



แบบฟอร์มการจัดการ

การจัดการความรู้ของหน่วยงานหอผู้ป่วยสามัญหลังคลอด – นรีเวชวิทยา 8/2

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง การดูแลป้องกันแผลกดทับ

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ 23 มิถุนายน 66

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. นางขวัญฤทัย	เนตร์สว่าง	คุณอำนวย (Facilitater)
2. นางศิณัฐชานันท์	คนะวรรณ	คุณกิจ (KP)
3. นางสาววิฐวดี	พันธุ์วงศ์	คุณกิจ (KP)
4. นางสาวรัตนากกร	นรชาญ	คุณกิจ (KP)
5. นางสาวพิชญ์ศุภาภานต์	ไต้เมฆ	Note taker
6. นางกัญญารัตน์	สมบูรณ์	คุณกิจ (KP)
7. นางสาวรุ่งรัตน์	ยิ้มสว่าง	คุณกิจ (KP)
8. นางสาวนภาพร	พุ่มจิตร	คุณกิจ (KP)
9. นางสาวศุภวรรณ	เรืองคำพัฒน์	คุณกิจ (KP)
10. นางสาวปาริษา	ศิริวิระภาพ	คุณกิจ (KP)
11. นางสาวทิวาพร	พุ่มพวง	คุณกิจ(KP)
12. นางสาวอภัสราภรณ์	บุตรีคำชาติ	คุณกิจ(KP)
13. นางสาวธนาพร	แซ่ซี	คุณกิจ(KP)
14. นางสาวอรรษา	ศรีตะปัญญาะ	คุณกิจ (KP)
15. นางสาวนิตยา	บูเซ็น	คุณกิจ (KP)
16. นางสาวนันทพร	บัวคล้าย	คุณกิจ (KP)
17. นางสาวปัญจภัค	ชินสา	คุณกิจ (KP)
18. นางสาววราภรณ์	ชมโชติ	คุณกิจ(KP)
19. นางสาวมินดา	ประหัส	คุณกิจ (KP)
20. นางสาวระวี	ทองคำ	คุณกิจ (KP)
21. นางสาวลดาวัลย์	บุญมี	คุณกิจ (KP)
22. นางสาววรรณศีกา	ปราณีวงศ์	คุณกิจ (KP)
23. นางสาวภัสรา	หรั่งกรุ่น	Note Taker

1. หลักการและเหตุผล

แผลกดทับ หมายถึง การถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนังและ/ หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เกิดจากการกดทับ เสียขี้รี ร่างกายบริเวณใดบริเวณหนึ่งต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดในบริเวณนั้น อีกทั้งความชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ ก็เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้ เนื่องจากทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นและ เปื่อย ลอก หรือเกิดการอักเสบ นอกจากนี้แผลกดทับมักเกิดกับผู้ที่ขาดการเคลื่อนไหว หรือนอนติดเตียง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเอง ซึ่งมักจะพบแผลกดทับในบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น กระดูกก้นกบ ข้อสะโพกด้านข้าง ด้านข้างข้อเข่า สันเท้า ตาตุ่ม เป็นต้น

ทางหน่วยงานการพยาบาลหอผู้ป่วย 8/2 มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในรเวททั้งผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้พบว่าผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวตัวเองได้น้อย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้ง่าย รวมทั้งแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทางหน่วยงานจึงเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดแผลกดทับเป็น 0 ครั้ง/1000 วันนอน
2. บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ 100%

4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้ *** (กรณีระบุ) ***

- Success Story Telling (SST) (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.1)
- The World Cafe (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.2)

5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

5.1 Success Story Telling (SST)

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	เหตุการณ์ (Context)	เทคนิค/วิธีการ (Action)	ผลลัพธ์ที่ได้รับ (Result)

5.2 The World Cafe

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
คุณ วัลลวิติ	ผู้ป่วยบางรายน้ำหนักตัวมากทำให้ยกตัว ผู้ป่วยลำบาก ต้องลากตัวผู้ป่วย	1. การระดมสมอง (brain storm) 2. การสืบค้นหา best practice จากประสบการณ์การทำงาน 3. การสืบค้นข้อมูลจากสื่อ internet ต่างๆ 4. ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามา ช่วย 5. ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนว ทางแก้ไขร่วมกัน
คุณรัตนกร	ผู้ป่วยนิเวชบางรายมีปัญหาเรื่องทพ โภชนาการ กินอาหารได้น้อย	
คุณภัศรา, คุณอรรดา	เราไม่ค่อยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย	

คุณกัญญารัตน์, คุณนิตยา	ผู้ป่วยบางรายมีปัสสาวะอุจจาระบ่อยรวมทั้งมี discharge per vagina ทำให้บริเวณก้นชื้นและ	
คุณพิชญ์ศุภาภรณ์	ผู้ป่วยทางนรีเวชหลังผ่าตัดบางรายได้รับยาทาง epidural ทำให้มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ambulate ได้น้อย	
คุณรุ่งรัตน์, คุณธนัชพร	อุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีน้อย เช่น ครีมทาผิว หรือทำความสะอาดผิวหนัง	
คุณนภาพร, คุณปัญญาภัค	ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย	
คุณขวัญฤทัย	<p>อธิบายเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ</p> <p>แผลกดทับ (Pressure sore) หมายถึงการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อจากการได้รับแรงกดเป็นเวลานาน รวมทั้งแรงเฉือน (Shearing force) และแรงเสียดทาน (Friction) ที่ทำลายต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อีกทั้งความชื้นมากเกินไป (Excessive moisture) ทำให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ย (Maceration) และแตกเป็นแผล (Excoriation) และเกิดแรงเสียดทานเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะได้ (Urinary fecal incontinence) จะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากเช่นเดียวกัน</p> <p>นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการจะทำให้แผลหายได้ช้า ภูมิต้านทานของร่างกายลดลง ระดับของแผลกดทับแบ่งออกเป็นดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป</p> <p>ระดับที่ 2 ผิวหนังมีการสูญเสียถึงชั้นหนังแท้ (dermis) ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาดหรือฉีก</p>	

	<p>ขาด อาจเห็นคุ่มน้ำ ที่แตกออก หรือเห็นแผล คื่นที่ชุ่มชื้นหรือแห้งโดยไม่มีเนื้อตาย</p> <p>(Slough) หรือรอยถลอก</p> <p>ระดับที่ 3มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูกอาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกที่สุดของผิวหนังที่ถูกทำลายอาจพบโพรงใต้ขอบแผล</p> <p>ระดับที่ 4มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก</p> <p>Deep Tissue Injury เป็นแผลกดทับ ที่ผิวหนังยังไม่ลึกขาด สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม (Purple) หรือสีเลือดคนกปนน้ำตาล(Maroon) หรือเป็นคุ่มน้ำปนเลือด</p> <p>Unstageable มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ซึ่งพื้นผิวแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้</p> <p>จากประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วย นรีเวช พบว่าพยาบาลมีบทบาทหน้าที่และ แนวทางดูแลแผลกดทับแตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษางานวิจัยและ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลกดทับ เพื่อให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางใน การดูแลแผลกดทับดังนี้</p> <p>1.การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกด ทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน(The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 6-9 คะแนน มีความเสี่ยงสูงมาก, 10- 12 คะแนน มีความเสี่ยงสูง, 13-14 คะแนนมี ความเสี่ยงปานกลาง, 15-18 คะแนน เริ่มมี</p>	
--	---	--

	<p>ความเลี้ยว และ 19-23 คะแนน ไม่มีความเลี้ยว (โรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล, 2517) โดยให้ประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม หากแบบประเมินBradenscaleน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน (18 คะแนนในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)ในพิจารณาอนเดียงลม หรือเตียงไฟฟ้า</p> <p>2. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดและระยะเวลาการกดทับ โดยจัดท่านอนและท่านั่งให้ถูกต้อง จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา และการจัดท่านั่งให้ลำตัวตรงหลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา และใจหัวเตียงนั่งศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศาขณะรับประทานอาหารนาน 1 ชั่วโมง หากผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและโหนตัวด้วยกันบ่อยๆ ส่วนผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมเพื่อลดแรงกด เช่น ใช้หมอนหรือเจล รองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆด้วย</p> <p>3. การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยการเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยก ไม่ดึงลากผู้ป่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ฝ้ายกตัว Pat slide</p> <p>4. การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง โดย</p> <p>4.1 ทาโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำ ใช้สบู่ pH 5.0 – 5.9 ในการทำความสะอาดผิวหนัง ใช้น้ำอุณหภูมิปกติหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ในผู้สูงอายุที่มี</p>	
--	--	--

	<p>ผิวหนังบางเพื่อป้องกันผิวแห้ง</p> <p>4.2 หลีกเลียงการถูผิวหนังด้วยความรุนแรง</p> <p>4.3 รักษาความสะอาดไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น</p> <p>จากอุจจาระและปัสสาวะ โดยต้องหากผู้ป่วยอุจจาระหรือปัสสาวะต้องเปลี่ยนแพมเพิสไม่เกิน 30 นาที และภายหลังการขับถ่ายทุกครั้งทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และทาเคลือบผิวหนังบริเวณก้น สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน โลชั่นหรือครีมป้องกันการระคายเคืองจากความเปียกชื้น</p> <p>4.4 ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยจะต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด</p> <p>5. ประเมินสภาพผิวหนังโดยสำรวจรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัว และลงบันทึกในแบบฟอร์มวังหรือบันทึกทางการพยาบาล เมื่อเกิดแผลกดทับหรือแผลกดทับมีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>6. ประเมินภาวะโภชนาการ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินการขาดโปรตีนจากค่า serum albumin (ค่าปกติ ≥ 3.5 g/dl.) - ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ในแต่ละวัน - ส่งปรึกษาแพทย์และนักโภชนาการ หากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ <p>7. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง เมื่อมีการรับ - ส่งเวร หรือย้ายหอผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ</p>	
--	--	--

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
1.ผู้ป่วยบางรายน้ำหนักร่างกายมากเกินไปทำให้ยกตัวผู้ป่วยลำบาก ต้องลากตัวผู้ป่วย	10
2.ผู้ป่วยนรีเวชบางรายมีปัญหาเรื่องทุพโภชนาการ กินอาหารได้น้อย	15
3.เราไม่ค่อยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย	30
4.ผู้ป่วยบางรายมีปัสสาวะอุจจาระบ่อยรวมทั้งมี discharge per vagina ทำให้บริเวณก้นชื้น และ	20
5.ผู้ป่วยทางนรีเวชหลังผ่าตัดบางรายได้รับยาทาง epidural ทำให้มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ambulate ได้น้อย	5
6.อุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีน้อย เช่น ครีมหายลม หรือทำ ความสะอาดผิวหนัง	10
7. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย	5

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

1. จากการค้นหาปัญหาที่เกิดจากงานประจำ ไม่มองข้ามสิ่งเล็กน้อย
2. ความใส่ใจในการทำงาน และการให้บริการที่มีคุณภาพ
การร่วมมือ ร่วมใจช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพการทำงานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์
4. ไม่ปิดกั้นการแสดงความคิดเห็น ยอมรับฟังซึ่งกันและกัน

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

คู่มือ

แผ่นพับ

และ มีการเผยแพร่ความรู้ผ่าน โปรแกรมหรือระบบต่างๆ..เมื่อวันที่..(ระบุ).....

เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปริ๊นเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

ตัวชี้วัดหลังการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มี.ค.66	เม.ย.66	พ.ค.66
1. อัตราการเกิดแผลกดทับเป็น นอน	0 ครั้ง/1000 วัน	0	0	0
2. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดแผล กดทับ	100 %	Na	NA	NA

10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

1. ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจต่อการทำกิจกรรม KM มากยิ่งขึ้น
2. ทำให้บุคลากรรู้จักการคิดนอกกรอบ ค้นหาแนวทางการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้
3. ทำให้รู้จักการสังเกต วิเคราะห์ปัญหาจากการทำงานประจำ
4. ทุกคน ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ไม่มีถูกผิด กล้าพูด

11. After Action Review (AAR)

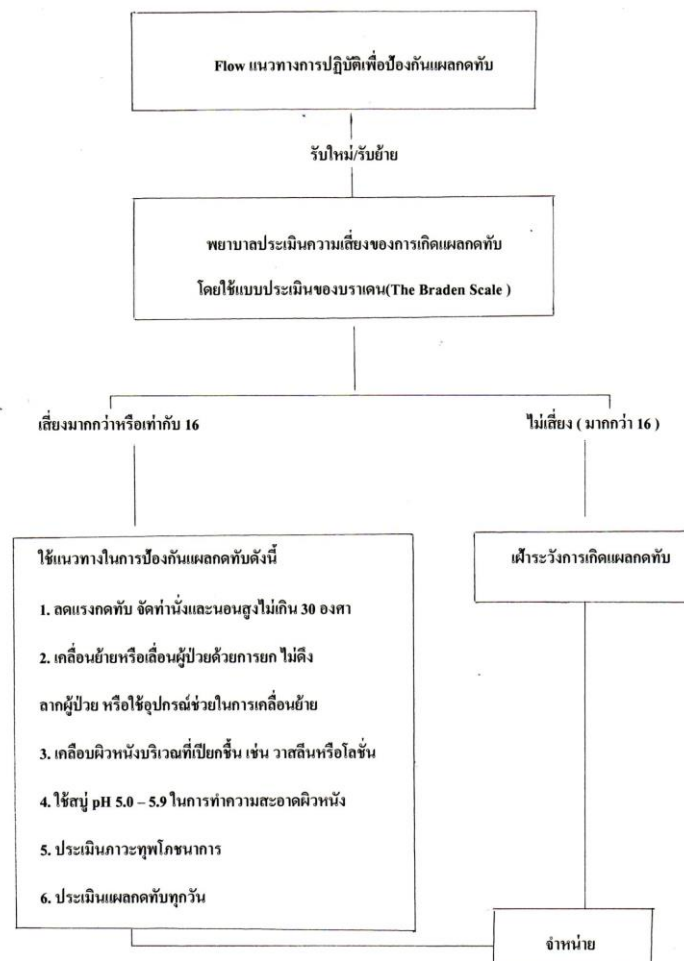
1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

การระดมสมอง ระดมความคิดร่วมกัน ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติงานที่นำไปใช้ได้จริง ไม่เพิ่มภาระงานสามารถดำเนินงานไปพร้อมกับงานประจำ ฝึการตั้งคำถามและหาคำตอบเมื่อเจอปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ไม่ปล่อยผ่านหรือเคยชินกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

ทำให้เข้าใจถึงหลักการระดมความคิด เพื่อให้ได้ปัญหาอุปสรรคจากการทำงานและช่วยกันหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นของการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ไม่ใช่การสรุปความคิดเห็นเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วมในการคิด สร้างแนวทางเพื่อแก้ปัญหา อุปสรรคของการทำงาน การปฏิบัติเช่นนี้จะล้มเหลว และไม่ยั่งยืนถาวร

12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม



แนวทางในการ ป้องกันแผลกดทับ



- ประเมินภาวะโภชนาการโดย
- ประเมินการขาดโปรตีนจากค่า serum albumin (ค่าปกติ ≥ 3.5 g/dl.)
- ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ในแต่ละวัน
- ส่งปรึกษาแพทย์และนักโภชนาการ หากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ
- ส่งข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง เมื่อมีการรับ - ส่ง หรือย้ายหอผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

- รักษาความสะอาดไม่ให้ผิวหนังเปียกชื้น จากอุจจาระและปัสสาวะ โดยต้องหากผู้ป่วยอุจจาระหรือปัสสาวะต้องเปลี่ยนแพมเพิสไม่เกิน 30 นาที และภายหลังการจับย้ายทุกครั้งทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำจุ่มแอลกอฮอล์ และทาครีมป้องกันผิวหนังบริเวณ สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน โลชั่นหรือครีมป้องกัน การระคายเคืองจากความเปียกชื้น
- ประเมินสภาพผิวหนังโดยสำรวจรอยแดง ความนุ่มระดูต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัว หรือพลิกตะแคงตัว และลงบันทึกในแบบเฝ้าระวังหรือบันทึกทางการพยาบาล เมื่อเกิดแผลกดทับหรือแผลกดทับมีการเปลี่ยนแปลง

แผลกดทับ (Pressure sore) หมายถึงการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อจากการได้รับแรงกดเป็นเวลานาน รวมทั้งแรงเฉือน (Shearing force) และแรงเสียดทาน (Friction) ที่ทำลายต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจน และเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อีกทั้งความชื้นมากเกินไป (Excessive moisture) ทำให้ผิวหนังเปื่อยช้ำ (Maceration) และแตกเป็นแผล (Excoriation) และเกิดแรงเสียดทานเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะได้ (Urinary fecal incontinence) จะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการจะทำให้แผลหายได้ช้า ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

แนวทางในการดูแลแผลกดทับในหอผู้ป่วย ดังนี้

- การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) โดยให้ประเมินตั้งแต่แรกรับ หากแบบประเมิน Bradenscale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน (18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ในพิจารณาอนเตียงลม หรือเตียงไฟฟ้า
- การพยาบาลเพื่อลดแรงกดและระยะเวลาการกดทับ โดยจัดท่านอนและท่านั่งให้ถูกต้อง จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา และใช้หัวเตียงศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศาเมื่อรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมงและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงในรายที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้

- การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทานโดยการเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยรถยก ไม่ดึงลากผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ค่ายกตัว Pat slide
- การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง โดย
4.1 ทาโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำ ใช้สบู่ pH 5.0 - 5.9 ในการทำความสะอาดผิวหนัง ใช้ผ้าอ้อมหุ้มปกดี หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ในผู้สูงอายุที่มีผิวหนังบาง เพื่อป้องกันผิวแห้ง
4.2 หลีกเลี่ยงการถูผิวหนังด้วยความรุนแรง ทำปื้นบนและทำร่องตัวผู้ป่วยจะต้องเช็ดผิว และแห้งสะอาด

(นางศิณัฐชานันท์ คณະวรรณ)

หัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลสามัญหลังคลอด – นรีเวชวิทยา 8/2