

CQI เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

“ นาฬิกาพลิก”

(1).ที่มาและความสำคัญ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักยังคงเกิดขึ้นอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง รวมถึงการเกิดแผลกดทับ ถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยหนักได้มีการพัฒนาในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องเช่น การทำ Flow chart แสดงการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักยังคงมีอยู่ จากสถิติการเกิดแผลกดทับ 9 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 3.43 ซึ่งปัจจัยส่วนหนึ่งเกิดจากความตระหนักรู้ของพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ร่วมกับการะงายที่ยังคงมีมาก ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญดังนั้นจึงได้พัฒนานวัตกรรม “ นาฬิกาพลิก” 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 “ นาฬิกาพลิก”

นวัตกรรม “ นาฬิกาพลิก” 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 โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา เกิดการติดเชื้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จากการเก็บข้อมูลภายในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการเกิดแผลกดทับรายใหม่ระหว่างนอนโรงพยาบาลจำนวน 16 ราย ตั้งแต่เดือน ต.ค.2559 - มิ.ย.2560 จากการทบทวนพบว่า

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

ทางผู้จัดทำจึงได้ทำแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับนี้ขึ้น

(2). ผู้รับผิดชอบ

1. นางรุ่งฤดี สว่างภพ
2. น.ส.วรัญญา สง่างาม
3. น.ส.สุภาพร ศรีสอน
4. น.ส.ชนิษฐา ถนอมศรี
4. นางอมรรัตน์ รักษากิจ

(3). วัตถุประสงค์

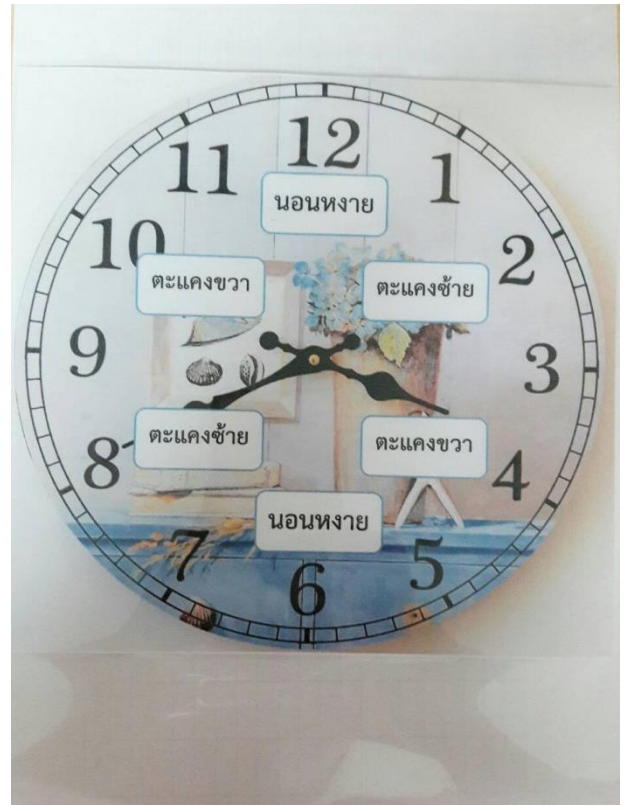
- เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- เพื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย
- เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับรายใหม่
- เพื่อโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการช่วยเหลือกิจกรรมการพลิกตะแคงตัว

(4) วิธีการดำเนินงาน

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

แบบบันทึกการพลิกตะแคงผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ทำนอน	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												



แบบบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ

ประเภทผู้ป่วย 1. นอนบนเตียง 2. นอนขึ้นกระดานหลังศีรษะ 3. ไรด์กับระบบประสาทส่วนกลาง 4. พยาธิสภาพทางสมอง 5. ไม่มีสติ สับสน/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ / ได้รับยาเสพติด 6. ภาวะทุพโภชนาการ / กล้ามเนื้อลีด 7. มีน้ำหนักเกินกว่า 160 ปอนด์รวมทั้งตัว

เดือน..... พ.ศ.

คะแนน	วันที่ / เวลา		ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ
	วัน	เวลา	
1			ระดับที่ 1 มีรอยแดงม่วงดำไม่องอาจ มีตุ่มน้ำ/ตุ่มฟอง
2			ระดับที่ 2 มีตุ่มน้ำ/ตุ่มฟอง มีเนื้อเยื่อตายบางส่วน
3			ระดับที่ 3 มีเนื้อเยื่อตายบางส่วน มีกระดูก/เอ็น/ข้อต่อ
4			ระดับที่ 4 มีเนื้อเยื่อตายบางส่วน มีกระดูก/เอ็น/ข้อต่อ

ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ

ระดับที่ 1 มีรอยแดงม่วงดำไม่องอาจ มีตุ่มน้ำ/ตุ่มฟอง

ระดับที่ 2 มีตุ่มน้ำ/ตุ่มฟอง มีเนื้อเยื่อตายบางส่วน

ระดับที่ 3 มีเนื้อเยื่อตายบางส่วน มีกระดูก/เอ็น/ข้อต่อ

ระดับที่ 4 มีเนื้อเยื่อตายบางส่วน มีกระดูก/เอ็น/ข้อต่อ

ระดับตำแหน่งและขนาดของแผลกดทับ

ระดับขนาดแผลก่อนจำหน่าย

แนวทางการดูแล

เขียนดู ระดับน้อยกว่าเท่ากับ 9 ให้ปูเตียงลม พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. นวดพิลาทิสตะแคงตัว

เขียนปานกลาง ระดับ 10-16 ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

เขียนดี ระดับ > 16 (อายุ > 70 ปี ระดับ > 17) ให้พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงร่วมกับเฝ้าระวังทุกเวรดิ

คะแนนรวม

ผู้บันทึก

ตัวชี้แจงการใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ

แบบประเมินความเสี่ยงใช้ BRADEN SCALE เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและผู้ที่มีแผลกดทับอยู่แล้ว

วิธีใช้

1. เกร็ดรับให้คัดกรองผู้ป่วยทุกรายว่าจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มใด
2. ใช้ Braden scale ในการประเมินระดับ และวันละครั้งในเวรดิ โดยนำหาคะแนนที่ได้มาลงในช่องคะแนนของแต่ละวันที่ประเมินได้ เพื่อดูความถี่ว่าหรือการลดลง (ให้ลงทะเบียนในแต่ละข้อด้วยนามวาระวัน)
3. ในส่วนที่หาคะแนนและระดับ ให้ใช้วงกลมสีแดง วงกลมแดงที่เกิดแผลกดทับ และเขียนหมายเหตุระดับคะแนน

เกณฑ์การประเมินผู้กวดประเดิม เมื่อ ผู้ป่วยกลับบ้าน / จำหน่ายไปยังสถานพยาบาลอื่น/ไม่มีความเสี่ยงแล้ว

ชื่อ..... อายุ..... ปี B.M.I..... เดิม..... H.N..... A.N.....

F-IPD1 08.02 (02/04/58)

2. จัดประชุมเรื่องการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับพร้อมทั้งชี้แจงการใช้แบบประเมินความเสี่ยงแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงาน

3. บุคลากรที่ให้บริการจะต้องทำการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่ได้รับใหม่และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

4. จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับและทำตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้โดยมอบหมายให้พยาบาลเมมเบอร์ 2 และผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้การพยาบาลพลิกตะแคงตัวคนไข้ตามเข็มนาฬิกาการพลิกตะแคงตัวและมีหัวหน้าเวรควบคุมกำกับการปฏิบัติงานงานหอผู้ป่วยหนัก

5. ดำเนินการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

- ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแรกรับทุกรายเพื่อจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการ

- อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการดูแลผิวหนังและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือช่วยกันดูแล

- การประเมินผิวหนังปุ่มกระดูกทุกวันหรือทุกครั้งเมื่อพลิกตัวเพื่อประเมินสภาพผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- ดูแลให้ผิวหนังแห้งและสะอาดป้องกันการเปียกชื้นของผิวหนังจากเหงื่อหรือสิ่งคัดหลั่งอื่นๆซึ่งภาวะเปียกชื้นนี้จะทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์ผิวหนังลดลง ผิวหนังสึกขาดง่ายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มักพบตามผิวหนังมีความบางเนื่องจากเซลล์ผิวหนังมีจำนวนน้อยลง การสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เดิมได้ช้าทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของผิวหนังลดลงผิวหนังจะสูญเสียความยืดหยุ่นและสึกขาดง่าย

- ในรายช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือถูกจำกัดกิจกรรมหรือไม่ค่อยช่วยเหลือตนเองหรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ให้ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ตารางพลิกตะแคงตัวที่จัดทำขึ้นโดยมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนในแต่ละเวรควบคุมกับญาติ โดยมีหัวหน้าเวรเป็นผู้กำกับติดตาม

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

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

แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ตารางการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

ชื่อผู้ป่วย.....เตียง.....

แบบบันทึกการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ท่านอน	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												

- จัดผู้ป่วยให้นอน/นั่ง บนอุปกรณ์ที่สามารถกระจายแรงกดที่จะมากกระทำผิวหนัง เช่น alpha bed , miniwatbed , 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

5.ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน

เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ admit	จำนวนกลุ่มเสี่ยง/ คน	จำนวนผู้ป่วยเกิด แผลกดทับ	อัตราผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
ตุลาคม 2559	74	56	1	1.78
พฤศจิกายน 2559	74	49	0	0
ธันวาคม 2559	76	63	0	0
มกราคม 2560	92	70	0	0
กุมภาพันธ์ 2560	61	58	2	3.44
มีนาคม 2560	60	54	2	3.70
เมษายน 2560	65	45	6	13.33
พฤษภาคม 2560	67	55	2	3.63
มิถุนายน 2560	64	60	3	5.0

หมายเหตุ 1.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มที่จำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียง



(6).วิเคราะห์ปัญหา

- การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังค้นหาได้น้อย
- บุคลากรมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้ไม่สามารถดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง
- อุปกรณ์ที่ช่วยลดการเกิดแผลกดทับมีราคาแพงและมีจำนวนจำกัดไม่เพียงพอต่อความต้องการ
- ผู้ป่วยและญาติยังขาดการตระหนักในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(7).แนวทางการแก้ปัญหาต่อไป

- กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมโดยการใช้แบบประเมิน Braden Scale ในผู้ป่วยแรกรับ และมีการประเมินทุกวันเวรตึก
- กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
- มีการให้ความรู้เรื่องการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัว สอนญาติพลิกตะแคงตัวและจัดทำให้ผู้ป่วย
- ค้นคว้าข้อมูลเพื่อจัดทำอุปกรณ์เพื่อช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์ในหอผู้ป่วย

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักยังคงเกิดอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤติมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนยังคงอยู่และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง รวมถึงการเกิดแผลกดทับ แม้ว่าหอผู้ป่วยหนักได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการเกิดแผลกดทับยังคงอยู่ ซึ่งปัจจัยส่วนหนึ่งเกิดจากความตระหนักของพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ร่วมกับภาระงานมาก ทำให้พยาบาลไม่เห็นความสำคัญ ดังนั้นจึงได้พัฒนานวัตกรรมขึ้นมา เพื่อเป็นสัญลักษณ์ที่ใช้เตือนพยาบาลได้มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย โดยการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ดูแลพบว่าพยาบาลยังคงพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยรายที่ Braden Scale ≤ 16 คะแนนไม่ถึง 100% ต่อมาจึงได้เพิ่มการใช้สัญญาณเสียงเตือนเพื่อกระตุ้นให้พยาบาลได้ทำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดไว้

วิธี/กิจกรรมที่ดำเนินการ

-ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกราย (ผู้ป่วยรับใหม่/รับย้าย) และประเมินทุกวันในเวร
ดึก โดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

-ในผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden Scale ≤ 16 คะแนน จะเริ่มใช้นวัตกรรม

นวัตกรรม “นาฬิกาพาลิก”

1. เวลา : กำหนดเวลาในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เป็นเวลาคู่
2. ทำ : 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

วัตถุประสงค์

- พัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- เพื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

โอกาสพัฒนาต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการช่วยเหลือกิจกรรมการพลิกตะแคงตัว



สรุปผลการนำ CQI เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

“ นาฬิกาพาลิก”

มาใช้ พบว่ายังมีการเกิดแผล Bedsore แต่ปริมาณการเกิดแผลลดลง จึงได้มีการพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมเกี่ยวกับการลดการเกิดแผล Bedsore ดังนี้

สถิติการเกิด

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน (ก่อนการนำ CQI มาใช้)

เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ admit	จำนวนกลุ่มเสี่ยง/ คน	จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ	อัตราผู้ป่วยเกิดแผลกดทับต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
ตุลาคม 2559	74	56	1	1.78
พฤศจิกายน 2559	74	49	0	0
ธันวาคม 2559	76	63	0	0
มกราคม 2560	92	70	0	0
กุมภาพันธ์ 2560	61	58	2	3.44
มีนาคม 2560	60	54	2	3.70
เมษายน 2560	65	45	6	13.33
พฤษภาคม 2560	67	55	2	3.63
มิถุนายน 2560	64	60	3	5.0

หมายเหตุ 1.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มที่จำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียง

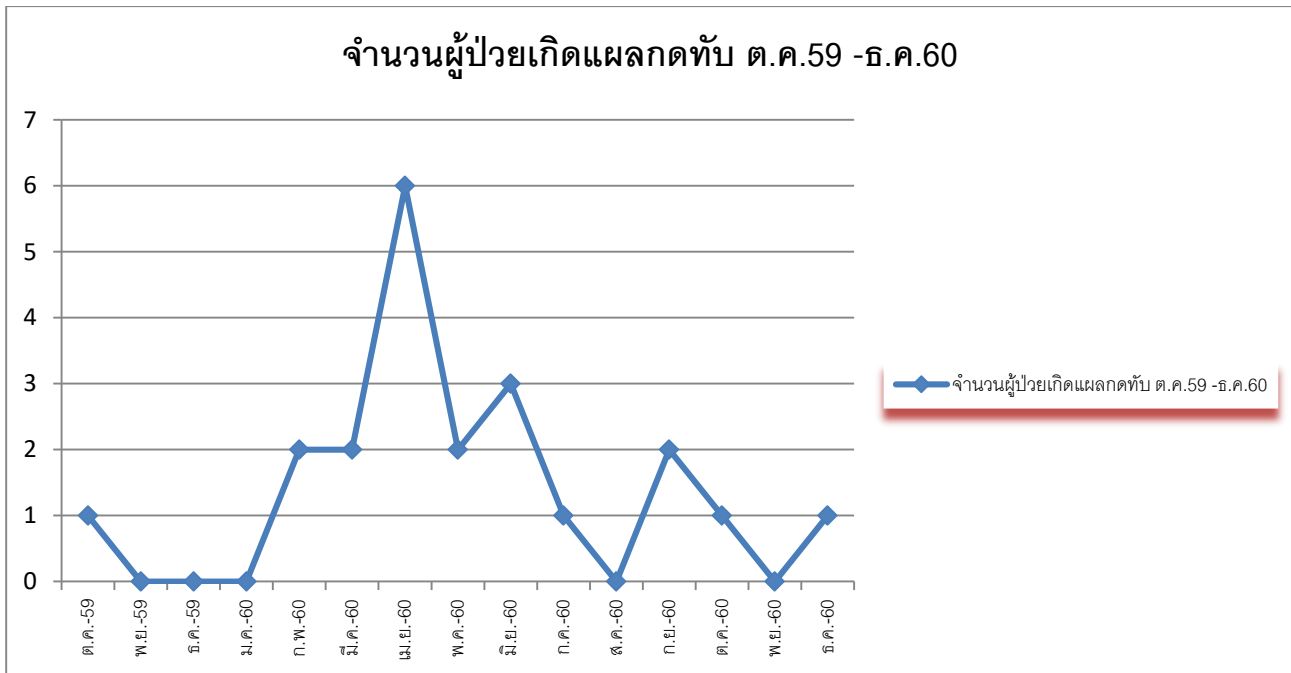
ตารางแสดงผลการดำเนินงาน (หลังการนำ CQI มาใช้)

เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ admit	จำนวนกลุ่มเสี่ยง/ คน	จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ	อัตราผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
กรกฎาคม 2560	93	65	1	1.53
สิงหาคม 2560	85	50	0	0
กันยายน 2560	57	41	2	4.87
ตุลาคม 2560	92	72	1	1.38
พฤศจิกายน 2560	74	48	0	0
ธันวาคม 2560	79	52	1	1.92

หมายเหตุ 1.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มที่จำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียง

ตารางเปรียบเทียบของแต่ละเดือน



จึงได้พิจารณานำนวัตกรรม “หมอนตัวแอล จากถุงน้ำยาล้างไต” มาใช้ซึ่งสาเหตุการเกิดแผลคือ

สาเหตุของการเกิดแผล Bed sore

การเกิดแผลกดทับ (Bed sore หรือ Pressure sore หรือ Decubitus ulcers) มักพบในผู้ป่วยที่มีการนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน/ผู้ป่วยนอนติดเตียง มีการเคลื่อนไหวได้น้อย ไม่เคลื่อนไหว หรือไม่ยอมได้พลิกตัว จนเกิดเป็นแผลกดทับที่ผิวหนังตามตำแหน่งต่างๆได้ทั่วลำตัวโดยมักพบบ่อยในตำแหน่งผิวหนังที่อยู่ติดกับกระดูกเช่น ผิวหนังส่วนอยู่เหนือกระดูกกระเบนเหน็บ กระดูกก้นกบ กระดูกสะโพก และตามข้อพับต่างๆเช่น ข้อศอก ข้อเข่า ข้อเท้า

เกิดแผลดังนี้

1. การกดทับ
2. ภาวะทุพโภชนาการ
3. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การนอนนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว
4. การติดเชื้อ
5. การทำงานของระบบประสาทความรู้สึกเสื่อม (Sensory Loss)
6. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ

1. ท่านอนหงาย บริเวณที่เกิดคือ ท้ายทอย ไบหู หลังส่วนบน ก้นกบ ข้อศอก สันเท้า
2. ท่านอนคว่ำ บริเวณที่เกิดคือ ไบหูและแก้ม หน้าอกและใต้ราวนม หน้าท้อง หัวไหล่ สันกระดูกสะโพก หัวเข่าปลายเท้า
3. ท่านอนตะแคง บริเวณที่เกิดคือ ศีรษะด้านข้าง หัวไหล่ กระดูกก้น ปุ่มกระดูกต้นขา ฝ่าเท้า หัวเข่าด้านหน้า ตาตุ่ม
4. ท่านั่งนานๆ บริเวณที่เกิดคือ ก้นกบ ปุ่มกระดูกก้น หัวเข่าด้านหนัง กระดูกสะบัก เท้า ข้อเท้าด้านนอก

แผลกดทับแบ่งออกเป็น 4 ระดับ

ระดับที่ 1 เป็นรอยแดงของผิวหนัง

ระดับที่ 2 ผิวหนังกำพร้าถูกทำลายหรือฉีกขาด [Patial thickness] หรือมีการทำลายชั้นผิวหนังแท้เป็นแผลตื้นๆ

ระดับ ที่ 3 มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกลงไป แต่ไม่ถึงพังผืดหรือเอ็นยึดกล้ามเนื้อ เกิดเป็นแผลลึกแต่ไม่เป็นโพรง [Full Thickness Skin Loss]

ระดับที่ 4 มีการทำลายผิวหนังลึกลงไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก หรือ โครงสร้างของร่างกาย

การดูแลและป้องกันการเกิดแผล Bedsores

ระดับที่ 1 เป็นรอยแดงของผิวหนัง

แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. ดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยจัดให้ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา นอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคง สลับกันไปตามความเหมาะสม ควรใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับ หรือ ปุ่มกระดูกยื่น เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ
2. ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอน ให้สะอาด แห้ง เรียบตึงอยู่เสมอ
3. ควรใช้ที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ ที่นอนฟองน้ำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ที่นอนที่การระบายอากาศไม่ดี เช่น ที่นอนหุ้มพลาสติก
4. การยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรมีผ้ารองยก และใช้การยกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสี
5. ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาด แห้งไม่อับชื้น เพราะถ้าผิวหนังเปียกชื้นหรือร้อนจะทำให้เกิดแผลเปื่อย ผิวหนังถลอกง่าย โดยเฉพาะอย่างภายหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะแล้ว ต้องทำความสะอาดแล้วซับให้แห้ง และหากสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งแตกเป็นขุย ควรดูแลทาครีมหรือ โลชั่นทาผิวหนังที่ฉาวยังสี
6. ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนังแข็งแรง มีการไหลเวียนของโลหิตดี
7. ดูแลให้อาหารผู้ป่วยอย่างเพียงพอ คุณค่าทางโภชนาการครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรตีนจำเป็นอย่างมากต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพราะผู้ป่วย จะสูญเสียโปรตีนไปทางแผล
8. ใช้สารเคลือบผิวหนัง เช่น วาสลีน

ระดับที่ 2 ผิวหนังกำพร้าถูกทำลายหรือฉีกขาด [Partial thickness] หรือมีการทำลายชั้นผิวหนังแท้เป็นแผลตื้นๆ

1. ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. การทำความสะอาดแผล
 - ควรล้างแผลเบาๆ ควรทำเฉพาะผิวหนังรอบๆ แผลเท่านั้น หลีกเลี่ยงการขัดถูแผล หรือล้างแผลด้วยแรงดันสูง เพราะจะทำให้สารอาหาร เซลล์ที่กำลังงอกขยาย รวมทั้ง Growth factor ถูกชะล้างออกไปด้วย
 - น้ำยาที่ใช้ล้างแผลต้องไม่มีพิษต่อเซลล์ ได้แก่ น้ำเกลือไอโซโอสโมล ส่วนน้ำยาฆ่าเชื้อโรค เช่น Povidone - Iodine , Chlorhexidine, Dekin- solution, Hydrogen peroxide ไม่ควรใช้ในระยงงอกขยาย เพราะจะทำลายเซลล์ที่จำเป็นในซ่อมแซมแผล ทำให้แผลหายช้า
3. ใช้สารเคลือบผิวหนัง เช่น วาสลีน

ระดับ ที่ 3 มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกลงไป แต่ไม่ถึงพังผืดหรือเอ็นยึดกล้ามเนื้อ เกิดเป็นแผลลึกแต่ไม่เป็นโพรง [Full

Thickness Skin Loss]

- 1.ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 2.ประเมินการติดเชื้อ ปรีกษาแพทย์เพื่อดูแลรักษาแผลกดทับ
- 3.ประเมินแผลทุกครั้งก่อนการทำแผล ถ้ามีเนื้อตายปรึกษาแพทย์เพื่อทำการ Debridement
- 4.กรณีมีการงอกขยายเนื้อเยื่อ ใช้ 0.9% nss solution เท่านั้นหลีกเลี่ยงการใช้ยา dressing เช่น ,Hydrogen peroxide เพราะจะมีผลต่อ fibroblast ใหม่ที่เกิดขึ้น
- 5.วาง dressing เช่น foam dressing ถ้าไม่มีใช้ Gauze ชุบ 0.9% nss solution pack ปิดทับด้วย Gauze แห่งอีกหนึ่งชั้น

ระดับที่ 4 มีการทำลายผิวหนังลึกลงไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก หรือโครงสร้างของร่างกาย

- 1.ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 2.กำจัดเนื้อตายเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย
- 3.เลือกอุปกรณ์ปิดแผลตามปริมาณของสิ่งขับหลัง

ซึ่งการเกิดแผลกดทับในแต่ละระดับเราสามารถนำนวัตกรรม

“ หมอนตัวแอล จากถุงนํายาล้างไต”

มาใช้ได้ทุกระดับ



วิเคราะห์หลังการนำ หมอนตัวแอล จากถุงน้ำยาล้างไต มาใช้

เริ่ม มกราคม 2561

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน (หลังการนำ CQI มาใช้)

เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ admit	จำนวนกลุ่มเสี่ยง/ คน	จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ	อัตราผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
มกราคม 2561	87	65	1	1.538
กุมภาพันธ์ 2561	71	62	0	0
มีนาคม 2561	73	56	0	0
เมษายน 2561	67	50	0	0
พฤษภาคม 2561	83	75	0	0
มิถุนายน 2561	87	74	0	0
กรกฎาคม 2561	88	67	0	0
สิงหาคม 2561	85	75	0	0
กันยายน 2561	83	60	0	0

หมายเหตุ 1.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2.กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มที่จำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียง

ตารางเปรียบเทียบของแต่ละเดือน

