอม และมักมีโรคเหงือกร่วมด้วย การสูญเสียฟันทำให้มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีกหลายอย่าง ที่สำคัญที่สุดทำให้การรับประทานอาหารไม่สะดวก ไม่อาจบด ตัด อาหารที่แข็งหรือเหนียว จึงมักกินผักและเนื้อสัตว์ไม่ได้ ต้องเลือกอาหารนิ่ม ๆ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแป้งและน้ำตาลทำให้ขาดสารอาหารและน้ำหนักร่น แต่ในบางรายอาจเกิดปัญหาน้ำหนักเกินได้ กลุ่มที่ได้อาหารไม่เพียงพอจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะบวม เป็นต้น ต่อมาเมื่อรับรสในปากจะทำงานลดลง การรับรสจะค่อยลง รับประทานอาหารไม่อร่อย ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากจะเปลี่ยนมาชอบอาหารรสหวานเพราะรู้สึกอร่อย (วรรณภาและถัดดา, 2553) ภาวะโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม ภาวะทุพโภชนาการ เช่น การเบื่ออาหาร ภาวะน้ำหนักลด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ อัลบูมินต่ำ ทำให้เซลล์บวมเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจนและของเสียมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนง่ายต่อการเกิดแผล (ยูวดีและคณะ, 2552)

2.3 ประสาทสัมผัสการรับรู้ คือ การมีความพร้อมในการรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ทำให้การตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (วิจิตรและคณะ, 2549) ในผู้สูงอายุระบบประสาท เซลล์สมอง (neurons) ลดลง ขนาดของสมองเล็กลง น้ำหนักน้อยลง การทำงานของสมองโดยเฉพาะเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง แหแลม ทุ จะค่อยลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ทำให้ผู้สูงอายุประสิทธิภาพด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งการอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การเคลื่อนที่ และการใช้สูกา โดยภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (วรรณภาและถัดดา, 2553) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความสูงอายุ ทำให้สภาพร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์เท่าเดิม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าคนที่อายุน้อย

2.4 ภาวะโรคที่เป็นอยู่ หรือภาวะโรคทางกายที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตและการส่งเลือดหรือออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย (ยูวดีและคณะ, 2552) หรือในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง เช่น กระดูกสันหลังคด (scoliosis) ทำให้ร่างกายด้านใดด้านหนึ่งรับน้ำหนักมากกว่าปกติมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่า

คนทั่วไป (วิจิตรและคณะ, 2549) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/multimorbid) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีภาวะระบบไหลเวียนไม่คงที่ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะของโรคหรืออาการต่าง ๆ ดังนี้ คือ ภาวะการล้นเหลวของการไหลเวียนเลือด หรือเกิดการขัดขวาง หรือรบกวนการไหลเวียนของเลือด ภาวะบวม น้ำ ภาวะที่เลือดมีการไหลเวียนกลับได้ไม่สะดวก เช่น การอุดตันที่เกิดจากก้อนลิ่มเลือด หรือการที่ขาไม่ได้เคลื่อนไหวติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น ภาวะการคั่งของเลือดในหลอดเลือดบริเวณขา ภาวะช็อค หรือภาวะที่ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือเสียเลือดจำนวนมาก ทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนของร่างกายลดลง ทำให้เซลล์ภายในร่างกายขาดออกซิเจน เซลล์และเนื้อเยื่อจะเกิดความเสียหาย (สุทธิศักดิ์, 2556) จากภาวะที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ผลกกดทับที่เกิดจากภาวะที่มีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ทำให้ไม่อาจนำสารอาหารและก๊าซออกซิเจนไปสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้เพียงพอ ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปย่อมมีอิทธิพลต่อการเกิดแผลกดทับด้วย

2.5 ภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุซึมลงขาดความสนใจในตนเอง ขาดการตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนอื่น (ยูวดีและคณะ, 2552)

2.6 ภาวะเครียด เชื่อว่าความเครียดจะลดประสิทธิภาพของกลไกการปรับตัวจะทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) จากต่อมหมวกไตมากขึ้น โดยฮอร์โมนคอร์ติซอลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถของผิวหนังในการดูดซับน้ำของผิวหนังที่ถูกกดลดลง นอกจากนี้ฮอร์โมนคอร์ติซอล อาจมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญทางเคมีระหว่างหลอดเลือดและเซลล์ อาจจะทำให้ผิวหนังฝืดขาดได้ง่ายและฟื้นตัวได้ช้า (Ayello & Braden, 2002)

2.7 ภาวะไข้ ทำให้เนื้อเยื่อต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากเดิม โดยเฉพาะกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหวจะมีปัญหาการไหลเวียนปกติไม่เพียงพออยู่แล้ว เมื่อผู้สูงอายุมีไข้ความต้องการออกซิเจนมีมากขึ้น ทำให้สูญเสียความสมบูรณ์และความแข็งแรงง่ายต่อการเกิดแผล และในภาวะที่มีไข้ เสื้อผ้าที่ขัดขวางการระบายความร้อนออกจากร่างกายเป็นสาเหตุส่งเสริมสำคัญของการเกิดแผลกดทับด้วย (รัชนีและคณะ, 2549; วิจิตรและคณะ, 2549)

2.8 ภาวะน้ำหนักร่างกายมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีผลต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินเนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดีจากมีแรงกดมาก ส่วนภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อยทำให้แรงกดของเนื้อเยื่อกับปุ่มกระดูกมากขึ้น (รัชนีและคณะ, 2549; วิจิตร

และคณะ, 2549) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะน้ำหนักลดลงเพราะมวลกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณสารน้ำในร่างกาย และมวลกระดูกรวมทั้งขนาดของตับลดลงกว่าเดิม ยกเว้นผู้ป่วยสูงอายุบางกลุ่มที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี เช่น พวกที่มีโรคเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว ถุงลมโป่งพอง อัมพาต อัมพฤกษ์ พาร์กินสัน ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มนี้จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้เพราะร่างกายเคลื่อนไหวน้อย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

2.9 ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะขาดน้ำ ภาวะน้ำในร่างกายลดลง จะลดการไหลเวียนในกระแสเลือด โดยเฉพาะในหลอดเลือดฝอย ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดส่วน ภาวะความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงและเกิดภาวะขาดเลือดตามมา (รัชนิและคณะ, 2549) ปริมาณน้ำในร่างกายลดลงทั้งน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์ และในเซลล์ จากปริมาณน้ำในตัวที่เคยมีถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัวจะลดน้อยกว่าเดิมร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัวทั้งหมด (total body weight) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ผู้ป่วยสูงอายุในหอ อภิบาลผู้ป่วยหนักมีความพร่องในระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน ลดน้อยลง และภาวะขาดน้ำ (dehydration) เป็นภาวะที่ร่างกายต้องสูญเสียน้ำหรือของของเหลวออกจากร่างกายมากกว่าที่ร่างกายได้รับ ส่งผลให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่นและกระด้าง เยื่อต่าง ๆ แห่ง ผิวหนังอ่อนแอต่อการถูกทำลาย (สุทธิศักดิ์, 2556)

2.10 การจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม (immobility and inactivity) เป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่ง ร่างกายเคลื่อนไหวนไม่ได้หรือเคลื่อนไหวน้อย จะทำให้แรงกดทับ ต่อเนื้อเยื่อบริเวณนั้นคงอยู่และนำไปสู่ภาวะของการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเลือดไม่สามารถไหลกลับ ได้ เป็นผลให้เกิดการคั่งบวมของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ออกซิเจนไม่สามารถถูกส่งไปยังเนื้อเยื่อและผิวหนัง ที่ถูกกด จากการเสียดสีของอู๊ดย, โสรังญา, ทรงชัย, และอารยะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็น โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 31.81 ผู้ป่วยสูงอายุวิกฤตมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ส่งผลให้ความสามารถในการเปลี่ยนท่านอนบนเตียงลดลง ส่งผลให้มีแรงกดทับที่มาก (intensity) และเป็นเวลานานกระทำต่อผิวหนัง ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาล ผู้ป่วยหนักหลายรายไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้เนื่องจากระบบการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่หรือ การได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปภายในร่างกายหรือเข้าเส้นเลือด และการใช้อุปกรณ์ ทางกายภาพในการดูแลรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวร่างกายลดลงทำให้เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอในส่วนหนึ่งส่วนใดของ ร่างกายที่ถูกกดทับอยู่เป็นเวลานานและเกิดผิวหนังถูกทำลายเป็นแผลกดทับในที่สุด

สรุปได้ว่า แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ และความพร่อง ของประสาทสัมผัสการรับรู้ในร่างกาย โดยเฉพาะผิวหนังที่ห่อนยาน แห้ง แตก เป็นขุย เพราะชั้น

ไขมันและการผลิตไขมันลดลง เส้นเลือดประจวบกับชั้นไขมันบางตัวทำให้ไม่สามารถพุงเส้นเลือดไว้ เมื่อมีการจับ ดึงรั้งจึงเกิดจ้ำเลือดขึ้น ทำให้สีขาและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากความเสื่อมถอยของร่างกายดังกล่าวยังมีปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด แรงไถล/แรงเสียด แรงเสียดสี ความเปียกชื้น การได้รับยาบางชนิด และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษา และปัจจัยภายในผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ ประสาทสัมผัสการรับรู้ ภาวะโรคที่เป็นอยู่ ภาวะทางจิตของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ ความเครียด ภาวะไข้ น้ำหนักร่างกายมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะขาดน้ำ และการจำกัดการเคลื่อนไหว ทั้งหมดนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วิธีหรือเครื่องมือสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วิธีหรือเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณคดีพบว่าขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยมีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไว้หลากหลายรูปแบบ ดังนี้

1. แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) แบบประเมินของบราเดน (Bergstrom, Braden, Laguzza, & Holman, 1987) มีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (skin moisture) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) การปฏิบัติกิจกรรม (activity) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และแรงเสียดสีและแรงไถล (friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 23 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งน้อยยิ่งเสี่ยงมาก หรือแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

19 – 23 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง

15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง

13 – 14 คะแนน มีภาวะเสี่ยงปานกลาง

10 – 12 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูง

6 – 9 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูงมาก

ซึ่งโดยทั่วไปค่าคะแนนเท่ากับ 16 คือ เริ่มมีภาวะเสี่ยง แต่ในกรณีที่ใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยสูงอายุ ค่าคะแนนที่เริ่มมีภาวะเสี่ยงจะเท่ากับ 18 (Linder et al. อ้างตาม ยุวดีและคณะ, 2552) แบบประเมินของบราเดนเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่มีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำอยู่ใน

ระดับที่ยอมรับได้ (The Joanna Briggs Institute of evidence Based Nursing and Midwifery [JBI], 2008) แต่ผู้ประเมินต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ด้าน ที่ระบุไว้ในเครื่องมือเป็นอย่างดี (อัญชญา, 2552)

2. แบบประเมินของนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale)

แบบประเมินของนอร์ตัน ถูกจัดทำขึ้นในปี 1962 (Collins et al., 2012) เรียกว่า Norton scoring system ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเครื่องมือแรกที่มีการเผยแพร่เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายและเหมาะสมกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ นอกจากนี้เครื่องมือยังมีค่าความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น แต่มีรายละเอียดค่อนข้างหายากเมื่อนำไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงเป็นข้อจำกัดที่ยังต้องการการปรับปรุงอีก (JBI, 2008) มีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ (physical condition) ภาวะการรับรู้ (mental condition) กิจกรรม (activity) การเคลื่อนไหว (mobility) และการควบคุมการขับถ่าย (incontinence) คะแนนแต่ละตัวแปรเริ่มตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5 – 20 คะแนน เริ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ 14 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งน้อยยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาก

3. แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (The Waterlow Pressure Sore Risk Scale)

จูดี วอเตอร์โลว์ (Judy Waterlow) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นเมื่อปี 1985 (Waterlow, 2005) นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ประกอบด้วยตัวแปร 11 ตัวแปร โดย 6 ตัวแปรแรกเป็นตัวแปรจากปัจจัยโดยตรง และมีตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสริมเพิ่มอีก 5 ปัจจัย ซึ่งมีวิธีการใช้ค่อนข้างยุ่งยากเนื่องจากประกอบด้วยหลายตัวแปรและมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณาแตกต่างกัน และค่าคะแนนที่ใช้ในแต่ละตัวแปรมีค่าไม่คงที่แน่นอน (ค่าตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน) ดังนั้นวอเตอร์โลว์ จึงได้จัดทำเป็นแผ่นการ์ดคู่มือขึ้น โดยด้านหนึ่งบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง อีกด้านหนึ่งบอกรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการทำแผล การป้องกันและระดับของแผลกดทับ เพื่อให้สะดวกในการใช้มากขึ้น ค่าคะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินนี้มีค่าระหว่าง 2 - 22 คะแนน และการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้คือ 1) คะแนนรวมมากกว่า 10 ถือว่าเริ่มมีความเสี่ยง 2) คะแนนรวมมากกว่า 15 ถือว่ามีความเสี่ยงมาก และ 3) คะแนนรวมมากกว่า 20 ถือว่ามีความเสี่ยงสูงมาก ซึ่ง JBI (2008) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า แบบประเมินของวอเตอร์โลว์จะสามารถทำนายความเสี่ยงได้ดีและมีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำ ทำให้วัดได้ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมายความว่า แบบประเมินนี้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยหลายรายมีความเสี่ยง แต่ในความเป็นจริงแล้วไม่ได้เสี่ยงเป็นเหตุให้มีการใช้วิธีการป้องกันกับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

4. แบบประเมินของกอสเนลล์ (Gosnell Scale)

แบบประเมินนี้ถูกดัดแปลงมาจากแบบประเมินของนอร์ตัน โดยกอสเนลล์ (Gosnell) (อัญญา, 2552) กอสเนลล์ได้นำปัจจัยด้านโภชนาการมาเป็นตัวแปรโดยตรง แต่ตัดเรื่องภาวะสุขภาพออก ดังนั้นตัวแปรหลักของกอสเนลล์ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะทางด้านจิตใจ การควบคุม การจับถ่าย การเคลื่อนไหว กิจกรรม และภาวะโภชนาการ โดยแต่ละตัวแปรจะแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3-5 ระดับ ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 5-20 ถ้าได้คะแนน 16 หรือมากกว่า แสดงว่ามีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่าแบบประเมินที่กล่าวมาทั้งหมดมีความคล้ายคลึงกัน ในส่วนของประเด็นหลักคือ การนำเอาปัจจัยทั้งภายในและปัจจัยภายนอกมาเป็นตัวแปรและจัดออกมาเป็นค่าคะแนน เพื่อให้สามารถวัดออกมาได้ในเชิงปริมาณ แต่มีรายละเอียดความยากง่ายในการใช้ประเมินที่แตกต่างกัน การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นเพียงวิธีการหนึ่งที่อยู่ในแผนการป้องกันแผลกดทับ การเลือกใช้แบบประเมินเสี่ยงแต่ละแบบประเมินควรพิจารณาถึงความไวและความจำเพาะของแบบประเมินซึ่งความไว (sensitivity) คือ ค่าความไวในการทำนายว่าเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เป็นจริง ได้ถูกต้อง (true positive) มีการศึกษาพบว่าการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับส่วนใหญ่เลือกใช้แบบประเมิน ของบราเดนเป็นแบบประเมินที่ถือได้ว่ามีความไวต่อการทำนายค่าความเสี่ยงมากกว่าแบบประเมินอื่น ๆ (วิจิตรและคณะ, 2549) ซึ่งแบบประเมินของบราเดน มีความไวเท่ากับร้อยละ 100 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 87-91 (Bergstrom et al., 1987) แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ มีความไวเท่ากับร้อยละ 57.1 มีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 67.5 ส่วนแบบประเมินความเสี่ยงของนอร์ตัน มีความไวร้อยละ 82.4 มีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 27.47 (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina, & Alvarez-Nieto, 2006) จะเห็นว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดนมีความไวและเฉพาะเจาะจงมากกว่าแบบประเมินความเสี่ยงอื่น ๆ จึงเหมาะที่จะนำมาประเมินผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก นอกจากนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยรวมถึงโรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษานี้ได้ใช้แบบประเมินของบราเดนในการปฏิบัติการพยาบาลมาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินของบราเดนในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้

แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) พบว่าในวิชาชีพแพทย์ จะเรียกว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ในวิชาชีพพยาบาลจะเรียกว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายไว้ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ เป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ (ฟองคำ, 2549) เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง และช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่ไม่ได้ทดแทนการตัดสินใจ ซึ่งการนำความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้ได้มาตรฐาน ในการแก้ไขปัญหาด้านการปฏิบัติและดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้ในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพให้มีความเสมอภาค การจัดบริการที่ทั่วถึง มีคุณภาพ และมีการบริหารจัดการระบบอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย อยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ และหลักฐานอ้างอิงร่วมกับจริยธรรมและความมีอิสระในวิชาชีพ เป็นแหล่งความรู้และแนวทางปฏิบัติ เพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน และมีส่วนร่วมในการป้องกันคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้รับบริการทางการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ และสามารถแก้ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ควรเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based practice) มีเหตุผลที่เหมาะสมทางวิทยาศาสตร์ โดยทั่วไปต้องทำเป็นคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความแตกต่างด้านการปฏิบัติและสามารถตรวจสอบได้ แนวปฏิบัติต้องคำนึงถึงประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ หลักฐานที่มีอยู่ต้องปรากฏชัดเจนว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด ได้ผล ประหยัดไม่ยุ่งยาก มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และเป็นความต้องการหรือความชอบของผู้รับบริการ ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติอย่างกว้างขวาง ซึ่งบางเรื่องนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานหนึ่งอาจจะไม่เหมาะสม จากข้อจำกัดและลักษณะของหน่วยงานนั้นจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาเอง

หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (จิตร, อนุวัฒน์, สงวนสิน, และเกียรติศักดิ์, 2543) ประกอบด้วย

1. เป้าหมายของกระบวนการพัฒนาและการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติ คือ ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในทางสุขภาพ อาจจะเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล หรือกลุ่มบุคคลตลอดจน

คุณภาพของหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของพัฒนาแนวปฏิบัติ ต้องระบุปัญหาผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เป้าหมาย และลักษณะหรือระดับของหน่วยงานที่จะนำแนวทางปฏิบัติไปใช้

2. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ควรพัฒนาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีวิธีการรวบรวมหลักฐาน การคัดเลือกเอกสาร การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ถึงระดับคุณภาพ ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ความเกี่ยวข้อง และความเที่ยงตรงของหลักฐาน หลักฐานที่มีคุณภาพสูง มีระดับความน่าเชื่อถือสูง อาจจะไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติในทุกหน่วยงาน

3. วิธีการสังเคราะห์ระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ

4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีคุณภาพ ควรจะเป็นสหสาขาวิชาชีพมีผู้สนับสนุนการทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ทีมยกร่างหรือทีมพัฒนา ผู้เชี่ยวชาญ และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบ คำนึงถึงผู้รับบริการแนวปฏิบัติที่สรุปแล้วเห็นว่ามิได้มีประโยชน์ควรมีการพัฒนาต่อไป

5. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาควรมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ปัจจัยสำคัญที่จำเพาะ และเหมาะสมกับหน่วยงานทั้งระบบ คำนึงถึงทักษะของผู้รับบริการ

6. การพัฒนาแนวปฏิบัติควรคำนึงถึงทรัพยากรและภาวะเศรษฐกิจที่มีอยู่ มีขั้นตอนที่ให้บริการน้อยที่สุด มีคุณภาพเหมาะสมกับราคา ต้องระบุทางเลือกที่จะใช้ให้ชัดเจน มีวิธีการที่ชัดเจน

7. ชัดเจนในการประมาณค่า ผลที่พึงประสงค์ทั้งทางคลินิกและการประมาณค่าใช้จ่าย

8. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นต้องมีการสรุปข้อเสนอสำคัญจากแนวปฏิบัติควรมีการเผยแพร่และนำสู่การปฏิบัติ

9. แนวปฏิบัติที่นำไปปฏิบัติต้องได้รับการประเมินผล และวิเคราะห์ถึงผลกระทบของการนำไปใช้ ประโยชน์และโทษที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วยและระบบบริการ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติที่มีสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสถานการณ์

คุณสมบัติแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพ (ฟองคำ, 2549) สำหรับแนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพนั้นต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือ แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ มีการอภิปรายความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อขัดแย้งและเปรียบเทียบซึ่งนำหน้าระหว่างความเห็นของกลุ่มกับหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเปิดเผย และเมื่อปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัติ นั้นแล้วจะต้องทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ความคุ้มค่า-คุ้มทุน แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ ผลลัพธ์การดูแลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผลมากขึ้นนั้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลต้องเป็นที่ยอมรับได้ ถ้าผู้พัฒนาแนวปฏิบัติไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่าย และมุ่งแต่ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างเดียว ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แต่อาจจะไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่าต่อการบริการ

3. ความคงที่ แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความคงที่ ซึ่งความคงที่ของหลักฐานเชิงประจักษ์หมายความว่า ในหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเดียวกัน กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติกลุ่มอื่นจะสรุปเป็นวิธีปฏิบัติที่แนะนำคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นได้ด้วย

4. ความเที่ยง แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความเที่ยง หมายความว่าในสถานการณ์ทางคลินิกอย่างเดียวกัน ทีมสุขภาพคนอื่นๆ จะทำตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำเพื่อแก้ปัญหาผู้รับบริการในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ถ้าแนวปฏิบัตินั้นพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบและเข้มงวด

5. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาจากกลุ่มซึ่งมีผู้แทนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมทั้งผู้รับบริการด้วย

6. ความสามารถในการประยุกต์ทางคลินิก แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้สามารถประยุกต์ได้ถูกต้อง

7. ความยืดหยุ่น แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก โดยระบุข้อยกเว้นหรือทางเลือกในการใช้ และควรพิจารณาค่านิยมความเชื่อของผู้ป่วยร่วมด้วยในกระบวนการตัดสินใจ

8. ความชัดเจน แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความชัดเจนในการเขียน ทั้งนิยามคำต่างๆ ที่ใช้ ภาษาที่เขียน และรูปแบบ ต้องอยู่ในรูปแบบที่ผู้ใช้มีความคุ้นเคย ภาษาที่ใช้ต้องไม่มีความคลุมเครือ

9. ความพิถีพิถันในการเขียน แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความพิถีพิถันในการเขียน โดยระบุรายละเอียดของกระบวนการพัฒนาทั้งหมดรวมทั้งระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน วิธีการใช้ ข้อตกลงเบื้องต้น และเชื่อมโยงวิธีปฏิบัติที่แนะนำกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่อ้างอิง และควรระบุระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วย

10. แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพควรกำหนดการทบทวนเป็นระยะ และปรับปรุงความรู้ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

11. แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพควรมีการระบุกลไกในการช่วยให้ผู้ใช้ทำตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ รวมทั้งการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

รูปแบบของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้น มีหลากหลายรูปแบบ บางรูปแบบดัดแปลงมาจากรูปแบบการใช้ผลงานวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งฉวีวรรณ (2548) กล่าวว่า องค์การด้านสุขภาพหลายองค์การที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นทั้งในระดับชาติและสมาคมบริการสุขภาพเฉพาะทาง เช่น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1998) เครือข่ายระหว่างมหาวิทยาลัยประเทศสก็อตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network: SIGN) หน่วยงานวิจัยดูแลสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Health care Research and Quality: AHRQ) และสถาบันผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกนานาชาติ (National Institute for Clinical Excellence: NICE) แต่ละองค์การมีการกำหนดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความหลากหลายของขั้นตอนตั้งแต่ 4-5 ขั้นตอนจนกระทั่ง 17-18 ขั้นตอน แต่หลักการใหญ่ ๆ จะมีความคล้ายคลึงกัน และอิงกรอบแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เหมือนกัน เช่น การกำหนดปัญหาประเด็นทางคลินิก การประเมินวิเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย การสังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย การทดลองดำเนินการโครงการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินผลการปฏิบัติหรือผลลัพธ์ของโครงการ เป็นต้น ซึ่งมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น โมเดลการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-based Practice Model) สเต็ทเลอร์โมเดล (The Stetler Model) ไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care) เป็นต้น ซึ่งผู้ดำเนินการสามารถเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงานให้มากที่สุด เพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (ฟองคำ, 2549)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ที่เป็นสถาบันที่ได้รับการยอมรับและมีความน่าเชื่อถือขององค์การด้านสุขภาพและได้มีการจัดทำและเผยแพร่ไว้มากมาย มีแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แบ่งเป็น 3 ระยะ (17 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงได้เป็น 8 ขั้นตอน ต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการนั้น ควรเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และหน่วยงานมีความเห็นพ้องต้องกัน การกำหนดประเด็นปัญหาสามารถทำได้จากการทบทวนผลลัพธ์ในเรื่องเหล่านั้น เช่น ผลลัพธ์ที่ได้ไม่แน่นอน หรือผลลัพธ์ไม่ดี มีความเสี่ยงสูง ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ มีข้อร้องเรียน หรือได้จากการทบทวนวิธีปฏิบัติในหน่วยงาน เช่น มีความหลากหลายในการปฏิบัติในเรื่องเดียวกัน บางครั้งการปฏิบัติในบางเรื่องก็เป็นภาระงานมากเกินไป (workload) ที่ส่วนหนึ่งมาจากการทำในสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องทำ หรือทำตามความเคยชิน การปฏิบัติบางอย่างใช้เวลามาก ต้นทุนสูงแก้ไขปัญหาซ้ำซากไม่ได้ บางครั้งก็ไม่มีประเมินผลอย่างจริงจัง เนื่องจากขาดข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้มีปัญหาในการตรวจสอบคุณภาพ กลยุทธ์ในการกำหนดประเด็นปัญหา อาจทำได้โดยการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงานหรือกำหนดจากประเด็นตัวชี้วัดคุณภาพ การบริการที่ไม่ถึงเกณฑ์ หรือกำหนดประเด็นปัญหาจากการสรุปพูดคุยกัน หรือจากการลงฉันทามติในหน่วยงาน เพื่อจุดประกายให้มองเห็นปัญหาตัวอย่างประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ การเลื่อนหูลุดของท่อช่วยหายใจ การจัดการความเจ็บปวด การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น สำหรับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ควรมาจากสาขาวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นหรือหัวข้อเรื่องที่จะพัฒนา เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร เป็นต้น ทีมพัฒนาควรมีผู้มีความรู้ความชำนาญในเรื่องที่จะทำ สามารถสืบค้น ประเมินผล คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (โดยเฉพาะที่มาจากงานวิจัย) ได้ การสร้างทีมพัฒนาฯ ที่มีการประสานความร่วมมือกันอย่างแท้จริง ระหว่างฝ่ายวิชาการ ฝ่ายวิจัย และฝ่ายปฏิบัติ จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นจำนวนสมาชิกทีมควรอยู่ระหว่าง 5-10 คน เพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุมและทำงาน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องให้มีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และมีการกำหนดหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์

การกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่กำหนดจะเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานและองค์กร ผลลัพธ์อาจเป็นได้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นหรือผลลัพธ์ระยะยาว การกำหนดผลลัพธ์ล่วงหน้าจะทำให้สามารถกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหาหลักฐานได้ และสามารถวางแผนการประเมินผลล่วงหน้า เช่น การสร้างเครื่องมือประเมินผลผลลัพธ์ วิธีการรวบรวมข้อมูล เป็นต้น ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการส่วนใหญ่

จะเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) เช่น อัตราตาย อัตรารอด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาอนินในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/หลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ

การทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องกระทำการสืบค้นให้เป็นระบบและทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล เนื่องจากเป้าหมายหลักของการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ การทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดอันตรายน้อยที่สุดและมีค่าใช้จ่ายต่ำ ดังนั้น คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะต้องมาจากหลักฐานความรู้ที่ดีที่สุดเท่าที่จะสืบค้นมาได้ และต้องเป็นการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแล ทิมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ต้องวางแผนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดังต่อไปนี้

หลักฐานเกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การกำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นฐานข้อมูล ที่สามารถสืบค้นงานวิจัย และงานที่ทำการทบทวนวรรณคดีอย่างเป็นระบบ เช่น Medline, EMBASE, Proquest, และ PubMed เป็นต้น เว็บไซต์ที่สามารถสืบค้นงานที่ทำการทบทวนวรรณคดีอย่างเป็นระบบ (systematic review) เช่น www.joannabriggs.edu.au เป็นต้น นอกจากฐานข้อมูลและเว็บไซต์เหล่านี้แล้ว แหล่งสืบค้นด้วยมือ เช่น จาควารสารในห้องสมุด สืบค้นจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

ส่วนการคัดเลือกและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องให้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีผลลัพธ์ที่กำหนดในหลักฐานเชิงประจักษ์ ชัดเจนสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าไว้แล้ว ในขั้นตอนที่ 3 และที่สำคัญ ก็คือ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการในหน่วยงานได้ ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหัวข้อมักจะได้นิพนธ์ของหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกมาหลากหลาย เช่น ได้หลักฐานที่เป็น primary research, systematic review, meta – analysis, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล หรือ ได้งานที่เป็นรายงานแบบ anecdotal record, case study, quality improvement project หรือ ได้บทความของผู้เชี่ยวชาญ การประเมินคุณค่าของหลักฐานที่สืบค้นได้ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินหลักฐานที่เป็นงานวิจัยจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการออกแบบ การควบคุมและลดอคติ การดำเนินการวิจัย วิธีการวัดผลลัพธ์ เป็นต้น การประเมินงานที่ทำการทบทวนวรรณคดีอย่างเป็นระบบ ต้องพิจารณาการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ การพิจารณาคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พิจารณาข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนว่า มีความไวต่อการนำไปใช้เพียงใดและข้อสรุปเชิงปริมาณได้รับการอภิปรายอย่างมีเหตุผล และเหมาะสม โดยคำนึงถึงการนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาทางคลินิกในวงกว้างหรือไม่

การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มีดังนี้

1. การประเมินหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ที่มีผู้สร้างขึ้นมีหลักสำคัญ ใหญ่ ๆ คือ ประเมินกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ นั้นว่ามีความถูกต้องตามหลักของการพัฒนาตามแนวคิดของการปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และประเมินเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญของแนวปฏิบัติที่ว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติทางการแพทย์ คือ เครื่องมือประเมิน AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation [AGREE] instrument) ซึ่งสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากความร่วมมือระหว่าง 11 ประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี เนเธอร์แลนด์ สเปน สวิตเซอร์แลนด์ แคนาดา นิวซีแลนด์ และสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย การประเมิน 6 ขอบเขต (domain) และมี 23 ข้อคำถาม เป็นคำถามในลักษณะตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือกแบบลิเคิร์ต (LiKert scale) ประกอบด้วย คะแนน 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 3 คือ เห็นด้วย คะแนน 2 คือ ไม่เห็นด้วย และคะแนน 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (The AGREE Collaboration, 2001) เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ จวิวรรณ ชงชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI = .95 และนำไปทดลองใช้ได้ความเชื่อมั่น = .91 (จวิวรรณ, 2548) ประกอบด้วย เนื้อหา ดังนี้

1.1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการแพทย์มีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เป็นปัญหาทางคลินิก และระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์นี้

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ประกอบด้วย บุคลากรจากสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ชัดเจน และแนวปฏิบัติทางการแพทย์ได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

1.3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ได้แก่ มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติทางการแพทย์ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ นอกองค์กรก่อนนำมาใช้ และระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ให้ทันสมัย

1.4 ความชัดเจนและการนำเสนอ ได้แก่ ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่

ละสถานการณ์ และข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย คำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น อาจเป็นในรูปแบบของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

1.5 การประยุกต์ใช้ ได้แก่ ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

1.6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ในการคำนวณคะแนนความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้น จะใช้จำนวนผู้ที่ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2-4 คน จากนั้นนำคะแนนความคิดเห็นมาคำนวณโดยใช้สูตร ดังต่อไปนี้

$$\text{คะแนนของแต่ละขอบเขต} = \frac{\text{คะแนนที่รวมได้} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด} \times 100}{\text{คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}}$$

คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด = 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) \times 3 (ข้อคำถาม) \times 4 (ผู้ประเมิน)

คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) \times 3 (ข้อคำถาม) \times 4 (ผู้ประเมิน)

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้ โดยในแต่ละขอบเขตคะแนนที่คำนวณได้มากกว่า 60 เปอร์เซนต์ ถือว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้นมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่วนในข้อที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 เปอร์เซนต์ จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้นมีคุณภาพต่ำไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ (The AGREE Collaboration, 2001)

แบบประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ออกแบบมา เพื่อให้ทั้งผู้พัฒนาและผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หรือใช้ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีผู้พัฒนาแล้ว ถึงแม้ว่าจะใช้เกณฑ์ประเมินคุณค่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแล้วก็ตาม ก็ควรมีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และควรต้องพิจารณาถึงเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้นว่ามีความทันสมัย สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย สะดวก เหมาะสมกับหน่วยงาน สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยและครอบครัว และที่สำคัญ คือ มีต้นทุนต่ำ (ฉวีวรรณ, 2548)

2. เกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่มีอยู่ การวิจัยครั้งนี้ใช้หลักเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและระดับของข้อแนะนำ โดยยึดหลักการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (JBI, 2008) ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 มาจากการทบทวนวรรณคดีที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) การทบทวนงานวิจัยหลายงานที่คล้ายคลึงกันหรือปัญหาวิจัยเดียวกันของงานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีกลุ่มสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized control trial: RCT) หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบทดลองขนาดใหญ่ที่มีช่วงความเชื่อมั่นแคบ, ระดับ 2 มาจากการงานวิจัยแบบทดลอง (RCT) ที่มีขนาดเล็กและมีช่วงความเชื่อมั่นในระดับกว้างหรืองานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรืองานวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและหรือไม่มีกลุ่มควบคุม, ระดับ 3-a มาจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม (cohort studies with control group), ระดับ 3-b มาจากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (case control), ระดับ 3-c มาจากการทบทวนงานวิจัยแบบเชิงพรรณนา และไม่มีกลุ่มควบคุม, และระดับ 4 มาจากหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีความเหมาะสมและการกำหนดระดับของคำแนะนำ ซึ่งสื่อถึงระดับความมั่นใจในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นไปใช้ มีการกำหนดเป็นลักษณะของสัญลักษณ์ หรือชื่อที่แตกต่างกัน เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ โดยทั่วไปจะมีการแบ่งระดับคำแนะนำของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็น 3 หรือ 4 ระดับ หน่วยงานที่มีการแบ่งระดับคำแนะนำ เป็น 3 ระดับ เช่น JBI (2008) ได้จัดระดับคำแนะนำหรือความมั่นใจโดยคำนึงถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ คือ ระดับ A มีความเชื่อมั่นในระดับสูงประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าในการนำไปใช้ ระดับ B มีความเชื่อมั่นในระดับปานกลางประกอบด้วย หลักฐานที่ได้รับการรับรองว่ามีประโยชน์มีประสิทธิภาพและ ระดับ C ขาดความเชื่อมั่นประกอบด้วยหลักฐานที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์ และไม่มีประสิทธิภาพ อาจสรุปได้ว่า การจัดระดับคำแนะนำของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ของหน่วยงานต่างๆมีความสำคัญ เนื่องจากช่วยให้เห็นความแตกต่างของระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและเกิดความมั่นใจต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ตามคุณภาพของหลักฐานดังกล่าว สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การกำหนดระดับคำแนะนำของ JBI (2008) เช่นเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
ขั้นตอนการร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ประกอบด้วย

1. การสรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติโดยรวมคำแนะนำที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกประเมินและคัดเลือกมาแล้ว การจัดหมวดหมู่ของสาระสำคัญของแนวปฏิบัตินั้นสามารถ

จัดทำแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเด็นทางคลินิก ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติทางการพยาบาล มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ ต้องสร้างความมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างแรงจูงใจในผู้ปฏิบัติ โดยจัดให้ขั้นตอนนี้อยู่ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ให้ความเห็น มีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น อาจเป็นการประชุมกลุ่มการปรึกษาหารือวางแผนปฏิบัติทางการพยาบาลการขอความคิดเห็นโดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

2. การจัดทำแผนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้าน โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcomes) วางแผนวิธีรวบรวมข้อมูล เช่น จะเป็นการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินผลเชิงกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากรว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของบุคลากร ประเมินความสะดวก ความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ทั้งด้าน โครงสร้าง และกระบวนการ) ประเมินความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นต้น

3. การจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฉบับร่าง รูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้ (3.1) ชื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และรายชื่อ ทีมพัฒนา ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน คำนำ สารบัญ (3.2) วัตถุประสงค์ ขอบเขตและผลลัพธ์ (3.3) กระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างละเอียด (3.4) คำจำกัดความที่ใช้ (3.5) สำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นหมวดหมู่ ระบุระดับของหลักฐาน (3.6) แผนผังสำหรับขั้นตอนที่ซับซ้อนและสำคัญ (ถ้ามี) (3.7) แหล่งอ้างอิง และ(3.8) ภาคผนวก ประกอบด้วย แหล่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาเป็นสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล, แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, คู่มือคำอธิบายแบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ถ้ามี) และรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ

สำหรับรูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับร่างต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 1 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนาภายหลังการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทีมพัฒนานำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2003) กล่าวว่า ประสิทธิภาพเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่จะช่วยในการพิจารณาเกี่ยวกับโครงสร้างและวิธีการในการเก็บข้อมูลของเครื่องมือวิจัย เช่น ลักษณะแบบสอบถามที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลที่รวดเร็วกว่า ได้ข้อมูลที่เหมาะสม และสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพกว่าเครื่องมือที่ใช้เวลามากกว่า ได้ข้อมูลไม่แตกต่างกัน และเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า เป็นต้น เช่นเดียวกับ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการทางสุขภาพได้เช่นกัน เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลช่วยให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วในการตัดสินใจ ลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน (ฟองคำ, 2549; อนุวัฒน์, 2541) ลดการปฏิบัติที่ไม่จำเป็น สามารถช่วยผู้ให้บริการและผู้ป่วยตัดสินใจได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ครอบคลุม สะดวก มีอิสระ ไม่ต้องใช้เวลาในการศึกษาค้นคว้าหรือทำสิ่งต่างๆ เพียงลำพัง (Didsbury อ้างตามพรพิลาส, 2552) แต่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอาจมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบประสิทธิภาพหรือคุณภาพ โดยการนำไปทดลองใช้และประเมินตรวจสอบก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะเกิดประสิทธิผล (effective) คือ ผลสำเร็จของงานเป็นไปตามความมุ่งหวัง ที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายต่อไป การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ/ดำเนินการ (ฟองคำ, 2549) สรุปได้ ดังนี้

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability) ประเด็นสำคัญของการถ่ายทอดหรือการนำลงสู่การปฏิบัติ คือ การนำโครงการนวัตกรรมที่มาจากผลงานวิจัย/โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงานนั้นเป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีประเด็นบางอย่างในหน่วยงานที่ไม่สอดคล้องกับนวัตกรรมนั้น เช่น ปรัชญาของการทำงาน ประเภทของผู้ป่วยที่ให้บริการ บุคลากร งบประมาณหรือโครงสร้างการบริหาร ก็อาจจะเป็นการไม่เหมาะสมที่จะดำเนินโครงการนวัตกรรมนั้นถึงแม้ว่าจะพบว่าโครงการนั้นมีประสิทธิผลดีมากในหน่วยงานอื่น ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ (2) กลุ่มประชากรเป้าหมายในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน (3) เป้าหมายของการดูแลในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีเป้าหมายเดียวกันกับการดูแลในหน่วยงาน คือ การป้องกันการเกิดผลกดทับของผู้ป่วย (4) จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีมากพอ และ (5) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลใช้ระยะเวลาหนึ่งในการทดสอบและมีการประเมินผลลัพธ์

2. ความเป็นไปได้ (feasibility) มีประเด็นหลายประเด็นจะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศในองค์กร ความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และความเป็นไปได้ในการประเมินผลทางคลินิกประเด็นสำคัญคือ พยาบาลมีอำนาจในการควบคุมการดำเนินการ โครงการนวัตกรรมหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจ

เต็มทีในการควบคุมโครงการใหม่จะต้องประเมินว่าโครงการนั้นสามารถจะขอความร่วมมือจากหน่วยงานหรือบุคคลใด และริบดำเนินการ โดยเร็วที่สุด ได้แก่ (1) พยาบาลยังคงมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจภายใต้การดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (2) การดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่รบกวนการทำงานตามปกติของพยาบาล (3) หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการดำเนินแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (4) มีความเป็นไปได้ที่พยาบาลต้องใช้เวลาหนึ่ง เพื่อเรียนรู้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ(5) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม

3. ความคุ้มค่า (cost-benefit ratio) ประเด็นสำคัญในการตัดสินใจใช้โครงการนวัตกรรม/โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ การประเมินควรครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ได้แก่ (1) ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (2) มีประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (3) ในการดำเนินตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุทั้งค่าใช้จ่ายระยะสั้นและค่าใช้จ่ายระยะยาวในองค์กร (4) ค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่วัสดุ ในการดำเนินแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น ไม่ทำให้คุณธรรมของเจ้าหน้าที่ต่ำลง ไม่ทำให้เจ้าหน้าที่ลาออก เจ้าหน้าที่ไม่ลางาน และ (5) ประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น คุณธรรมของพยาบาลสูงขึ้น พยาบาลสนใจคุณภาพการทำงานมากขึ้น เป็นต้น

สำหรับการตรวจสอบความตรงเครื่องมือทั้งหมดนั้น ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3-5 ท่าน โดยพิจารณาไปพร้อมกันกับการตรวจสอบความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของเนื้อหาแนวปฏิบัติ (Index of Consistency: IOC) และตรวจสอบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (ฟองคำ, 2549) คือ 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability) 2) ความเป็นไปได้ (feasibility) และ 3) ความคุ้มค่า (cost-benefit ratio) โดยกำหนดค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 80% ขึ้นไป หรือเท่ากับ .8 ขึ้นไป (สุรพงษ์และธีรชาติ, 2551)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระหว่างผู้ปฏิบัติ 2 รายในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) โดยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในผู้ป่วยคนเดียวกันเวลาเดียวกัน แล้วบันทึกความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ จากนั้นนำมาตรวจสอบความเห็นพ้องของข้อมูล มาหาค่าความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percent of agreement) (บุญใจ, 2553) คือ จำนวนข้อที่เห็นพ้องกันหารด้วยผลรวมของจำนวนข้อที่เห็นพ้องกันและจำนวนข้อที่ไม่เห็นพ้องกัน คูณ

ด้วย หนึ่งร้อย โดยใช้พยาบาลในการหาค่าความเที่ยง 2 คู่ เพียงครั้งเดียว ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า .8 (ประกาย, 2548)

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนนี้เป็นการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดและหากพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าความเที่ยงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยต้องนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและคู่มือฯ มาปรับปรุงแก้ไขและนำไปให้พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มเดิม นำไปทดลองปฏิบัติ บันทึกความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง จนกว่าจะได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

ระยะที่ 3 ระยะเวลาตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 8 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบผลการนำไปใช้นำร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 – 10 คน หรือใช้ระยะเวลา 1 – 2 สัปดาห์ (จิตรและคณะ, 2543) ในการประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉวีวรรณ (2548) กล่าวว่า การจัดทำแผนประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรครอบคลุมด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcomes) โดยต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บุคลากรว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินผลโครงสร้างและกระบวนการ จะประเมินความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของบุคลากร ความสะดวก ความง่ายในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนการประเมินด้านผลลัพธ์ จะระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยผลลัพธ์ดังกล่าว อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราป่วย อัตราตาย อาการและอาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องทดลอง ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความปลอดภัย (ฟองคำ, 2549)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของNHMRC (1998) เนื่องจากมีการกำหนดการดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจนครบถ้วนทุกกระบวนการ ซึ่งมี 3 ระยะ 17 ขั้นตอน แต่เมื่อพิจารณาแล้วจะมีหลักการใหญ่ ๆ ที่สามารถดัดแปลงให้เหลือ 8 ขั้นตอน เพื่อง่ายต่อการนำไปใช้และเลือกทำการประเมินผลเชิงกระบวนการ โดยเลือกเฉพาะการประเมินความสามารถในการปฏิบัติได้จากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการนำไปใช้ตามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ การสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุวิกฤตในครั้งนี้ คือ pressure ulcer, pressure sore, bed sore, older patient, elderly, elderly patient, ICU, Intensive Care Unit, risk factor, prevent, prevention, guidelines, Best Practice, แนวปฏิบัติ, แผลกดทับ, ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้สูงอายุ, วิกฤต, ผู้ป่วยวิกฤต, วรรณคดีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความ งานวิจัยต่างๆ รวมทั้งสื่ออินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 - 2014 ได้จำนวน 29 เรื่อง จากนั้นประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ โดยผู้วิจัยจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับการนำไปใช้ของข้อเสนอแนะตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (2008) รวมถึงประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือประเมิน AGREE (The AGREE Collaboration, 2011) โดยผู้วิจัยประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้ในแต่ละขอบเขตมากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้นมีคุณภาพจากนั้นนำข้อเสนอแนะจากงานวิจัยไปปรับใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุวิกฤตได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปใช้ได้รวม 7 เรื่อง (ภาคผนวก ก และ ข)

สำหรับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการทบทวนวรรณคดีสามารถอธิบายได้ 6 หมวดกล่าวคือ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดย

1.1 ใช้แบบประเมินของบราเดน (1987) ในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550 /ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

1.2 ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในเวรคึก โดยประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) ซึ่งความถี่ใน

การประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับค่าคะแนนบราเดนสเกล (Braden's scale) > 18 ประเมินทุกเวรตึก (ขวัญฤทัย, 2550/ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) หากผู้ป่วยมีระดับค่าคะแนนบราเดนสเกล \leq 18 ควรประเมินทุกเวร (ขวัญฤทัย, 2550/ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

1.3 ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยาตั้งแต่แรกรับ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

2.1 ใส่ที่นอนลมให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงทุกคนและตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอทุกเวร (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B; Jankowski, 2010/ level 4/grade B) หรือใช้ฟ้านุ่มหนา 2-3 ชั้นรองรับบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวกและเกิดความอับชื้น (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)

2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงในรายที่นอนอยู่บนเตียง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง (\leq 10) ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเป็นเวลานาน ดูแลยกขาปรับร่างกายอย่างน้อยทุก 15-30 นาที (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรอยู่ในท่านั่งบนเตียงไม่เกินครั้งละ 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

2.3 ใช้หมอนรองได้นองให้สันเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

2.4 ลดแรงกดจาก tube/catheter โดยใช้ผ้านุ่ม/สำลี เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/level 1/grade B; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B; Jankowski, 2010/ level 4/grade B)

2.5 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปาก ไม่ติดคิงรี้ง (เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

2.6 นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศาไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B; Jankowski, 2010/ level 4/grade B) ในการจัดท่านอนกึ่งตะแคงหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาคู่ทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

2.7 การลดแรงเฉือน ได้แก่ นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศาเพื่อป้องกันการลื่นไถลและแรงกดทับ แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนยกศีรษะสูงไม่ควรจัดทำศีรษะสูงเกิน 60 องศาเกิน 30 นาที (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B; Jankowski, 2010/ level 4/grade B)

2.8 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไถขณะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ pad slide หรือผ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B; Jankowski, 2010/ level 4/grade B)

2.9 ไม่ถูบนวดหรือประคบร้อนบริเวณที่มีรอยแดงหรือปุ่มกระดุก จะทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นลดลงและทำให้เนื้อเยื่อที่ถูกกดที่อยู่ลึกลงไปได้รับอันตรายจากการกดนวด (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer

Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร์, 2552/ level 4/ grade B)

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

3.1 การติดตามประเมินระดับอัลบูมิน (serum albumin), ระดับฮีมาโตคริต (Hct), ระดับปัสยูเรีน (BUN) และครีเอตินีน (Creatinine) 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; เปรมจิตร์, 2552/ level 4/ grade B) ติดตามประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินบราเดนสเกล และติดตามประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกสัปดาห์ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97) โดยส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยที่รับย้ายเพื่อติดตามประเมินผลต่อ (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

3.2 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้าออกทุกวัน (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; เปรมจิตร์, 2552/ level 4/ grade B)

3.3 รายงานแพทย์เมื่อ ระดับ serum albumin ≤ 3.5 mg/dl (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร์, 2552/ level 4/ grade B)

3.4 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณมากกว่า 25 kcal/kg/day (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)

3.5 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin < 3.5 mg% ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูง โดยให้ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)

3.6 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

3.7 กรณีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้น้อยหรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรืออาหารเสริม ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure

Ulcer Advisory Panel, 2009/level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง

4.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแห้งเกิดการระคายเคือง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ควรทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

4.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (4.5-5.5) ทุกครั้งหรือใช้สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก (cleanser) (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

4.3 ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ดตัวทุกครั้ง เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทาโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นจี้ฟิ้งทา 1-2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

4.4 การจัดการกับความเปียกชื้นในกรณีที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้โดยใช้แผ่นรองขับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ให้สอบถามความต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว และใช้วาสลีนทาบริเวณฝีเย็บและก้นทุกครั้งหลังทำความสะอาด (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) และทำความสะอาดและ

เปลี่ยนแผ่นรองชั้นทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้ง ด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) หรือควรเปลี่ยนแผ่นรองชั้นอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)

หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

5.2 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติของผู้ป่วยสูงอายุใน 1-3 วันแรก หลังรับไว้ใน โรงพยาบาล (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)

5.3 อธิบายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัวตามสัญลักษณ์ โดยใช้หมายเลข ของนาฬิกากำหนดให้มีสีแดง ได้แก่ หมายเลข 2, 4, 6, 8, 10, และ 12 หมายถึง เวลาในการพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยสูงอายุและรูปภาพผู้สูงอายุเหนือตัวเลขสีแดง หมายถึง การจัดท่านอนในท่าต่าง ๆ ดังนี้ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)

- เวลา 02.00 น. หรือ 14.00 น. จัดท่านอนตะแคงขวา เวลา 04.00 น. หรือ 16.00 น. จัดท่านอนตะแคงซ้าย เวลา 06.00 น. หรือ 18.00 น. จัดท่านอนหงาย

- เวลา 08.00 น. หรือ 20.00 น. จัดท่านอนตะแคงขวา เวลา 10.00 น. หรือ 22.00 น. จัดท่านอนตะแคงซ้าย และเวลา 12.00 น. หรือ 24.00 น. จัดท่านอนหงาย ตามภาพอยู่รอบ นอกรูปนาฬิกาวงกลมเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และนำ รูปภาพนาฬิกาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ติดไว้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

6.1 จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบตึง (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

6.2 การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม (เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อย หรือไม่ควรเปิดผอร่างกายผู้ป่วยให้สัมผัสความหนาวเย็น กรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ควรสอบถามหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็น ควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอบอุ่น (เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

6.3 ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่ดีอุณหภูมิไม่ร้อนเกินไป ไม่อับชื้น (นภาพร, 2550/ คำ AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลกคทับถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผิวหนังหย่อนยาน เหี่ยวยุ่น แห้ง แดก คัน นึกขาดง่าย และทนต่ออากาศร้อนและเย็นได้ลดลง เส้นใยประสาทบริเวณผิวหนังเสื่อม ทำให้การรับรู้แรงกดทับลดลง มีระดับความรู้สึกลดน้อย ผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีอาการสับสนวุ่นวาย มีความพร้อมด้านการเคลื่อนไหว มีภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าผู้ป่วยอื่นๆ มีภาวะซึดบวม เหงื่อออกเยอะ ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง การกลืนอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ และการทำงานของระบบประสาทและประสาทสัมผัสจะด้อยลงไป เนื่องจากเซลล์สมองตายไป การสื่อสารสื่อประสาทลดลงไม่ได้สัดส่วนกัน ทำให้เกิดปัญหาโดยเฉพาะเรื่องความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ร่วมกับต้องเผชิญภาวะวิกฤตจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ และการได้รับการดูแลรักษาที่ต้องใช้อุปกรณ์หลายชนิด เช่น สายยาง ท่อระบาย สายของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ รวมทั้งการยึดติดผ้าปิดแผลกับผิวหนัง เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และความสามารถในการสื่อสารบอกความต้องการของตนเองลดลงหรือไม่สามารถทำได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเกิดผลกคทับในผู้ป่วยสูงอายุทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดผลกคทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่าแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 6 หมวดคือ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมปัจจัยทุกด้าน การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดผลกคทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย และ

ประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จากพยาบาลและผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและได้มาตรฐาน นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลไปสู่ความเป็นเลิศ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยดัดแปลงแนวความคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

สถานที่ทำการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา ณ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรับดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมทั้งเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 5 เตียง มีพยาบาลประจำการ 8 คน

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/หลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ และขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ การค้นหาปัญหาการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน และกำหนดขอบเขตของปัญหาที่จะศึกษา

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ ผู้วิจัยวิเคราะห์ (1) เอกสารและบริบทต่างๆ ของหออภิบาลผู้ป่วยหนักและ (2) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จากการสัมภาษณ์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้อย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้ ดังนี้

1. จากรายงานข้อมูลสถิติ ตลอดระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 พบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ ร้อยละ 54.7, 57.2, 55.4, 56.1, 57.9, 59.4 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักประมาณ 3-4 วัน และจากการรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับในช่วง 6 เดือนของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษานี้ พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดแผลกดทับระดับ 2 ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักร้อยละ 1.4

2. จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่หลากหลาย การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้เดิมของแต่ละคน การประเมินอัตราการเกิดแผลกดทับยังล้าสมัย เพราะหน่วยงานยังใช้การประเมินระดับของแผลกดทับตามเกณฑ์จำแนกความรุนแรงของแผลกดทับ 4 ระดับที่เสนอแนะโดย Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adult (AHPUR, 1992) ขณะที่ในปัจจุบัน NPUAP (2007) ได้ปรับปรุงการประเมินระดับของแผลกดทับจากเดิม 4 ระดับเป็น 6 ระดับ การป้องกันแผลกดทับจากแรงเสียดสีและแรงไถลด้วยการพลิกตะแคงและยกตัวผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถทำได้สม่ำเสมอและบางครั้งใช้เจ้าหน้าที่เพียง 1 คน ในการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถูกลากและอยู่ในท่านอนที่ไม่ถูกต้องในด้านทรัพยากรพบว่ามียู่อ่างจำกัด ได้แก่ ที่นอนลม ซึ่งหากมีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ต้องการใช้ที่นอนลมจำนวนมากก็จำเป็นต้องหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันใช้ภายในโรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่มีเตียงลมใช้ นอกจากนี้ด้านนโยบายของหน่วยงานนั้นมีความต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งยังไม่มี การประเมินและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

จากนั้นผู้วิจัยได้นำปัญหาที่สำรวจได้ มากำหนดเป็นแนวทางและขอบเขตในการศึกษาครั้งนี้ คือ พัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้

วิธีการ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้

กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 8 ท่าน (พยาบาลทั้งหมดในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึก ยกเว้นหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 3 วัน อย่างน้อย 5 ราย (จิตรและคณะ, 2543)

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งนี้

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ (2) ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/หลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสม ทันสมัย และเชื่อถือได้ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดคกกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วิธีการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยโดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในครั้งนี้ คือ pressure ulcer, pressure sore, bed sore, critical care, elderly, ICU, intensive care unit, elderly patient, risk factor, prevention, guidelines, best practice, แนวปฏิบัติ, การป้องกัน, แผลกดทับ, ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้สูงอายุ, วิกฤต, ผู้ป่วยวิกฤต จากวรรณคดีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ตำรา บทความ งานวิจัยต่างๆ รวมทั้งสื่ออินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 - 2014 ได้จำนวน 29 เรื่อง จากนั้นประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ โดยผู้วิจัยจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับการนำไปใช้ของข้อเสนอแนะ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (2008) รวมถึงประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือประเมิน AGREE (The AGREE Collaboration, 2011) ได้หลักฐานเชิง

ประจักษ์ที่นำไปใช้ได้รวม 7 เรื่อง ประกอบด้วย หลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนวรรณคดีอย่างเป็นระบบ (systematic review) (ระดับ 1) จำนวน 3 เรื่อง บทความที่แสดงถึงนันทิตของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (ระดับ 4) จำนวน 2 เรื่อง และวิจัยที่เป็นแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือประเมิน AGREE ได้คะแนนในแต่ละขอบเขตมากกว่า 60 เปอร์เซนต์ จำนวน 2 เรื่อง ดังรายละเอียดของหลักฐานที่ได้ และการวิเคราะห์ความคิดเห็นในภาคผนวก ก และ ข ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากงานวิจัยไปปรับใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหอพยาบาลผู้ป่วยหนักต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหอพยาบาลผู้ป่วยหนัก

วิธีการ ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะในการปฏิบัติพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหอพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สอดคล้องกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต งบประมาณ กำลังคน และวัสดุครุภัณฑ์ นำมาสรุปเป็นเนื้อหาในการจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหอพยาบาลผู้ป่วยหนักฉบับยกร่าง ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งสร้างคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแผนผังแสดงขั้นตอนปฏิบัติของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค, ง และ จ ตามลำดับ

ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 6 ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ และขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลไปใช้ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย (1) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้อำนวยการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติและด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (2) แพทย์แผนกอายุรกรรมผู้อำนวยการด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (3) แพทย์แผนกศัลยกรรมผู้อำนวยการด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (4) พยาบาลวิชาชีพวุฒิการศึกษาปริญญาโทชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 ปี และ (5) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการซึ่งจบเฉพาะทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 ปี

2. การหาความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 ราย

วิธีการ

1. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลฉบับร่างพร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency: IOC) ในการคิดคำนวณค่า IOC คำนวณโดยนำคะแนนความคิดเห็นในแต่ละข้อของแบบประเมิน ของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด ก็จะได้เป็นค่า IOC เฉลี่ย ซึ่งถ้ามีคะแนนค่า IOC เฉลี่ยตั้งแต่ .50 ถึง 1.00 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่ดี ใช้ได้ตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถ้าได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า .50 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะไม่เป็นไปตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (สุรพงษ์และธีรชาติ, 2551) โดยผู้วิจัยกำหนดค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือเท่ากับ .8 ขึ้นไป ซึ่งผลการตรวจสอบแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลฉบับร่างพร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น ได้ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ .98 สำหรับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลไปใช้ พิจารณาจาก 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability) 2) ความเป็นไปได้ (feasibility) และ 3) ความคุ้มค่า (cost-benefit ratio) (พองคำ, 2549) ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลไปใช้ของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลมีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยสูงอายุ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ดังแสดงในภาคผนวก ฉ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ด้วยการหาค่าความเที่ยงกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 ราย ในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักและคัดเลือกพยาบาลจำนวน 4 ราย โดยแบ่งเป็นพยาบาลเวรเช้า 2 ราย และพยาบาลเวรบ่าย 2 ราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนจากนั้นแจกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพร้อมคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นให้พยาบาล ไปใช้ในการปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักคนเดียวกันในเวลาเดียวกันเป็นเวลาต่อเนื่อง 16 ชั่วโมง (เวรเช้าและเวรบ่าย) แล้วบันทึกความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ผู้วิจัยนำข้อมูลการบันทึกความสามารถในการปฏิบัติได้จากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ของพยาบาลทั้ง 4 ราย มาตรวจสอบความเห็นพ้องของข้อมูล (percent of agreement) (บุญใจ, 2553) โดยกำหนดสัญลักษณ์ตัวเลข 1 แทน ความเห็นพ้องกันและตัวเลข 0 แทน ความไม่เห็นพ้อง จากนั้นคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percent of agreement) คือ ค่าร้อยละของความสอดคล้องเท่ากับจำนวนข้อที่เห็นพ้องกันหารด้วยจำนวนข้อที่เห็นพ้องกันบวกกับจำนวนข้อที่ไม่เห็นพ้องกัน ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ ต้องมากกว่า .8 (ประกาย, 2548) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 นอกจากนี้ ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงในการประเมินความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับ ด้วยวิธีหาค่าความเที่ยงกัน (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลกดทับ โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญประเมินระดับการเกิดแผลกดทับจากรูปภาพแผลกดทับจำนวน 5 รูปในเวลาเดียวกัน และเว้นระยะห่าง 7 วันแล้วทำการประเมินซ้ำอีกครั้ง จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ เพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2 ท่าน

วิธีการ หากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่ากำหนดค่า IOC เล็ยน้อยกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือน้อยกว่า .8 (สุรพงษ์และธีรชาติ, 2551) ผู้วิจัยต้องนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและคู่มือที่พัฒนาขึ้น มาปรับปรุงแก้ไข ด้วยวิธีการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2 ท่าน

และนำคู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปให้พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มเดิม นำไปศึกษา บันทึกความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ .98 จึงไม่ได้มีการปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ เพื่อทดลองนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนที่สร้างขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 8 ท่าน (พยาบาลทั้งหมดในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึก ยกเว้น ผู้วิจัยและหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก) และ (2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 3 วัน จำนวน 5 ราย

วิธีการ

1. ภายหลังที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลชุมชนให้เก็บข้อมูลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยจัดประชุมอบรมพยาบาลของหออภิบาลผู้ป่วยหนักจำนวน 8 ราย (ไม่รวมหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก) ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยผู้วิจัยแจกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลคู่มือการใช้ และแบบสอบถามให้กับพยาบาล รวมถึงให้ดินสอคชชนิดเปลี่ยนไส้ให้กับพยาบาลไว้ทำแบบสอบถามเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปทดลองใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักแบบร่าง การตอบแบบสอบถามการวิจัย รวมทั้งจัดวางเอกสารที่เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลใส่แฟ้มไว้จำนวน 2 แฟ้ม ตั้งไว้ที่โต๊ะทำงานของพยาบาล เพื่อไว้ให้พยาบาลเปิดทบทวนเมื่อพยาบาลลิ้มขั้นตอนหรือวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับพยาบาลจำนวน 3 รายที่ไม่สามารถเข้าประชุมได้ ผู้วิจัยเข้าพบเป็นรายบุคคลเพื่อชี้แจงรายละเอียดดังกล่าว

2. กำหนดให้พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ทดลองนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2557 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 5 ราย สอดคล้องกับจำนวนเตียงผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยซึ่งมีทั้งหมด 5 เตียง โดยผู้ป่วยสูงอายุ 1 คนจะได้รับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปพร้อมกับการประเมินการเกิดแผลกดทับติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3-4 วัน เนื่องจากการศึกษาของสายฝน (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นระยะเวลา 5 วัน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 30 รายในกลุ่มควบคุม มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำนวน 12 ราย โดยในผู้ป่วยจำนวน 12 รายนี้มีผู้ป่วยจำนวน 6 รายเริ่มเกิดแผลกดทับในวันที่ 3 หลังการเข้าพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก รองลงมาเป็นวันที่ 2 จำนวน 4 ราย และวันที่ 4 จำนวน 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน มีวันนอนเฉลี่ย 3-4 วัน/คน ดังนั้นเพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเป็นเวลา 3-4 วันติดต่อกัน โดยมีพยาบาลหมุนเวียนกันดูแลปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ผู้ป่วยที่พยาบาลดูแลอาจซ้ำกันได้) และในช่วงที่พยาบาลทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้วิจัยจะอยู่ประจำที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักในช่วงเวลา 08.00 – 12.00 น. และช่วงเวลา 15.00 – 18.00 น. เพื่อให้คำปรึกษาเมื่อพยาบาลมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และสอบถามปัญหาความไม่เข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งมีพยาบาลมาขอคำปรึกษาจำนวน 2 ราย เกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับของแผลกดทับ 6 ระดับ

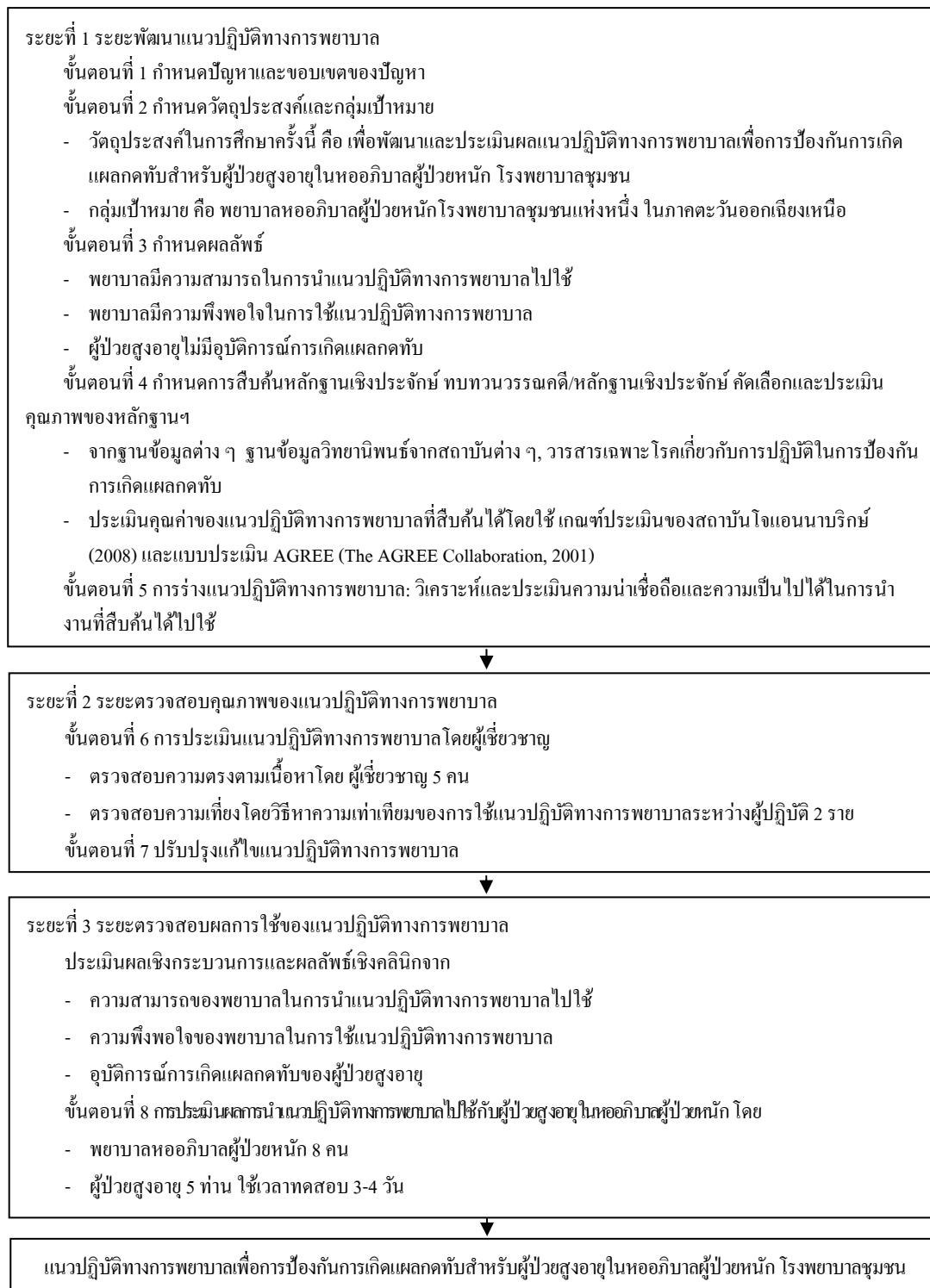
การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผล โดยแยกเป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินผลเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยให้พยาบาลตอบแบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติได้และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยให้ประเมินหลังจากใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลกับผู้ป่วยครบ 5 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้อภิปรายผล

2. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินการเกิดแผลกดทับภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับของ NPUAP (2007) ในเวลา 08.00 น. 16.00 น. และ 24.00 น. ของทุก ๆ วัน เป็นระยะเวลา 3-4 วันติดต่อกัน เพื่อจัดเก็บ

ข้อมูลจำนวนแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังรับผู้ป่วยสูงอายุไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยสรุปขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังแสดงในภาพ 8



ภาพ 8. ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในภาคผนวก ข ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์มี 5 ข้อ ประกอบด้วย (1) ระดับการศึกษา (2) อายุ (3) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (4) ตำแหน่ง และ (5) ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพยาบาลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด ได้แก่ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำตอบเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติโดยมีให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งพยาบาลตอบแบบสอบถามหลังใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์มาแล้ว สำหรับการแปลผลคะแนนผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การเปรียบเทียบการให้คะแนนดังนี้ ถ้าปฏิบัติได้ให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้ผลรวมของค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติได้ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างหารด้วยคะแนนทั้งหมดที่ได้จากการเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานคูณด้วย 100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประเมินโดยมาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 และแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก โดยพยาบาลตอบแบบสอบถามนี้หลังใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้ในแต่ละหมวด ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดโดยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบตามความคิดเห็นของตนเองหลังใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในภาคผนวก ซ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยบันทึกด้วยตนเองมี 14 ข้อ ประกอบด้วย (1) วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (2) อายุ (3) เพศ (4) ประวัติโรคที่เป็น (5) ประวัติการเกิดแผลกดทับ (6) ประวัติการผ่าตัด/หัตถการ (7) ประวัติการใช้ยา (8) การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด (9) ระดับฮีมาโตคริต (10) ระดับบิยูเอินและครีเอตินิน (11) น้ำหนัก (12) ส่วนสูง (13) ค่าดัชนีมวลกาย และ (14) ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ แบบประเมินของบราเดน (Bergstrom et al., 1987) แบบประเมินส่วนนี้จัดเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ มีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (skin moisture) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) การปฏิบัติกิจกรรม (activity) ภาวะโภชนาการ (nutrition) แรงเสียดสีและแรงไถล (friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งน้อยยิ่งเสี่ยงมาก หรือแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

- 19 – 23 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง
- 15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง
- 13 – 14 คะแนน มีภาวะเสี่ยงปานกลาง
- 10 – 12 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูง
- 6 – 9 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูงมาก

ในกรณีใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยสูงอายุ ค่าคะแนนเท่ากับ 18 คะแนน คือ เริ่มมีภาวะเสี่ยง (Linder et al. อ้างตามยิวดีและคณะ, 2552) แบบประเมินของบราเดนเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่มีการนำไปใช้และทดสอบความเชื่อถือมากที่สุด ซึ่งพบว่าความเชื่อถือและความแม่นยำอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (JBI, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน (2556) ที่นำแบบประเมินของบราเดนมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุ โดยกำหนดค่าคะแนนเริ่มมีภาวะเสี่ยงคือ เท่ากับหรือมากกว่า 18 คะแนน และนำไปทดลองใช้ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับที่เป็นรูปภาพเพื่อระบุตำแหน่งของแผลกดทับที่ตรวจพบ โดยไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งแบบประเมินส่วนนี้จัดเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ โดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับขององค์กร NPUAP ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรเลียได้มีการแบ่งระดับของแผลกดทับไว้เมื่อ ค.ศ.1989 และมีการพัฒนาต่อมาปี ค.ศ. 2007 NPUAP (2007) ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับ

ของแผลกดทับและความหมายของแต่ละระดับให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการระบุระดับของแผลกดทับ โดยมีการเพิ่มจาก 4 ระดับเดิมเป็น 6 ระดับและมีการประกาศใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2007 ดังนี้

ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก suspected deep tissue เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการนิกษาคสีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (purple) หรือสีเลือดคนปนน้ำตาล (maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงไถล และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉงขึ้นหรือเป็นปุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง อาจมีตุ่มน้ำยาวๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลสีคล้ำและอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแฉง (eschar)

ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่นิกษาค เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (nonblanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แฉงขึ้น หรืออุ่น อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (partial-thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (dermis) ผิวหนังอาจไม่นิกษาค อาจเห็นน้ำเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (slough) หรือรอยฉลอก

ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมัน แต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผล

ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแฉงปกคลุมบางส่วนและส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้

แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (unstageable wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแฉง ซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้

ส่วนที่ 4 เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นผลจากการประเมินผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ แบบประเมินส่วนนี้จัดเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัยที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองกับพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก บอกชื่อเรื่องของการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อสามารถบอกเลิกและออกจากการศึกษาได้โดยจะไม่มีผลต่อการทำงานใด ๆ และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 8 ราย ลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วม ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฅ สำหรับการดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับบริการในรายที่สื่อสารได้และเข้าพบญาติของผู้รับบริการในรายที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เพื่อขออนุญาตจากญาติผู้ดูแล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ ดังแสดงในภาคผนวก ฅ สำหรับการศึกษานี้มีผู้รับบริการที่ไม่สามารถสื่อสารได้จำนวน 3 ราย จึงเข้าชี้แจงกับญาติผู้ดูแลพร้อมทั้งลงลายมือชื่อตอบรับเข้าร่วมวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ ส่วนผู้รับบริการอีก 2 รายตอบรับเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้วิจัยนำมาประเมินวิเคราะห์ทางสถิติโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ (1.1) คะแนนจากแบบสอบถามความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (1.2) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่

และค่าเฉลี่ย และ (1.3) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ

2. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มเนื้อหาอย่างง่ายแล้วนำไปแจกแจงความถี่

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นำเสนอโดยการบรรยายและบรรยายประกอบตารางตามคำถามการวิจัย ดังต่อไปนี้
ส่วนที่ 1 องค์ประกอบและเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

2.2 ข้อมูลความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

2.3 ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุ หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ไปทดลองใช้

4.2 ข้อมูลปฏิบัติการจัดการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบและเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ประกอบด้วย 6 หมวด ดังต่อไปนี้ (ขั้นตอนการได้มาซึ่งเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้กล่าวไว้ในบทที่ 3) รายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวมีดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง

หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง

หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นพยาบาลประจำการจำนวน 8 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี จำนวน 5 ราย ($M=30.13$, $SD=4.52$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1 - 5 ปี จำนวน 3 ราย และระหว่าง 6 - 10 ปี จำนวน 3 ราย ($M=8$, $SD=4.63$) และทั้ง 8 ราย ไม่มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 8)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อายุ (ปี) (M = 30.13, SD = 4.52)	
20 - 29 ปี	5
30 - 39 ปี	3
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (M = 8, SD = 4.63)	
ระหว่าง 1 - 5 ปี	3
ระหว่าง 6 - 10 ปี	3
> 10 ปีขึ้นไป	2
ไม่เคยมีประสบการณ์อบรม	8

2.2 ข้อมูลความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน
ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน มีทั้งหมด 6 หมวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทุกรายสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้

2.3 ข้อมูลปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน
พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีจำนวนของผู้ที่ตอบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมากที่สุด ในหมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง 2 และ 5 ราย รองลงมา มี 4 หมวด พบปัญหา และอุปสรรค หมวดละ 1 ราย คือ หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสีและแรงเฉือน หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และหมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมดดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย (N = 8)

หมวดที่/หัวข้อ	ความคิดเห็น/ปัญหา/ อุปสรรค	จำนวน	ข้อเสนอแนะ	จำนวน
หมวดที่ 1 การประเมิน ความเสี่ยง	- ไม่สามารถประเมินได้ ทุกเวอร์เนื่องจากภาระ งานมาก	5	- ควรลดจำนวนครั้งในการ ประเมินหรือเหลือเฉพาะ ประเมินแรกรับและปลาย เวรคึก	5
	- ข้อในการประเมินมาก เกินไป	2	- ควรลดปริมาณข้อในการ ประเมินลง	2
หมวดที่ 2 การป้องกัน การเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน	- ผู้ป่วยบางรายมีภาวะ สับสนตื่นไปตื่นมาชน กับเตียง ทำให้เกิดรอย ถลอกตามร่างกายได้ ง่าย	1	- ควรรายงานแพทย์ให้ยา ระงับอาการ - ในรายที่พอรู้เรื่องหรือ เข้าใจบ้างควรอธิบายให้ เข้าใจ	1
	- ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้ อาหารหรือใส่ท่อช่วย หายใจนาน ๆ จะเกิด แผลกดทับได้	1	- ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้ อาหารหรือใส่ท่อช่วย หายใจนาน ๆ ให้เปลี่ยน พลาสติกเกอร์ทุกเวอร์	1
หมวดที่ 4 การดูแล สภาพผิวหนัง	- ผู้ป่วยบางรายมีภาวะ บวมและมีภาวะ อุจจาระร่วงจะทำให้ เกิดแผลกดทับได้ง่าย	1	- ควรพลิกตะแคงตัวและ ดูแลความสะอาดร่างกาย - และเสื้อผ้า ที่นอนทุก 2 ชั่วโมง	1

ตาราง 2 (ต่อ)

หมวดที่/หัวข้อ	ความคิดเห็น/ปัญหา/ อุปสรรค	จำนวน	ข้อเสนอแนะ	จำนวน
หมวดที่ 5 การให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแล	- ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติ - ญาติไม่ได้เฝ้าผู้ป่วย ตลอดเวลา	1	- ติดต่อญาติและให้ความรู้ แก่ญาติ สอนญาติในกรณี ที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน - รายที่ไม่มีญาติให้ติดต่อ เจ้าหน้าที่ Home health care	1
หมวดที่ 6 การจัดการ สิ่งแวดล้อม	- เครื่องปรับอากาศ เสียบ่อย	1	- เปิดหน้าต่างและพัดลม - แจ้งหัวหน้าหออภิบาล ผู้ป่วยหนักเพื่อซ่อมบำรุง หรือเปลี่ยนเครื่องใหม่	1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาล
ทุกรายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 8.5$, $SD = 0.53$) ไม่พบว่ามีพยาบาลที่ระบุว่า ไม่มี
ความพึงพอใจหรือมีความพึงพอใจในระดับน้อยจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลชุมชน

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการ
การเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนไปทดลองใช้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการ
การเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปทดลองใช้ จำนวน 5 ราย พบว่า
ผู้ป่วยสูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วย

หนักเฉลี่ย 3.6 วัน/ราย (SD = 0.89) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 5 ราย มีประวัติการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค และมีการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกดมากกว่า 1 อย่าง และส่วนใหญ่มีระดับฮีมาโตคริตอยู่ในช่วง 30-40% (Mdn = 34) ระดับบิยูเอีน อยู่ในช่วง 10-40 mg/dL (Mdn = 12) ระดับครีเอตินินมากกว่า 2.0 mg/dL (Mdn = 1.2) ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Mdn = 20.8) ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกลส่วนใหญ่คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง และส่วนใหญ่ได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิต ดังแสดงในตาราง 3 และ 4 ตามลำดับ

ตาราง 3

จำนวนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N = 5)

คุณลักษณะ	จำนวน
อายุ	
60 - 70 ปี	2
>70 - 80 ปี	2
>80 ปี	1
เพศ	
ชาย	2
หญิง	3
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (วัน)	
(M = 3.6, SD = 0.89)	
3 วัน	3
4 วัน	2
ประวัติโรคที่เป็น (ผู้ป่วยสูงอายุ 1 คนมีมากกว่า 1 โรค)	
โรคความดันโลหิตสูง	3
โรคเบาหวาน	1
ไตวายเรื้อรัง	1
โรคอื่น ๆ (เช่น โรคปอดบวม, โรคอัมพาต, โรคมะเร็ง)	4

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน
ยาที่มีผลต่อความดันโลหิต	
มี	3
ไม่มี	2
ประวัติการเกิดแผลกดทับ	
มี	1
ไม่มี	4
ประวัติการผ่าตัด/หัตถการ	
การผ่าตัดเอาเนื้อตายที่เท้าซ้ายออก (Debridment left foot)	1
การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด (ผู้ป่วย 1 คน มีมากกว่า 1 อย่าง)	
สายออกซิเจนทางจมูก (cannula)	1
ท่อช่วยหายใจ	3
สายยางให้อาหาร	3
หน้ากากออกซิเจน (O ₂ mask with bag)	1
สายสวนปัสสาวะ	5
ระดับฮีมาโตคริต (%) (Mdn = 34)	
20 - 30	1
30 - 40	3
40 - 50	1
ระดับบิยูเอีน (mg/dL) (Mdn = 12)	
ไม่ได้ตรวจ	2
10 - 40	2
>40 - 80	1
ระดับครีเอตินิน (mg/dL) (Mdn = 12)	
ไม่ได้ตรวจ	1
0.1 - 1.0	1
>1.0 - 2.0	1
>2.0	2

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน
ค่าดัชนีมวลกาย (Mdn = 20.8)	
< 18.5 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน	1
18.5 - 22.9 ปกติ	3
23 - 24.9 อ้วนระดับ 1	0
25 - 29.9 อ้วนระดับ 2	1
ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ	
อาหารปั่นสูตรผสม (1 กิโลแคลอรี ต่อ 1 มิลลิลิตร)	3
อาหารอ่อนจืด	1
อาหารธรรมดาจืด	1

ตาราง 4

ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกลของผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (N = 5)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าคะแนนความเสี่ยงก่อนใช้	ค่าคะแนนความเสี่ยงหลังใช้
รายที่ 1	10	10
รายที่ 2	18	18
รายที่ 3	12	12
รายที่ 4	15	18
รายที่ 5	17	22

4.2 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ภายหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 5 ราย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเท่ากับ ร้อยละ 0 จากเดิมพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเท่ากับร้อยละ 1.4 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายไม่เกิดแผลกดทับหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ในการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้สูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ที่ได้มาจากการทบทวนวรรณคดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาคัดเลือกวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องและสามารถปฏิบัติได้ในบริบทที่ทำงานรวมถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วย จนได้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6 หมวดหลัก คือ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่า IOC เท่ากับ .98 และหาค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 รายในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ .91 ดังนั้นเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจึงมีความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษาเข้าใจได้ง่าย สามารถปฏิบัติได้ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพและนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปทดลองใช้ (ฟองคำ, 2549) อีกทั้งแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ได้ดัดแปลงจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสาขาสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (พรพิลาศ, 2552) การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (อารยา, 2556) เป็นต้น

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ามีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

2.1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยได้ประเมินผลเกี่ยวกับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจของพยาบาลจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน และได้ทำแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผลการประเมินพบว่าพยาบาลทุกราย ให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้ทุกหมวด ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของแนวปฏิบัติแต่ละหมวดจะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติบนพื้นฐานของงานประจำที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะเริ่มจากประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในหมวดที่ 1 จากนั้นก็ดำเนินการป้องกันการเกิดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในแต่ละด้านตามหมวดที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 แล้วมีการประเมินผล โดยการประเมินค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องทุกเวรและเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องประเมินและป้องกันความเสี่ยงให้ผู้ป่วย ประกอบกับกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ยุ่งยากมาก สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดและมีการเขียนเป็นแผนผังให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำสู่การปฏิบัติ ความเป็นไปได้ และความคุ้มทุนจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินความเหมาะสมของวัฒนธรรมในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรนั้น (ฟองคำ, 2549) จึงมีผลทำให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีรูปแบบหรือกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปปฏิบัติได้มากและเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่ามีประเด็นในการอภิปราย 4 ประเด็นคือ การประเมินความเสี่ยง การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ ผู้ดูแล และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในประเด็นการประเมินความเสี่ยง พยาบาลจำนวน 5 คน ให้ความเห็นว่า ไม่สามารถประเมินได้ทุกเวรเนื่องจากภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลามากพอในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ต้องเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงทุกเวร โดยต้องประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทั้ง 6 ด้านของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกล (1987) คือ การรับรู้ ความชื้น การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ

แรงไถและแรงเสียดทาน ทำให้ต้องใช้เวลาในการประเมิน และเมื่อไม่สามารถประเมินความเสี่ยงได้ทุกเวอร์ จึงไม่สามารถทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่องทุกเวอร์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ความเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ซึ่งการที่พยาบาลไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ในเวลาที่กำหนดนั้นในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเกิดขึ้นในวันที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤต ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตขึ้นเวลาใด เมื่อมีผู้ป่วยมีอาการวิกฤตทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในขณะนั้นต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตก่อน ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวต้องใช้พยาบาลดูแลถึง 2-3 คน ทำให้สัดส่วนของพยาบาลในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเวลาที่กำหนดได้ คือ ปลายเวรเช้า บ่าย และดึก ดังนั้นพยาบาลจำนวน 5 คน จึงให้ข้อเสนอแนะว่า หากผู้ป่วยมีอาการวิกฤต จะทำให้ไม่สามารถประเมินได้ในเวลาดังกล่าว ก็ควรงดการประเมินความเสี่ยงไปก่อน ทั้งนี้ เพราะเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤตและอาจต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งต้องอาศัยพยาบาลในทีมประมาณ 3 คน และใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมงในการช่วยผู้ป่วยและต้องเฝ้าระวังประเมินอาการวิกฤตของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อไปอีก เช่นเดียวกับ การประเมินในช่วงเวรเช้าไม่สะดวกในการประเมิน เนื่องจากเวรเช้ามักมีกิจกรรมและภาระงานมาก แต่สำหรับกิจกรรมอื่นในแนวปฏิบัติที่ไม่ตรงกับช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤตสามารถปฏิบัติต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ ดังนั้นพยาบาลจำนวน 5 คน จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรลดจำนวนครั้งในการประเมินความเสี่ยงลงเหลือเฉพาะแรกรับเข้าในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและปรับให้เหลือวันละครั้งในช่วงปลายเวรดึก

สำหรับประเด็นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล พยาบาลจำนวน 5 คน ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยบางคนไม่มีญาติ และหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นหอผู้ป่วยแบบปิด ญาติไม่ได้เฝ้าตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ ฝึกสอนทักษะแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทุกคน ดังนั้นพยาบาลจำนวน 2 ราย จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ต้องติดต่อญาติผู้ดูแลหลักและให้ความรู้ ฝึกสอนทักษะในกรณีที่ต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีญาติให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เกสเซอร์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นอกจากนี้ยังมีพยาบาลจำนวนเล็กน้อยได้ระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในหมวดที่ 2, 3, 4 และ 6

สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาลทุกคนมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ทำได้ไม่ยากและสามารถปฏิบัติได้ (ฟองคำ, 2549) ประกอบกับมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพร้อมเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใส่แฟ้มไว้ที่โต๊ะทำงานของพยาบาล และติดรูปภาพนาฬิกาปลุกตะแคงตัวไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วยทุกเตียง และแทรกแบบประเมินความเสี่ยงไว้ในแฟ้มบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก รวมถึงติดรูปภาพระดับแผลกดทับไว้ที่ผนังหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลได้อ่านหรือเปิดดูเมื่อพยาบาลลิ้มขั้นตอนหรือจำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ได้

นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนด้านสิ่งแวดล้อมด้านอุณหภูมิได้ค่อนข้างดี เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยแบบปิด จึงมีการควบคุมอุณหภูมิด้วยเครื่องปรับอากาศอยู่ที่ 25 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นมาตรฐานของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และมีการตรวจสอบอุณหภูมิทุกเวร อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักในการอำนวยความสะดวกในเรื่องการจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ให้มีเพียงพอ ได้แก่ ที่นอนลม หรือเตียงศูนย์ช่างเพื่อดำเนิน การซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุด และจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความรู้และยอมรับในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้มากขึ้น เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสงขลา พบว่า พยาบาลร้อยละ 88.9 มีความพึงพอใจระดับมาก เนื่องจากพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปปฏิบัติได้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีความชัดเจน ชัดเจนในการปฏิบัติเข้าใจง่าย (อารยา, 2556)

ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลยังคงนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง จึงมีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ ต้องสร้างความมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ฉวีวรรณ, 2548) โดยจัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เห็นถึงความประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วในการตัดสินใจ ลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ครอบคลุม (ฟองคำ, 2549; อนุวัฒน์, 2541) และให้ตระหนักถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อีกทั้งยังจัดประชุมวิชาการ ฝึกทักษะแก่บุคลากรในหน่วยงานร่วมกับเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับประจำโรงพยาบาลด้วย

2.2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัย ประเมินผลจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดแผลกดทับ ส่วนระดับค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกล ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ 2 รายหรือร้อยละ 40 มีระดับความเสี่ยง การเกิดแผลกดทับลดลง และผู้ป่วยสูงอายุ 3 รายหรือร้อยละ 60 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกด ทับคงที่ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 5 รายที่เข้ารับการรักษา ในเตียงผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ 1 รายหรือร้อยละ 20 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับลดลงและผู้ป่วยสูงอายุ 4 รายหรือร้อยละ 80 มีระดับความเสี่ยง การเกิดแผลกดทับคงที่ สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการจัดการกับปัจจัย ที่ส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสมขึ้น ได้ดังนี้

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการแพทย์ระบุให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับตั้งแต่แรกรับ เพื่อจะได้แก้ไขตามกิจกรรมที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่แยก เป็นหมวด ๆ ซึ่งจากการประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยสูงอายुर้อยละ 40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ลดลง เพราะมีการป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ ให้ดีขึ้น การดูแลสภาพผิวหนังให้แข็งแรงป้องกันการระคายเคือง และการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุบางรายที่มีปัญหาขับถ่ายอุจจาระบ่อย ได้เสนอแนะให้ใช้แผ่นรองซับและประเมิน ความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว และทำความสะอาด เปลี่ยนแผ่นรองซับทุกครั้งที่มีการขับถ่าย โดยการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่มและใช้วาสลีนทาผิวเย็บและ ก้นทุกครั้งหลังทำความสะอาด ร่วมกับการประเมินภาวะทพ โภชนาการและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ให้การรักษาด้วยวิตามิน อาหารเสริม หรือสารน้ำเพิ่มเติม เป็นต้น ร่วมกับการแก้ไขพยาธิสภาพของ โรคจากการรักษาของแพทย์จึงส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฤทัย (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วย หนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยภายในที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลายระบบ มีการติดเชื้อส่งเสริมให้มีภาวะอุนหภูมิิกายสูง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วย พ้นภาวะเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือและการรักษาที่มีมาตรฐานครอบคลุมภาวะเสี่ยงจากปัจจัยภายในและ มีการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดแผล กดทับลดลงและไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 60 ที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลคงที่ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยตนเองได้ มีภาวะติดเชื้อที่ปอดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงทำให้ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเอง และไม่สามารถรับรู้ต่อความไม่สุขสบายที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งในระยะเวลา 3 วัน ที่ทำการศึกษานั้นความรุนแรงของโรคไม่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของนภาพร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภักดี จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 80 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับคงที่ ซึ่งเป็นผลจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะโรคเรื้อรัง ประกอบกับความเสื่อมของวัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่ผลการศึกษาค้นคว้ากลับพบว่า ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุทุกรายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่พบว่า ปัจจัยภายในที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเกิดจากอิทธิพลของโปรแกรมการควบคุมความชื้นของผิวหนังที่พัฒนาขึ้นมากกว่า ปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้นโยบายที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 8 ราย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีทั้งหมด 6 หมวด และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (2) เครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในแต่ละหมวด (3) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดนสเกล ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับของ NPUAP (2007) และส่วนที่ 4 เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

ที่เป็นผลจากการประเมินผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ทั้งนี้ แนวปฏิบัติทางการแพทย์ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ฯ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในแต่ละหมวด (Index of Consistency: IOC) ได้เท่ากับ .98 และหาค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 ราย ในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ .91

ผลการศึกษา พบว่า

1. สาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย 3 ข้อเสนอ หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน ประกอบด้วย 9 ข้อเสนอ หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย 7 ข้อเสนอ หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง ประกอบด้วย 4 ข้อเสนอ หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ข้อเสนอ และ หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 3 ข้อเสนอ

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ในด้านเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนี้

2.1 ผลของการประเมินเชิงกระบวนการ พบว่า

2.1.1 พยาบาลจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 100) ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามได้

2.1.2 ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้ พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.5 โดยพยาบาลทุกราย (ร้อยละ 100) มีระดับคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก

2.1.3 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอนะในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนไปใช้ในหมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ร้อยละ 62.5 ให้ความเห็นว่า ไม่สามารถประเมินได้ทุกแควเนื่องจาก

ภาระงานมาก ส่วนข้อเสนอแนะ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 62.5 มีข้อเสนอแนะว่า ควรลดจำนวนครั้งในการประเมินหรือเหลือเฉพาะประเมินแรกรับและปลายเวรดีก

2.2 ผลของการประเมินในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 5 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหลังใช้แนวปฏิบัติทุกราย (ร้อยละ 100) ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในช่วงดำเนินการเก็บข้อมูลมีจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพียง 5 ราย จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยงานและบริบทที่ใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลดังนี้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญ ที่มีทั้งผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยวิกฤต และเลือกใช้กิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรวมถึงบริบทสถานที่นั้นๆ
2. ควรนำแบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของบันทึกการพยาบาลประจำวันของพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลผลลัพธ์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลที่เกิดจากการดูแลของพยาบาล รวมทั้งมีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลในเวรถัดไปเพื่อให้การพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน ควรดำเนินการจัดอบรม เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และขั้นตอนวิธีการใช้แนวปฏิบัติให้กับพยาบาลทุกคนก่อน เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและมองเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยและสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย รวมถึงมีการมอบหมายงาน ให้พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับแทน พยาบาลเจ้าของไข้ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่มีเวลา เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต นอกจากนี้ควรมีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม เช่น ที่นอนลม เป็นต้น

4. ควรมีการปรับปรุงกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิง ประจักษ์ให้ทันสมัย ทุก 3-5 ปี เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผล กดทับสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้และศึกษาวิจัยในบริบทอื่นที่ไม่ใช่หออภิบาล ผู้ป่วยหนัก เช่น หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หรือหอผู้ป่วยสามัญ

2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้และวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะ ยาว เช่น การลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

3. ควรมีการประเมินประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ โดย การเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น หรือทำการศึกษาแบบทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์. (2550). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). **Clinical practice guideline; การจัดทำและนำไปใช้**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-76.
- ชวลี เข้มวงศ์, จันทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, ปานจิตร โชคพิชิต, ศุภลดี ช้อยชาญชัยกุล, ประคอง
อินทรสมบัติ, สุภาณี กาญจนจारी และ วิศนี อธิคมกุลชัย. (2548). การลดอุบัติการณ์การเกิด
แผลกดทับ; รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารสภาการพยาบาล, 20(1),
33-48.
- นภาพร ภมร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
สูงอายุโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์. (2552). บทบาทพยาบาลในการดูแลแผลกดทับในไอ.ซี.ยู.อายุรศาสตร์. ใน
ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา ท่วมเพิ่มผล, นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์ และ จุฬพพร ประสงค์
(บรรณาธิการ), การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล (น. 183-194).
กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนไอ
อินเตอร์มีเดีย.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการแพทย์ แนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติ.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทสร้างสื่อ.
- เปรมจิตร คล้ายเพชร. (2552). งานประจำสู่งานวิจัยการดูแลแผลกดทับ. ในยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา
ท่วมเพิ่มผล, นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์ และ จุฬพพร ประสงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลแผล
กดทับ: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล (น. 195-205). กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคท์
สตูดิโอ.
- เปรมจิตร คล้ายเพชร, อรอนงค์ เนียมเจียม, และสุพัตรา นำสุวัฒน์. (2548). โครงการ S.O.S. (Save
Our Skin). การประชุมวิชาการ เรื่อง I.C.U.Care 2008. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช และชมรมพยาบาล ไอ.ซี.ยู. แห่งประเทศไทย.

- พรพิลาศ พลประสิทธิ์. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ค้ำสาวยสวณหลอดเลือดดำส่วนกลางในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิศิวจิเศรษฐ์, และจุฬาทพร ประสงค์. (2552). การดูแลแผลกดทับ:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟลคท์สตูดิโอ.
- รัชณี สุจิตจันทร์รัตน์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน, และพิชัย สุจิตจันทร์รัตน์. (2549). การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขต กรุงเทพมหานคร: ดัชนีบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดลวารรณภา ศรัณรัตน์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และ นัทธมน วุฒานนท์. (2549). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2556). ผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุทธิศักดิ์ นพวิญวงศ์. (2556). ภาพการณ์ขัดขวางหรือรบกวนการไหลเวียนของเลือด. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2556, จาก <http://vet.kku.ac.th/pathology/sutthisak/gp4.htm>
- สุรพงษ์ คงสัตย์, และธีรชาติ ชรรวมวงศ์. (2551). การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม(IOC). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2556, จาก http://www.mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=656&articlegroup_id=146
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือการจัดเก็บข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปีงบประมาณ 2556. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2556, จาก http://www.dms.moph.go.th/nurse/Docdownload/Programdatanurse/User_manual_definition.pdf

- อนุวัฒน์ สุภษุติกุล. (2541). Clinical Practice Guidelines (แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย). ในเอกสารการประชุมระดับชาติ เรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1. วันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2541. กรุงเทพฯ: อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคม.
- อัญชญา ท้วมเพิ่มผล. (2552). เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. ใน ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิศิวจิเศรษฐ์, และจุฬาทพร ประสงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลแผลกดทับศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (น. 195-205). กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟลทส์สตูดิโอ.
- อารยา โกมล. (2556). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อุทัย จำปาเวศดี, โสรัจญา สุริยันต์, ทรงชัย วิริยะอำไพวงศ์ และ อารยะ เสนาคูณ. (2547). ผลของการใช้เบาะรองสะโพกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- Agency for Health Care Policy and Research. (1992). **Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults**. Rockville (MD). Retrieved July 22, 2013, from <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/archive.html>
- Ayello, E.A. & Braden, B. (2002). How and why to do pressure ulcer risk assessment. **Advances in Wound Care**, 15(3), 125-131.
- Baumgarten, M., Margolis, J. D., Localio, R. A., Kagan H. S., Lowe, A. R, Kinoshian, B.,... Mehari, T. (2008). Extensic risk factors for pressure ulcers elderly in the hospital stay: A nested case – control study [Electronic version]. **Journal of Gerontology**, 63(4), 408–413.
- Bergstrom, N., Braden, J. B., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Research**, 36(4), 2050210.
- Collins, Elizabeth, Graham, Stephenson, Williams, Warner, Beseler, & et al. (2012). **The Norton Pressure Sore Risk-Assessment Scale Scoring System**. Retrieved September 13, 2012, from www.nutrition411.com/.../w0513_norton_presure_sore...
- Defloor, T., Bacquerb, D. D., & Gryndonck, M. H. F. (2005). The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers [Electronic version]. **International Journal of Nursing Studies**, 42, 37–46.

- Elliott, R., McKinley, 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.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Jankowski, I., M. (2010). Tips for protecting critically ill patients from pressure ulcers. **Critical Care Nurse**, 30(2), 87-90.
- Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: Current Strategies. **Drugs & Aging**, 27(4), 311-326.
- JI, (2008). Pressure Ulcers – prevention of pressure related damage. **Best Practice**, 12(2), 1-4.
- Kaitani, T., Tokunaga, K., Matsui, N., & Sanada, H. (2010). Risk factors related to the development of pressure ulcers in the critical care setting [Electronic version]. **Journal of Clinical Nursing**, 19, 414–421.
- Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A. C. (2004). **Immobility – a major risk factor for development of Pressure ulcers among adult hospitalized patient: a prospective study**. Retrieved May 13, 2016, from: [http:// www. ukpmc. ac. uk/ abstract/ MED/ 15005664](http://www.ukpmc.ac.uk/abstract/MED/15005664).
- 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/pr2.htm.
- 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
- Pancorbo-Hidalgo, PL., Garcia-Fernandez, FP., Lopez-Medina, IM., & Alvarez-Nieto, C., (2006). Risk Assessment scales for pressure ulcer prevention: a systatic review. Retrieved July 22, 2013, from <http://www.ncbi.nih.gov/PubMed>.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2003). **Nursing research: Principles and method** (7 nd ed., pp.422-429). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.

- The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Collaboration. (2001). **The appraisal of guidelines for research and evaluation [AGREE] instrument**. Retrieved September 18, 2011, from <http://www.agreecollabolation.Org>
- The Joanna Briggs Institute. (2008). **JB I levels of evidence and grading of recommendations**. Retrieved August 19, 2011, from http://www.jbiconnect.org/connect/info/about/jbi_ebhc_approach.php
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2007). **Pressure Ulcer Category/Staging Illustrations**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-ulcer-categorystaging-illustrations/>
- The Registered Nurses' Association of Ontario. (2011). **Nursing Best Practice Guideline : Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers**. Revised 2011 Supplement Enclose. Retrieved September 1, 2012, from www.rnao.org/bestpractices
- Waterlow, J. (2005). **Waterlow Score Card**. Retrieved September 13, 2012, from <http://www.judy-waterlow.co.uk/the-waterlow-score-card.htm>
- Wound Consultants Inc. (n.d.). **Pressure Ulcer Staging**. Retrieved July 10, 2011, from <http://www.scribd.com/doc/100054082/Staging>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตารางวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่อง Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/level 1/ grade B			ทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุดและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าระหว่างปี ค.ศ. 2000-2002	สรุปข้อเสนอแนะการปฏิบัติ ได้ดังนี้ 1. การประเมินความเสี่ยง 2. การจัดทำ 3. การป้องกันและส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิว 4. การปกป้องผิวจากความเปียกชื้น 5. การประเมินภาวะโภชนาการ 6. การให้ความรู้และทักษะ 7. มีการประเมินผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับ	ระดับของคุณภาพการนำไปใช้ ระดับ grade B สามารถนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้สามารถใช้เกณฑ์ NPUAP ในการประเมินระดับการเกิดแผลกดทับซึ่งมีความทันสมัย

ชื่อเรื่อง Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/level1/grade B	เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการป้องกันและ การรักษาแผลกดทับ ตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่สามารถใช้ ในการดูแลสุขภาพ แบบมีอาชีพได้ทั่ว โลก		- ทบทวนและ วิเคราะห์ หลักฐานเชิง ประจักษ์ต่างๆ และข้อแนะนำ ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ - โดยเป็น ข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติที่ได้ จากผู้ให้ ข้อเสนอแนะ 903 ราย และ 146 องค์กร 63 ประเทศใน 6 ทวีป	- มีการกำหนดนโยบายประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับในหน่วยงานที่มีความชัดเจน <u>ขั้นตอนเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</u> 1. ประเมินสภาพผิวหนัง 2. การประเมินภาวะโภชนาการ 3. การจัดทำ 4. การเลือกพื้นผิวที่นอน 5. การป้องกันแผลกดทับบริเวณสันเท้า	- สามารถนำไปปรับ ใช้ในกลุ่มผู้ป่วย สูงอายุได้ และ เพิ่มเติมในส่วนการ กำหนดให้เป็น นโยบายประเมิน ความเสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับใน หน่วยงานที่มีความ ชัดเจน ซึ่ง สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดของสำนัก การพยาบาล

ชื่อเรื่อง Pressure Ulcers – prevention of pressure related damage					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
JBI, (2008) /Level 1/grade A	เพื่อการปฏิบัติที่เป็นเลิศและให้ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรสุขภาพถึงวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันแผลกดทับ	วิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันแผลกดทับ	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องประสิทธิภาพของแบบประเมินความเสี่ยง, การจัดทำ, การใช้ที่รองรับ, และการเสริมโภชนาการ	1. แบบประเมินความเสี่ยง Braden scale มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดีที่สุด และถูกนำไปใช้กันอย่างกว้างขวาง 2. การใช้ที่นอนโฟม สามารถลดการเกิดแผลกดทับ 3. ควรการเปลี่ยนท่าทุก 2-4 ชั่วโมง 4. ควรจัดท่านอนยกเท้าสูง 30 องศา (วางหมอนใต้ก้นกับขาแต่ละข้าง) หรือท่านอนตะแคง 90 องศา 5. ควรจัดอาหารเสริม 2 มื้อ/วันร่วมกับอาหารปกติ	1. การให้อาหารทางปากแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีก 2 มื้อในแต่ละวัน 2. แบบประเมินบราเดน สเกล เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง 3. ข้อเสนอแนะการใช้ที่นอนโฟม เป็นไปได้ยาก อาจปรับเป็นที่นอนลมแทน

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
นภาพร, 2550/ประเมิน AGREE ได้ค่าคะแนน แต่ละขอบเขต มากกว่า ร้อยละ 60	เพื่อพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับในผู้ป่วย สูงอายุ โรงพยาบาล	ตัวแปรต้น: แนวปฏิบัติการ พยาบาล ตัวแปรตาม: ประสิทธิภาพ ของแนวปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือวิจัย: 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วน บุคคลของผู้ป่วยและข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2. แบบประเมินความเสี่ยง ของบราเคน 3. แบบประเมินภาวะ โภชนาการ MNA 4. แบบประเมินประสิทธิภาพ การใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาล	พัฒนาแนว ปฏิบัติการ พยาบาล ประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิด ของการใช้ ผลงานวิจัยของ ไอโอวา	สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ 1. การประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินบราเคน สเกล 2. ประเมินประวัติการเจ็บป่วยและยา 3. การประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ MNA ทุกสัปดาห์ 4. พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง 5. หากอยู่ในท่านั่ง ดูแลขยับร่างกายทุก 30 นาที 6. จัดตารางเวลาหมุนพลิกตะแคงตัวไปตามเข็มนาฬิกาใส่ Flow chart ติดปลายเตียง 7. ไม่จัดทำให้ปุ่มกระดูกสัมผัสพื้นโดยตรง 8. หากผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงสูง ควรพลิกตะแคง ตัวบ่อยขึ้น 9. ไม่จัดทำผู้ป่วยสูงเกิน 30 องศา 10. การเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้นักดูแล มากกว่า 2 คนขึ้นไป และใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้าย	-ระดับของคุณภาพ การนำไปใช้ ระดับ grade B สามารถ นำไปปรับใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุใน หออภิบาล ผู้ป่วยหนักได้ -ข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มเติมในด้าน การจัดการ สภาพแวดล้อมที่ ผู้ป่วยสัมผัส

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม (ต่อ)					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
				11. ไม่ประคบ ถู นวดบริเวณผิวหนังที่แห้งกร้าน หรือมีผื่น 12. เปลี่ยนผ้าอ้อมอย่างน้อย 8 ชั่วโมงหรือทุกครั้ง ที่ และ 13. เช็ดตัวหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าในผู้ป่วยที่มีไข้ เหงื่อออก 14. ทาโลชั่น หรือครีมบำรุงผิวในรายที่ผิวแห้งกร้าน หลังอาบน้ำทุกวัน 15. จัดให้ได้รับอาหาร โปรตีนสูง วิตามินซีและ ธาตุเหล็ก 16. ประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน ทำความสะอาด อย่างน้อยวันละครั้งและทุกครั้งที่ขยับถ่าย 17. บริหารข้อมือ ทำจัดท่าระวังเท้าตก 18. ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพในรายที่มีภาวะซับซ้อน 19. การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ ใกล้บ้าน	

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
ขวัญฤทัย ธรรมกิจ ไพโรจน์., 2550 /ประเมิน AGREE ได้ ค่าคะแนนแต่ละ ขอบเขต มากกว่าร้อยละ 60	เพื่อพัฒนาแนว ทางการพยาบาลเพื่อ การป้องกันการเกิด แผลกดทับผู้ป่วยหนัก ผู้ใหญ่ โรงพยาบาล นครพนม	1. อัตราการเกิดแผลกดทับ 2. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจและ ตระหนักถึงความสำคัญ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ - พยาบาลวิชาชีพ 14 ราย และผู้ป่วย 17 ราย ที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	-จัดทำกร สนทนากลุ่ม ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง -ครั้งที่ 1 ผู้ ศึกษา สนทนากลุ่ม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ และขอความ ร่วมมือในการ สนทนา -ครั้งที่ 2 นำ เรื่องที่ได้แบ่ง หัวข้อในการ ทบทวน	สรุปการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับได้ดังนี้ 1. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง สลับตะแคงซ้าย นอน หงาย หรือตะแคงขวาตรงตามเวลาที่กำหนด 2. ท่านอนศีรษะสูงไม่ควรเกิน 30 องศา/ท่านอน ตะแคงให้นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศา ไปด้านหลัง โดยใช้หมอนรอง ยกส่วนปลายของเตียงขึ้นใช้ หมอนรองที่ปลายเตียง 3. ใช้ที่นอนลม หมอน หรือผ้าห่มนุ่มรองตามปุ่ม กระดูก 4. จับคู่ช่วยกันพลิกตะแคงตัว/ไม่ดึงลากเวลาพลิก ตัว/รองผ้ารองตัวผู้ป่วยเพื่อใช้ยกตัวผู้ป่วย/จัดเสื่อผ้า ผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง 5. จัดให้นั่งเก้าอี้หรือรถเข็น ที่มีเบาะรอง และที่ รองเท้า และเปลี่ยนท่าทุก 1 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ได้รับพลังงาน > 25 Kcal/Kg/day 7. ซับผิวหนังให้แห้งทุกครั้งหลังการขับถ่าย/ผู้ป่วยที่	-ระดับของคุณภาพ การนำไปใช้ ระดับ grade B สามารถ นำไปใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุในหอ อภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้ -ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติมกิจกรรมใน การดูแลผู้ป่วยที่มี อุปกรณ์ต่างๆ

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ต่อ)					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
		<p>2. แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ประกอบด้วย ข้อมูล 6 ส่วน คือ</p> <p>2.1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย</p> <p>2.2 แบบประเมินความเสี่ยง Braden Scale</p> <p>2.3 แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ โดยยึดหลักของ National Pressure ulcer Advisory Panel (1989)</p> <p>2.4 แบบสรุปการเกิดแผลกดทับ</p> <p>2.5 ตารางบันทึกการเปลี่ยนแปลงท่านอน</p>	<p>ครั้งที่แล้วนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกัน -ครั้งที่ 3</p> <p>ทบทวน</p> <p>วรรณกรรมและทำการปรับปรุงใหม่และส่งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ</p> <p>นำมาแก้ไขปรับปรุง ทดลองใช้ -ครั้งที่ 4</p> <p>ร่วมกันจัดทำกำหนดเป็นมาตรฐาน</p>	<p>ถ้าอุจจาระบ่อยให้ทาวาสลินบริเวณฝีเย็บและก้น</p> <p>หลังทำความสะอาด/ใช้ผ้าบางๆคลุมแทนการห่อกัน</p> <p>8. ห้ามนวดบริเวณรอยแดง</p> <p>9. ดยใช้สบู่ในผู้ป่วยที่ผิวแห้ง ควรทาโลชั่นหรือครีมหลังอาบน้ำ</p> <p>10. ประเมินผิวหนังปุ่มกระดุกบริเวณกดทับทุกเวรตึก</p> <p>11. บันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ (บันทึกบริเวณ/ระดับ/ขนาด)</p> <p>12. บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/ใหญ่ขึ้น/ลึกลง/แผลหาย)</p> <p>13. ส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรแต่ละครั้ง</p> <p>14. จัดทำแผ่นป้ายแนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับติดไว้ที่ผนังตึก</p> <p>15. ติดต่อประสานงานกับโภชนากร เพื่อรวบรวมตารางอาหารแลกเปลี่ยนในแต่ละมือและอาหาร</p>	

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ต่อ)					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
		2.6 แนวทางการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันและ ดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ 3. คู่มือการใช้แบบประเมิน 4. รายการอาหารแลกเปลี่ยน 5. แบบประเมินการดูแล ผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ตามแนวปฏิบัติ 6. แบบสอบถามความพึง พอใจของพยาบาล 7. แบบประเมินการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลตาม มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 8. เทปบันทึกเสียงระหว่าง สันทนาการกลุ่ม	และชี้แจง ครั้งที่ 5 จัดทำ คู่มือ	เฉพาะโรค เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณพลังงานที่ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับในแต่ละวัน	

ชื่อเรื่อง งานประจำงานวิจัยการดูแลแผลกดทับ: โครงการ S.O.S. (Save Our Skin).					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
เปรมจิตร คล้ายเพชร, 2552/level 4/grade B	1. เพื่อส่งเสริมสภาพ ผิวหนังที่ดีและ ป้องกันผิวหนังถูก ทำลาย 2. มีแนวทางการดูแล เพื่อป้องกันการเกิด ผิวหนังถูกทำลาย	ตัวแปร: อัตราการเกิดผิวหนัง ถูกทำลาย ผู้ป่วยไอ.ซี.ยู อุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง วันที่ 31 ต.ค. 48-18 ก.พ. 49 -เครื่องมือวิจัย 1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2. แบบเก็บข้อมูลผิวหนังถูก ทำลาย	ทบทวน วรรณกรรมแนว ปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิด ผิวหนังถูก ทำลาย มีขั้นตอนดังนี้ 1. ประชุม 2. ทบทวน ความรู้บุคลากร 3. แจก S.O.S. Card 4. วางนาฬิกา พลิกตะแคงตัว 5. ปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนด	1. ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลาย และ ประเมินภาวะเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินของบราเดน 2. กลุ่มเสี่ยงมาก ต้องประเมินความเสี่ยงทุกเวร และ ใช้มาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันการเกิด แผลกดทับของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาล ศิริราช ดังนี้ - Skin Care - การจัดการสิ่งแวดล้อม - การป้องกันผิวหนังจากแรงกด - การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ - การป้องกันผิวหนังจากอุปกรณ์ - การป้องกันผิวหนังถูกทำลายจากการกลืน บัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ - การดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด - การติดตามภาวะโภชนาการ - การประเมินซ้ำ การบันทึก การส่งต่ออาการ และ การรายงานแพทย์	ระดับของคุณภาพ การนำไปใช้ ระดับ grade B สามารถ นำไปใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุในหอ อภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้

ชื่อเรื่อง Tips for Protecting Critically Ill Patients From Pressure Ulcers.					
ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Based Level	วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา/เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำ งานวิจัยไปใช้/ ข้อเสนอแนะอื่นๆ
Jankowski, I. M., 2010/level 4/grade B	เพื่ออธิบายถึงเทคนิค ในการป้องกันการ เกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยวิกฤต		ทบทวน วรรณกรรมจาก 10 แนวปฏิบัติ ในการป้องกันการ เกิดแผล กดทับ	สรุปเทคนิคในการป้องกันการเกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้ 1. จัดท่านอนยกหัวสูง ≥ 30 องศา พลิกตะแคงตัวทำ มุม 30 องศา เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ และใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คนในการเคลื่อนตัวผู้ป่วย 2. ใช้ที่นอนลม 3. ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว 4. ใช้หมอนหรือรองรับแรงกดที่ตัวผู้ป่วย	1. นำไปใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยได้ -ระดับของคุณภาพ การนำไปใช้ ระดับ grade B สามารถ นำไปใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุในหอ อภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้ 2. ศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับภาวะ โภชนาการ การ จัดการความชุ่มชื้น ของผิวหนัง

ภาคผนวก ข

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

(The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE)

ผลการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติมีจำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

- 1) ประเมินแนวปฏิบัติเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

รายการประเมินตาม The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE	ผู้ประเมินคนที่ 1	ผู้ประเมินคนที่ 2	ค่าเฉลี่ยร้อยละการประเมินคุณค่าแนวปฏิบัติ
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์			
1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง	4	4	
1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก	4	4	
1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้	4	4	
			100
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง			
2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ	3	3	
2.2 ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น	1	1	
2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน	4	4	
2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย	4	4	
			66.66
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ			
3.1 มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ	4	4	บทที่ 3
3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน	4	4	
3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน	4	4	
3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและ ความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ	3	3	
3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน	3	3	

รายการประเมินตาม The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ค่าเฉลี่ยร้อยละ การประเมินคุณค่า แนวปฏิบัติ
3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิใน องค์กรก่อนนำมาใช้	1	1	
3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ ทันสมัย	4	4	บทที่ 5
			76.19
4. ความชัดเจนและการนำเสนอ			
4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับ สถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน	4	4	
4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์	4	4	
4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย	4	4	
4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปของ แผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ	3	3	
			83.33
5. การประยุกต์ใช้			
5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำ ข้อเสนอแนะไปใช้	3	3	
5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ	2	2	
5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ	4	4	
			66.66
6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ			
6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ	4	4	
6.2 มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่าง การพัฒนาแนวปฏิบัติ	4	4	
			100
ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับร้อยละ			82.14

- 2) แนวปฏิบัติเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ
โรงพยาบาลนภทัย จังหวัดสมุทรสงคราม

รายการประเมินตาม The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ค่าเฉลี่ยร้อยละ การประเมินคุณค่า แนวปฏิบัติ
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์			
1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง	4	4	
1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก	4	4	
1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้	4	4	
			100
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง			
2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ	3	3	ขาดผู้รับบริการ
2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น	1	1	
2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน	4	4	
2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย	4	4	
			66.66
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ			
3.1 มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ	4	4	
3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน	4	4	
3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน	4	4	
3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและ ความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ	1	1	
3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน	4	4	
3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำมาใช้	4	4	
3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย	1	1	
			71.42
4. ความชัดเจนและการนำเสนอ			
4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน	4	4	
4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์	4	4	

รายการประเมินตาม The Appraisal of Guidelines for	ผู้ประเมิน	ผู้ประเมิน	ค่าเฉลี่ยร้อยละ
--	------------	------------	-----------------

Research & Evaluation: AGREE	คนที่ 1	คนที่ 2	การประเมินคุณค่า แนวปฏิบัติ
4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย	4	4	
4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปของ แผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ	4	4	
			100
5. การประยุกต์ใช้			
5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำ ข้อเสนอแนะไปใช้	4	4	
5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนว ปฏิบัติ	2	2	
5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ	4	4	
			77.77
6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ			
6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ	4	4	
6.2 มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่าง การพัฒนาแนวปฏิบัติ	4	4	
			100
ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับร้อยละ			85.97

แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม แก่ผู้ป่วยชายและหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 59.7 และจากการรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดแผลกดทับระดับ 2 ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักร้อยละ 1.4

แผลกดทับถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบผิวหนัง และระบบประสาท เป็นต้น ร่วมกับต้องเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษาที่ใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ และไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบว่าแนวปฏิบัติประกอบด้วย 6 หมวดคือ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การดูแลสภาพผิวหนัง(5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ(6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมปัจจัยทุกด้าน การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและได้มาตรฐาน นอกจากนั้นยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ไปสู่ความเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ประโยชน์หรือผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปในแนวทางเดียวกันและมีอัตราการเกิดแผลกดทับลดลง
2. พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถไปในทิศทางเดียวกันให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่มาของงานวิจัยและหลักฐาน

เนื้อหาของแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้จากการทบทวนงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในครั้งนี้คือ pressure ulcer, pressure sore, bed sore, critical illness, critical care, elderly, ICU, intensive care unit, elderly patient, risk factor, prevent, prevention, guidelines, best practice, แนวปฏิบัติ, ป้องกัน, การป้องกัน, แผลกดทับ, ผู้ป่วยสูงอายุ, วิกฤต, ผู้ป่วยวิกฤต วรรณคดีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความ งานวิจัยต่างๆ รวมทั้งสืบค้นอินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 - 2011

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัย

นางรินณารดา สายเมฆ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรนภา คู่พันธ์วี อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์เจริญ เสรีรัตนกร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวารินชำราบ

นางสาวพวง ศรีล้วน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวารินชำราบ

ผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. แพทย์หญิงศศพร สืบสิงห์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี
3. นายแพทย์พงศ์พล ศรีพันธ์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี
4. คุณสนองจิตร ไมตรี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
5. คุณจาศรี ยมศรีเคน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วัน เดือน ปี ที่จัดทำ/เบอร์ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

วันที่ 9 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 /เบอร์ โทรศัพท์ 0911565256

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง ขั้นตอนการจัดทำข้อกำหนดสำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 6 หมวด คือ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การดูแลสภาพผิวหนัง (3) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน (4) การดูแลภาวะโภชนาการ (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงกระบวนการและทางคลินิกของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ได้คัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณคดี/หลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานฯ

ขั้นตอนที่ 5 การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

การประเมินผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเชิงกระบวนการจาก (1.1) ความสามารถของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ (1.2) ความพึงพอใจของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (1.3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินผลเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลแต่ละรายตอบแบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปทดลองใช้ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พร้อมกันหลังจากใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลกับผู้ป่วยครบ 5 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อภิปรายผล

2. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามที่กำหนดคุณสมบัติไว้จำนวน 5 คน เป็นกลุ่มทดลองที่นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อประเมินการเกิดแผลกดทับหลังใช้แนวปฏิบัติ 3-4 วัน โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตอธิบายชี้แจงในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยบอกกับผู้ป่วยว่าการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาที่ท่านได้รับ สำหรับอุบัติการณ์ในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุ หลังใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินในเวลา 08.00 น., 16.00 น. และ 24.00 น. เป็นระยะเวลา 3-5 วันติดต่อกัน โดยจัดเก็บข้อมูลจำนวนแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2007) แล้วนำมาคำนวณหาผลรวมของจำนวนแผลกดทับทุกระดับ โดยสูตร จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับทุกระดับหารด้วยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคูณด้วย 1,000

การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ แบ่งที่มาของหลักฐานเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. งานวิจัย ตำราวิชาการ และ 2) แนวปฏิบัติ โดยมีการประเมินเพื่อคัดเลือก ดังนี้

1.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานที่ไม่ใช่แนวปฏิบัติ ใช้หลักเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย และระดับของข้อแนะนำโดยยึดหลักการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานของ The Joanna Briggs Institute of evidence Based Nursing and Midwifery (2008) ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 มาจากการทบทวนวรรณคดีที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) การทบทวนงานวิจัยหลายงานที่คล้ายคลึงกันหรือปัญหาวิจัยเดียวกันของงานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีกลุ่มสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized control trial: RCT) หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบทดลองขนาดใหญ่ที่มีช่วงความเชื่อมั่นแคบ

ระดับ 2 มาจากการงานวิจัยแบบทดลอง (RCT) ที่มีขนาดเล็กและมีช่วงความเชื่อมั่นในระดับกว้างหรืองานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรืองานวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและหรือไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับ 3-a มาจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม (cohort studies with control group)

ระดับ 3-b มาจากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (case control)

ระดับ 3-c มาจากการทบทวนงานวิจัยแบบเชิงพรรณนา และไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับ 4 มาจากการหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีความเหมาะสม

โดยมีการกำหนดระดับของคำแนะนำ สู่ถึงระดับความมั่นใจในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นไปใช้ JBI (2008) ได้จัดระดับคำแนะนำหรือความมั่นใจโดยคำนึงถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ คือ

ระดับ A มีความเชื่อมั่นในระดับสูงประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าในการนำไปใช้

ระดับ B มีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ประกอบด้วยหลักฐานที่ได้รับการรับรองว่ามีประโยชน์มีประสิทธิภาพ

ระดับ C ขาดความเชื่อมั่น ประกอบด้วยหลักฐานที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์และไม่มีประสิทธิภาพ

2. การประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือประเมิน

The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) (ฉวีวรรณ, 2548)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

แนวปฏิบัติ
หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
1.1 ใช้แบบประเมินของบราเดน (1987) ในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550 /ค่าAGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่าAGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)
1.2 ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในเวรคืน โดยประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) ซึ่งความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับระดับค่าคะแนน Braden's scale > 18 ทุกเวรคืน (ขวัญฤทัย, 2550/ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) หากผู้ป่วยมีระดับค่าคะแนน Braden's scale ≤ 18 ควรประเมินทุกเวร (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)
หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
1.3 ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยาคั้งแต่แรกรับ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ82.14) โดยแบบประเมินตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน
2.1 ใส่ที่นอนลมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงทุกคนและตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอทุกเวร (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREEเท่ากับ ร้อยละ 82.14) หรือใช้ฟ้านุ่มหนา 2-3 ชั้นรองรับบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวกและเกิดความอับชื้น (นภาพร, 2550/ ค่า AGREEเท่ากับ ร้อยละ 85.97)
2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงในรายที่นอนอยู่บนเตียง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง (≤ 18) ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเป็นเวลานาน ดูแลยก ขยับร่างกายอย่างน้อยทุก 15-30 นาที (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREEเท่ากับ ร้อยละ 82.14) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรอยู่ในท่านั่งบนเตียงไม่เกินครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

แนวปฏิบัติ
2.3 ใช้หมอนรองที่นั่งให้สั้นเท่าลดยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)
2.4 ลดแรงกดจาก tube/catheter โดยใช้ผ้านุ่ม/สำลี เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/level1/grade B; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)
2.5 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปาก ไม่ติดคิงรั้ง (เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)
หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน
2.6 นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศาไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่าAGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B; Jankowski, 2010/ level 4/grade B) ในการจัดท่านอนกึ่งตะแคงหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาคู่มทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่าAGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)
2.7 การลดแรงเฉือน ได้แก่ นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการลื่นไถล และแรงกดทับ แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนยกศีรษะสูงไม่ควรจัดท่าศีรษะสูงเกิน 60 องศาเกิน 30 นาที (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)
2.8 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไถขณะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ pad slide หรือผ้า ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)

แนวปฏิบัติ
<p>2.9 ไม่ถนัดหรือประคบร้อนบริเวณที่มีรอยแดงหรือปุ่มกระดูก จะทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นลดลง และทำให้เนื้อเยื่อที่ถูกกดที่อยู่ลึกลงไปได้รับอันตรายจากการกด (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)</p>
หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ
<p>3.1 การติดตามประเมินระดับ serum albumin, Hct, BUN, และ Cr 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของ แพทย์ (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) ติดตามประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน Braden's scale และติดตามประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกสัปดาห์ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97) โดยส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยที่รับย้ายเพื่อติดตามประเมินผลต่อ (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) หากพบว่ามีความผิดปกติจากเกณฑ์มาตรฐาน ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป</p>
<p>3.2 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้าออกทุกวัน (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B) ถ้าเกิดภาวะ ปริมาณสารน้ำเข้าออกไม่สมดุล หรือมีปริมาณน้ำปัสสาวะออกน้อยกว่า 1 cc/ 1 kg/ 1 ชั่วโมง ต้องรายงาน แพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไข</p>
<p>3.3 รายงานแพทย์เมื่อ ระดับ serum albumin \leq 3.5 mg/dl (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14; เปรมจิตร, 2552/ level 4/ grade B)</p>
<p>3.4 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณมากกว่า 25 kcal/kg/day (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97) โดยการปรึกษานักโภชนาการเพื่อประเมิน ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนให้เหมาะสม</p>
<p>3.5 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin < 3.5 mg% รายงานแพทย์เพื่อดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูง โดยให้ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)</p>
<p>3.6 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 /level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)</p>

แนวปฏิบัติ
<p>3.7 กรณีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้น้อยหรือไม่ได้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรืออาหารเสริม ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009/level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)</p>
หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง
<p>4.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้ความร้อน เนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายจากผิวหนังที่แห้ง และบอบบาง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ควรทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)</p>
<p>4.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (4.5-5.5) ทุกครั้งหรือใช้สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก (cleanser) (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) โดยแนะนำญาติให้เตรียมสบู่ก่อนสำหรับเด็กมาใช้กับผู้ป่วย</p>
<p>4.3 ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ดตัว เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทำโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นซีซี้งทา 1-2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว (ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) ได้แก่ โลชั่นสำหรับเด็กและน้ำมันมะกอก</p>

แนวปฏิบัติ
หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง
<p>4.4 การจัดการกับความเปื่อยขึ้นในกรณีผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ให้ใช้แผ่นรองขับและประเมินความเปื่อยขึ้นทุกครั้งที่เกิดแผลกดทับ, กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ให้สอบถามความต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดแผลกดทับ และทาวาสลินรอบฝีเย็บและก้นทุกครั้งหลังทำความสะอาด (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) และทำความสะอาดและเปลี่ยนแผ่นรองขับทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550 /ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) หรือควรเปลี่ยนแผ่นรองขับอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)</p>
หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
<p>5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14) แจกเอกสารประกอบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก</p>
<p>5.2 ให้ความรู้และฝึกทักษะญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในช่วง 1-3 วันแรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97)</p>

แนวปฏิบัติ

หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

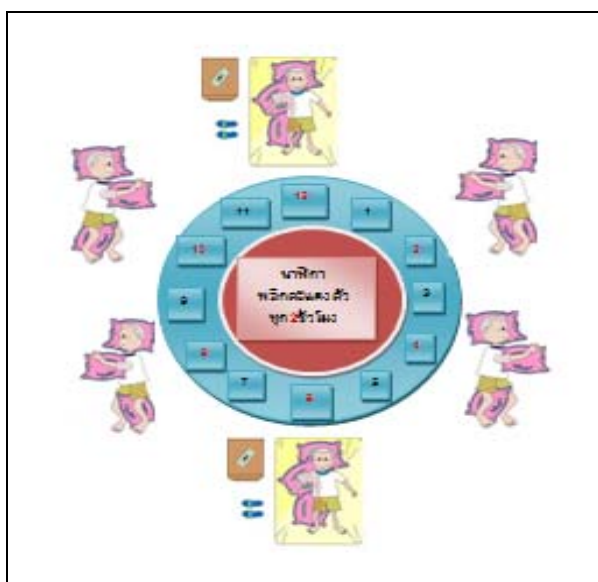
a. อธิบายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้นาฬิกาเลข 2, 4, 6, 8, 10, และ 12 ที่มีสีแดงหมายถึง เวลาในการพลิกตะแคงตัว

รูปภาพผู้สูงอายุเหนือตัวเลขสีแดง หมายถึง การจัดทำนอน ดังนี้

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

- เวลา 08.00 น. หรือ 20.00 น. จัดทำนอนตะแคงขวา เวลา 10.00น. หรือ 22.00 น. จัดทำนอนตะแคงซ้าย และเวลา 12.00 น. หรือ 24.00 น. จัดทำนอนหงาย

ตามภาพอยู่รอบนอกรูปนาฬิกาวงกลมเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และนำรูปภาพนาฬิกาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ติดไว้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงนาฬิกาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ดัดแปลงจาก นภาพร, 2550

แนวปฏิบัติ
หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม
6.1 จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2011/ level 1/ grade B; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 / level 1/ grade B; JBI, 2008/ level 1/ grade B; นภาพร, 2550/ ค่าAGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; ขวัญฤทัย, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 82.14)
6.2 การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อย หรือไม่ควรเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยให้สัมผัสความหนาวเย็น กรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ควรสอบถามหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็น ควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอบอุ่น (เปรมจิตร์, 2552/ level 4/ grade B)
6.3 ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่ดีอุณหภูมิไม่ร้อนเกินไป ไม่อับ ไม่ชื้น (นภาพร, 2550/ ค่า AGREE เท่ากับ ร้อยละ 85.97; เปรมจิตร์, 2552/ level 4/ grade B) ซึ่งหออภิบาลผู้ป่วยหนักใช้เครื่องปรับอากาศโดยปรับอุณหภูมิคงที่อยู่ที่ 25 องศาเซลเซียส

ภาคผนวก ง

คู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คู่มือการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแบบประเมินของบราเดน

คำชี้แจง การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk, 1987) มีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception)
2. ความเปียกชื้นของผิวหนัง (skin moisture)
3. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility)
4. การปฏิบัติกิจกรรม (activity)
5. ภาวะโภชนาการ (nutrition)
6. แรงเสียดสีและแรงไถล (Friction and shear)

ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ค่าคะแนนเท่ากับ 18 คือ เริ่มเสี่ยงในผู้ป่วย
สูงอายุ (ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) คะแนนยิ่งน้อยยิ่งเสี่ยงมาก หรือแปลผลตามช่วงคะแนน
ดังนี้

- 19 – 23 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง
- 15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง
- 13 – 14 คะแนน มีภาวะเสี่ยงปานกลาง
- 10 – 12 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูง
- 6 – 9 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูงมาก

วิธีการประเมิน ลงคะแนนที่ประเมินได้ในแต่ละด้านไว้ในช่องตามวันที่ที่ประเมิน
ซึ่งความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับค่าคะแนน Braden's scale \leq 18 ทุกเวอร์
2. ระดับค่าคะแนน Braden's scale $>$ 18 ทุกเวอร์คิก

คะแนน/เกณฑ์	1	2	3	4
การรับรู้ หมายถึง ประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ความสามารถในการสื่อสาร ระดับความรู้สึกรู้ตัว	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ตอบสนองต่อความเร้าเจ็บปวดสิ่งเร้า - ไม่รู้สึกรู้ตัว สลบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตอบสนองเฉพาะความเจ็บปวด - ไม่สามารถสื่อสารและทำตามสั่งได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถสื่อสารได้ถึงความต้องการทุกครั้ง 	-ปกติ
ความตื่น หมายถึง ระดับที่ผิวหนังสัมผัสกับความเปียกชื้น ประเมินการเปียกชุ่มของผิวหนังผู้ป่วยจากการสังเกตสภาพความเปียกชื้นหรือความชุ่มเหนียวเหนอะหนะของผิวหนังจากเหงื่อหรือสิ่งคัดหลั่งอื่นๆที่ออกจากร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> - ผิวหนังเปียกชุ่มตลอดเวลาจากเหงื่อปัสสาวะ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผิวหนังเปียกชื้นบ่อยต้องเปลี่ยนผ้าอย่างน้อยวันละครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผิวหนังเปียกชื้นเป็นบางครั้งต้องเปลี่ยนผ้าเพิ่มจากปกติวันละ 1 ครั้ง 	-ปกติ
การทำกิจกรรม หมายถึง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยซึ่งมีหลายกิจกรรม ทั้งการลุกนั่ง การลุกเดิน เพื่อทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - อยู่บนเตียงตลอด 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้รถเข็น - ทรงตัวลำบากหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือพยุง 	<ul style="list-style-type: none"> - เดินได้ระยะสั้น - ทำกิจกรรมส่วนใหญ่บนเตียงหรือข้างเตียง 	-ปกติ
การเคลื่อนไหว หมายถึง ประเมินการเคลื่อนไหวของแขน ขาเพื่อพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าของร่างกายจากความสามารถในการเคลื่อนไหวและควบคุมแขน ขา เพื่อพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าได้	<ul style="list-style-type: none"> - พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องช่วยพลิกตะแคงตัวเป็นส่วนใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยพลิกตะแคงตัวเล็กน้อย 	-ปกติ
ภาวะโภชนาการ หมายถึง ปริมาณอาหารที่ได้รับประจำ	<ul style="list-style-type: none"> - NPO และ/หรือต้องรับอาหารเหลวใส, สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่า 5 วัน - รับอาหารได้ประมาณ 1/3 ของอาหารที่จัดให้ 	<ul style="list-style-type: none"> - รับสารอาหารทางสายยางไม่ครบตามจำนวน - รับอาหารได้ประมาณ 1/2 ของอาหารที่จัดให้ 	<ul style="list-style-type: none"> - รับอาหารทางสายยาง, TPN ได้ครบตามจำนวน - รับอาหารได้มากกว่า 1/2 ของอาหารที่จัดให้ 	-ปกติ
แรงไถและแรงเสียดทาน หมายถึง ประเมินแรงเสียดสีจากการดึงลากและแรงถือนจากการเลื่อนไถล	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติดแข็ง เกร็ง - ต้องช่วยเหลือมากหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใน การเลื่อนหรือยกตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถทรงตัวได้ไม่เลื่อนไหลผิดปกติ บ่อยๆ - ต้องช่วยเหลือบ้างในการเลื่อนหรือยกตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถเลื่อนหรือยกตัวได้เอง - มีกล้ามเนื้อแข็งแรงปกติดี 	

คู่มือการประเมินระดับของแผลกดทับ

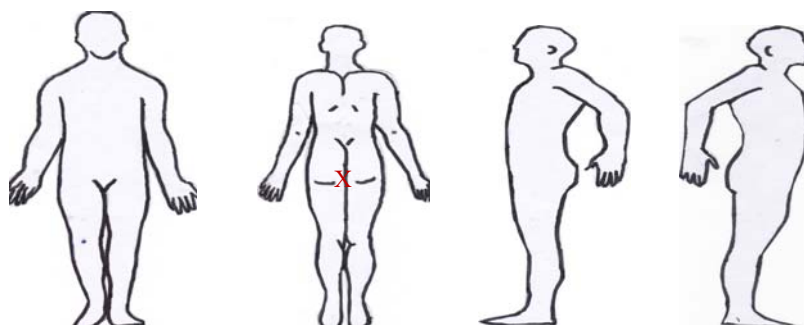
คำชี้แจง พยาบาลผู้ดูแลรณุประเมินการเกิดแผลกดทับโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับขององค์กร The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2007) ซึ่งแบ่งระดับของแผลกดทับเป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับของแผลกดทับ	คำอธิบาย
<p>ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อ ส่วนลึก suspected deep tissue ภาพที่ 1</p>  <p>ภาพที่ 1. แสดงระดับแผลกดทับ Suspected Deep Tissue</p> <p>ระดับที่ 1..... ระดับที่ 2..... ระดับที่ 3..... ระดับที่ 4..... แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (unstageable wounds) ภาพที่ 6</p>	<p>- เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการลึกขาด สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงไถลและอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉงขึ้นหรือเป็นปม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ลักษณะดังกล่าวอาจทำให้การระบุระดับที่ชัดเจนไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีผิวสีคล้ำ อาจมีตุ่มน้ำยาว ๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลสีคล้ำและอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (eschar) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจรวดเร็วและลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียงแม้ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด</p>
 <p>ภาพที่ 6. แสดงระดับของแผลกดทับ Unstageable wound</p>	<p>- มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้</p>

เมื่อประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแล้วโปรดบันทึกลงในแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ ดังนี้

หัวข้อ	คำอธิบาย
วันที่ประเมิน	ลงบันทึกวัน เดือน ปี ที่ทำการประเมินสภาพผิวหนัง
ตำแหน่ง	ระบุตำแหน่งของแผลกดทับที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยนอนรับการรักษาในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนัก
ระดับ (Stage)	ระบุระดับการเกิดแผลกดทับตามการแบ่งระดับของแผลกดทับของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2007)
ลักษณะ/ขนาด กว้าง X ยาว (ซม.)	ระบุลักษณะรูปร่างของแผลกดทับและขนาด กว้าง x ยาว ของแผลกดทับ
ชื่อผู้บันทึก	ลงชื่อพยาบาลผู้ทำการประเมิน

และกรุณาใช้ดินสอทำเครื่องหมาย X บนรูปภาพตรงตำแหน่งที่ตรวจพบรอยแดงทุกครั้ง พร้อมวันที่ตรวจพบ (ไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งต้องลงบันทึกในประวัติการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย) (ดังตัวอย่าง)



ภาคผนวก จ

แผนผังแสดงขั้นตอนการปฏิบัติของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิด
แผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน



ภาคผนวก จ

คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน จากผู้ทรงคุณวุฒิ

หัวข้อประเมิน	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คะแนนค่า IOC เฉลี่ยรายข้อ
การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability)	1	1	1	1	1	1
1. แนวปฏิบัติสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้	1	1	1	1	1	1
2. กลุ่มประชากรเป้าหมายในแนวปฏิบัติมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน	1	1	1	1	1	1
3. เป้าหมายของการดูแลในแนวปฏิบัติมีเป้าหมายเดียวกันกับการดูแลในหน่วยงาน คือ การป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย	1	1	1	1	1	1
4. จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติมีมากพอ	1	1	1	1	1	1
5. แนวปฏิบัติใช้ระยะเวลาหนึ่งในการทดสอบและมีการประเมินผลลัพธ์	1	1	1	1	1	1
ความเป็นไปได้ (feasibility)	1	1	1	1	1	1
1. พยาบาลยังคงมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจภายใต้การดำเนินการตามแนวปฏิบัติ	1	1	1	1	1	1
2. การดำเนินการตามแนวปฏิบัติไม่รบกวนการทำงานตามปกติของพยาบาล	1	1	1	1	1	1
3. หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกจำเป็นในการดำเนินแนวปฏิบัติ ถ้าไม่มีข้อเสนอแนะ ไม่มีอุปกรณ์บางอย่าง เช่น Hydrocolloid sheet	1	1	1	1	0	0.8
4. มีความเป็นไปได้ที่พยาบาลต้องใช้เวลาหนึ่งเพื่อเรียนรู้ แนวปฏิบัติ	1	1	1	1	1	1
5. แนวปฏิบัติมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม	1	1	1	1	1	1
ความคุ้มค่า (cost/benefit)	1	1	1	1	1	1
1. ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ	1	1	1	1	1	1
2. มีประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ	1	1	1	1	1	1

หัวข้อประเมิน	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คะแนนค่า IOC เฉลี่ยรายชื่อ
3. ในการดำเนินตามแนวปฏิบัติสามารถลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุทั้งค่าใช้จ่ายระยะสั้นและค่าใช้จ่ายระยะยาวในองค์กร	1	1	1	1	1	1
4. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่วัสดุ ในการดำเนินแนวปฏิบัติ เช่น ไม่ทำให้คุณธรรมของเจ้าหน้าที่ต่ำลง ไม่ทำให้เจ้าหน้าที่ลาออก เจ้าหน้าที่ไม่ลางาน	1	1	1	1	1	1
5. ประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินแนวปฏิบัติ เช่น คุณธรรมของพยาบาลสูงขึ้น พยาบาลสนใจคุณภาพการทำงานมากขึ้น	1	1	1	1	1	1
คะแนนค่า IOC เฉลี่ยจากจำนวนข้อทั้งหมด	1	1	1	1	0.9	0.98

ข้อเสนอแนะให้แนวปฏิบัติสามารถนำลงสู่การปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability) คือ การนำแนวปฏิบัติที่มาจากผลงานวิจัย/โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงานนั้น เป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม แต่แบบสอบถามและแบบประเมินควรมีความกระชับ เนื้อหาเข้าใจง่าย ใช้เวลาไม่นานในการประเมินและตอบแบบสอบถามในแต่ละครั้งเนื่องจากมีผู้ปฏิบัติงานหลายคนอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ และก่อนการทดลองปฏิบัติควรทำความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติทั้งในส่วนของแนวปฏิบัติทุกข้อและแบบสอบถาม แบบประเมินทุกส่วน การกำหนดเวลาควรชัดเจน ให้พิจารณาคำชี้แจงในแต่ละแบบสอบถามเนื่องจากมีผู้ป่วยหลายกลุ่มที่ต้องใช้แนวปฏิบัติ

2. ความเป็นไปได้ (feasibility) ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศในองค์กร ความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และความเป็นไปได้ในการประเมินผลทางคลินิก ประเด็นสำคัญ คือ พยาบาลมีอำนาจในการควบคุมการดำเนินการ โครงการนวัตกรรมหรือไม่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพราะสามารถกำหนดความถี่ การปฏิบัติที่สอดคล้องกับหน่วยงาน/และสภาพผู้ป่วย แต่ต้องปรับแบบประเมินต่างๆ ให้ง่ายและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ เนื่องจากการนำไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤติ เป็นการประเมินที่มีข้อจำกัดทั้งด้านผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และระยะเวลาการประเมิน และในช่วงการทำวิจัย อาจใช้แบบฟอร์มมาก แต่ในการปฏิบัติจริงต้องลดแบบฟอร์มการบันทึกให้น้อยลง แต่นั่นมาตรฐานวิชาชีพในงานประจำ จะทำให้ปฏิบัติได้สม่ำเสมอและไม่รู้สึกรบกวนงานที่เพิ่มขึ้นมา และควรปรับในส่วนที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการเนื่องจากไอ.ซี.ยู.เป็นหอผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแล 3-5 วัน ในส่วนแบบประเมินบางข้อประเมินทุก 1 สัปดาห์ ซึ่งเหมาะกับการใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังในตึกอายุรกรรมมากกว่า.....

3. ความคุ้มค่า (cost/benefit) คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ การประเมินควรครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยมีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ เพราะผลลัพธ์ที่ได้ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งต้องประเมินผลลัพธ์ในส่วนของความคุ้มค่าใช้จ่ายต่างๆ.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปใช้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปใช้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน() หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ระดับการศึกษาสูงสุด () 1. ปริญญาตรี () 2. สูงกว่าปริญญาตรี
2. อายุ.....ปี
3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล () 1.ระหว่าง 1-5 ปี () 2.ระหว่าง 6-10 ปี
() 3. > 10 ปีขึ้นไป
4. ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
() 1. มี
() 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง อ่านข้อความแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง/ตามความคิดเห็นของท่านและ
กรณาระบุเหตุผลในข้อที่ท่านปฏิบัติไม่ได้

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	หมายเหตุ
หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ			
1.1 ใช้แบบประเมินที่ของบราเดน (1987) ในผู้ป่วยสูงอายุ ทุกราย ^{1,2,3,5,7} ซึ่งความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับค่าคะแนน Braden's scale ≤ 18 ทุกเวร และระดับค่าคะแนน Braden's scale > 18 ทุกเวรดี ¹			
1.2 ประเมินตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในเวรดี โดย ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ^{1,3,5,6,7}			
.....			
.....			
.....			
.....			
หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรง เฉือน			
2.1 ใส่ที่นอนลมทุกคนและตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอ ^{1,2, 3,4,5,6,7} หรือใช้ผ้านุ่มหนา 2-3 ชั้นรองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจาก ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวกและเกิดความอับชื้น			
2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับ ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง ให้พลิกตะแคงตัว บ่อยกว่า 1-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็นเป็นเวลานาน ดูแลยก ขยับร่างกาย อย่างน้อย ทุก 15-30 นาที ^{1,2,3,5,6,7}			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	หมายเหตุ
2.3 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ควรอยู่ในท่านั่งไม่เกินครั้งละ 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ¹			
2.4 ใช้หมอนรองได้นั่งให้สันเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันการแรงกด ^{1, 2, 3, 5, 6, 7}			
2.5 ลดแรงกดจาก tube/catheter โดยใช้ผ้านุ่ม / สำลี เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง ^{1, 3, 4, 6, 7}			
2.6 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปาก ไม่ติดคิง ³			
2.7 นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศาไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเตียงขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}			
2.8 ในการจัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาคู่ทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ ¹			
2.9 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไถขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ pad slide หรือผ้า ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ สารอาหาร/สารน้ำ			
3.1 การติดตามประเมินระดับ serum albumin, Hct 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ^{3, 6}			
3.2 ติดตามค่า BUN:Cr 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ^{3, 6}			
3.3 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้าออกทุกวัน ^{3, 6}			
3.4 รายงานแพทย์เมื่อ ระดับ serum albumin ≤ 3.5 mg/dl ^{1, 3}			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	หมายเหตุ
3.5 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณมากกว่า 25 kcal/kg/day ²			
3.6 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin < 3.5mg% ดูแลให้ได้รับ อาหารโปรตีนสูงโดยให้ 1.0 -1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับ โปรตีนที่มีคุณภาพสูง เป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของ โรคทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ²			
3.7 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) ^{1,2,6,7}			
.....			
.....			
.....			
หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง			
4.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายจากผิวหนังที่แห้ง และบอบบาง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอา สิ่งที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ควรทำความสะอาด สะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม ^{1, 2, 3, 5, 6, 7}			
4.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (4.5-5.5) ทุกครั้งหรือใช้ สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก (cleanser) ^{1, 2, 3, 5, 6, 7}			
4.3 ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ด ตัว เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่างๆ ^{1, 2, 3, 5, 6, 7}			
4.4 สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทำโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นซีซี้งทา 1-2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วน ประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว ¹			

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	หมายเหตุ
4.5 การจัดการกับความเจ็บกษื่น (ควบคุมการจับถ่ายไม่ได้) ได้แก่ ใช้แผ่นรองซับและประเมินความเจ็บกษื่น ทุกครั้งที่ พลิกตะแคงตัว, สอบถามความต้องการจับถ่ายทุกครั้ง ที่ พลิกตะแคงตัว และใช้วาสลิน ^{1, 2, 3, 5, 6, 7}			
.....			
.....			
.....			
หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและ ญาติผู้ดูแล			
5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลในเรื่องความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัย ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความ รุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แจกเอกสารประกอบการป้องกันการเกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยสูงอายุ ^{1, 2, 3, 5, 6, 7}			
.....			
.....			
.....			
.....			
หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม			
6.1 การจัดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย ^{1,2,3,5,6,7}			
6.2 การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ³			
6.3 ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อย หรือร่างกายเปิดสู่ความหนาว เย็น โดยสอบถามจากผู้ป่วยหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็น ควร เพิ่ม ผ้าห่มให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอบอุ่น ³			
.....			
.....			

หมายเหตุ ใช้สัญลักษณ์ตัวเลขแทนชื่อนามของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้อ้างอิงในแต่ละกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์. (2550). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
2. นภาพร ภมร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
3. เปรมจิตร คล้ายเพชร. (2552). งานประจำสู่งานวิจัยการดูแลแผลกดทับ. ในยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิศวีจิเศรษฐ์ และจุฬาทพร ประสงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (น. 195-205). กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคทีฟ สตุดีโอ.
4. Jankowski, I., M. (2010). Tips for protecting critically ill patients from pressure ulcers. **Critical Care Nurse**, 30(2), 87-90.
5. JBI. (2008). Pressure Ulcers – prevention of pressure related damage. **Best Practice**, 12(2), 1-4.
6. 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
7. The Registered Nurses' Association of Ontario. (2011). **Nursing Best Practice Guideline : Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers**. Revised 2011 Supplement Enclose. Retrieved September 1, 2012, from www.rnao.org/bestpractices

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกของท่านในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปใช้

โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้ คือ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ

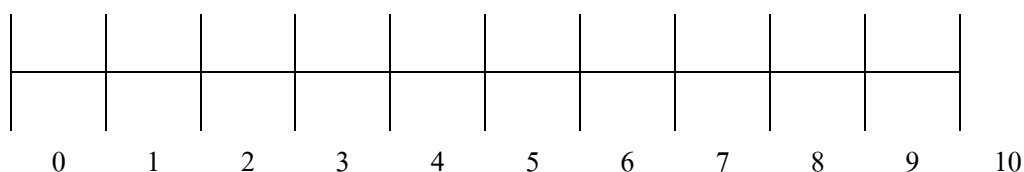
คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ไม่มีความพึงพอใจ

มีความพึงพอใจ



ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง กรุณาระบุความคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (กรุณาตอบทุกหมวด)

ท่านมีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะใดบ้างเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง

ปัญหา อุปสรรค

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

ปัญหา อุปสรรค

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

ปัญหา อุปสรรค

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง

ปัญหา อุปสรรค

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล

ปัญหา อุปสรรค

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม

ปัญหา อุปสรรค

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทาง
การพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน

ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผล
กดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงใน ()
หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

2. อายุ..... ปี

3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

4. ประวัติโรคที่เป็น.....

5. ประวัติการเกิดแผลกดทับ () 1. มี () 2. ไม่มี

6. ประวัติการใช้ยา.....

7. ประวัติการผ่าตัด/หัตถการ

-ผ่าตัด (ระบุชนิดของการผ่าตัด).....

-วันที่ผ่าตัด.....

-หัตถการ (ระบุชนิดของหัตถการ).....

-วันที่ทำหัตถการ.....

8. การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด
 () 1. สายออกซิเจนทางจมูก (canula) () 2. ท่อช่วยหายใจ () 3. สายยางให้อาหาร
 () 4. เข็ม/เครื่องดาม () 5. ท่อ/สายระบายต่างๆ
9. ระดับ Hct (%).....วันที่ตรวจ.....
10. ระดับ BUN..... Cr.....วันที่ตรวจ.....
11. น้ำหนัก.....
12. ส่วนสูง.....
13. BMI.....
14. ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ.....วันที่.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

คำชี้แจง พยาบาลผู้ดูแลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk, 1987) ซึ่งมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) 2) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (skin moisture) 3) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) 4) การปฏิบัติกิจกรรม (activity) 5) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และ 6) แรงเสียดสีและแรงไถล (Friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ค่าคะแนนเท่ากับ 18 คือ

เริ่มเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุวิกฤต คะแนนยิ่งน้อยยิ่งเสี่ยงมาก หรือแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

19 – 23 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง

15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง

13 – 14 คะแนน มีภาวะเสี่ยงปานกลาง

10 – 12 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูง

6 – 9 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูงมาก

แล้วลงคะแนนที่ประเมินได้ในแต่ละด้านไว้ในช่องตามวันที่ที่ประเมิน

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของ Braden Scale (1987)

คะแนน/ เกณฑ์	1	2	3	4	วันที่ ประเมิน		
					ช	บ	ค
การรับรู้	- ไม่ตอบสนองต่อ ความเจ็บปวด สิ่งเร้า - ไม่รู้สึกตัว สลบ	- ตอบสนองเฉพาะ ความเจ็บปวด - ไม่สามารถสื่อสาร และทำตามสั่งได้	- ทำตามสั่งได้แต่ไม่ สามารถสื่อสารได้ ถึงความต้องการ ทุกครั้ง	-ปกติ			
ความชื้น	- ผิวหนังเปียกชุ่ม ตลอดเวลาจาก เหงื่อ ปัสสาวะ	- ผิวหนังเปียกชื้น บ่อยต้องเปลี่ยนผ้า อย่างน้อยยวเระละ ครึ่ง ครั้ง	- ผิวหนังเปียกชื้น เป็นบางครั้ง ต้อง เปลี่ยนผ้าเพิ่มจาก ปกติวันละ 1 ครั้ง	-ปกติ			
การทำ กิจกรรม	- อยู่บนเตียงตลอด	- ใช้รถเข็น - ทรงตัวลำบากหรือ ต้องมีผู้ช่วยเหลือพยุง	- เดินได้ระยะสั้น - ทำกิจกรรมส่วน ใหญ่บนเตียงหรือ ข้างเตียง	-ปกติ			
การ เคลื่อนไหว	- พลิกตะแคงตัวเอง ไม่ได้	- ต้องช่วยพลิกตะแคง ตัวเป็นส่วนใหญ่	- ช่วยพลิกตะแคงตัว เล็กน้อย	-ปกติ			
ภาวะ โภชนาการ	- NPO และ/หรือต้อง รับอาหารเหลวใส, สารน้ำทางหลอดเลือด มากกว่า 5 วัน - รับอาหารได้ ประมาณ 1/3 ของ อาหารที่จัดให้	- รับสารอาหารทาง สายยางไม่ครบตาม จำนวน - รับอาหารได้ ประมาณ 1/2 ของ อาหารที่จัดให้	- รับอาหารทางสาย ยาง, TPN ได้ครบตาม จำนวน - รับอาหารได้มากกว่า 1/2 ของอาหารที่จัด ให้	-ปกติ			
แรงไถและ แรงเสียด ทาน	- ข้อติดแข็ง เกร็ง - ต้องช่วยเหลือมาก หรือไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ในการเลื่อนหรือ ยกตัว	- สามารถทรงตัวได้ ไม่เลื่อนไหลลื่นทำ บ่อยๆ - ต้องช่วยเหลือบ้าง ในการเลื่อนหรือ ยกตัว	- สามารถเลื่อนหรือ ยกตัวได้เอง - มีกล้ามเนื้อแข็งแรง ปกติดี				
คะแนนรวมทั้งหมด							
ผู้ประเมิน							

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ

คำชี้แจง พยาบาลผู้ดูแลรณาระเมินการเกิดแผลกดทับ โดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับขององค์การ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2007) มี 6 ระดับ ดังนี้

ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก suspected Deep Tissue

ระดับ 1 ผิวหนังรอยแดง

ระดับ 2 มีตุ่มน้ำที่แตกออก ลึกถึงชั้น dermis

ระดับ 3 มีแผลกดทับลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ

ระดับ 4 มีแผลกดทับลึกถึงชั้นกระดูก

ระดับของแผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ unstageable wounds

เมื่อประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแล้วโปรดบันทึกลงในแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ

ดังนี้

วันที่ประเมินครั้งแรก.....เวลาที่ประเมิน.....แผลกดทับแรกรับ () ไม่มี () มี
ตำแหน่ง/ลักษณะ/ขนาด/ระดับ.....

แบบประเมินการเกิดแผลกดทับขณะอยู่ในความดูแล

ว/ด/ป	ตำแหน่ง	ระดับ	ลักษณะ/ขนาด	ชื่อผู้บันทึก

สรุปการเกิดแผลกดทับ วันที่จำหน่าย/ย้ายผู้ป่วย.....หอผู้ป่วย.....

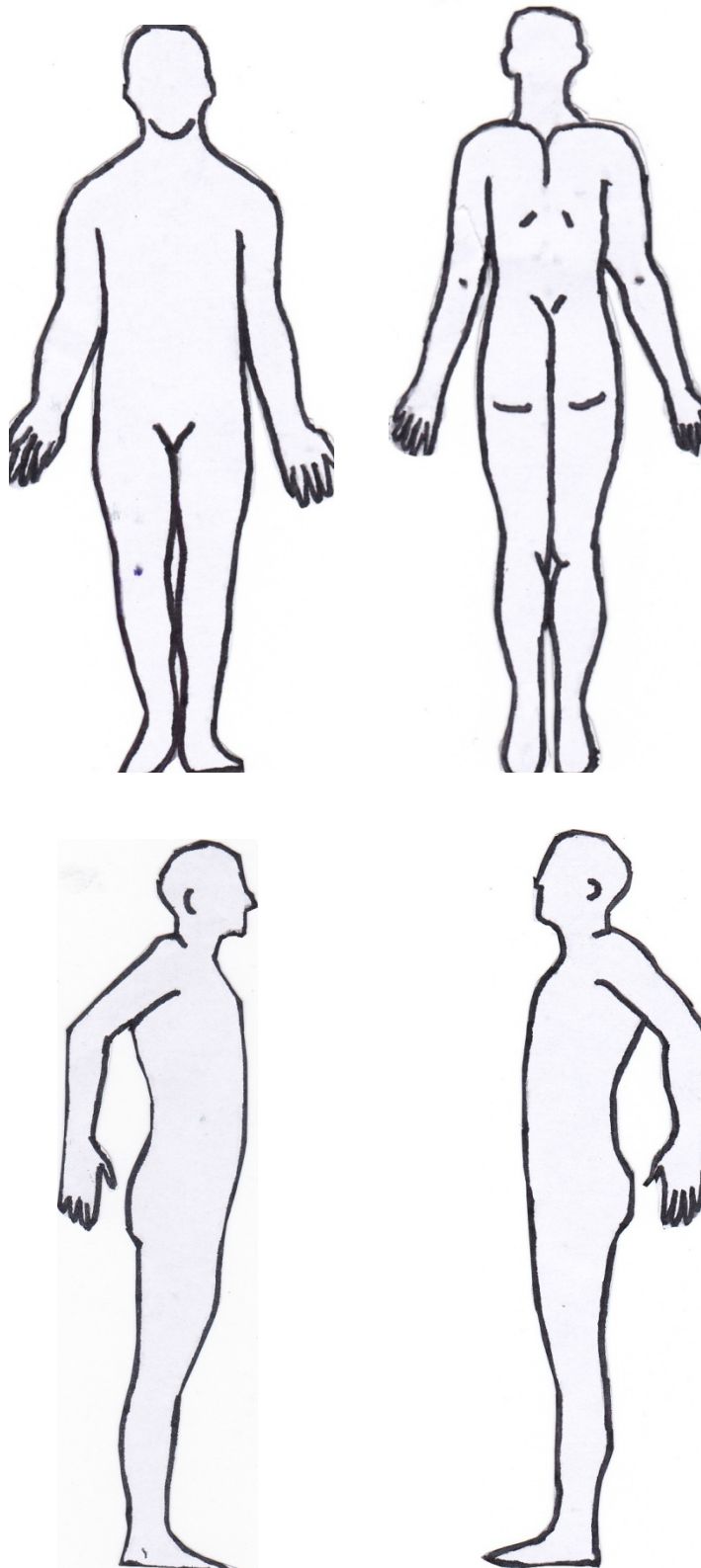
ผลปรากฏ () ไม่เกิดแผลกดทับ () เกิดแผลกดทับ ตำแหน่งที่เป็น.....

ขนาด.....ลักษณะของแผล.....ระดับ.....

จำนวนของแผลกดทับ.....แผลขณะอยู่ในความดูแลผู้ป่วยเกิดแผลกดทับทุกระดับรวม

.....แผล

กรุณาใช้ดินสอทำเครื่องหมาย X บนรูปภาพตรงตำแหน่งที่ตรวจพบรอยแดงทุกครั้ง พร้อมวันที่ตรวจพบ (ไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว)



ส่วนที่ 4 แบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านได้ประเมินผลจากผู้ป่วยหรือได้ทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย (กรุณาทำ/ประเมินทุกข้อ)

การพยาบาล	วันที่				
		เช้า	บ่าย	ดึก	หมายเหตุ
หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ					
1.1 ใช้แบบประเมินที่ของบราเดน (1987) ในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย ^{1,2,3,5,7} ซึ่งความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับค่าคะแนน Braden's scale ≤ 18 ทุกเวร และระดับค่าคะแนน Braden's scale > 18 ทุกเวรดึก ¹					
1.2 ประเมินตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ^{1,3,5,6,7}					
.....					
.....					
.....					
.....					
หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน					
2.1 ใส่ที่นอนลมทุกคนและตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอ ^{1,2,3,4,5,6,7} หรือใช้ฟ้านุ่มหนา 2-3 ชั้นรองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวกและเกิดความอับชื้น ²					
2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต่อนั่งเก้าอี้หรือรถเข็นเป็นเวลานาน ดูแลยก ขยับร่างกาย อย่างน้อยทุก 15-30 นาที ^{1,2,3,5,6,7}					

การพยาบาล	วันที่			
	เช้า	บ่าย	ดึก	หมายเหตุ
หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง				
4.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอุ่น เนื่องจากจะเกิด (การระคายเคืองได้ง่ายจากผิวหนังที่แห้ง และบอบบาง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกคลุมผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ควรทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม ^{1,2,3,5,6,7}				
4.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (4.5-5.5) ทุกครั้ง หรือใช้สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก (cleanser) ^{1,2,3,5,6,7}				
4.3 ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ดตัว เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่างๆ ^{1,2,3,5,6,7}				
4.4 สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทำโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นจี้ผึ้งทา 1-2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว ¹				
4.5 การจัดการกับความเปียกชื้น (ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้) ได้แก่ ใช้แผ่นรองซับและประเมินความเปียกชื้น ทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว, สอบถามความ ต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว และใช้วาสลีน ^{1,2,3,5,6,7}				
4.6 ทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองซับทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม ^{1,2,3}				

การพยาบาล	วันที่				
	เช้า	บ่าย	ดึก	หมายเหตุ	
หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล					
5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องความหมายของแผลกดทับ สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แจกเอกสารประกอบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ^{1,2,3,5,6,7}					
5.2 ให้ความรู้และฝึกทักษะในสัปดาห์แรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ²					
.....					
หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม					
6.1 การจัดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย ^{1,2,3,5,6,7}					
6.2 การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ³					

ภาคผนวก ฉ
การพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วม
(สำหรับพยาบาล)

ดิฉันนางรินณาร่า สายเมฆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ดิฉันขอชี้แจงว่าโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว และขอเชิญชวนให้ท่านร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจของท่าน และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและการปฏิบัติงานของท่าน

ท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสม คือ มีประสบการณ์การทำงานในการปฏิบัติการพยาบาลด้านคลินิกอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 1 ปี หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ท่านจะได้รับแบบสอบถามสำรวจขั้นต้นเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจากประสบการณ์ตรงของท่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อไป

ข้อมูลที่ได้จากท่าน ผู้วิจัยจะอนุญาตเก็บข้อมูลส่วนตัวบุคคลของท่าน เพื่อนำไปประมวลผล โดยข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับและนำผลการศึกษาดังกล่าว มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเท่านั้น หากท่านมีความสงสัยประการใด ต้องการติดต่อนักวิจัย สามารถติดต่อได้ที่โทรศัพท์หมายเลข 091-1565256 ณ โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....ปี.....

การพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วม
(สำหรับผู้รับบริการ)

ดิฉันนางรินณาริ สายเมฆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ จึงขออนุญาตท่านร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ให้เป็นผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน โดยท่านจะได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างดีที่สุด ท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ให้สำเร็จคล่องตามวัตถุประสงค์ และนำไปใช้อย่างมีคุณภาพต่อไป การเข้าร่วมในการโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของท่าน ในข้อมูลที่ได้จากท่าน ผู้วิจัยจะอนุญาตเก็บข้อมูลส่วนตัวบุคคลของท่านเพื่อนำไปประมวลผล โดยข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับและนำผลการศึกษาดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเท่านั้น

หากท่านมีความสงสัยประการใด ต้องการติดต่อนักวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ โทรศัพท์หมายเลข 091-1565256 ณ โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ภาคผนวก ญ
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. แพทย์หญิงศศพร สืบสิงห์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. นายแพทย์พงศ์พล ศรีพันธ์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
4. คุณสนองจิตร ไมตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
5. คุณจาศรี ยมศรีเคน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

