แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ของหน่วยงานหน่วยงานกึ่งวิกฤตศัลยกรรม
หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)
เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับ
วันที่ 24 ธันวาคม 2563

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.	นางสาวนิรมล	ตำปาน	ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2.	นางสาวมลิวัลย์	โทนไทย	คุณอำนวย (Facilitator)
3.	นายฉัตรชัย	เซ็ม	คุณลิขิต (Note Taker)
4.	นางสาวเสาวลักษณ์	ดวนสันเทียะ	คุณกิจ
5.	นางสาวชไมพร	สุรัตนะ	คุณกิจ
6.	นางสาว ฤทัยรัตน์	กรมไธสง	คุณกิจ
7.	นางสาว วิลาสินี	หน่อใหม่	คุณกิจ
8.	นางสาว รัชนี	ไชยรบ	คุณกิจ
9.	นางสาวอนุธิดา	สุขมา	คุณกิจ
10.	นางสาววารุณี	งามบุญคำ	คุณกิจ
11.	นางดวงพร	พัดสอน	คุณกิจ
12.	นาง ขนิษฐา	สิงหา	คุณกิจ
13.	นาง อัมพร	ยิ้มแย้ม	คุณกิจ
14.	นางสาว สายสุนีย์	เมฆสุวรรณ	คุณกิจ
15.	นางสาว ลัดดาวรรณ์	คำวิชิต	คุณกิจ
16.	นางสาวเบญจมาส	บุญช่วย	คุณกิจ
17.	นางสาวมณีนุช	ไชโย	คุณกิจ
18.	นางสาวลำเพย	พูลศิลป์	คุณกิจ
19.	นางสาวอภิญญา	แย้มสุนทร	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 หรือบริเวณที่สัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่นๆ ลักษณะของการบาดเจ็บอาจแสดงใน รูปแบบของผิวหนังที่ไม่เกิดการฉีกขาดหรือเกิดเป็นแผล และอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกดและ/หรือระยะเวลานานของการถูกกดทับ หรือเกิดจากแรงกดร่วมกับ แรงไถล ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงไถลยังขึ้นอยู่กับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ภาวะโรคร่วม และสภาพของเนื้อเยื่อ

แผลกดทับระดับ 1: ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด เกิดรอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็น รอยแดง ในผู้ที่มีผิวคล้ำลักษณะที่แสดงให้เห็นจะแตกต่างออกไป อาจพบผิวหนังมีรอยแดงและรอยแดงจางลงเมื่อ ใช้นิ้วมือกด หรือมีการเปลี่ยนแปลงของการรับความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ หรือผิวหนังมีความแข็ง การเปลี่ยนแปลงของสีผิวไม่รวมผิวหนังที่บริเวณ

แผลกดทับระดับ 2: มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น หรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก มองไม่เห็นชั้นไขมันหรือชั้นของเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก โดยทั่วไปถ้าพบการบาดเจ็บของแผล ลักษณะนี้บริเวณผิวหนังเหนือกระดูกเชิงกรานมักเกิดจากความชื้นและแรงไถล และถ้าพบบริเวณส้นเท้ามักเกิด 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 หากมีการตัดเนื้อตายออกจากแผลจะสามารถระบุว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ เนื้อตายแห้งแข็ง

(แห้ง ยึดติดแน่น ไม่มีรอยแดง หรือไม่มีลักษณะหยุ่นๆ คล้ายน้ำขังอยู่ใต้แผล) ที่บริเวณส้นเท้าหรือบริเวณอวัยวะส่วนปลายที่เกิดเนื้อตายจากการขาดเลือดไม่ควรทำให้อ่อนตัวหรือตัดออก

Deep Tissue Pressure Injury: ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด หรือผิวหนังฉีกขาดเกิดเป็นแผล มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่ เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดงคล้ำ มีการเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีแดงช้ำหรือสีม่วง หรือผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาดเห็นพื้นแผลเป็นสีด า หรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างใน มักพบว่ามีความเจ็บปวดและ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของผิวหนังเกิดขึ้นก่อนมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว การบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึกนี้เกิดจากความรุนแรงของแรงกด และ/หรือการถูกกดทับเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับแรงไถลในบริเวณส่วนเชื่อมต่อระหว่างกระดูกและกล้ามเนื้อ การเกิดแผลอาจลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อที่มีบาดเจ็บอย่างรวดเร็วหรือการบาดเจ็บอาจหายโดยไม่เกิดเป็นแผลก็ได้ ถ้าพบเนื้อตาย ชั้นไขมัน เนื้อเยื่อใหม่สีแดงชั้นพังผืดกล้ามเนื้อ หรืออวัยวะอื่นๆ จะเป็นลักษณะของแผลกดทับที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ(แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับ, แผลกดทับระดับ 3, หรือแผลกดทับระดับ 4) การระบุระดับของแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก ห้ามนำมาใช้ในการอธิบายแผลที่เกิดจากภาวะ ของโรคหลอดเลือด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุความเสื่อมของเส้นประสาท 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) เพิ่มขึ้นจากเกณฑ์ตัวชี้วัด เก็บข้อมูลจากเดือนตุลาคม 2562-กันยายน 2563 พบ อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) ร้อยละ 29.12 ซึ่งเป็นอัตราการเกิดที่สูงมาก จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดเป็นผู้ป่วยทางอายุรกรรม ที่มีภาวะ Sepsis ,Septic shock ซึ่งทางหน่วยงานรับผู้ป่วยมาดูแลในช่วง COVID-19 ระบาด เพื่อปรับปรุง ward รองรับผู้ป่วย COVID-19 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีแผลมาจากบ้าน และผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการไม่ดี ทางหน่วยงานหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม ตระหนักว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับ เพื่อให้บุคลากรเกิดความรู้และความเข้าใจ สามารถดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามหลัก 2P Safty ของโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์

1.เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับ

2.เพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ

3.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1.ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับทุกราย

2.อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) <4 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.คุณมลิวัลย์ โทนไทย	-ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตามเวลาเนื่องจากภาระงานมาก	-จัดทำตารางเวลาพลิกตะแคงตัว
2.คุณฤทัยรัตน์ กรมไธสง	-ผู้ป่วย on ETT เป็นเวลาหลายวันพบรอยแดงที่มุมปากจากการ Stab	-สลับตำแหน่งการ stab ETT ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมง พร้อมการพลิกตะแคงตัว
3.คุณเสาวลักษณ์ ดวนสันเทียะ	-ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวทำให้เกิดแผลกดทับได้	-ปูที่นอนลมให้ผู้ป่วยทุกเคสที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว
4.คุณฉัตรชัย เซ็ม	-ผู้ป่วยไม่ค่อยขยับตัวหลังการผ่าตัดทำให้เกิดแผลกดทับ	-Early Mobilization ทุกเคสหลังผ่าตัดที่ไม่มีข้อจำกัด
5.คุณชไมพร สุรัตนะ	-บริเวณที่ Stab Foley cath ,NG เป็นแผลกดทับ	-สลับตำแหน่งการ stab ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมง พร้อมการพลิกตะแคงตัว
6.คุณวิลาสินี หน่อใหม่	-ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะหรืออุจจาระได้	-ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง พร้อมการพลิกตะแคงตัว
7.คุณรัชนี ไชยรบ	-ผู้ป่วยอายุมากผิวบางเกิดแผลกดทับได้ง่าย	-ดูแลผิวให้แห้งและทายาป้องกันการเกิดแผลกดทับ
8.คุณอนุธิดา สุขบุญ	-ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตามเวลาเนื่องจากภาระงานมาก	-จัดทำตารางเวลาพลิกตะแคงตัว

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
9.คุณวารุณี งามบุญคำ	-ผู้ป่วยน้ำหนักตัวมาก มีการเสียดสีเกิดแผลกดทับ	-ใช้ผ้าให้การยกผู้ป่วยงดการลาก
10.คุณขนิษฐา สิงหา	-ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะหรืออุจจาระได้	-ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง พร้อมการพลิกตะแคงตัว
11.คุณสายสุนีย์ เมฆสุวรรณ	-ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้าน ญาติไม่ได้ให้ข้อมูล	-ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดูผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับ
12.คุณอัมพร ยิ้มแย้มงาม	-ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้าน ญาติไม่ได้ให้ข้อมูล	-ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดูผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับ
13.คุณลัดดาวรรณ์ คำวิชิต	-ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวทำให้เกิดแผลกดทับได้	-ปูที่นอนลมให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และตรวจสอบระบบการทำงานของที่นอนลมทุกเวร
15.คุณเบญจมาศ บุญช่วย	-บริเวณที่ Stab Foley cath ,NG เป็นแผลกดทับ	-สลับตำแหน่งการ stab ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมง พร้อมการพลิกตะแคงตัว
16.คุณดวงพร พัดสอน	-ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะหรืออุจจาระได้	-ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง พร้อมการพลิกตะแคงตัว

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตามเวลาเนื่องจากภาระงานมาก	2
2.บริเวณที่ Stab Foley cath ,NG ,ETTเป็นแผลกดทับ	3
3.ผู้ป่วยไม่สามารถบอกว่าปัสสาวะหรืออุจจาระได้	3
4.ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านญาติไม่ได้ให้ข้อมูล	2
5.ผู้ป่วยอายุมากผิวบางเกิดแผลกดทับได้ง่าย	1
6.ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวทำให้เกิดแผลกดทับได้	2
7.ผู้ป่วยน้ำหนักตัวมาก มีการเสียดสีเกิดแผลกดทับ	1
8.ผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านญาติไม่ได้ให้ข้อมูล	2

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

1.ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับมาโดยการเปิดดูผ้าอ้อมและบันทึกว่ามีหรือไม่มีแผลกดทับครั้งแรกที่ลงเตียง

2.การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ การสลับตำแหน่งการ stab Stab Foley cath ,NG ,ETT,IV site ทุกวันและประเมินบริเวณที่กดทับทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว

3.ปูที่นอนลมให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และตรวจสอบระบบการทำงานของที่นอนลมทุกเวร

4.ประเมินการขับถ่ายผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงพร้อมการพลิกตะแคงตัว หรือหากพบว่ามีการขับถ่ายเปลี่ยนผ้าอ้อมทันที และทาผลิตภัณฑ์ป้องกันผิวหนังหลังทำความสะอาดทุกครั้ง

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

แบบบันทึกแนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

9.1 แนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

พัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดแผลกดทับ ทำให้บุคลากรนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแต่ละระดับคะแนนความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้บุคคลากรมีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับชนิดต่างๆมากขึ้น

11. After Action Review (AAR)

1.ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

1.1 เพิ่มศักยภาพการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

1.สร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.ลดจำนวนวันนอน (LOS)

3.ลดค่าใช้จ่ายขององค์กร

12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม

การจัดท่าผู้ป่วย

จัดท่านอนหง่าย-ท่านอนตะแคงศรีษะสูง 30 องศา

ขจัดอุจจาระ/ปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า/Skin Cleanser โดยไม่ขัดถูหรือซับให้แห้ง

ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง ได้แก่ ปิโตเลี่ยมออยเมน,Skin barrier cream ทุกครั้งหลังทำความสะอาด

ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

แนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.ประมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย

<u>ปัจจัยเสี่ยง</u>

O ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ/ให้ออกซิเจน
- O ETT
- O Tracheostomy
- O NIV
- O Canular
- O Mask with Bag

O ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการกดทับเป็นเวลานานมากกว่า 24 ชั่วโมง
- O NG
- O Foley cath
- O Mouth gag
- O Philadephia collar
- O on Slab/on Skeleton-Skin traction

O อยู่บนเตียงตลอดเวลา/มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตนเองได้น้อย-ไม่ได้

O ระดับความรู้สึกตัว
- O ไม่รู้สึกตัว
- O ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน

O การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้

O ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน(ในกรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

O ผู้ป่วยที่ร่างกายผอมมาก/น้ำหนักตัวมาก/บวมตามร่างกาย/มีแผลตามร่างกายมาจากบ้าน

สรุปการเกิดแผลกดทับ

1.แผลกดทับก่อนการ Admit O ไม่มี Oมีตำแหน่ง.....ระดับ.....

2.แผลกดทับระหว่าง Admit O ไม่มี Oมีตำแหน่ง.....ระดับ.....วันที่.....

แนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.ประมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย

<u>ปัจจัยเสี่ยง</u>

O ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ/ให้ออกซิเจน

O ETT O Tracheostomy O NIV O Canular O Mask with Bag

O ผู้ป่วยใส่ NG/Foley cath /Mouth gag/ Philadephia collar/on Slab/on Skeleton-Skin traction

O อยู่บนเตียงตลอดเวลา/มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตนเองได้น้อย-ไม่ได้

O ระดับความรู้สึกตัว

O ไม่รู้สึกตัว

O ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน

O การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้

O ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน(ในกรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

O ผู้ป่วยที่ร่างกายผอมมาก/น้ำหนักตัวมาก/บวมตามร่างกาย/มีแผลตามร่างกายมาจากบ้าน

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

-ประเมินสภาพผิวหนังที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุก 2 ชั่วโมง

-ประเมิน Fixation Device ทุกวันและเปลี่ยนตำแหน่งในการ Fixation หรือเมื่อเปียกชื้นและรัดแน่นจนเกินไป

-เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับผิวหนังของผู้ป่วยในการ Fixation Device

-เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการกดทับนาน พิจาณาใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมมารองรับ

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

-ประเมินสภาพผิวหลังผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกราย

-ในกรณีที่มีการส่งเวรผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยติดเตียงให้ใส่ที่นอนลมและตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

-ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกเมื่อพบมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับให้พิจารณาใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมมารองรับ

-การจัดท่าผู้ป่วย

-พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

-ใช้ผ้ารองยกหลีกเลี่ยงการดึงลาก

-จัดท่านอนหง่ายศรีษะสูง 30 องศา

-จัดท่านอนตะแคงศรีษะสูง 30 องศา

-ยกส้นเท้าลอย

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

-ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ Perineum&Perianal area

-ขจัดอุจจาระ/ปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า/Skin Cleanser โดยไม่ขัดถูหรือซับให้แห้ง

-ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง ได้แก่ ปิโตเลี่ยมออยเมน,Skin barrier cream ทุกครั้งหลังทำความสะอาด

-ในกรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

สรุปการประเมินผล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ธ.ค.	ม.ค.
1	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับทุกราย	100%	100%	
2	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) <4 ครั้ง/1000วันนอน	<4 ครั้ง/1000วันนอน	1	
3	มีแนวทางในการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	แนวทางการปฏิบัติ	มี	

บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแล ป้องกันและคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ เมื่อผู้ป่วย Admit ซึ่งผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับทุกราย 100% แต่มีผู้ป่วยที่ยังเกิดแผลกดทับอยู่ 1 รายเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมาจากที่อื่น แผลดีขึ้นเป็นลำดับ และหาย ทางหน่วยงานจะนำแนวทางปฏิบัตินี้ไปใช้ในการประจำและมีการติดตามนิเทศบุคลากรและรายงานอัตราการเกิดแผลกดทับ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับหน่วยงานมากที่สุด

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)