



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ของหน่วยงานหน่วยงานกึ่งวิกฤตภัยกรรม
หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับ
วันที่ 15 มิถุนายน 2567

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. นางสาวนิรมล	ตำปาน	ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2. นางสาวมลิวลีย์	โทนไทย	คุณอำนวย (Facilitator)
3. นายฉัตรชัย	เข้ม	คุณลิขิต (Note Taker)
4. นางสาวเสาวลักษณ์	ดวงสันเทียะ	คุณกิจ
5. นางสาวชไมพร	สุรัตน์	คุณกิจ
6. นางสาว ฤทัยรัตน์	กรมไธสง	คุณกิจ
7. นางสาว วิลาสินี	หนองใหม่	คุณกิจ
8. นางสาวอณูธิดา	สุขมา	คุณกิจ
9. นายธัญวุฒิ	แดงสีพล	คุณกิจ
10. นางสาวพัชรินทร์	พิพัฒน์	คุณกิจ
11. นางสาวมาศรวี	นุศิริหาร	คุณกิจ
12. นางสาววรรณศีกา	ปราณีวงศ์	คุณกิจ
13. นางสาวชนิษฐา	สิงหา	คุณกิจ
14. นางสาวอัมพร	ยิ้มแย้ม	คุณกิจ
15. นางสาวสุนีย์	เมฆสุวรรณ	คุณกิจ
16. นายรัชชานนท์	รัตนทั้ง	คุณกิจ
17. นางสาวชนิภา	สินประเสริฐ	คุณกิจ
18. นางสาวลำเพย	พูลศิลป์	คุณกิจ
19. นางอัญชิสา	แสงทอง	คุณกิจ
20. นางสาวมณฑา	ประมวล	คุณกิจ

1. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม คือผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีภาวะล้มเหลวของระบบต่างๆในร่างกาย ได้แก่ ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์และ เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เพื่อช่วยในการรักษาเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวผู้ป่วย หรือด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับกดทับ ซึ่งทางหน่วยได้มีการป้องกันกันโดยการให้นอนที่นอนลม และการดูแลผิวหนังให้แห้งไม่เปียกชื้น แผลกดทับที่พบส่วนใหญ่จะมีหลายระดับ ผู้ป่วยบางคนมีแผลกดทับมาจากบ้าน และบางคนก็เกิดที่โรงพยาบาลจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและภาวะโภชนาการไม่ดี

แผลกดทับ (Pressure Injury) หมายถึง การถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่นๆ ลักษณะของการบาดเจ็บอาจแสดงใน รูปแบบของผิวหนังที่ไม่เกิดการฉีกขาดหรือเกิดเป็นแผล และอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกดและ/หรือ ระยะเวลาของการถูกกดทับ หรือเกิดจากแรงกดร่วมกับ แรงไถล ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงไถลยังขึ้นอยู่กับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ภาวะโรคร่วม และสภาพของเนื้อเยื่อ

แผลกดทับระดับ 1: ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด เกิดรอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนำนิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็น รอยแดง ในผู้ที่มีผิวคล้ำลักษณะที่แสดงให้เห็นจะแตกต่างออกไป อาจพบผิวหนังมีรอยแดงและรอยแดงจางลงเมื่อนำนิ้วมือกด หรือมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ หรือผิวหนังมีความแข็ง การเปลี่ยนแปลงของสีผิวไม่รวมผิวหนังที่บริเวณ

แผลกดทับระดับ 2: มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น หรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก มองไม่เห็นชั้นไขมันหรือชั้นของเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก โดยทั่วไปถ้าพบการบาดเจ็บของแผล ลักษณะนี้บริเวณผิวหนังเหนือกระดูกเชิงกรานมักเกิดจากความชื้นและแรงไถล และถ้าพบบริเวณสันเท้ามักเกิด จากแรงไถล

แผลกดทับระดับ 3: มีการสูญเสียของชั้นผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นไขมันในแผล มีเนื้อเยื่อใหม่สีแดงและลักษณะขอบแผล ม้วน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายแห้งแข็ง ระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่เสียหายแตกต่างกันตาม ตำแหน่งทางกายวิภาคที่เกิดแผล บริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดเป็นแผลลึก อาจพบโพรงใต้ขอบแผลและ/หรือ โพรงแผล มองไม่เห็นชั้นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อนและ/หรือกระดูก ถ้าพื้นแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย เปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็งทั้งหมด จะเป็นลักษณะของแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นหรือสัมผัสได้โดยตรงของชั้นเนื้อเยื่อพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณพื้นแผล อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายแห้งแข็ง มักพบขอบแผลมีลักษณะม้วน มีโพรงใต้ขอบแผลและ/หรือโพรงแผล ระดับความลึกแตกต่างกันตาม

ตำแหน่งทางกายวิภาคที่เกิดแผล

Unstageable Pressure Injury: สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ เนื่องจากถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง หาก

มีการตัดเนื้อตายออกจากแผลจะสามารถระบุว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ เนื้อตายแห้งแข็ง (แห้ง ยึดติดแน่น ไม่มีรอยแดง หรือไม่มีลักษณะหย่นๆ คล้ายน้ำขังอยู่ใต้แผล) ที่บริเวณสันเท้าหรือบริเวณอวัยวะส่วนปลายที่เกิดเนื้อตายจากการขาดเลือดไม่ควรทำให้อ่อนตัวหรือตัดออก

Deep Tissue Pressure Injury: ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด หรือผิวหนังฉีกขาดเกิดเป็นแผล มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่ เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดงคล้ำ มีการเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีแดงช้ำหรือสีม่วง หรือผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาดเห็นพื้นแผลเป็นสีดํา หรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างใน มักพบว่ามีความเจ็บปวดและ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของผิวหนังเกิดขึ้นก่อนมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว การบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึกนี้เกิดจากความรุนแรงของแรงกด และ/หรือการถูกกดทับเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับแรงไถลในบริเวณส่วนเชื่อมต่อระหว่างกระดูกและกล้ามเนื้อ การเกิดแผลอาจลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อที่มีบาดเจ็บอย่างรวดเร็วหรือการบาดเจ็บอาจหายโดยไม่เกิดเป็นแผลก็ได้ ถ้าพบเนื้อตาย ชั้นไขมัน เนื้อเยื่อใหม่สีแดงชั้นพังผืดกล้ามเนื้อ หรืออวัยวะอื่นๆ จะเป็นลักษณะของแผลกดทับที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ(แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับ, แผลกดทับระดับ 3, หรือแผลกดทับระดับ 4) การระบุระดับของแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก ห้ามนำมาใช้ในการอธิบายแผลที่เกิดจากภาวะ ของโรคหลอดเลือด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุความเสียหายของเส้นประสาท หรือโรคผิวหนัง

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ Medical Device Related Pressure Injury : แผลกดทับที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหรือการดูแลรักษา โดยส่วนใหญ่ ลักษณะของแผลกดทับจะมีรูปแบบหรือรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นควรระบุระดับของแผล ตามระบบการระบุระดับของแผลกดทับ

แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิว Mucosal Membrane Pressure Injury แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิวพบได้บริเวณเยื่อบุผิวร่วมกับมีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในตำแหน่ง ที่เกิดแผล เนื่องจากกายวิภาคของเยื่อบุผิวมีความแตกต่างจากชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง จึงไม่สามารถระบุ ระดับของแผลกดทับได้

ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) คือ ภาวะอักเสบของผิวหนัง เนื่องจากการสัมผัสกับปัสสาวะ อุจจาระ และบางครั้งอาจมีเหงื่ออย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำๆ จนทำให้เกิดอาการแดง บริเวณรอยพับผิวหนัง มักเกิดในกลุ่ม กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร มีปัญหาทางสูติศาสตร์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ หรืออวัยวะในช่องเชิงกราน

จากสถิติที่เก็บภายในหน่วยงานพบอัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 พบอัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) ร้อยละ **15.19** ซึ่งเป็นอัตราการเกิดที่สูงมาก จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ที่มีภาวะ Sepsis ,Septic shock กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ อุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลานานๆจนกดทับเป็นแผล ทางหน่วยงานหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม ตระหนักว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับ เพื่อให้บุคลากรเกิดความรู้และความเข้าใจ สามารถดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามนโยบายของฝ่ายการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกเริ่ม
2. เพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ
3. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับทุกราย
2. อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) < 5 ครั้ง/1000วันนอน
3. มีแนวทางในการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้

The World Cafe

5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

The World Café

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
1. คุณมลิวัดย์ โทนไทย	-ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตามเวลาเนื่องจากภาระงานมาก	-จัดทำตาราง/นาฬิกาพลิกตะแคงตัว -ถ่ายภาพประเมินแผลแรกเริ่ม
2. คุณฤทัยรัตน์ กรมไธสง	-ผู้ป่วย on ETT เป็นเวลาหลายวัน พบรอยแดงที่มุมปากจากการ Stab	-สลับตำแหน่งการที่ยึดตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว
3. คุณเสาวลักษณ์ ดวนสันเทียะ	-ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวทำให้เกิดแผลกดทับได้และไม่มีบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ	-ให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวนอนเตียงไฟฟ้าที่มีที่นอนป้องกันแผลกดทับและให้มีการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
4. คุณฉัตรชัย เข้ม	-ผู้ป่วยไม่ค่อยขยับตัวหลังการผ่าตัดทำให้เกิดแผลกดทับ	-Early Mobilization ทุกรายหลังผ่าตัดที่ไม่มีข้อจำกัด
5. คุณชไมพร สุรัตน์นะ	-บริเวณที่ยึดตั้ง Foley cath ,NG,ETT เป็นแผลกดทับ และตุ่มน้ำใส	-สลับตำแหน่งการที่ยึดตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว
6. คุณวิลาสินี หน่อใหม่	-ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะหรืออุจจาระได้	-ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัวดูแลผิวหนังให้แห้ง
7. คุณอนุธิดา สุขบุญ	-ผู้ป่วยอายุมากผิวหนังเกิดแผลกดทับได้ง่าย	-ดูแลผิวให้แห้งและทายาป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการแนะนำผลิตภัณฑ์ที่ญาติสะดวกในการซื้อมาใช้กับผู้ป่วย
8. คุณธัญวุฒิ แดงสีพล	-ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตามเวลาเนื่องจากภาระงานมาก	-จัดทำตารางเวลาพลิกตะแคงตัวและเข้าพลิกตะแคงตัวเป็นทีม

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
9.คุณสาวพัชรินทร์ พิพัฒน์	-ผู้ป่วยน้ำหนักตัวมาก มีการเสียดสี เกิดแผลกดทับ	-ใช้ผ้าให้การยกผู้ป่วยงดการลากและเข้าพลิก ตะแคงตัวเป็นทีม
10.คุณมาศรวี นุศิริหาร	-ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านญาติ ไม่ได้ให้ข้อมูล	-ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดู ผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับ พร้อมถ่ายภาพบันทึกอัลบั้มในกลุ่ม line หน่วยงานแจ้งทุกคนรับทราบและเฝ้าระวัง อัปเดตแผลกดทับเรื่อยๆ
11.คุณชนิษฐา สิงหา	-ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะ หรืออุจจาระได้	-ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงพร้อม การพลิกตะแคงตัว
12.คุณสายสุนีย์ เมฆสุวรรณ	-ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านญาติ ไม่ได้ให้ข้อมูล	-ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดู ผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับ พร้อมถ่ายภาพบันทึกอัลบั้มในกลุ่ม line หน่วยงานแจ้งทุกคนรับทราบและเฝ้าระวัง อัปเดตแผลกดทับเรื่อยๆ
13.คุณอัมพร ยิ้มแย้มงาม	-ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านญาติ ไม่ได้ให้ข้อมูล	-ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดู ผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับ พร้อมถ่ายภาพบันทึกอัลบั้มในกลุ่ม line หน่วยงานแจ้งทุกคนรับทราบและเฝ้าระวัง อัปเดตแผลกดทับเรื่อยๆ
14.คุณรัชชานนท์ รัตนทั้ง	-ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคง ตัวทำให้เกิดแผลกดทับได้	-ผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จัด ให้นอนเตียงไฟฟ้าที่มีที่นอนป้องกันการเกิดแผล กดทับ
15.คุณชนิภา สิ้นประเสริฐ	-บริเวณที่ Stab Foley cath, NG เป็นแผลกดทับ	-สลับตำแหน่งการ stab ทุกวันและประเมิน บริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมง
16.คุณวรรณศิกา ปราณีวงศ์	-ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะ หรืออุจจาระได้	-ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
17.คุณลำเพย พูลศิลป์	ที่นอนของผู้ป่วยไม่เรียบตึง	-ดูแลจัดเก็บเตียงให้ผู้ป่วยให้เรียบตึงตลอด
18.คุณอัญชิสสา สายทอง	ที่นอนของผู้ป่วยไม่เรียบตึง	-ดูแลจัดเก็บเตียงให้ผู้ป่วยให้เรียบตึงตลอด
19.คุณมณฑา จันทร์ประมูล	ที่นอนของผู้ป่วยไม่เรียบตึง	-ดูแลจัดเก็บเตียงให้ผู้ป่วยให้เรียบตึงตลอด

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
1.ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านญาติไม่ได้ให้ข้อมูล	3
2.ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะหรืออุจจาระได้	3
3.บริเวณที่ยึดติด Foley cath ,NG,ETT เป็นแผลกดทับ และตุ่มน้ำใส	3
4.ที่นอนของผู้ป่วยไม่เรียบตึง	3
5.ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวทำให้เกิดแผลกดทับได้และไม่มีบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ	2
6.ผู้ป่วยอายุมากผิวหนังเกิดแผลกดทับได้ง่าย	2

7. Key Success Factor (ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ สรุปจากกระบวนการจัดการความรู้ในข้อ.6 (โดยเรียงจากความถี่ที่ได้จากข้อ 6 จากความถี่มากที่สุดไปหาน้อยสุด)

- ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดูผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับ พร้อมถ่ายภาพบันทึกอัลบั้มในกลุ่ม line หน่วยงานแจ้งทุกคนรับทราบและเฝ้าระวังอัปเดตแผลกดทับเรื่อยๆ
- ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว หรือหากพบว่ามีอาการขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอ้อมทันที และทาผลิตภัณฑ์ป้องกันผิวหนังหลังทำความสะอาดทุกครั้ง
- การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ การสลับตำแหน่งการยึดติดอุปกรณ์ทางการแพทย์ Foley cath, NG, ETT, IV site ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว
- ดูแลจัดเก็บเตียงให้ผู้ป่วยให้เรียบตึงตลอด
ผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จัดให้นอนเตียงไฟฟ้าที่มีที่นอนป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว หรือหากพบว่ามีอาการขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอ้อมทันที และทาผลิตภัณฑ์ป้องกันผิวหนังหลังทำความสะอาดทุกครั้ง
- ให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวนอนเตียงไฟฟ้าที่มีที่นอนป้องกันการเกิดแผลกดทับและให้มีการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

แบบบันทึกแนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ

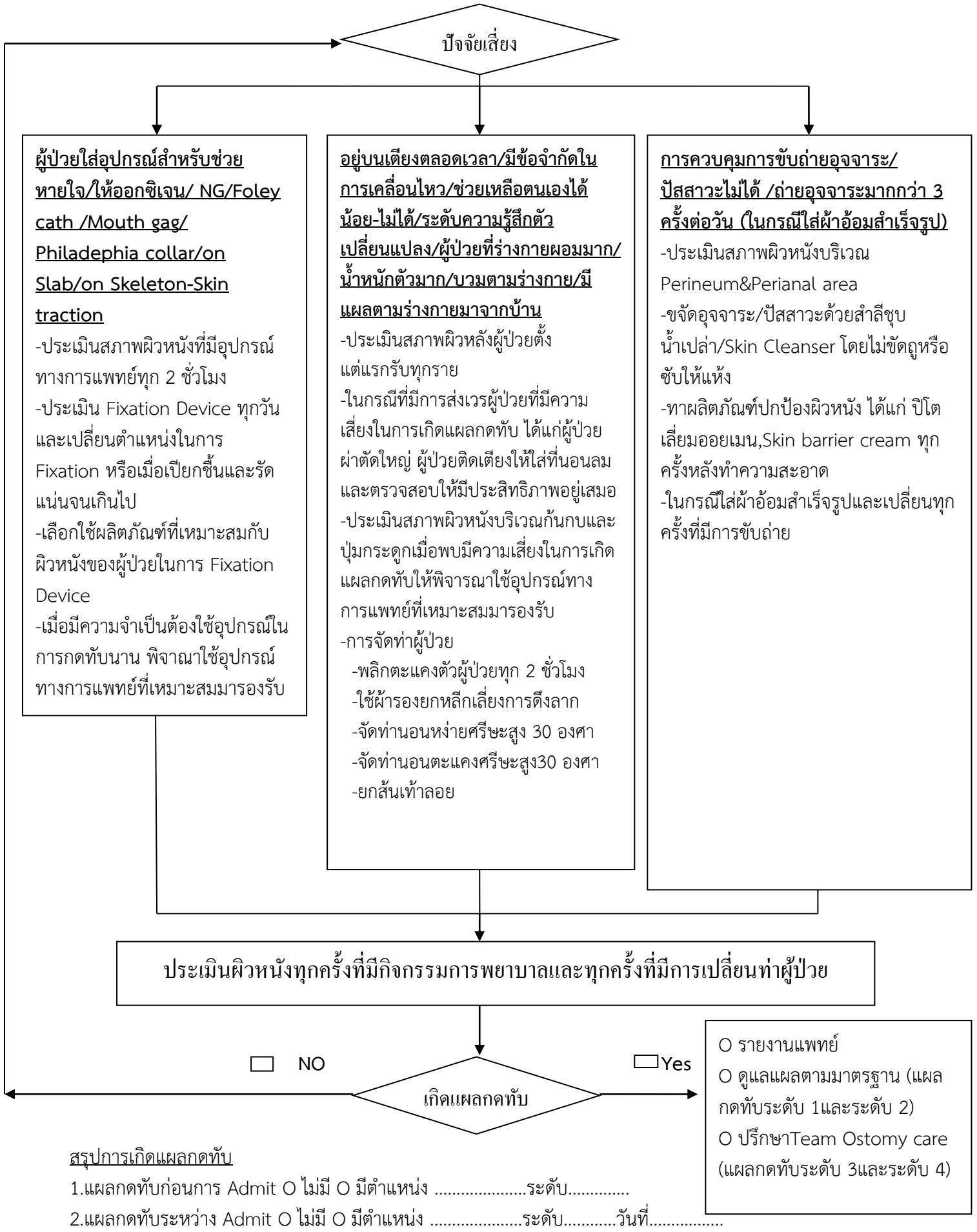
1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย

การประเมินแรกรับ

การใช้ application กล้องมือถือในการถ่ายรูปแผลกดทับผู้ป่วยในกรณีที่มีมาจากบ้านพร้อมกับยืนยันร่วมกับญาติ และในกรณีที่เกิดแผลขึ้นใหม่ในโรงพยาบาล นำมาสื่อสารในกลุ่ม line ของหน่วยงานเพื่อสื่อสารให้ทุกคนรับทราบและเฝ้าระวัง สร้างเป็นอัลบั้มภาพ และอัปเดตแผลเรื่อยๆ

ปัจจัยเสี่ยง

- ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ/ให้ออกซิเจน
 - ETT
 - Tracheostomy
 - NIV/HFNC
 - Canular
 - Mask with Bag
- ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการกดทับเป็นเวลานานมากกว่า 24 ชั่วโมง
 - NG
 - Foley cath
 - Mouth gag
 - Philadelphia collar
 - on Slab/on Skeleton-Skin traction
- อยู่บนเตียงตลอดเวลา/มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตนเองได้น้อย-ไม่ได้
- ระดับความรู้สึกตัว
 - ไม่รู้สึกตัว
 - ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน
- การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้
- ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน (ในกรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)
- ผู้ป่วยที่ร่างกายผอมมาก/น้ำหนักตัวมาก/บวมตามร่างกาย/มีแผลตามร่างกายมาจากบ้าน



แนวปฏิบัติมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ/ให้ออกซิเจน/ NG/Foley cath /Mouth gag/ Philadelphia collar/on Slab/on Skeleton-Skin traction

- ประเมินสภาพผิวหนังที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุก 2 ชั่วโมง
- ประเมิน Fixation Device ทุกวันและเปลี่ยนตำแหน่งในการ Fixation หรือเมื่อเปื่อยขึ้นและรัดแน่นจนเกินไป
- เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับผิวหนังของผู้ป่วยในการ Fixation Device
- เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการกดทับนาน พิจารณาใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมมารองรับ

2.อยู่บนเตียงตลอดเวลา/มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตนเองได้น้อย- ไม่ได้ /ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง/ผู้ป่วยที่ร่างกายผอมมาก/น้ำหนักตัวมาก/บวมตามร่างกาย/มีแผลตามร่างกายมาจากบ้าน

- ประเมินสภาพผิวหนังหลังผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกราย
- ในกรณีที่มีการส่งเวรผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยติดเตียง ให้ใส่ที่นอนลมและตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ
- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกเมื่อพบมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับให้พิจารณาใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมมารองรับ
- การจัดทำผู้ป่วย
 - พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
 - ใช้ผ้ารองยกหลีกเลี่ยงการดึงลาก
 - จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา
 - จัดท่านอนตะแคงศีรษะสูง 30 องศา
 - ยกสันเท้าลอย

3.การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะไม่ได้ /ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน (ในกรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ Perineum&Perianal area
- ขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า/Skin Cleanser โดยไม่ขัดถูหรือซับให้แห้ง
- ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง ได้แก่ บีโตะเลี่ยมออยเมนท์, Skin barrier cream ทุกครั้งหลังทำความสะอาด
- ในกรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

9.1 บุคลากรในหน่วยงานหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม ใช้แนวปฏิบัติมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทุกคน

9.2. ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง

10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

พัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดแผลกดทับ ทำให้บุคลากรนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระวังและป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแต่ละระดับคะแนนความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับชนิดต่างๆมากขึ้น

11. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

- 1.1 เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระวังและป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- 1.2 บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และทักษะในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

1. สร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. ลดจำนวนวันนอน (LOS)
3. ลดค่าใช้จ่ายขององค์กร

12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม



อ้างอิง

- 1.พว.วีระชน หนองช้าง. Pressure injury: Terminology and updates the stages of pressure injury .
[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_APN/admin/download_files/9_100_1.pdf. (12/1/2562)