

“ นาฬิกาพาลิก”

1.ที่มาและความสำคัญ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักยังคงเกิดขึ้นอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง รวมถึงการเกิดแผลกดทับ ถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยหนักได้มีการพัฒนาในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องเช่น การทำ Flow chart แสดงการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักยังคงมีอยู่ จากสถิติการเกิดแผลกดทับ 9 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 3.43 ซึ่งปัจจัยส่วนหนึ่งเกิดจากความตระหนักของพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ร่วมกับภาระงานที่ยังคงมีมาก ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญดังนั้นจึงได้พัฒนานวัตกรรม “ นาฬิกาพาลิก” ขึ้นมา เพื่อเป็นสัญลักษณ์ที่ใช้เตือนให้พยาบาลได้มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย โดยการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ดูแลพบว่าพยาบาลยังคงพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยที่ Braden scale ≤ 16 คะแนนไม่ถึง 100 % ต่อมาจึงได้เพิ่มการใช้เตือนเพื่อกระตุ้นให้พยาบาลได้ทำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดไว้

วิธี/กิจกรรมที่ดำเนินการ

-ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกราย (ผู้ป่วยรับใหม่/รับย้าย) และประเมินทุกวันในเวรเช้า โดยใช้แบบเฝ้าระวัง/ป้องกันการเกิดแผลกดทับของ Braden scale

-บันทึกคะแนน Braden scale ในใบบันทึก

-ในผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale ≤ 16 คะแนน จะเริ่มใช้นวัตกรรม “ นาฬิกาพาลิก”

นวัตกรรม “ นาฬิกาพาลิก” ประกอบด้วย

1.เวลา : กำหนดเวลาในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เป็นเวลา

2.ท่า : กำหนดท่าในการพลิกตะแคงตัว คือ นอนหงาย ตะแคงขวา ตะแคงซ้าย

3. Braden scale : กำหนดระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับเป็น โดยใช้สีเป็นตัวกำหนดดังนี้

สีแดง หมายถึง ความเสี่ยงสูง Braden scale ≤ 9

สีเหลือง หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง Braden scale 10 – 16

สีเขียว หมายถึง ความเสี่ยงต่ำ Braden scale >16

โดยแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะวิกฤตซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา เกิดการติดเชื้อระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นจากการเก็บข้อมูลภายในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อเกิดแผลกดทับรายใหม่ระหว่างนอนโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย จากการทบทวนพบว่า

1. หอผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพ
2. หอผู้ป่วยมีแบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับแต่การนำไปสู่การปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง
3. ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความตระหนักในเรื่องการป้องกันแผลกดทับ
4. จำนวนบุคลากรไม่เพียงกับการให้บริการผู้ป่วย
5. การมอบหมายและติดตามการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน

ทางผู้จัดทำจึงได้ทำแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับนี้ขึ้น

2. ผู้รับผิดชอบ

1. นางรุ่งฤดี สว่างภพ
2. น.ส.มาศวิภา พัฒนานุสรณ์
3. น.ส.วรัญญา สง่างาม
4. นางอมรรัตน์ รักษากิจ

3. วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- เพื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย
- เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับรายใหม่
- เพื่อโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการช่วยเหลือกิจกรรมการพลิกตะแคงตัว

4.วิธีการดำเนินงาน

1.มีการนำแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (F-IPD1-08.02 02/04/58) โดยใช้แบบประเมินของ Braden scale

แบบบันทึกการสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่ใช้การป้องกันแผลกดทับ

วันที่	เวลา	ชื่อผู้ป่วย	ชื่อพยาบาล	ประเภทแผล	ขนาดแผล	ตำแหน่งแผล	ลักษณะแผล	การดูแล	ผลการดูแล



แบบบันทึกการสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่ใช้การป้องกันแผลกดทับ

วันที่บันทึก: พ.ศ.

ชื่อผู้ป่วย: น.ศ.

ข้อควรระวัง	วันที่/เวลา		ผลการสังเกต
	วัน	เวลา	
1. ไม่พบแผลกดทับ			
2. พบแผลกดทับเล็กน้อย			
3. พบแผลกดทับปานกลาง			
4. พบแผลกดทับรุนแรง			
5. พบแผลกดทับขั้นรุนแรง			
6. พบแผลกดทับขั้นวิกฤต			

II. ส่วนที่ 2: การประเมินความเสี่ยง

1. ไม่พบแผลกดทับ

2. พบแผลกดทับเล็กน้อย

3. พบแผลกดทับปานกลาง

4. พบแผลกดทับรุนแรง

5. พบแผลกดทับขั้นรุนแรง

6. พบแผลกดทับขั้นวิกฤต

III. ส่วนที่ 3: การประเมินความเสี่ยง

1. ไม่พบแผลกดทับ

2. พบแผลกดทับเล็กน้อย

3. พบแผลกดทับปานกลาง

4. พบแผลกดทับรุนแรง

5. พบแผลกดทับขั้นรุนแรง

6. พบแผลกดทับขั้นวิกฤต

ท่านอนหงาย

ท่านอนตะแคงขวา

ท่านอนตะแคงซ้าย

หมายเหตุ: ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่บริเวณ.....

สรุปผลการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale): คะแนนรวม =

แปลผล: คะแนน > 18 = ไม่พบแผลกดทับ, 15-18 = พบแผลกดทับเล็กน้อย, 12-14 = พบแผลกดทับปานกลาง, 10-12 = พบแผลกดทับรุนแรง, 8-9 = พบแผลกดทับขั้นรุนแรง, 6-7 = พบแผลกดทับขั้นวิกฤต

ผู้บันทึก: **ชื่อ:** **ตำแหน่ง:**

2. จัดประชุมเรื่องการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับพร้อมทั้งชี้แจงการใช้แบบประเมินความเสี่ยงแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงาน

3. บุคลากรที่ให้บริการจะต้องทำการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่ได้รับใหม่และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

4. จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับและทำตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้โดยมอบหมายให้พยาบาลเมมเบอร์ 2 และผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้การพยาบาลพลิกตะแคงตัวคนไข้ตามเข็มนาฬิกาการพลิกตะแคงตัวและมีหัวหน้าเวรควบคุมกำกับการปฏิบัติงานงานหอผู้ป่วยหนัก

5. ดำเนินการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

- ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแรกรับทุกรายเพื่อจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการ

- อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการดูแลผิวหนังและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือช่วยกันดูแล

- การประเมินผิวหนังปุ่มกระดูกทุกวันหรือทุกครั้งเมื่อพลิกตัวเพื่อประเมินสภาพผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- ดูแลให้ผิวหนังแห้งและสะอาดป้องกันการเปียกชื้นของผิวหนังจากเหงื่อหรือสิ่งคัดหลั่งอื่นๆซึ่งภาวะเปียกชื้นนี้จะทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์ผิวหนังลดลง ผิวหนังฉีกขาดง่ายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มักพบตามผิวหนังมีความบางเนื่องจากเซลล์ผิวหนังมีจำนวนน้อยลง การสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เดิมได้ช้าทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของผิวหนังลดลง ผิวหนังจะสูญเสียความยืดหยุ่นและฉีกขาดง่าย

- ในรายช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือถูกจำกัดกิจกรรมหรือไม่ค่อยช่วยเหลือตนเองหรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ให้ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ตารางพลิกตะแคงตัวที่จัดทำขึ้นโดยมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนในแต่ละเวรควบคุมกับญาติ โดยมีหัวหน้าเวรเป็นผู้กำกับติดตาม

- ในรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนนความเสี่ยงของแผลกดทับอยู่ในเกณฑ์สูง (Braden scale ≤ 12) ให้จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศา ใช้หมอนยาวรองรับตลอดแนวลำตัวรวมทั้งบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า และเมื่อจัดท่านอนหงายควรดูแลให้บริเวณเท้าและส้นเท้าลอยพ้นจากที่นอนเสมอโดยใช้หมอนบางหรือฟ้านุ่มรองรับบริเวณใต้ข้อพับถึงข้อเท้าเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงต่อสะโพกซึ่งเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยใช้ตารางพลิกตะแคงตัวที่จัดทำขึ้นโดยมอบหมายหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนในแต่ละเวรควบคุมกับญาติ โดยมีหัวหน้าเวรเป็นผู้กำกับติดตาม

-ในรายที่พบแผลกดทับต้องมีการบันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ (บันทึกบริเวณ/ระดับ/ขนาด) บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เกิดรอยแดง/ใหญ่ขึ้น/ลึกลง/แผลหาย) พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรแต่ละครั้ง

แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ตารางการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

ชื่อผู้ป่วย.....เตียง.....

แบบบันทึกการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ท่านEM	นอนหงาย	ตะแคงซ้าย	ตะแคงขวา	นอนหงาย	ตะแคงซ้าย	ตะแคงขวา	นอนหงาย	ตะแคงซ้าย	ตะแคงขวา	นอนหงาย	ตะแคงซ้าย	ตะแคงขวา
วันที่.....	0:00 น.	2:00 น.	4:00 น.	6:00 น.	8:00 น.	10:00 น.	12:00 น.	14:00 น.	16:00 น.	18:00 น.	20:00 น.	22:00 น.
ลงชื่อ												
กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม												
วันที่.....												
ลงชื่อ												
กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม												
วันที่.....												
ลงชื่อ												
กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม												
วันที่.....												
ลงชื่อ												
กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม												
วันที่.....												
ลงชื่อ												
กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม												
วันที่.....												
ลงชื่อ												
กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม												

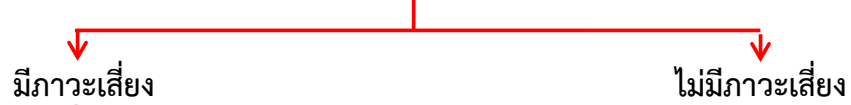
- จัดผู้ป่วยให้นอน/นั่ง บนอุปกรณ์ที่สามารถกระจายแรงกดที่จะมากกระทำผิวหนัง เช่น alpha bed , miniwaterbed , support เฉพาะตำแหน่ง เป็นต้นเพื่อช่วยลดแรงเสียดทานที่จะกระทำต่อผิว
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้วิธียกแทนการดึง/ลาก ในรายผู้ป่วยที่ไม่สามารถยกหรือขยับตัวเองได้ ใช้อุปกรณ์ที่มีแรงเสียดทานต่ำเช่น Pastslide ช่วยในการเคลื่อนย้าย เพราะ การดึง/ลาก ทำให้เกิดแรงเสียดทานมาก ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย
- ดูแลผู้ป่วยที่นอนสะอาด แห้ง และเรียบตึงเสมอ เพื่อลดความเปียกชื้น และลดแรงเสียดทาน
- จัดเสื่อให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื่อและปมผูกต่างๆ เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่บนผิวหนัง

6. ติดตามการปฏิบัติงานโดยหัวหน้าเวรทุกเวร

7. ประเมินผลการปฏิบัติงานหลังเก็บข้อมูลอัตราการเกิดแผลกดทับ ระหว่าง ตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ประเมินผู้ป่วยทุกรายว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหรือไม่ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง



ทำแบบบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ(Braden scale)

