





โรงพยาบาลวังยาง

 โรงพยาบาลวังยาง WANGYANG HOSPITAL	โรงพยาบาลวังยาง	หน้าที่ : 1
	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18	ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)
	เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด ผลกดทับ	วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66
	ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทีย์ พิลา	ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

Workinstruction

แนวทางการเฝ้าระวังการเกิดผลกดทับ


จัดทำโดย


(นางสาวสุนทีย์ พิลา)

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


ตรวจสอบโดย


(นายวิวัฒน์ วงศ์คำซี)

ตำแหน่ง

หัวหน้าพยาบาล

อนุมัติให้ใช้โดย


(นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์)

ตำแหน่ง

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังยาง

วันที่อนุมัติ

16 พ.ค. 66

วันที่แจกจ่าย

16 พ.ค. 66

วันที่มีผลบังคับใช้

16 พ.ค. 66



โรงพยาบาลวังยาง
WANGYANG HOSPITAL

โรงพยาบาลวังยาง	หน้าที่ : 2
วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18	ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)
เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับ	วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66
ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทีย พิลา	ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้พยาบาลสามารถลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและบันทึกทางการพยาบาล (Nurses ' Note) ได้ถูกต้อง

ขอบเขต

วิธีปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังยาง

คำจำกัดความ

แผลกดทับ หมายถึง การที่ผิวหนังถูกกดอยู่เป็นเวลานานอย่างต่อเนื่องทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงผิวหนังได้น้อยกว่าปกติ ผิวหนังจะขาดอาหารและออกซิเจน ทำให้เนื้อเยื่อที่ถูกกดเกิดเนื้อตายกลายเป็นแผล ซึ่งผิวหนังที่ถูกกดจะถูกทำลายจากผิวหนังลึกลงไปถึงเนื้อเยื่อชั้นล่าง กล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งแบ่งเป็น ๔ ระดับ


ระดับที่ ๑ ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับจะเป็นรอยแดง ยังไม่มีรอยฉีกขาด แต่สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆที่ข้างเคียง เมื่อลดการกดทับ รอยแดงจะไม่หายไปภายใน ๓๐ นาที

ระดับที่ ๒ มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนถึงชั้น Dermis ผิวหนังอาจฉีกขาดหรือไม่ฉีกขาด เช่น รอยถลอก เป็นตุ่มพอง อาจมีน้ำเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเป็นแผลตื้นๆ โดยไม่มีเนื้อตาย (slough)

ระดับที่ ๓ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด เกิดแผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ชั้นพังผืด แต่ไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็นและกระดูก อาจเป็นหลุมลึกหรือเป็นโพรงใต้ขอบแผล อาจพบ slough แต่ไม่ปกคลุมแผลทั้งหมด

ระดับที่ ๔ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อต่อ พื้นแผลอาจมีเนื้อตาย (slough) หรือสะเก็ดแข็ง (eschar) ปกคลุมบางส่วน และส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้น้อย และผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บสาหัส ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมิน Braden Scale และพบว่ามีความรุนแรงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ คะแนน

 โรงพยาบาลวังยาง WANGYANG HOSPITAL	โรงพยาบาลวังยาง	หน้าที่ : 3
	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18	ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)
	เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับ	วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66
	ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทีย พิลา	ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแบ่งเป็น ๒ ปัจจัย คือ

๑. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ผู้สูงอายุชั้นไขมันใต้ผิวหนังบางลง โรคประจำตัว สภาวะโภชนาการที่แย่ง การกำจัดถ่ายเคลื่อนไหว และการควบคุมการขับถ่ายที่ลดลง เป็นต้น

๒. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด แรงเสียดทาน แรงเสียดทาน และความเปียกชื้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ เกิดขึ้นร่วมกับปัจจัยภายในทำให้เกิดแผลกดทับขึ้นและแผลมีแนวโน้มที่จะเป็นเพิ่มมากขึ้น

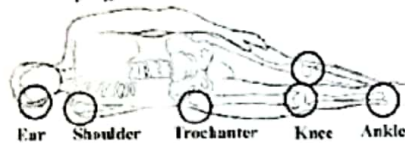
แรงกด (Pressure) หมายถึงแรงกดที่มีผลต่อผิวหนังและขัดขวางการส่งผ่านของออกซิเจนและ สารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อคือแรงกดประมาณ ๓๒ mmHg บริเวณที่เป็นส่วนของปุ่มกระดูกเมื่อถูกกดทับ แรงกดและน้ำหนักจะมีผลต่อเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นในสุดที่ติดกับกระดูกและขยายออกมาถึงพื้นผิวหนังนอกเป็น ลักษณะ cone - shape เมื่อผู้ป่วยนอนอยู่ที่เตียงในโรงพยาบาลวัดแรงกดได้ ๑๕๐ mmHg และเมื่อนั่งจะมีแรงกด > ๓๐๐ mmHg ถ้าผู้ป่วยไม่ได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเลยก็จะมีผลให้เกิดเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ถ้ามีการเคลื่อนไหวทุก ๒ ชั่วโมง แรงกดจะลดลงเหลือ ๗๐ mmHg และถ้ามีการลดแรงกดเป็นพักๆ จะช่วยลดการเกิดอันตราย / การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้

บริเวณปุ่มกระดูกที่มีแรงกดสูงเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับดังรูป

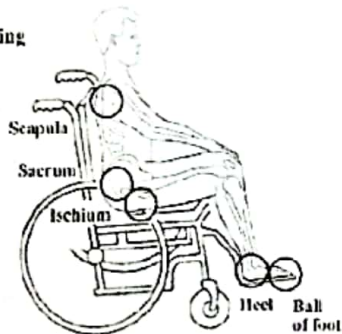
A. Supine



B. Side-lying



C. Sitting





โรงพยาบาลวังยาง
WANGYANG HOSPITAL

โรงพยาบาลวังยาง

หน้าที่ : 4

วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18

ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)

เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด
แผลกดทับ

วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66

ผู้จัดทำ : นางสาวสุคนธ์ทิพย์ พิลา

ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

อัตราการเกิดแผลกดทับ หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ ๑-๔ ที่เกิดขึ้นใหม่หรือแผลกดทับเดิมที่มีลักษณะเลวลง (เพิ่มระดับ) ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เปรียบเทียบกับ จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลา ๑ เดือน

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนการเกิดแผลกดทับใหม่/ลุกลาม (stage 1-4) ในรอบ 1 เดือน (ครั้ง)}}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times ๑,๐๐๐$$

จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หมายถึง ช่วงเวลาที่มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Score \leq ๑๖ คะแนน หรือ \leq ๑๘ คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป)

ขั้นตอนการปฏิบัติ

การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้ปฏิบัติดังนี้

๑. ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ครั้งแรกรับโดยใช้ Braden scale ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่อไปนี้

- กลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- กลุ่มผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้น้อย
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บสาหัส

การแปลผลคะแนน Braden scale

คะแนน Braden scale ๐ - ๙ คะแนน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก ต้องทำการสำรวจปุ่มกระดูกทุกเวรและปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่อย่างเคร่งครัดทุกข้อ ใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนที่นอนลม ควบคู่ไปกับการจัดการความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นเมื่อพลิกตัว

คะแนน Braden scale ๑๐ - ๑๒ คะแนน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำการสำรวจปุ่มกระดูกทุกเวรและปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่อย่างเคร่งครัด ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น ที่นอนลม หรือที่นอนลดแรงกดรูปแบบอื่น

คะแนน Braden scale ๑๓ - ๑๔ คะแนน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง ต้องทำการเฝ้าระวัง ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่ สำรวจปุ่มกระดูกทุกเวร กำหนดเวลาพลิกตัว ใช้หมอนช่วยในการจัดท่า

คะแนน Braden scale ๑๕ - ๑๘ คะแนน เป็นผู้ที่เริ่มเสี่ยง ต้องทำการเฝ้าระวังและสำรวจปุ่มกระดูกทุกเวร พลิกตัวและกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุด ดูแลผิวหนังและภาวะโภชนาการ



โรงพยาบาลวังยาง
WANGYANG HOSPITAL

โรงพยาบาลวังยาง	หน้าที : 5
วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18	ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)
เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับ	วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66
ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทิพย์ พิลา	ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

๒. ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับซ้ำโดยใช้ Braden scale ในผู้ป่วย
ทั้ง ๓ กลุ่ม ทุกๆ ๒๔ ชั่วโมง

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ

การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับและระยะเวลาการกดทับ ดังนี้

๑. จัดท่านอนและท่านั่งที่ถูกต้อง โดยจัดให้อนอนหงายศีรษะสูง ๓๐ องศา (หนุนหมอน ๑ ใบ สูง
ประมาณ ๓ นิ้ว) สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงท่ามุม ๓๐ องศา หรือนอนคว่ำถ้าไม่มีข้อห้าม จัดท่านั่งให้
ลำตัวตรง หลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา และไขว้ขาเตียงนั่งศีรษะสูงไม่เกิน ๖๐ องศาขณะ
feed อาหารนาน ๑ ชั่วโมง

๒. กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือ โหนตัว ยกกันบ่อยๆ ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง

๓. พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนังอย่างถูกวิธี ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายเอง
ไม่ได้ หรือได้น้อย

๔. กระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัวให้กันลอยจากพื้นทุก ๑๕ - ๓๐ นาที และไม่ควรงั่งรถเข็น
ติดต่อกันเกิน ๖ ชั่วโมง/วัน ในกรณีนั่งรถเข็น

๕. ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน เช่น ใช้ที่
นอนฟองน้ำหรือที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ
เบาะรองกันเอนในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น เพื่อลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนเล็กๆของร่างกาย เช่น หัวไหล่ ใบ
หู ข้อศอก ข้อมือ สันเท้า ในกรณี Braden' score ด้านการเคลื่อนไหวและการเสียดสี ≤ 2 เป็นต้น

๖. ห้ามกดนวดบริเวณปุ่มกระดูก

๗. เคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยกตัว หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว,

Slide bord

๘. สำรจรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเข็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัว และลงบันทึกทุกวัน
ในแบบเฝ้าระวังหรือบันทึกทางการพยาบาล

๙. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล

๑๐. ทาโลชั่น หรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

๑๑. ทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายทุกครั้งด้วยสำลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และทา
เคลือบผิวหนังบริเวณก้น สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน โลชั่นหรือครีมป้องกันการระคาย
เคืองจากความเปียกชื้น

๑๒. ผู้ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด

๑๓. ประเมินการขับถ่ายทุก ๒ ชั่วโมง

๑๔. ใช้ Blue pad รองกันแทนการห่อหุ้มด้วยผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๑๕. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง



โรงพยาบาลวังยาง
WANGYANG HOSPITAL

โรงพยาบาลวังยาง

หน้าที่ : 6

วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18

ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)

เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด
แผลกดทับ

วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66

ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทิพย์ พิลา

ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

๑๖. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล

โดยสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

- ตรวจสอบลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีอาการชาว่ามีรอยแดง รอยถลอก ตุ่มน้ำหรือไม่ทุกวัน หลังอาบน้ำเช้า - เย็น
- การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ถูกวิธี
- การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี
- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนัง
- ไม่ควรนั่งรถเข็นติดต่อกันเกิน ๖ ชั่วโมงต่อวันและควรขยับเปลี่ยนท่าทุก ๑๕-๓๐ นาที
- ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เบาะ

ลมรองนั่ง ที่นอนลม

๑๗. บันทึกการเกิดแผลกดทับ ทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/แผลใหญ่ขึ้น/แผลลึกขึ้น/แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี ตำแหน่งที่เกิดแผล ระดับและขนาดของแผลกดทับ ลักษณะและปริมาณ exudate ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล (nursing progress note)

๑๘. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลกดทับ ดังนี้

แผลระดับที่ ๑ หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่พบ พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง จัดท่าที่ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด

แผลระดับที่ ๒ ทำความสะอาดแผลด้วย ๐.๙% NSS ปิดแผลด้วย gauze หรือวัสดุที่เหมาะสม เช่น transparent dressing, Hydrocolloid dressing

แผลระดับที่ ๓ ทำความสะอาดแผล pack ด้วย ๐.๙% NSS และปิดแผลด้วย gauze วันละ ๑-๒ ครั้ง หรือปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสม เช่น Absorbment, Foam dressing, Hydrofiber, Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก ๓-๕ วันหรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตายปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย


แผลระดับที่ ๔ ดูแลเหมือนระดับ ๓ และปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลแผลที่เหมาะสม

๑๙. ดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

๑๙.๑. ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (กรณีไม่มีข้อจำกัด) โดยเสริมอาหารโปรตีนจากไข่ นม และเสริมอาหารที่มีวิตามินซี เช่น ผักสด ผลไม้ หรืออาหารเสริมสำเร็จรูป

๑๙.๒. ให้อาหารทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน ตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย

๑๙.๓. ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ ๒๐๐๐ - ๓๐๐๐ cc. ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

 โรงพยาบาลวังยาง WANGYANG HOSPITAL	โรงพยาบาลวังยาง	หน้าที่ : 7
	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18	ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)
	เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับ	วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66
	ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทิตพย์ พิลา	ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

๒๐. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้
 สรุปรายการเกิดแผลกดทับและบันทึกในแบบประเมินเฝ้าระวังฯ ประเมินความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย
 ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผลแก่ญาติ การจัดเตรียม/จัดหาอุปกรณ์ลดแรงกด

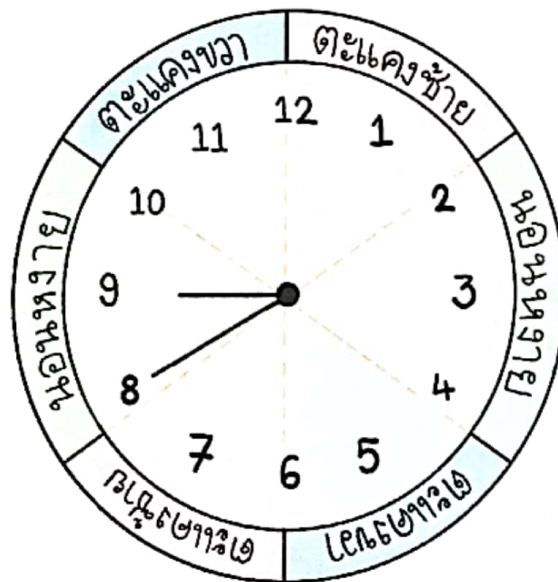
๒๑. เขียนใบส่งต่อการดูแลและส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน
 (ประสานกลุ่มงานอนามัยชุมชน)

แบบฟอร์มที่ใช้

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden scale

สิ่งประดิษฐ์ / วิธีการพัฒนานวัตกรรม

๑. ประชุมชี้แจงอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาสาเหตุ หาแนวทางการแก้ไข และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๒. ประชุมทีม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินงาน
๓. จัดทำนวัตกรรม นาฬิกาบอกเวลาพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ





โรงพยาบาลวังยาง
WANGYANG HOSPITAL

โรงพยาบาลวังยาง	หน้าที่ : 8
วิธีปฏิบัติเลขที่ : WYH-IPD-18	ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 1 (8 ก.พ. 66)
เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับ	วันที่ประกาศใช้ : 16 พ.ค. 66
ผู้จัดทำ : นางสาวสุนทีย์ พิลา	ผู้อนุมัติ : นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์

เกณฑ์ชี้วัด

- อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล เป็น 0
- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ >90%

เอกสารอ้างอิง

ปองททัย พุ่มระย้า. 2546. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผล กดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผน ข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี เกตุสัมพันธ์ และคณะ. 2552. การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทเอฟเฟคท์สตูดิโอ.

สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ.

Bergstrom, N., Braden, B., Boynton, P., & Bruch, S. (1995). Using a research-based assessment scale in clinical practice. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 539-51.

Braden, B. & Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 25(3), 105-109.

Gaeber, S.L., Rintala, D.H., Holmes, S.A., Rodriguez, G.P., & Friedman, J. (2002). A structured educational model to improve pressure ulcer prevention knowledge in veterans with spinal cord dysfunction. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39(5), 575-588.

Halfens, R.J.G., Bours, G.J.J.W., & Ast, W.V. (2001). Relevance of the diagnosis stage 1 pressure ulcers: An empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long term care hospital populations. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 748-757.

Hung, D. (2011). เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง "Pressure Ulcer Prevention and Management" วันที่ 13 กรกฎาคม 2554 โรงพยาบาลตากสิน.