



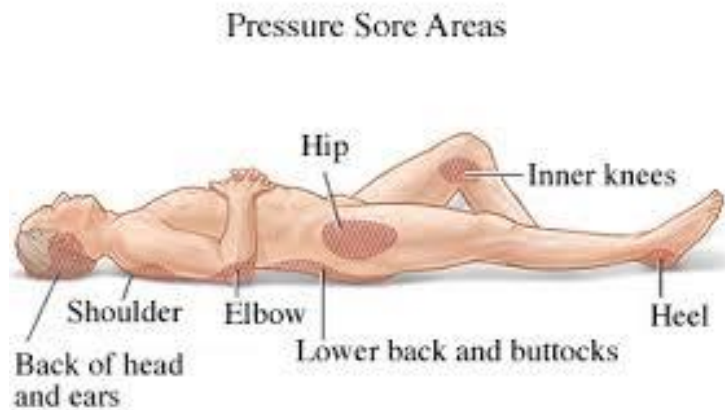
# Promotion of skin care in pressure ulcer zero from concept to practice

พว ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์ APN ET  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

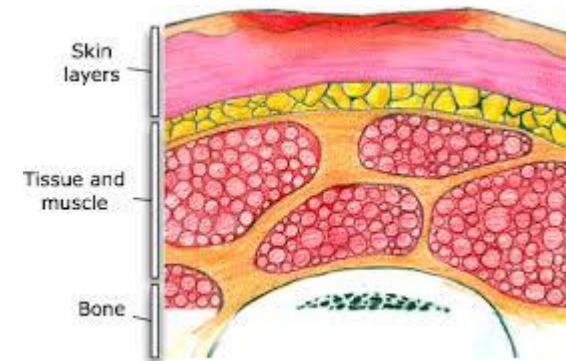
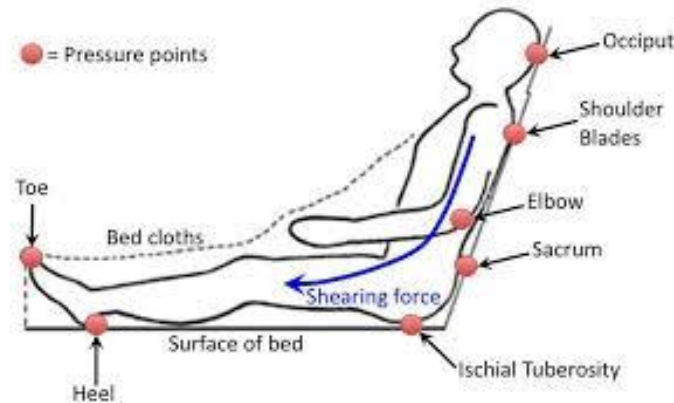


# แผลกดทับ

- การได้รับบาดเจ็บของผิวหนัง และ/หรือ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยปกติ จะพบบริเวณปุ่มกระดูก ซึ่งเป็นผลจากแรงกด หรือแรงกดร่วมกับแรงเสียดทาน และ/หรือ แรงเสียดทาน เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดแผลกดทับ



© Healthwise, Incorporated



# ผลกระทบของแผลกดทับที่เกิดขึ้นต่อร่างกายผู้ป่วย

- ความปวดบริเวณแผลกดทับ
- ความไม่สุขสบายจากการมีแผลกดทับ สิ่งขับหลังจากแผล
- อาจเกิดการติดเชื้อเฉพาะที่
- ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ
- ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล



# การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผิวหนังผู้ป่วยอาจ  
ได้รับผลกระทบจาก  
การนอน นิ่ง

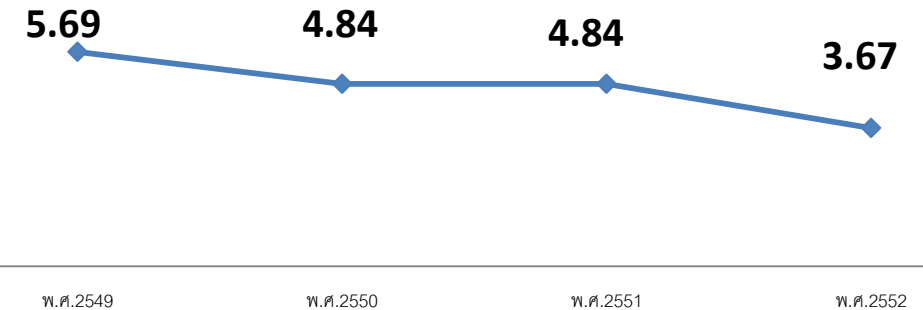
- อยู่ในตำแหน่งเดิมนาน ๆ
- เคลื่อนไหวน้อย
- ผิวหนังขาดความชุ่มชื้น
- ความยืดหยุ่นลดลง
- เกิดบาดเจ็บได้ง่าย



# ยังคงมีปัญหาดัชนีความชุกแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

- เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยรักษาตัวในรพ
- ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากภาวะวิกฤตและโรคเรื้อรัง
- ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคซับซ้อน ผู้ป่วยสูงอายุที่มี ปัญหาโรคร่วม
- แผลกดทับเกิด ก่อน admit / หลัง admit

อัตราความชุกปีพ.ศ 2549-2552



Stage 1

Stage 2

Stage 3

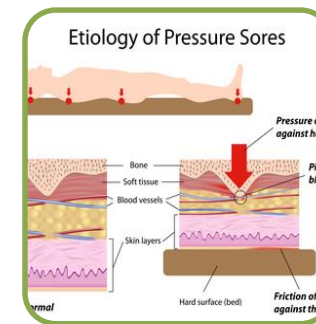
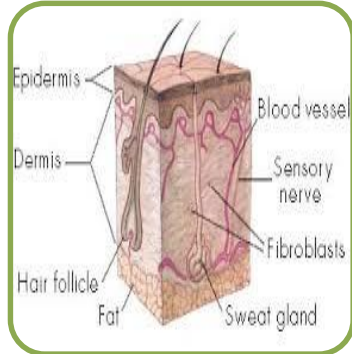
Stage 4

unstageable

DTI



# การส่งเสริมการดูแลผิวหนัง ควรเข้าใจเกี่ยวกับ



ทราบ  
ความสำคัญ  
ของผิวหนังที่  
สมบูรณ์ต่อ  
สุขภาพ

กระบวนการ  
ดูแลผิวหนัง  
อาการ  
เปลี่ยนแปลง  
และความ  
ต้องการของ  
ผู้ป่วยขณะให้  
การพยาบาล

การป้องกัน  
ผิวหนังไม่ให้  
ถูกทำลายและ  
จัดการปัญหา  
แผลกดทับ

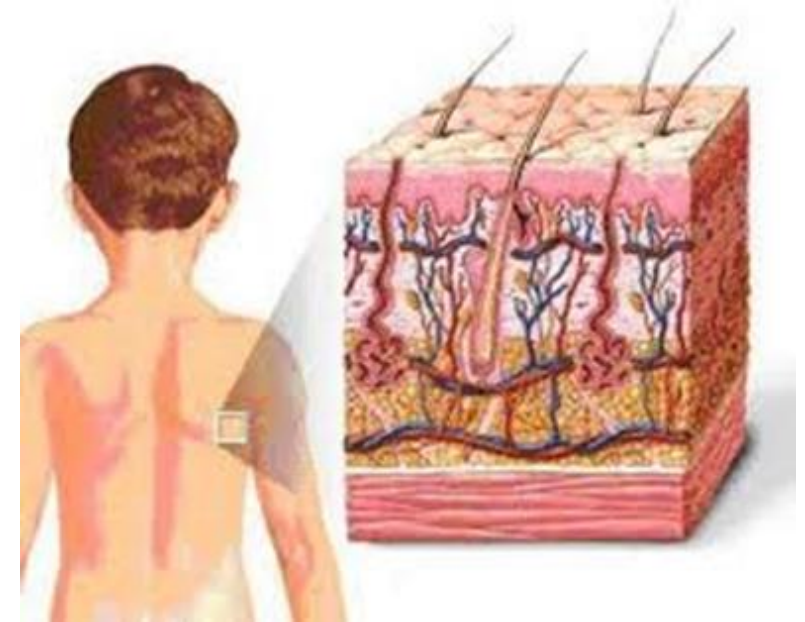
การปรึกษา  
ผู้เชี่ยวชาญ  
ที่เกี่ยวข้อง  
ในดูแล  
แผลกดทับ

ลักษณะแผล  
กดทับ  
หลีกเลี่ยง  
ไม่ได้  
(unavoidable  
pressure  
ulcer)

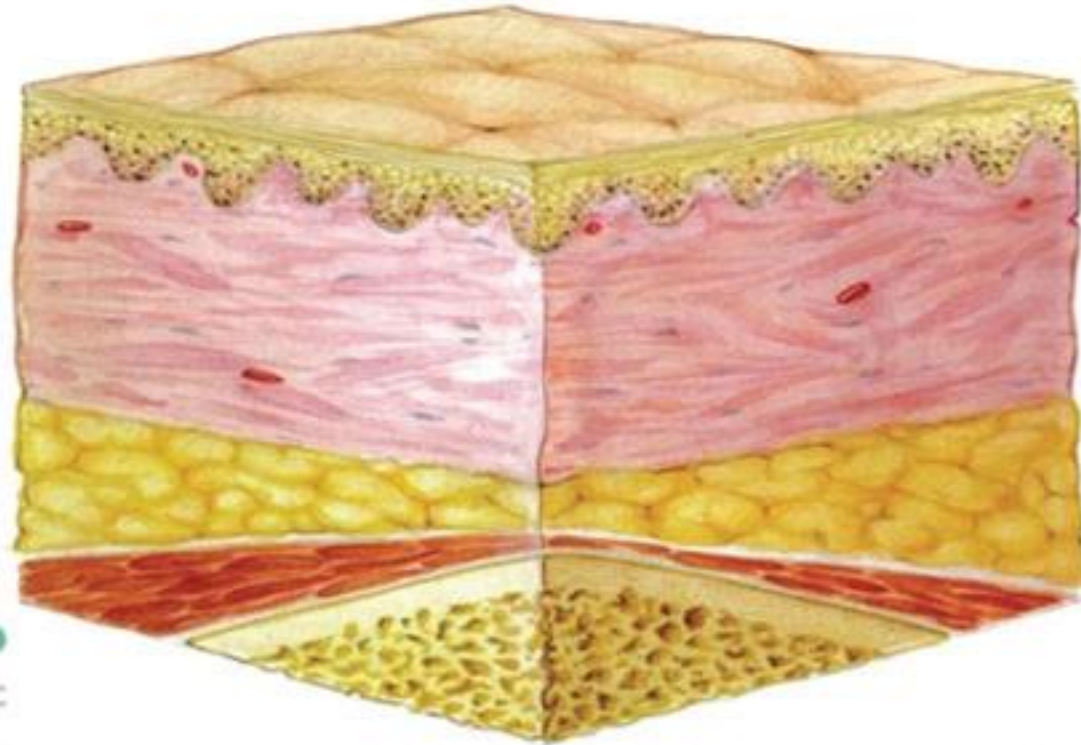
แผลกดทับที่  
หลีกเลี่ยงได้  
(avoidable  
pressure  
ulcer)

# ความสำคัญของผิวหนัง

- ผิวหนังที่สมบูรณ์มีความสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดแผล
- ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย
- มีหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อจากแหล่งภายนอก
- ช่วยควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย
- ปกป้องจากความร้อนเย็น
- เก็บไขมันและน้ำไว้เพื่อช่วยในการดูดซึม



# ลักษณะของผิวหนังปกติ



ชั้นหนังกำพร้า

ชั้นหนังแท้

ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง

กล้ามเนื้อและกระดูก

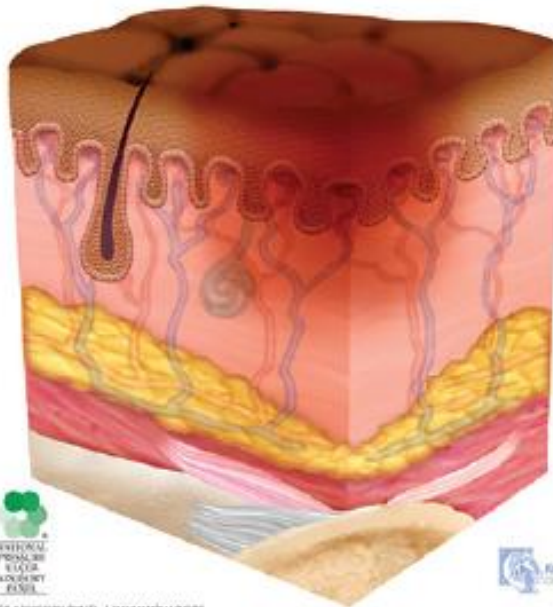




# แผลกดทับระดับที่ 1

ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง พบบริเวณปุ่มกระดูก เมื่อใช้นิ้ว  
มือกดบริเวณรอยแดงไม่จางหายไป

Stage 1 Pressure Injury – Darkly Pigmented

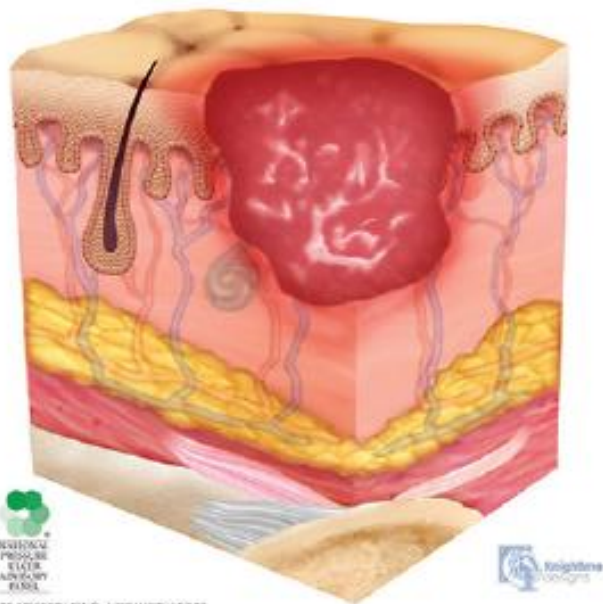


(ที่มา The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016)

## แผลกดทับระดับที่ 2

มีการสูญเสียผิวหนังถึงชั้นหนังแท้ พื้นแผลมีสีชมพูแดง ผิวหนังอาจ  
ไม่ฉีกขาดแต่พบเป็นตุ่มน้ำใส

Stage 2 Pressure Injury

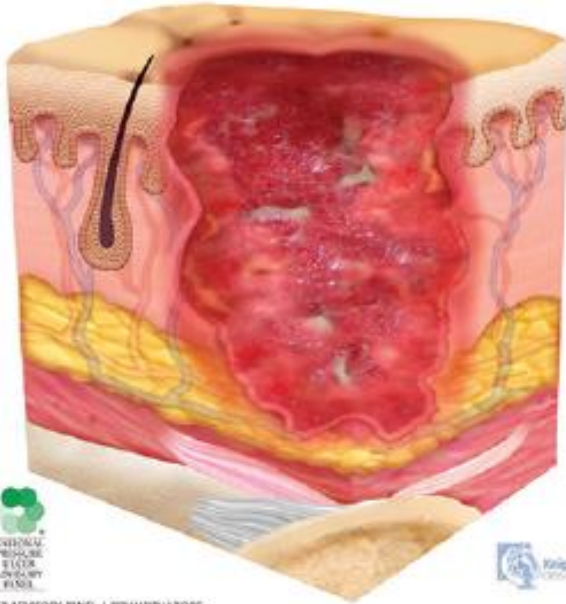


(ที่มา The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP),2016)

## แผลกดทับระดับที่ 3

มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด เห็นถึงชั้นไขมัน ไม่เห็นถึงกล้ามเนื้อและกระดูก

Stage 3 Pressure Injury



(ที่มา The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016)

## แผลกดทับระดับที่ 4

มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด เห็นถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูกพื้นผิว  
แผลอาจมีสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน

Stage 4 Pressure Injury

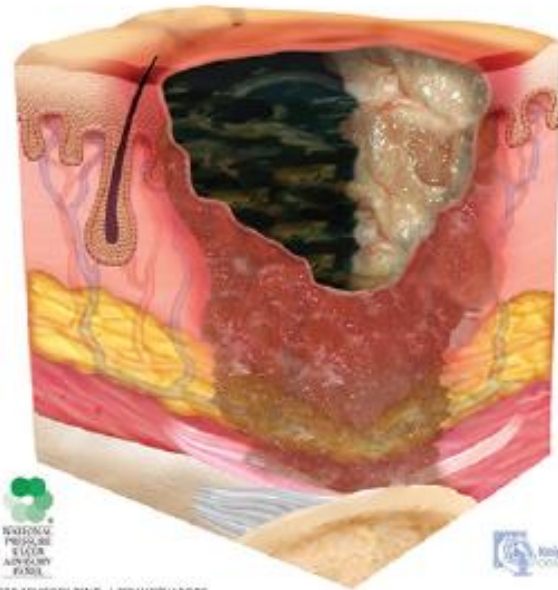


(ที่มา The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016)

## แผลกดทับที่บอกระดับความลึกไม่ได้

มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด พื้นผิวแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ย  
หรือเนื้อตายแห้งแข็ง

Unstageable Pressure Injury - Slough and Eschar



  
NATIONAL  
PRESSURE  
ULCER  
ADVISORY  
PANEL  
©2014 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

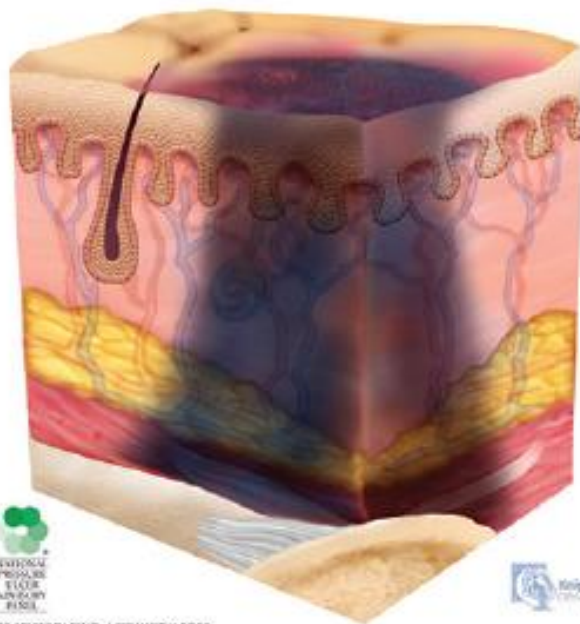


(ที่มา The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016)

## แผลกดทับที่คาดว่ามีการบาดเจ็บจากเนื้อเยื่อส่วนลึก

ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่ และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกดบริเวณผิวหนัง หรือผิวหนังฉีกขาดให้เห็นพื้นแผลเป็นสีดำหรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดขังข้างใน

Deep Tissue Pressure Injury



# แผลกดทับหลีกเลี่ยงไม่ได้ (unavoidable pressure ulcer)

แผลกดทับที่ยังเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีลักษณะต่อไปนี้คือ

- 1) ได้มีการประเมินความเสี่ยง การป้องกันการเกิด การประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีภาวะคุกคามต่อชีวิต
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในระยะสุดท้ายของชีวิต
- 4) ปัญหาทางจิตที่ไม่สามารถดำเนินการป้องกันการแผล
- 5) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะของโรคลุกลาม



# แผลกดทับหลีกเลี่ยงได้ (avoidable pressure ulcer)

เป็นแผลกดทับที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดำเนินการ





# การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ไม่ใช่สิ่งใหม่  
สำหรับการดูแล  
สุขภาพ

เป้าหมายของ  
องค์กร นโยบาย

กลยุทธ์ในการ  
จัดการที่  
เหมาะสม

ความมุ่งมั่นของ  
บุคลากร





ลดแรงกดดัน



พลิกตะแคงตัว



จัดทำ

ทำอะไร ให้ผิวหนังปลอดภัยจากแผลกดทับ

# การให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ยังคงมีความต้องการการพัฒนาการป้องกันแผลกดทับที่ เข้มแข็งและต่อเนื่อง นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในสถานการณ์จริง



# PROMOTION TO PRESSUR ULCER ZERO



# การป้องกันผิวหนังไม่ให้ถูกทำลาย

- ประเมินผู้ป่วยทุกรายอย่างรวดเร็วครอบคลุม
- บุคลากรจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ทักษะ
- สามารถประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้
- อบรมฝึกทักษะบุคลากรแกนนำ
- Best practice

ต้องป้องกันผิวหนัง  
ตอนที่ยังไม่เกิดแผล



โครงการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  
ในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



พว.สุวสิทธิ์ พยุงกิจสมบัติ, พว.ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์

พว.ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, พว.พรรณงาม พิมพ์ชู, พว.รวีวรรณ วิโรจน์สกุลกุล พว.นิรันดร์ ไชยวารีย์ ,  
พว.ชัชณี มณีวรรณ

# กิจกรรมการดำเนินงาน

## จัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน

ที่ปรึกษา	ดร. หรรษา	เทียนทอง	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
	ดร.พรศิริ	ใจสม	รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พว.สุวลีย์	พญกิจสมบัติ	งานวิชาการและพัฒนาทางการพยาบาล
	พว.ศิริลักษณ์	ศิริปัญญาวัฒน์	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์
	พว.พรพรรณ	สุทธิวงศ์	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์
	พว.ชัชณี	มณีวรรณ	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์
	พว.ธีรนนท์	สิงห์เฉลิม	งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
	พว.พรรณงาม	พิมพ์ชู	งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
	พว.รวีวรรณ	วิโรจน์สกุลกุล	งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์
	พว.นิรันดร์	ไชยวารีย์	งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์

# การพัฒนาการป้องกันและดูแลแผลกดทับ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

1. นโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพขององค์กร
2. ทีมผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ส่งเสริมการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน (In house Training) ให้โอกาสเข้าประชุมสัมมนา ฟื้นฟูความรู้ (refresh course) ที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง
3. ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ให้กับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร
4. ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่าย ที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
5. การประสานงานระหว่างบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ความกระตือรือร้นของพยาบาลที่ต้องการเรียนรู้และพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองให้มีคุณภาพ
7. การจัดการความรู้เรื่องแผลกดทับโดยชุมชนนักปฏิบัติ (CoP Wound and Ostomy)



# คณะกรรมการ/คณะทำงาน



ภาพโดย พว.สุวลีย์ พยุงกิจสมบัติ

# การเข้าถึง



ทีม **ET nurse** ในทุกหอผู้ป่วยมี  
หน้าที่ป้องกันแผลกดทับ  
ให้ความรู้ ทักษะในการป้องกันจัดการดูแลแผลเสริม  
พลัง พื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถ ดูแล  
ป้องกันแผลกดทับที่บ้านได้

มีบทบาทเป็นแกนนำเป็นพี่เลี้ยง(**coaching**)  
ขับเคลื่อนกลยุทธ์ในการป้องกันดูแลแผลเมื่อ  
ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล



# วิธีดำเนินการ: นำลงสู่การปฏิบัติ

นำลงสู่การปฏิบัติในแต่ละหอผู้ป่วย โดยใช้หลักการ **Prevention & Promote skin**



ภาพโดย : รวิวรรณ วิโรจน์สกุล  
งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์

# การป้องกันและคงความสมบูรณ์ของผิวหนังเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วย

มีขั้นตอน 2 ประการ คือ

1) การระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

2) กลยุทธ์การส่งเสริมการดูแลผิวหนังและการป้องกัน



# การใช้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้อง

ระบุผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงได้ถูกต้อง

ผู้ประเมินไม่จำเป็นต้องเป็นคนเดียวกัน

Sub ICU Med. 1  
โทร. 6491, 6115

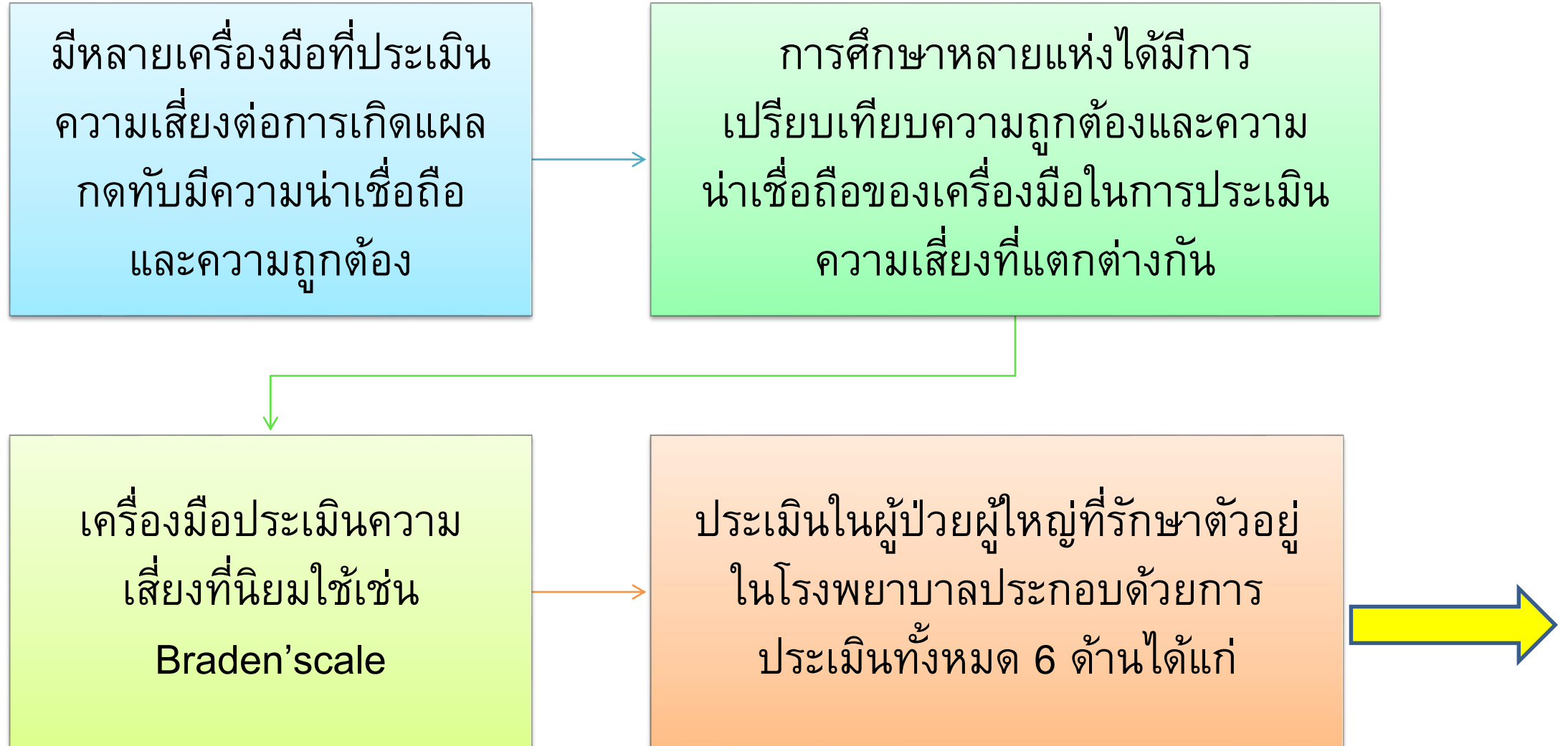
1-644-0011 Nrs ปรีชญา

ชื่อผู้ป่วย..... HN.....	อายุ.....ปี	แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	
เดือน .....		DX.....	Ward.....
เดือน .....	พ.ศ. ....	วันที่ .....	
<b>การรับความรู้สึก (Sensory Perception)</b>			
1. ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด เพราะความรู้สึกลดลงหรือระงับ หรือ ร่างกายส่วนใหญ่สูญเสียการรับความรู้สึกเจ็บปวด			
2. ตอบสนองต่อการกระตุ้นที่ทำให้เจ็บปวดเท่านั้น ทำให้เพียงร้องครวญคราง หรือมีอาการกระสับกระส่าย หรือ สูญเสียความสามารถในการรับความรู้สึกมากกว่า 1/2 ของร่างกาย			
3. ตอบสนองต่อคำสั่งที่เป็นคำพูด แต่ไม่สามารถบอกได้ทุกครั้งเมื่อมีความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือ สูญเสียความสามารถในการรับความรู้สึกของแขนขา 1 หรือ 2 ข้าง			
4. ตอบสนองต่อคำสั่งที่เป็นคำพูด หรือ ไม่มีความบกพร่องของประสาทรับความรู้สึก สามารถสื่อสาร ได้ด้วยความรู้สึกหรือคำพูด			
<b>ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture)</b>			
1. ผิวหนังเปียกชื้นเกือบตลอดเวลา มีการตรวจพบทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนท่า หรือพลิกตัวผู้ป่วย			
2. ผิวหนังเปียกชื้นบ่อย แต่ไม่ใช่ตลอดเวลา เปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เสื่อผ้าอย่างน้อยวันละครั้ง			
3. ผิวหนังเปียกชื้นเป็นบางครั้ง ต้องได้รับการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เสื่อผ้าประมาณวันละครั้ง			
4. ผิวหนังแห้งปกติ เปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เสื่อผ้าตามปกติ			
<b>ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity)</b>			
1. นอนอยู่กับเตียงตลอดเวลา			
2. มีข้อจำกัดในการเดิน หรือ ไม่สามารถเดินได้ และ/หรือต้องช่วยเหลือเพื่อนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น			
3. สามารถเดินได้เองเป็นบางครั้ง แต่เป็นระยะทางสั้นๆ อาจมีหรือไม่มีคนช่วย			
4. เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน และเดินภายในห้องอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง			
<b>ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility)</b>			
1. ไม่สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เอง ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ			
2. สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เพียงเล็กน้อย เป็นบางครั้ง ไม่สามารถทำได้บ่อย			
3. สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เพียงเล็กน้อย แต่ทำได้บ่อย และทำได้อย่างอิสระ			
4. สามารถเปลี่ยนท่าได้เอง และทำได้บ่อย โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ			
<b>โภชนาการ (Nutrition)</b>			
1. รับอาหารได้ $\leq 1/3$ ของอาหารที่จัดให้ หรือ NPO หรือ ได้รับอาหารน้ำใส หรือได้ IV $> 5$ วัน			
2. รับอาหารได้ $1/2$ ของอาหารที่จัดให้ หรือ ได้รับอาหารเหลว หรือ feed น้อยกว่าที่ควรจะได้รับ			
3. รับอาหารได้มากกว่าครึ่งในแต่ละมื้อ หรือ ได้รับ feed หรือ TPN อย่างเพียงพอ			
4. รับประทานอาหารได้เกือบหมดทุกมื้อ ไม่จำเป็นต้องให้อาหารเสริม			
<b>แรงเสียดสี และแรงไถล (Friction and shear)</b>			
1. ไม่สามารถยกผู้ป่วยขึ้น โดยไม่เสียดสีได้เลย เมื่ออยู่บนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ตัวมักจะเลื่อนไถลลง มีอาการเกร็ง, กล้ามเนื้อหดหรือตึง ซึ่งทำให้มีการเสียดสีเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา			
2. เคลื่อนไหวอย่างไม่มีแรง ระหว่างที่มีการเคลื่อนย้ายตัว อาจเกิดการเสียดสีของผิวหนังบ้าง สามารถทรงตัวได้ชัดเจนอยู่บนเก้าอี้หรือบนเตียง แต่อาจมีเลื่อนไถลลงบ้างเป็นครั้งคราว			
3. เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ และกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะยกตัวในขณะเคลื่อนไหว สามารถทรงตัวได้เป็นอย่างดีเมื่ออยู่บนเตียงหรือบนเก้าอี้			
รวมคะแนน			
ผู้ประเมิน			

เริ่มมีภาวะเสี่ยง คะแนน 15 - 18, มีภาวะเสี่ยงปานกลาง คะแนน 13 - 14, มีภาวะเสี่ยงสูง คะแนน 10 - 12, มีภาวะเสี่ยงสูงมาก คะแนน  $\leq 9$



# เครื่องมือประเมินความเสี่ยง



# แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

## 1. การรับรู้ความรู้สึก (Sensory Perception)

1-4คะแนน

ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้ไม่สบาย

## 2. ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture)

1-4คะแนน

ระดับความเปียกชื้นที่ผิวหนัง

## 3. ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity)

1-4คะแนน

ระดับการทำกิจกรรม



# แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

4. ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility)

1-4 คะแนน

ความสามารถในการเปลี่ยนท่า และการทรงตัว

5. โภชนาการ (Nutrition)

1-4 คะแนน

แบบแผนการรับประทานอาหาร

6. แรงเสียดสี และแรงไถล (Friction and shear)

1-3 คะแนน

The Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk;

<http://www.bradenscale.com>





# Pressure ulcer risk assessment

## จัดแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็น

- เริ่มเสี่ยง (At risk) คะแนน 15 – 18
- เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) คะแนน 13 – 14
- เสี่ยงสูง (High risk) คะแนน 10 – 12
- เสี่ยงสูงมาก (Very high risk) คะแนน 9 หรือต่ำกว่า

Sub ICU Med. 1  
โทร. 6491, 6115

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี  
IDN..... DX..... Ward.....

เดือน..... พ.ศ..... วันที่.....

การรับรู้ความรู้สึก (Sensory Perception)

1. ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ความรู้สึก กลิ่น อารมณ์ หรือ ว่างายส่วนใหญ่ของผู้ดูแลการรับความรู้สึกเจ็บปวด
2. ตอบสนองต่อการกระตุ้นที่ก่อให้เกิดปวดเท่านั้น ทำให้ต้องร้องกรวยคราง หรือมีอาการ กระสับกระส่าย หรือ ดูงุนงงสามารถในการรับความรู้สึกมากกว่า 1/2 ของร่างกาย
3. ตอบสนองต่อคำศัพท์เป็นคำพูด แต่ไม่สามารถบอกได้ทุกครั้งเมื่อมีความรู้สึกไม่ถูกสบาย หรือ ดูงุนงงสามารถในการรับความรู้สึกของแขนขา 1 หรือ 2 ข้าง
4. ตอบสนองต่อคำศัพท์เป็นคำพูด หรือไม่มีความบกพร่องของประสาทรับความรู้สึก สามารถสื่อสารได้ด้วยความรู้สึกหรือคำพูด

ความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Molature)

1. ความเมื่อยล้าขึ้นเกือบตลอดเวลา มีการควบคุมหรือมีข้อบกพร่องหรือพักค้างอยู่บ่อย
2. ความเมื่อยล้าขึ้นบ่อย แต่ไม่ตลอดเวลา เปลี่ยนตัวผู้ประเมินอย่างน้อยครั้ง
3. ความเมื่อยล้าขึ้นเป็นบางครั้ง ต้องได้รับการเปลี่ยนตัวผู้ประเมินสลับประมาณ 1 ครั้ง
4. ความเมื่อยล้าขึ้นเป็นครั้งคราว หรือไม่มีอาการเมื่อยล้าเลย

ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Activity)

1. นอนอยู่คนเดียวตลอดเวลา
2. มีข้อจำกัดในการเดิน หรือไม่สามารถเดินได้ และหรือต้องช่วยเหลือผู้ช่วยหรือรถเข็น
3. สามารถเดินได้เองเป็นบางครั้ง แต่เป็นระยะทางสั้นๆ อาจมีหรือไม่มีรถเข็น
4. เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน และเดินภายในห้องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility)

1. ไม่สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เอง ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ
2. สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เองเล็กน้อย เป็นบางครั้ง ไม่สามารถทำได้อีก
3. สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เองเล็กน้อย แต่ทำได้อ่อน และทำได้อย่างอิสระ
4. สามารถเคลื่อนไหวได้เอง และทำได้อ่อน โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ

โภชนาการ (Nutrition)

1. รับประทานอาหารได้  $\leq 1/3$  ของอาหารที่จัดให้ หรือ NPO หรือ ได้รับอาหารน้ำใส หรือ IV  $> 5$  วัน
2. รับประทานอาหารได้  $1/3$  ของอาหารที่จัดให้ หรือได้รับอาหารเหลว หรือ food น้อยกว่าที่ควรจะได้รับ
3. รับประทานอาหารได้มากกว่าครึ่งในแต่ละมื้อ หรือได้รับ food อย่างเพียงพอ
4. รับประทานอาหารได้เกือบทั้งหมดทุกมื้อ ไม่จำเป็นต้องให้อาหารเสริม

แรงเสียดสี และแรงเฉือน (Friction and shear)

1. ไม่สามารถยกตัวขึ้น โดยไม่ต้องใช้มือ เมื่อผู้ประเมินวางมือที่ตัวผู้ป่วยจะเลื่อนไหลลง มีอาการแสบ, แสบร้อนหรือคัน ซึ่งทำให้มีการเสียดสีกับเตียงตลอดเวลา
2. เคลื่อนไหวอย่างไม่มีแรง ระหว่างที่มีการเคลื่อนย้ายตัว อาจเกิดการเสียดสีของผิวหนังบ้าง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือรับแรงเสียดสีอย่างมีสติโดยยังเป็นผู้รับทราบ
3. เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ และยกขึ้นเพื่อทำความสะอาดหรือเช็ดตัวในขณะเคลื่อนไหว สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นอย่างดีเมื่อผู้ประเมินวางมือ

รวมคะแนน  
ผู้ประเมิน

เกณฑ์การเสี่ยง คะแนน 15 - 18, มีภาวะเสี่ยงปานกลาง คะแนน 13 - 14, มีภาวะเสี่ยงสูง คะแนน 10 - 12, มีภาวะเสี่ยงสูงมาก คะแนน  $\leq 9$

14:101

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ตัดแปลงจาก The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk พบว่ามี คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18

### บันทึกการประเมินในแผนการพยาบาล

# กลยุทธ์การส่งเสริมการดูแลผิวหนังและป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ



# ระบบบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

- วางแผนร่วมกันทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ
- มีข้อมูลที่จำเป็นในการปฏิบัติหรือดำเนินกิจกรรมต่างๆ
- ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้านได้



# การประเมินปัจจัยเสี่ยง



- การประเมินความเสี่ยงทั้งสภาพทั่วไป ร่างกาย จิตใจ สังคม
- มุ่งเน้นไปที่ความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย

มีการระบุปัจจัย  
เสี่ยง



เริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับ

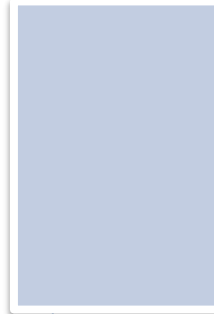


เพื่อลดโอกาสเกิด  
อันตรายต่อผู้ป่วย

# การประเมินปัจจัยเสี่ยง



1.โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ภาวะ  
ของโรคที่ลุกลามมากขึ้น



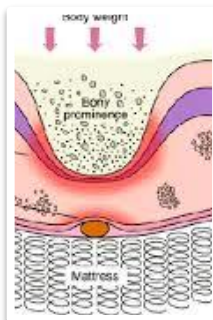
2.ความพร้อมในการรับ  
ความรู้สึกร



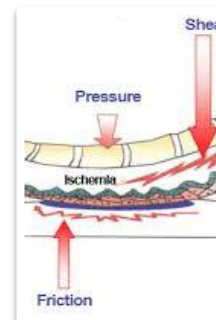
3.การเปลี่ยนแปลงของสีผิวที่  
มีส่วนสัมพันธ์กับแรงกด



4.ภาวะโภชนาการ

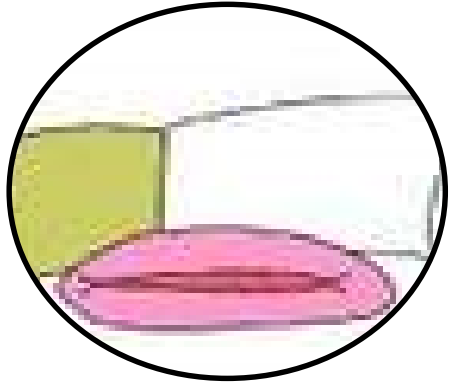


5.การไหลเวียนของเลือด  
ไม่ได้



6.แรงเฉือน (shear)

# การประเมินปัจจัยเสี่ยง



7. พื้นผิวที่สัมผัสกับ  
ที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอน



8. ภาวะกลั้น  
อุจจาระปัสสาวะ  
ไม่ได้



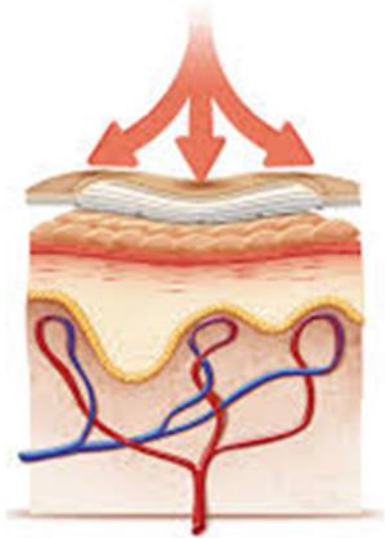
9. การได้รับยาบาง  
ชนิดที่กดภูมิคุ้มกัน



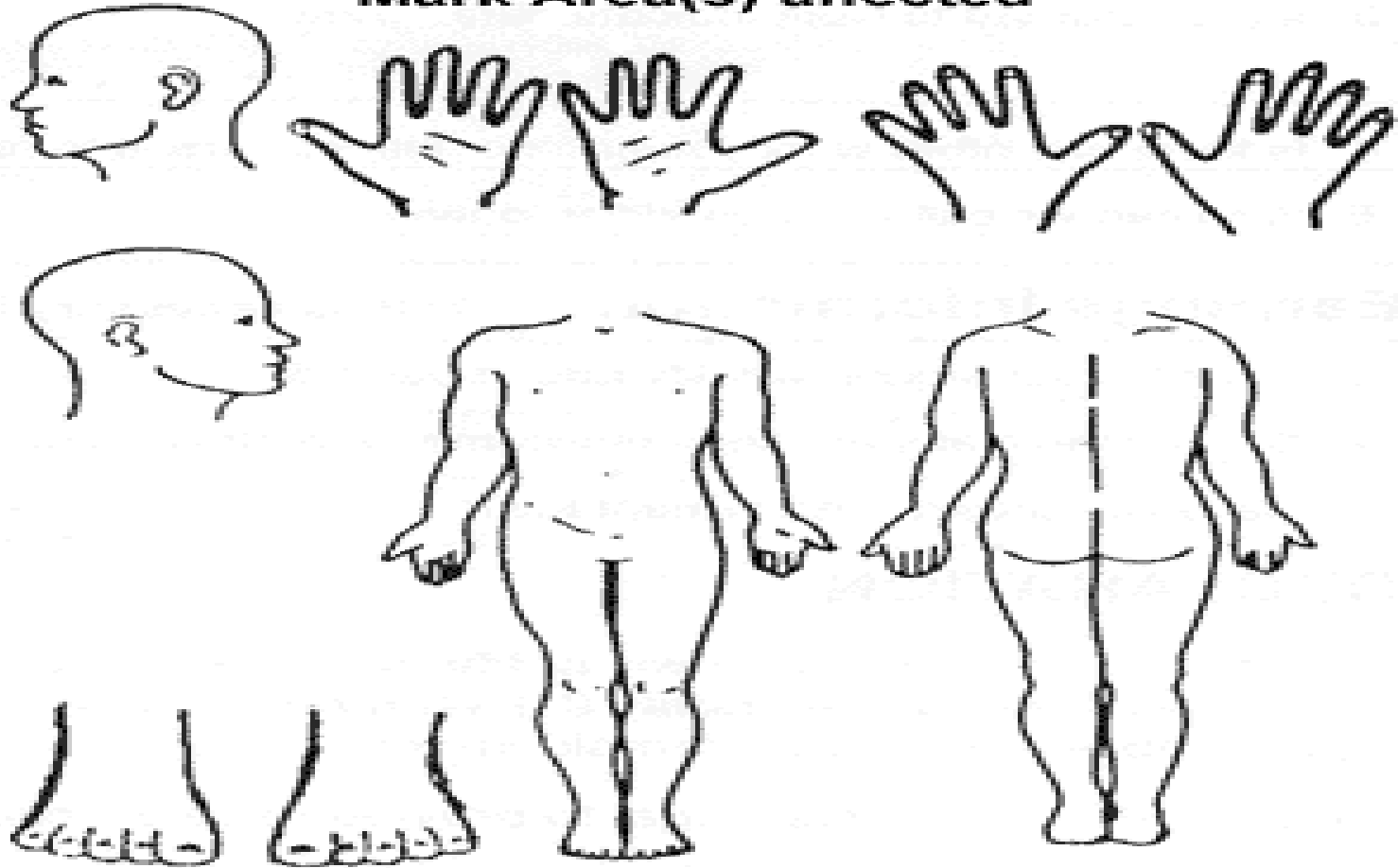
10. ปัจจัยด้านจิตใจ  
ภาวะซึมเศร้า  
ความเครียด



# ประเมินผิวหนัง(skin assessment)



Mark Area(s) affected



# ประเมินผิวหนัง(skin assessment)

- ✓ ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินผิวหนังตั้งแต่แรกรับ และ
- ✓ โดยตรวจดูว่ามีรอยแดง รอยช้ำ บวม มีแผล มีก้อนนูน มีผื่น ผิวหนังมีสีคล้ำ แข็ง นุ่ม ร้อน หรือเย็นแตกต่างไปจากผิวหนังบริเวณใกล้เคียงหรือไม่

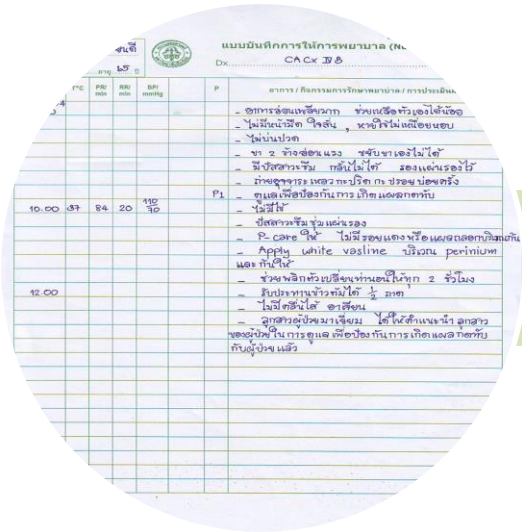




# ประเมินผิวหนัง(skin assessment)



บันทึกลักษณะผิวหนังผู้ป่วยที่ประเมินได้  
ในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ



บันทึกการประเมินในnurse note

ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยว่าได้มีการบันทึกการประเมิน  
ผิวหนังภายในระยะเวลาที่กำหนด

# การประเมินซ้ำ

2. ควรมีการประเมินซ้ำทุกวันผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล

- ความซับซ้อนและความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลงทุกวัน ความสมบูรณ์ของผิวหนังลดลงในเวลาไม่กี่ชั่วโมง
- พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับเช่น sacrum, back, buttocks, heels, and elbows



# การจัดการดูแลผิวหนัง



ทำความสะอาดผิวหนังเป็นประจำทุกวัน



ทำความสะอาดทุกส่วนของผิวหนังด้วยสบู่อ่อนและน้ำ



ทุกครั้งหลังการขับถ่าย ปัสสาวะ และอุจจาระ



# การจัดการดูแลผิวหนัง

หลีกเลี่ยงการขูดถูบริเวณผิวหนัง  
ทำความสะอาดผิว

ควรใช้การทำความสะอาดอย่าง  
อ่อนโยนเพื่อลดการระคายเคือง

ซับบริเวณผิวหนังให้แห้ง



# การจัดการดูแลผิวหนัง

ในผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้ง ผู้ป่วย  
ที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น  
โดยการทาโลชั่น  
วาสลีน ครีม หรือ  
Ointment



# การจัดการดูแลผิวหนัง

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ควรจัดหา
- วัสดุอุปกรณ์ในการทำความสะอาดและป้องกันผิวหนังรวมเข้าด้วยกันและวางไว้ที่ข้างเตียง



# การจัดการดูแลผิวหนัง

- หลีกเลี่ยงการใช้ความร้อนประคบบริเวณผิวหนังที่รับรู้สีลดลง หรืออ่อนแรง
- หลีกเลี่ยงการนวดผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง และบริเวณปุ่มกระดูก



# การจัดการดูแลผิวหนัง

- บันทึกลักษณะผิวหนังที่ประเมินได้ และวิธีการจัดการในบันทึกการให้การพยาบาล
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สำหรับการเปลี่ยนแปลงของผิวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้รวมแผลกดทับได้





# ประเมินภาวะโภชนาการ



ทบทวนปัจจัยด้าน  
โภชนาการและการ  
ประเมินความชุ่มชื้น  
ของผิวหนัง



ความบกพร่องใน  
การบริโภค



น้ำหนักตัวที่ลดลง  
หรือการสูญเสียน้ำ



ผิวหนังขาดความชุ่ม  
ชื้น อาจถูกทำลาย  
จนกลายเป็นแผล  
กดทับ

# ประเมินภาวะโภชนาการ

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Serum albumin ชั่งน้ำหนัก
- ประเมินดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) และ
- สอบถามประวัติ ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ
- ประเมินซ้ำเมื่ออาการและอาการแสดง



# ดูแลภาวะโภชนาการ

- ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ (รับประทานด้วยตนเอง การได้รับอาหารทางสายยาง การได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ)
- ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประเมินอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น น้ำหนักลด ความตึงตัวของผิวหนัง ระดับ serum Na ที่เพิ่มขึ้น ค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ เช่น ไข้ เหงื่อออกมาก อาเจียน ท้องเสีย ปริมาณสิ่งขับหลังจากแผล ท่อหรือสายระบายต่างๆ



# ลดแรงกดที่กระทำต่อผิวหนัง

จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล

จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน

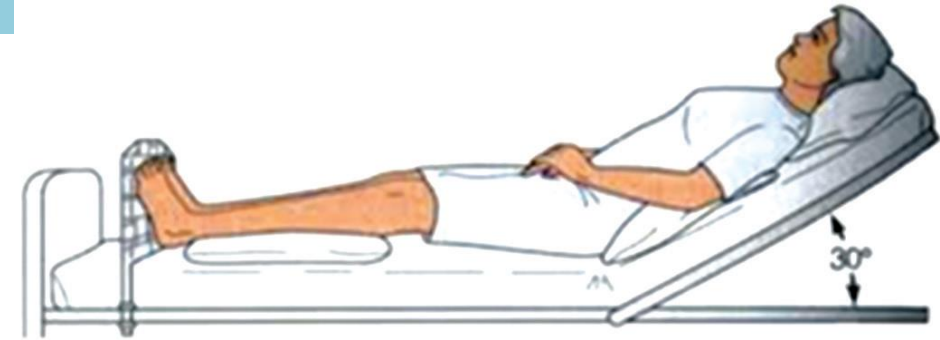
เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่ และสะโพก

ใช้หมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า และตาตุ่ม

เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

จัดท่านอนหงายให้ใช้หมอนสอดรองใต้เข่า ใต้ท้อง และขา ยกสันเท้าให้ลอยขึ้น ไม่สัมผัสกับที่นอน

เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่



# ลดแรงกดที่กระทำต่อผิวหนัง

- ใช้อุปกรณ์ช่วยลด และกระจายแรงกด เช่น ที่นอนที่ทำจากเจล โฟม น้ำ และลม ในการเคลื่อนย้าย



นวัตกรรมหมอน 30 องศา  
โดย พรรณงาม พิมพ์ชู

# ลดแรงกดที่กระทำต่อผิวหนัง

- การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยใช้วิธีการยกตัวผู้ป่วยในการพลิกตะแคงตัวและเคลื่อนย้าย ไม่ใช้วิธีการลาก ดึง ใช้ผ้ารองยกตัวในการช่วยยก ใช้กระดานเลื่อนตัว (Pad slide) ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย



# การส่งเวร, morning conference



มีการรายงาน

อุบัติเหตุการณ์แผลกดทับทุกเดือน

ความชุกแผลกดทับทุก 6 เดือน

# การจัดการความรู้ (knowledge management) ประชุม KM ET. Nurse 2 -3 เดือนต่อครั้ง

☐ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หาแนวทางการแก้ปัญหาทั้งจากประสบการณ์ ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ จาก ET. Nurse แต่ละงานการพยาบาล

CoP wound and ostomy



## ผลที่ได้

- องค์ความรู้ใหม่จากการปฏิบัติ เช่นวิธีการจัดการป้องกันแผลกดทับ แนวปฏิบัติการจัดการป้องกันดูแลแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเด็ก เป็นต้น
- ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน



# สร้างความเข้มแข็งของหน่วยงาน

มีวิธีการสร้างความเข้มแข็งโดยเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติ ให้กับพยาบาลวิชาชีพ



ส่งผลให้  
บุคลากร  
สามารถเฝ้า  
ระวังการเกิด  
แผลกดทับ



ส่งเสริมการ  
หายของแผล  
กดทับ ให้  
ข้อมูลผู้ป่วย  
และผู้ดูแลใน  
การป้องกัน  
แผลกดทับ



ขยายความรู้  
สู่การ  
ปฏิบัติการ  
ดูแลใน  
หน่วยงาน  
ของตน



รูปแบบการ  
ถือฤกษ์การ  
ประสานการ  
ดูแลร่วมกัน  
ระหว่าง  
ภายในและ  
ภายนอก  
หน่วยงาน



พยาบาลมี  
ส่วนร่วมใน  
การพัฒนา  
ความสามารถ  
และทักษะ  
ในการดูแล  
ผู้ป่วย

# การพัฒนาศักยภาพ ทักษะ และนำมาสู่การพัฒนาการปฏิบัติงาน

## Key Success in Pressure Ulcers Prevention



# พัฒนาศักยภาพ ทักษะ และนำมาสู่การพัฒนาการปฏิบัติงาน

## ทำความเข้าใจลักษณะผลิตภัณฑ์ระดับต่างๆ



## การป้องกันผิวหนัง



## ฝึกทักษะการจัดทำนอน



# ฝึกทักษะญาติผู้ดูแล ในเทคนิคการป้องกันแผลกดทับ





# พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการป้องกันแผลกดทับปี 2558

ส่งเสริมการจัดการความรู้ ภายในองค์กร(KM)



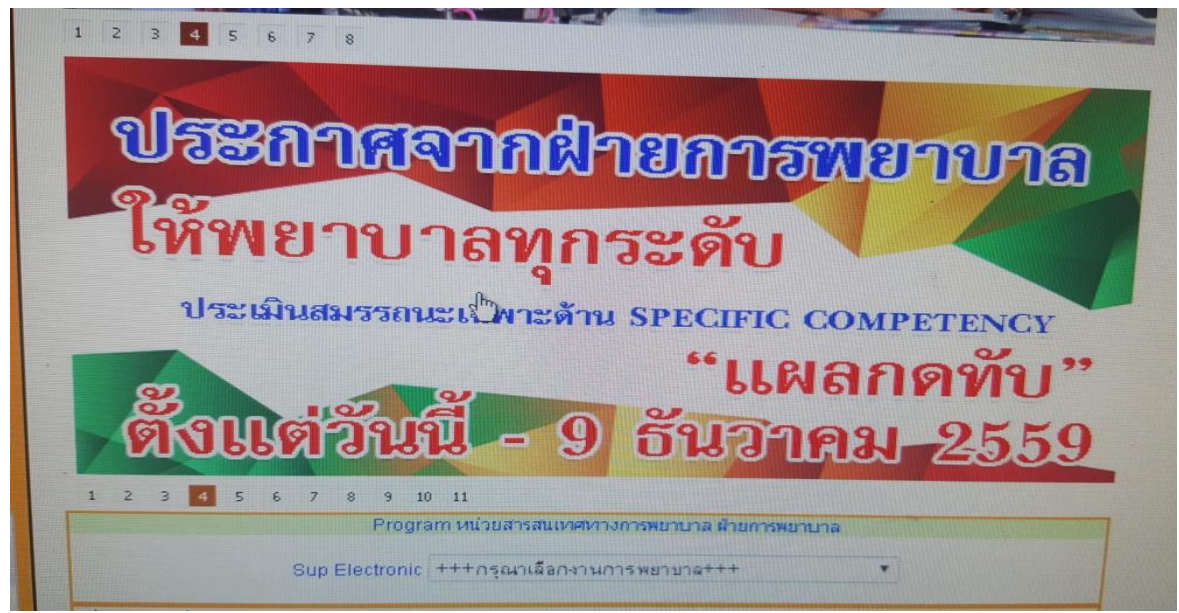
แบบประเมินสมรรถนะบุคลากรดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... ปี วันเดือนปี ที่เริ่มปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย.....  
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ..... ปี วันเดือนปี ที่ได้รับการประเมิน .....

- การประเมินตนเอง**
- 1 = ไม่มีความรู้หรือประสบการณ์
  - 2 = มีความรู้หรือประสบการณ์บ้าง
  - 3 = มีความรู้ และมีความมั่นใจ
- เกณฑ์การให้คะแนน**
- 1 = สมรรถนะไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน (Need improve)
  - 2 = สมรรถนะผ่านเกณฑ์การประเมิน (Meet standard)
  - 3 = สมรรถนะเกินเกณฑ์การประเมิน (Exceed standard)
- วิธีการประเมิน**
- O = Observation (สังเกตการปฏิบัติงาน)
  - W = Written test (การทดสอบ)
  - R = Review document (การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง)
  - D = Demonstration (การแสดง สาธิตหรือปฏิบัติ)
  - V = Verbal (การสัมภาษณ์ ชี้ถาม พูดคุย)
  - WS = Work shop skill (การวัดทักษะในการปฏิบัติ)

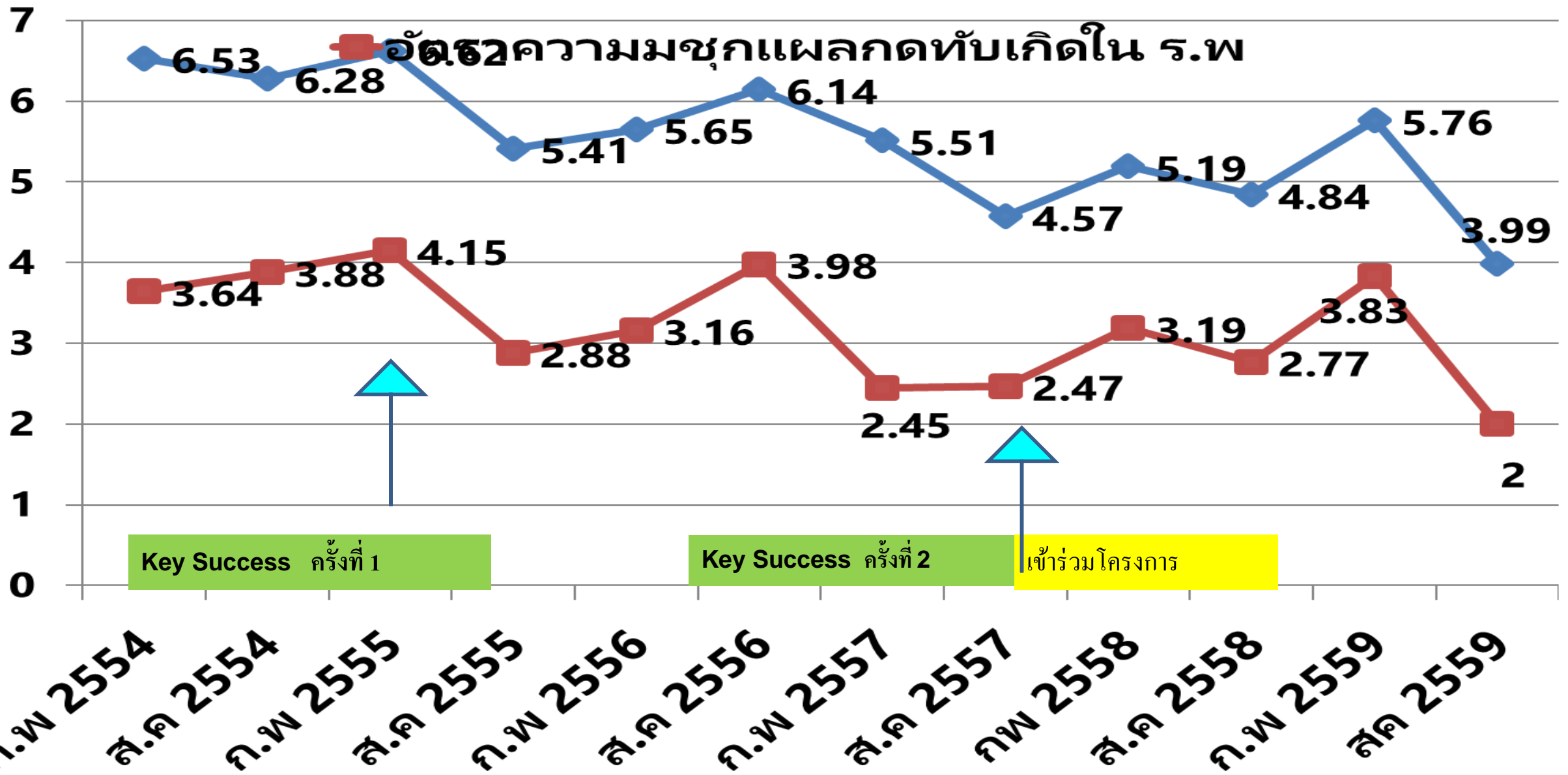
การประเมินตนเอง	ข้อความระบุสมรรถนะ	วิธีการประเมิน	การประเมินสมรรถนะ		
			1	2	3
1	2	3	1	2	3
0 - 1 ปี					
	บอกความหมายของแผลกดทับได้				
	บอกปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้				

## พัฒนาเข้าสู่การประเมินสมรรถนะในระบบITฝ่าย การพยาบาล เมื่อธันวาคม 2559



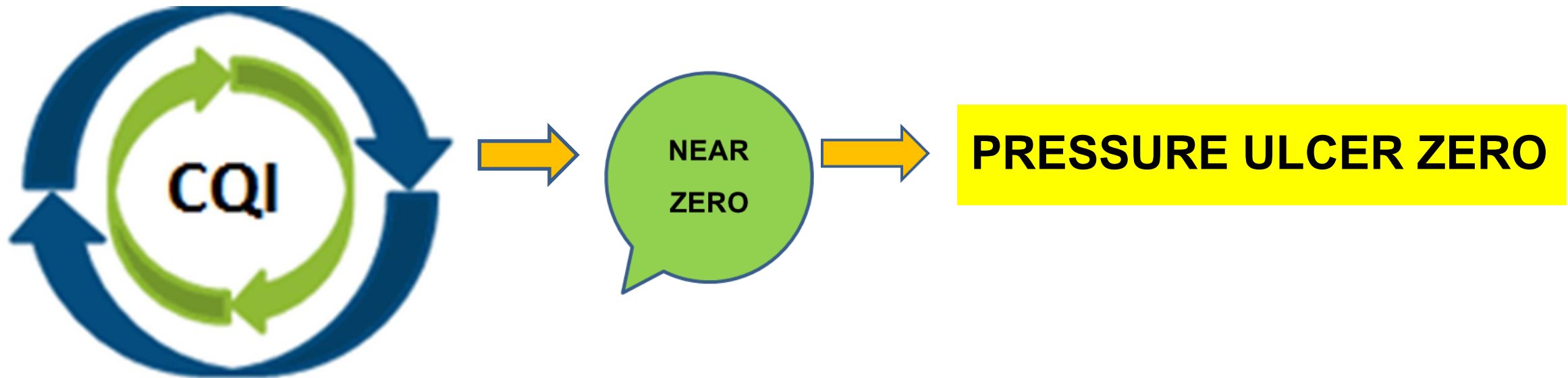
# เปรียบเทียบอัตราความชุกแผลกดทับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

◆ อัตราความมชุกแผลกดทับทั้งหมด



# สรุป

- การให้ความสำคัญกับการดูแลผิวหนังและการป้องกันควบคู่กันไปเพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง ปลอดภัยจากแผลกดทับ จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแล และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ทักษะและสามารถประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และนำสู่การปฏิบัติอย่างมีต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย







วอนคุณค่ะ

# เอกสารอ้างอิง

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer stages revised by NPUAP. Available at: <http://www.npuap.org/pr2.htm>. Accessed April 19, 2007.
2. Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Anna-Christina EK. Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scandinavia Journal Caring Science* 2004; 18: 57–64.
3. Sibbald G, Norton L, Kevin Y. Skin care and preventing pressure sores in hospital, *Advance Skin Wound Care* 2009;22:230-6.
4. Guy H. Pressure ulcer risk assessment. *Nursing Times* 2012;108 (4):16-20.
5. Berkowitz, D. et al. Preventing pressure ulcers in hospitals: A tool kit for improving quality care. Agency for Healthcare Research and Quality 2014. Retrieved from: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcertoolkit/index.html>
6. Duncan K.D. Preventing Pressure Ulcers: The Goal Is Zero. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007; 33(10): 605-609.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Not All Pressure Ulcers are Avoidable*. Washington 2010; DC: NPUAP.
8. Norton L et al. Beds: practical pressure management for surfaces/mattresses. *Advances in Skin and Wound Care* 2011; 24: 7, 324-332.
9. Haugen V et al (2011) Decreasing pressure ulcer risk during hospital procedures: a rapid process improvement workshop. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*; 38: 2, 155-159.
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Washington 2009: NPUAP.

ขอบคุณค่ะ

