

# รายงานวิจัย

## เรื่อง

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก  
การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



โดย  
นางจริยาพร พิมวาปี

## โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 5315

ส่วนราชการ งานหอผู้ป่วยในหญิง

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางนี้ ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจากบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยเฉพาะกลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่ งานหอผู้ป่วยหญิง งานหอผู้ป่วยชาย งานหอผู้ป่วยหนัก และงานหออภิบาลคุณภาพชีวิต ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัย และให้ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์กับ งานวิจัย ผลของการวิจัย จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง

จรรยาพร พิมวาปี  
หัวหน้าโครงการวิจัย

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

## หัวข้อ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้จัดทำ จริญญาพร พิมวาปี พย.บ., ยุพิน มั่นคง พย.บ., เพ็ญนภา ทองวาส พย.บ.,  
สกุลมาศ วชิรโสภณกิจ พย.บ.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระยะเวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย จำนวน 15 คน และผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาโดยรินณารา สายเมฆ, 2559 ดำเนินการศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลอนุชาธิโอ ปี ค.ศ. 2012 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับ 2) แบบประเมินประสิทธิผลในการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 93.65พยาบาลมีความพึงพอใจภาพรวมต่อแนวปฏิบัตินี้ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.91$ , S.D. 0.30) และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อบริบทการดูแลของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และมีประสิทธิภาพสามารถนำไปเผยแพร่เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, แผลกดทับ, ผู้ป่วยมะเร็ง

กรมการแพทย์

**Title** Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines Implementation for Pressure Ulcers Prevention in Cancer Patients, Lampang Cancer Hospital

**Author** Jariyaporn Pimwapee B.N.S, Yupin Mankong B.N.S, Pennapa Thongwas B.N.S, Sakulmat Vachirasoponkij B.N.S

### Abstract

This study is operational research aimed at developing and evaluating the effectiveness of clinical nursing practices to prevent pressure ulcers in cancer patients at Lampang Cancer Hospital. Data collection was conducted from March to May 2024. The sample was purposively selected and consisted of 15 professional nurses in the inpatient ward and 20 cancer patients with risk pressure ulcers group receiving care according to the clinical practice guidelines. The tool used in the study was the clinical practice guidelines for preventing pressure ulcers developed by Rinnara Saimek in 2016. The study was conducted using the Ontario Nurses' Association's clinical practice guideline implementation framework from 2012. Data collection tools included: 1) an evaluation form for the use of clinical nursing practice guidelines for preventing and managing pressure ulcers, 2) an evaluation form for the effectiveness of implementing the nursing practice guidelines, and 3) a questionnaire on the opinions of professional nurses in the ward regarding the implementation of the guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that professional nurses followed the nursing practice guidelines 93.65%. Nurses had a high overall satisfaction with these guidelines ( $\bar{x} = 2.91$ , S.D. 0.30). After implementing the clinical practice guidelines, there were no incidents of pressure ulcers among the at-risk cancer patients. In conclusion, the developed clinical nursing practice guidelines for preventing pressure ulcers in cancer patients are appropriate for the context of Lampang Cancer Hospital's care environment and are effective, making them suitable for dissemination as nursing practice guidelines for preventing pressure ulcers in cancer patients.

**Keywords:** Effectiveness, Clinical nursing practice guideline, Pressure ulcer, Cancer patients

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญรูปภาพ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง	7
2.2 เครื่องมือการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ	28
2.3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	29
2.4 แนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้	34
2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
3.1 รูปแบบการวิจัย	41
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	45
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	47
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	58
5.1 สรุปผลการวิจัย	58
5.2 การอภิปรายผล	59

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5.3 ข้อเสนอแนะ	62
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	67
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	70
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม	84
ภาคผนวก จ หนังสือแสดงผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	86
ภาคผนวก ฉ หนังสือแสดงการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	87
ภาคผนวก ช หนังสือแสดงการอนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย	88
ภาคผนวก ซ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	89
ภาคผนวก ฌ ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย	92
ภาคผนวก ฎ ประวัติผู้ร่วมโครงการวิจัย	93
ภาคผนวก ฏ QR Code ผลงานวิจัย	96


  
**โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**  
**กรมการแพทย์**

## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	5
ภาพที่ 2 แสดงชั้นผิวหนังปกติ (Normal Skin)	10
ภาพที่ 3 แสดงแผลกดทับระดับ 1	10
ภาพที่ 4 แสดงแผลกดทับระดับ 2	11
ภาพที่ 5 แสดงแผลกดทับระดับ 3	11
ภาพที่ 6 แสดงแผลกดทับระดับ 4	12
ภาพที่ 7 แสดงแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้	12
ภาพที่ 8 แสดงแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก	13
ภาพที่ 9 แสดงแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์	13
ภาพที่ 10 แสดงแผลกดทับบริเวณเยื่อหูฉี่	14
ภาพที่ 11 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่นอนหงาย	19
ภาพที่ 12 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่นอนตะแคง	20
ภาพที่ 13 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่นอนคว่ำ	20
ภาพที่ 14 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่น่อง	21


  
**โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**  
**กรมการแพทย์**

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	48
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เป็นรายข้อ	49
ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่มีต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้	52
ตารางที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	52
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	54
ตารางที่ 6 ค่าคะแนนและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden score ของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปางก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	55
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	57


  
**โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**  
**กรมการแพทย์**



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับ (Pressure Ulcer/Injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (National Pressure Injury Advisory Panel; NPIAP, 2019) จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผิวหนังผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลก ความชุกในการเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วย 1,366,848 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วย 681,885 คน เท่ากับ 5.4 ต่อ 10,000 คน/วัน (Zhaoyu, et al, 2020) สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่ผ่านมา พบมีการศึกษาในผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าภาพรวมอัตราการเกิดแผลกดทับ ปี พ.ศ.2558 , 2559 และ 2560 เท่ากับ 3.89; 5.89 และ 6.12 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ The National Medicare Patient Safety Monitoring (USA) ได้กำหนดค่าเป้าหมายการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (Hospital Acquire Pressure Ulcer) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4.53 แผลกดทับจึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่ง

แผลกดทับเป็นการถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่นๆ ลักษณะของการบาดเจ็บอาจแสดงในรูปแบบของผิวหนังที่ไม่เกิดการฉีกขาดหรือเกิดเป็นแผล และอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกดหรือการถูกกดทับเป็นระยะเวลานาน หรือเกิดจากแรงกดร่วมกับแรงไถล ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงไถลยังขึ้นอยู่กับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ภาวะโรคร่วม และสภาพของเนื้อเยื่อ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) แผลกดทับเกิดจากการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อเนื่องจากการขาดเลือดอันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานาน ประกอบกับมีแรงเฉือน แรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือเลื่อนผู้ป่วย แผลกดทับอาจจะขึ้นกับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ภาวะโรคร่วมและสภาพของเนื้อเยื่อของผู้ป่วยแต่ละราย (วไลพร ปักเคราะห์ และคณะ, 2565) นอกจากนี้อายุที่มากขึ้น สรีรวิทยาและการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อรวมถึงการไหลเวียน ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นที่แตกต่างกัน ( สุธาสินี เจียประเสริฐและคณะ, 2563) ตำแหน่งของร่างกายที่พบบ่อยที่สุดที่ได้รับผลกระทบจากความเสียหายจากแรงกด คือ กระเบนเหน็บ (28%-36%) ส้นเท้า (23%-30%) และ ก้นกบ (17%-20%) (Ricci, et.al,2017) แผลกดทับแบ่งเป็น 4 ระดับ และ 4 ลักษณะ (National Pressure Injury Advisory Panel; NPIAP, 2019) ดังนี้ ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด, ระดับ 2 สูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนมองเห็นชั้นหนังแท้, ระดับ 3 สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดมองเห็นชั้นไขมัน, ระดับ 4 สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง, แผลกดทับมีลักษณะที่ไม่สามารถระบุระดับได้ สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด, แผลกดทับที่มีลักษณะการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาดหรือผิวหนังฉีกขาดเกิดเป็นแผล, แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ และแผลกดทับบริเวณเยื่อโพรง แผลกดทับมีผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยคือ ความเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ และทำให้เกิด

การติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยของการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผลกดทับ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผู้ป่วยอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปจนความจำเป็น ด้านเศรษฐกิจทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สูญเสียงบประมาณในการรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาแผลกดทับระดับ 4 ในโรงพยาบาลของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแผลกดทับสูงถึง 129,248 ดอลลาร์ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยประมาณ 48,746.70 บาท ค่าใช้จ่ายรองลงมาคือ ค่ายา และอุปกรณ์สิ้นเปลือง นอกจากนี้แผลกดทับยังทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งระบบสุขภาพและครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการทำแผล ค่ายา อาหารเสริม การให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาล และกายภาพบำบัด รวมทั้งพยาบาลต้องเพิ่มจำนวนชั่วโมงการดูแลมากขึ้น และจากการศึกษาของบริษัท ออลล์เวล ไลฟ์ จำกัดพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับประมาณ 15,217-20,781 บาทต่อคน ซึ่งหากผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ มีภาวะเป็นแผลกดทับเพิ่มเติมจากอาการที่เป็นอยู่ ค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มขึ้นจากเดิม บางรายอาจสูงถึงเดือนละ 65,000 บาทต่อเดือน หรือเฉลี่ยประมาณ 500 – 1,000 บาทต่อวัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของแผลกดทับ โดยค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ยังไม่รวมค่ายาและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการทำแผล การรักษาแผลกดทับ จะมีค่าใช้จ่ายในทุกขั้นตอน ทั้งในเรื่องของการดูแลชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อุปกรณ์ในการรักษา ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้กลับมาพักฟื้นที่บ้าน แต่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล จะมีค่าใช้จ่ายเหล่านี้ตามมาอีก อีกทั้งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลอีกด้วย (Allwell Healthcare, 2021) จะเห็นได้ว่าแผลกดทับมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและการสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม ดังนั้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ให้บริการระดับตติยภูมิ ด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาด้วยปัญหาที่มีการลุกลามของโรคที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคมะเร็งที่มีการลุกลามไปสมอง ลุกลามไปไขสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่มานอนรักษาแบบประคับประคองด้วยระยะสุดท้ายของชีวิต ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การเกิดแผลกดทับ พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปีพ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 อัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 0.75 ,0.82, 1.22 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ และรายงานอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 3.29, 3.98, 2.49 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ (คณะกรรมการที่มนำด้านคลินิก; Patient Care Team โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2566) การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดสำคัญของภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่แสดงถึงผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ไม่เกิน 3 ครั้งต่อ1,000 วันนอนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลที่พบในผู้ป่วยดังกล่าวยังเป็นตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี อย่างไรก็ตามในปีพ.ศ. 2563 และ 2565 อัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดในผู้ป่วยมะเร็ง จากการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการประเมินซ้ำตามระยะเวลาที่กำหนดคือ ประเมิน Braden's score แรกรับเมื่อรับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ประเมินซ้ำใน 1 สัปดาห์ และก่อนจำหน่าย/ย้ายหอผู้ป่วย ไม่มีการบันทึกการตรวจประเมินบริเวณที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ

เพื่อเฝ้าระวังหรือลดความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับ ขาดความตระหนักถึงการประเมินสภาพผิวหนังภาวะโภชนาการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุอาจเนื่องมาจากบุคลากรในหน่วยงานยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับยังไม่ครบถ้วนหรือไม่ต่อเนื่อง มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่หลากหลายขึ้นอยู่กับความรู้เดิมของแต่ละคน การประเมินให้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของพยาบาลแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคนและการประเมินอัตราการเกิดแผลกดทับยังลำสมัย เพราะปัจจุบันได้มีการปรับปรุงการประเมินระดับแผลกดทับจากเดิม 6 ระดับเป็น 8 ระดับ (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019) นโยบายการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเน้นผู้ป่วยปลอดภัย ของภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีเป้าหมายให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ทันสมัย ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างกว้างขวาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติแบบกลางๆสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับดังกล่าว อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้คือไม่สามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยขณะนั้นและบริบทของหน่วยงานนั้นๆ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติและความเพียงพอของทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน จากการทบทวนวรรณกรรมแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาโดยรินณารสา สายเมฆ (2559) ที่สร้างขึ้นจากการนำความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกของ National Health and Medical Research Council: NHMRC (1999) ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างชัดเจน มีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ และมีคุณภาพที่นำมาใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติการพยาบาลโดยสร้างมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPGs) ถือเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติ หรือ ทีมผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานได้ง่าย สะดวกขึ้น เกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจให้การดูแลได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุมนำไปสู่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประยุกต์ใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPGs) สำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีความใกล้เคียงและเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในเรื่องการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน/เฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

### 1.3 คำถามการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางเป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางเป็นอย่างไร

### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตของเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) โดยประเมินผลหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - 2.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหญิง จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยชาย จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยคุณภาพชีวิต จำนวน 1 คน
  - 2.2 ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเรกรับ Barden's score  $\leq 16$  คะแนน หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
3. ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

### 1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาโดยรินณารา สายเมฆ (2559) นำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ/ผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ในการประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของ Registered Nurses Association of Ontario (2002) ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ ผู้ศึกษาวิจัยได้ติดตามถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาถึงผลการประเมินของพยาบาลวิชาชีพหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังภาพที่ 1

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

1.การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

1.1 การประเมินความเสี่ยง

1.2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

1.3 การดูแลภาวะโภชนาการ

1.4 การดูแลสภาพผิวหนัง

1.5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ/ผู้ดูแล

1.6. การจัดการสิ่งแวดล้อม

2.แนวทางการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

**การประเมินประสิทธิผล**

ด้านกระบวนการ

- การปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ของพยาบาล

-ความพึงพอใจของพยาบาล

ต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ผลลัพธ์ทางคลินิก

- อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ต่อ 1,000 วันนอน

ภาพที่ 15 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

## 1.6 นิยามศัพท์

1. **แนวปฏิบัติทางคลินิก** (Clinical practice guideline) หมายถึง แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ของการป้องกันและดูแลแผลกดทับ การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุของรพ.รามาธิบดี (2559) นำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

2. **ประสิทธิผล** หมายถึง ผลลัพธ์ของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โดยแบ่งออกเป็น ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ทางคลินิกต่อผู้ป่วยมะเร็ง ประเมินจาก

2.1 **อัตราการเกิดแผลกดทับ** หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1-4 ที่เกิดขึ้นใหม่หรือแผลกดทับเดิมที่มีลักษณะเลวลง (เพิ่มระดับ) ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เปรียบเทียบกับจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลา 1 เดือน

**สูตรคำนวณ**

$$\frac{\text{จำนวนการเกิดแผลกดทับใหม่/ลุกลาม(stage 1- 4)ในรอบ 1 เดือน (ครั้ง)}}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 1000$$

จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลาเดียวกัน

2.2 **การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล** หมายถึง การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปางแบบประเมินการปฏิบัติตามมาจากแบบประเมินประสิทธิผลในการนำไปใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงที่มี Barden's score  $\leq 16$  คะแนน หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**2.3 ความพึงพอใจของพยาบาล** หมายถึง ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในด้านความเหมาะสม และประโยชน์ในการนำไปใช้ แบบประเมินความพึงพอใจมาจากแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการประเมินประสิทธิผลในการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**3. แผลกดทับ (Pressure Injury)** หมายถึง บริเวณของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ปกคลุมที่บริเวณปุ่มกระดูกถูกทำลายเฉพาะที่ หรือเกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ โดยการกดทับนั้นสามารถเป็นทั้งมีผิวหนังปิดหรือแผลเปิดและอาจจะมีแผลพุพองร่วมด้วย การกดทับของเนื้อเยื่อดังกล่าวเกิดจากแรงกดทับบริเวณผิวหนังเป็นเวลานาน หรือแรงกดทับร่วมกับแรงเฉือน อาจเป็นผลร่วมกันกับความชื้น โภชนาการ การแลกเปลี่ยนก๊าซ โรคร่วม และข้อจำกัดของเนื้อเยื่อ ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019 การประเมินแผลกดทับตาม Braden score แบ่งแผลกดทับเป็น 4 ระดับและ 4 ลักษณะ

**4. ผู้ป่วยมะเร็ง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและบำบัดรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ เข้ารับการรักษาเป็นประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

### ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่นอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย และมีค่าคะแนน Barden's score  $\leq 16$  คะแนน หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยมะเร็งที่นอนในโรงพยาบาลมีความพึงพอใจในการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### ด้านวิชาการพยาบาล

1. พยาบาลมีความรู้และมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่มีทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เป็นที่ยอมรับของวิชาชีพอื่น

2. สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดเป็นนวัตกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

### ด้านบริหารการพยาบาล

โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและมีมาตรฐานการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ ส่งผลให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operation study) เพื่อการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นและทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 แผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง
  - 2.1.1 ความหมายของแผลกดทับ
  - 2.1.2 พยาธิสภาพการเกิดแผลกดทับ
  - 2.1.3 การแบ่งระดับของแผลกดทับ
  - 2.1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ
  - 2.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ
  - 2.1.6 ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ
  - 2.1.7 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
  - 2.1.8 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
  - 2.1.9 การดูแลแผลกดทับ
- 2.2 เครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ
- 2.3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
- 2.4 แนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้
- 2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

##### 2.1.1 ความหมายของแผลกดทับ

แผลกดทับ (Pressure Injury) หมายถึง บริเวณของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ปกคลุมที่บริเวณปุ่มกระดูกถูกทำลายเฉพาะที่หรือเกิดจากอุปกรณ์การแพทย์การบาดเจ็บนั้นสามารถเป็นทั้งมีผิวหนังปิดหรือแผลเปิดและอาจมีความเจ็บปวดร่วมด้วย การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อดังกล่าวเกิดจากแรงกดทับบริเวณผิวหนังเป็นเวลานาน หรือแรงกดร่วมกับแรงเสียดทาน (shear) และ/หรือแรงเสียดทาน (friction) อาจเป็นผลรวมกันกับความชื้น โภชนาการ การแลกเปลี่ยนก๊าซ โรคร่วม และข้อจำกัดของเนื้อเยื่อ ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ (National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019)

##### 2.1.2 พยาธิสภาพการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอย โดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขาดออกซิเจนไปเลี้ยง จึงเกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยผิวหนังจะเริ่มมีสีแดงจางๆภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด ถ้าขจัดแรงกดได้รอยแดงจะหายไปในเวลา 60 นาที หากไม่ได้ลดแรงกดนั้นจะเกิดเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ผิวหนังจะมีสีคล้ำ หากลดแรงกดภายใน 2-6 ชั่วโมง รอยคล้ำจะหายในเวลา 36 ชั่วโมง หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับ

แรงกดเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ผิวหนังจะบวมเพราะมีน้ำซึมออกมาจากผนังหลอดเลือดฝอย เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องผิวหนังจะฉีกขาดออกจากกันเป็นแผล สังเกตได้ภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งต่อมาอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย แผลกดทับเกิดจาก แรงกด แรงเสียดสี และแรงเสียดทาน โดยจะดำเนินไปอย่างเป็นขั้นตอน คือ เมื่อเซลล์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ ในระยะเซลล์เกิดเสื่อมสภาพหรือตาย เซลล์จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฮีปสตามีนออกมา ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ประกอบกับมีการคั่งของของเสียจากระบบการเมตาบอลิซึม ทำให้เห็นผิวหนังมีสีแดงซึ่งถ้ามีแรงกดกระทำต่อไป หลอดเลือดจะมีการอุดตัน และเกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ เมื่อกดลงบนรอยแดงนั้นจะไม่จางหายไป (non blanchable erythema) ถ้าขจัดแรงกด ผิวหนังจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในเวลาสั้นที่สุดประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ถ้ายังคงมีแรงกดกระทำต่อไป จะก่อให้เกิดผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเกิดการอักเสบ บวม และเกิดเป็นตุ่มน้ำพองได้ ทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น เกิดการหลุดลอกของหนังกำพร้าและหนังแท้จะถูกทำลายฉีกขาดเป็นแผลตื้น ถ้าดูแลรักษาได้ดีแผลจะหายได้ในเวลา 2-4 สัปดาห์ แต่ถ้ามีแรงกดมากระทำต่อ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผิวหนังจะเกิดการฉีกขาดเป็นแผล สังเกตได้ภายใน 2 สัปดาห์ จะมีการทำลายของผิวหนังลึกลงไปถึงชั้นไขมัน จะเห็นกลางแผลมีลักษณะซีด มีรอยแดงล้อมรอบและมีความกระด้างของผิว ทำให้เห็นแผลเป็นรอยลึกหรือเป็นโพรง ในระยะนี้ถ้ามีเชื้อแบคทีเรียเข้ามาในแผลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อแบคทีเรียที่สะสมอยู่ในแผลจะดึงออกซิเจนเป็นจำนวนมากไปใช้ในการเจริญเติบโต ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อจึงถูกทำลายมากขึ้น ในระยะนี้จะพบเนื้อเยื่อที่ตายและกระดูก จะกลายเป็นแผลเปิดที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ยากต่อการดูแลรักษาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผิวหนังจะเกิดการฉีกขาดเป็นแผล สังเกตได้ภายใน 2 สัปดาห์ แรงกด (pressure) เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ จากการศึกษาด้านสรีรวิทยา แรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงฝอย (mean capillary pressure) อยู่ระหว่าง 13-34 มิลลิเมตรปรอท หากมีแรงกดที่มากกระทบต่อร่างการกระจายเท่ากันในทุกทิศทาง ร่างกายปกติจะสามารถทนต่อแรงกดที่อาจสูงกว่าค่าความดันในหลอดเลือดแดงฝอยได้ แต่หากมีแรงที่มากกระทำเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ถูกกด หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณใกล้ปุ่มกระดูกจะถูกกดทับ จากการศึกษา พบว่าแรงกด ตั้งแต่ 35 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง แรงกดตั้งแต่ 70 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และถูกกดอยู่เป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย เนื่องจากสารอาหารและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวบนเตียงได้เองจะมีแรงกดที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกถึง 100 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้น พยาธิสภาพจึงขึ้นกับ แรงกดทับ และระยะเวลาที่กดทับเสมอ อย่างไรก็ตาม แรงกดที่น้อย แต่ถ้ากดอยู่เป็นเวลานานก็อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ เพราะพบว่า หากมีแรงกดที่กระทำต่อผิวหนัง เกิดขึ้นซ้ำๆ เป็นระยะเวลาติดต่อกันจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อได้มากกว่าแรงกดที่กระทำอย่างไม่ต่อเนื่อง นอกจากนั้น แรงที่มากกระทำต่อผิวหนังอาจจะอยู่ในแนวเฉียงก็ได้ เช่น การไถ ครูด ไปบนผ้าปูเตียง ที่เรียกว่า แรงเสียดสี หรือแรงเฉือน (shearing force) ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของผิวหนัง ก็มีส่วนทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น เช่น ความเปียกชื้น จากอุจจาระ และปัสสาวะ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลให้เกิดแผลกดทับ เช่น อายุผู้ป่วย ความพร้อมในการรับรู้สึกและการเคลื่อนไหว และภาวะทุพโภชนาการ



ผลกระทบจากบาดแผลที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง มักเกิดจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ก้อนมะเร็ง การบวมตึงของผิวหนัง การกดทับ รวมทั้งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การฉายรังสีรักษา และการได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น ชนิดของบาดแผลที่พบบ่อย มีดังนี้

1. แผลจากก้อนมะเร็ง (malignant wounds) มักเป็นแผลเรื้อรัง โดยเฉพาะเมื่อก้อนมะเร็งแตกออกเป็นแผลมีเนื้อตาย มีกลิ่นเหม็น และมีอาการปวดร่วมด้วย ประมาณ 5-10% ของผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง จะมีแผลลักษณะมีกลิ่นเหม็น สิ่งคัดหลั่งมาก เลือดออกง่ายและมีอาการปวด นอกจากนี้มักพบว่าแผลมีเนื้อตายและติดเชื้อร่วมด้วย เรียกว่า fungating wound คือ แผลที่เกิดจากเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายแทรกซึมเข้าไปในผิวหนัง อาจเกิดได้ทั้งบริเวณผิวหนังหรือก้อนมะเร็ง บางครั้งลึกเป็นโพรง (sinus) และอาจเป็นรูทะลุ (fistula) ได้ บริเวณที่พบ fungating wound ได้บ่อยคือ บริเวณเต้านม (breast) และบริเวณศีรษะและคอ (head and neck) ซึ่งแผลลักษณะนี้จะหายยากและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ สังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. แผลบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี (radiation wounds) เมื่อผิวหนังสัมผัสกับรังสีเป็นเวลานาน จะเปราะบาง ฉีกขาดง่าย เปื่อยยุ่ย และมักจะติดเชื้อร่วมด้วย

3. แผลบริเวณที่ได้รับเคมีบำบัด (chemotherapy wounds) พบได้ประมาณ 5% เกิดจากยาเคมีบำบัดซึมออกนอกเส้นเลือดทำให้เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังถูกทำลาย แดง อักเสบ เกิดเป็นแผลเปื่อยหรือเนื้อตายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาเคมีบำบัดบางตัว เช่น Actinomycin D, Cerubidine, Adrimycin, Mithramycin, Nitrogen mustard, Venvan และ Oncovin จะทำให้เกิดตุ่มพอง ซึ่งจะแตกเป็นแผลพุพองได้ง่าย

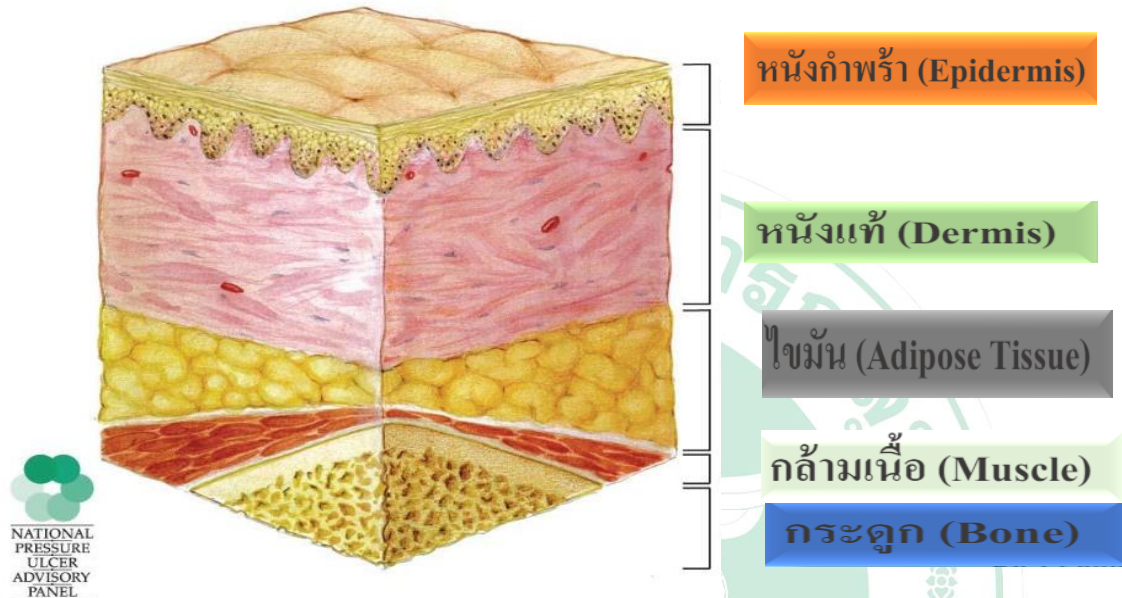
4. แผลฉีกขาดบริเวณที่มีทางเดินน้ำเหลืองอุดตัน (lymphorrhea) เมื่อผิวหนังบวมตึงมากจะมีการฉีกขาดได้ง่าย มักมีน้ำเหลืองไหลซึมออกทางผิวหนังทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

5. แผลกดทับ (pressure ulcers) ส่วนใหญ่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะรุนแรงหรือระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมักอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือซึมเศร้า ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงอยู่ในท่าเดียนานๆ ประกอบกับการขาดสารอาหาร หรือการได้รับยาจำพวกสเตียรอยด์ จึงพบว่าจะเกิดแผลได้ง่ายตามรอยกดทับของท่านอน ท่านั่ง เช่น บริเวณหู หัวเข่า ตาตุ่ม ก้นกบ สะโพก เป็นต้น และมักพบร่วมกับภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงที่แผลมีเนื้อตาย มีสิ่งคัดหลั่งมากและมีกลิ่นเหม็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ แผลจะมีการปนเปื้อนสกปรกได้ง่าย เช่น บริเวณก้นกบและสะโพก เนื่องจากปนเปื้อนอุจจาระและปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและยากต่อการดูแลทำความสะอาด

ดังนั้น สรุปกลไกของการเกิดแผลกดทับ คือ เกิดจากแรงกด แรงเสียดทาน และแรงเสียดทาน ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเปื่อยชื้นของผิวหนัง อายุผู้ป่วย ความพร้อมในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ เมื่อมีปัจจัยดังกล่าว กระทำอย่างต่อเนื่องต่อผิวหนังของผู้ป่วยดำเนินต่อไปเป็นระยะเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้เนื้อเยื่อตาย และเกิดแผลกดทับในที่สุด

### 2.1.3 การแบ่งระดับของแผลกดทับ

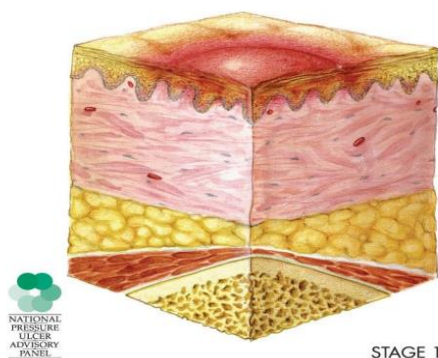
National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019 แบ่งระดับและลักษณะของแผลกดทับ ดังนี้



ภาพที่ 16 แสดงชั้นผิวหนังปกติ (Normal Skin)

ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

1) แผลกดทับระดับ 1 (Stage 1 Pressure Injury: Non-blanchable erythema of intact skin) ผิวหนังยังสมบูรณ์แต่พบรอยแดงเฉพาะที่ผิวหนังยังไม่เปิด เป็นรอยแดงเฉพาะที่ เมื่อใช้นิ้วมือกดรอยแดงดังกล่าวยังคงอยู่ในผู้ที่มีผิวสีเข้ม หรือผิวหนังบริเวณนั้นแข็งขึ้น หรืออุณหภูมิเปลี่ยนแปลงไป



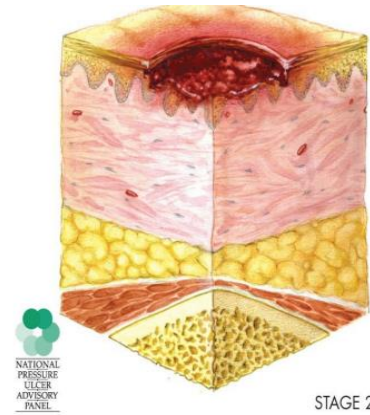
STAGE 1



ภาพที่ 17 แสดงแผลกดทับระดับ 1

ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

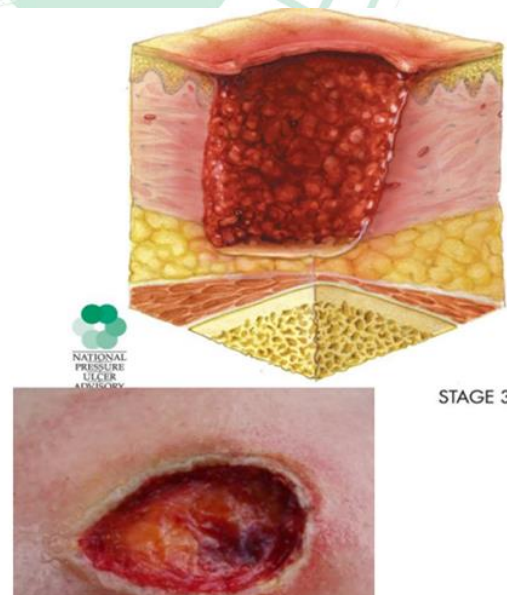
2) แผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury: Partial-thickness skin loss with exposed dermis) ลักษณะพื้นผิวแผลสูญเสียผิวหนังบางส่วน ถึงชั้นหนังแท้ พื้นแผลมีสีแดงหรือสีชมพู ชุ่มชื้น และอาจเป็นลักษณะถุงน้ำใสหรือถุงน้ำที่แตกแล้ว มองไม่เห็นไขมันหรือเนื้อเยื่อที่ลึกลงไป



ภาพที่ 18 แสดงแผลกดทับระดับ 2

ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

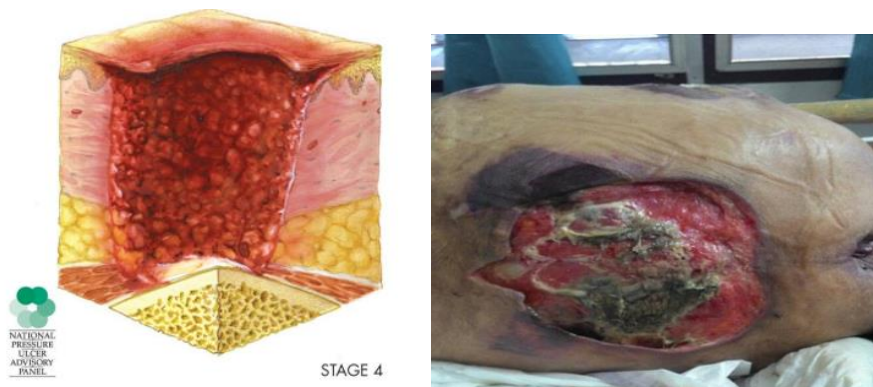
3) แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 Pressure Injury: Full-thickness skin loss) สูญเสียผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อ งอกทดแทนสีแดงในแผล และมีลักษณะของแผลม้วน อาจพบเนื้อเยื่อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแข็งแห้ง



ภาพที่ 19 แสดงแผลกดทับระดับ 3

ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

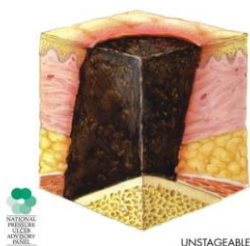
4) แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 Pressure Injury: Full-thickness skin loss and tissue loss) มีการสูญเสียผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด สามารถเห็นถึงเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกหรือกระดูกอ่อนได้ในแผล เนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายอาจพบได้ และจะพบโพรงหรือรูใต้ขอบแผลได้บ่อยครั้ง



ภาพที่ 20 แสดงแผลกดทับระดับ 4

ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

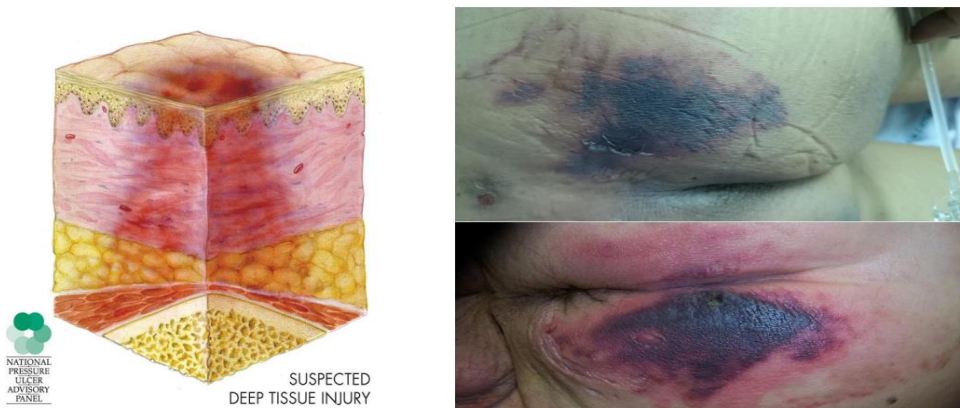
5) แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable Pressure Injury: Obscured full-thickness skin and tissue loss) มีการสูญเสียผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด เนื้อเยื่อมีการถูกทำลายภายในแผล ไม่สามารถระบุระดับได้เนื่องจากถูกปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแข็งแห้งทั้งหมด หากตัดเอาเนื้อตายดังกล่าวออกอาจจะลึกถึงระดับ 3 หรือ 4



ภาพที่ 21 แสดงแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

6) แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury: Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration) บริเวณที่ผิวหนังยังคงปกคลุมอยู่ไม่มีการฉีกขาด ผิวหนังยังไม่เปิดหรือมีการสูญเสียผิวหนังในบริเวณเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดในบริเวณที่แดงคล้ำ ม่วง หรือผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาดเห็นพื้นแผลเป็นสีดำหรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างในแผล



ภาพที่ 22 แสดงแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก  
ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

7) แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ (Medical Device-Related Pressure Injury) เป็นผลจากการใช้อุปกรณ์การแพทย์มาใช้ในการวินิจฉัยหรือการรักษา ลักษณะแผลกดทับจะมีรูปร่างเหมือนอุปกรณ์นั้น ๆ



ภาพที่ 23 แสดงแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์  
ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

8) แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิว (Mucosal membrane pressure injury) พบได้ในบริเวณที่เคยใช้อุปกรณ์การแพทย์และส่งผลให้เยื่อบุได้รับบาดเจ็บ เช่น สายออกซิเจน ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น แต่เนื่องจากกายวิภาคของเยื่อบุผิวที่มีความแตกต่างจากชั้นผิวหนัง ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับได้



ภาพที่ 24 แสดงแผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิว  
ที่มาจาก <http://www.psklawfirm.com> สืบค้นเมื่อ 1/3/67

#### 2.1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับมีสาเหตุมาจากสองสาเหตุหลัก คือสาเหตุภายนอกและสาเหตุภายในสาเหตุ ภายนอกที่สำคัญคือความแรงและระยะเวลาของแรงกดทับ แรงเฉือนและแรงไถล ส่วนสาเหตุภายใน คือ ความทนทานของเนื้อเยื่อที่สามารถทนทานต่อสาเหตุภายนอกที่มากกระทำ นอกจากนี้ยังมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 1. ปัจจัยจากสาเหตุภายนอกร่างกาย

1) แรงกดทับ (Pressure intensity) เนื้อเยื่อจะได้รับเลือดเลี้ยงต้องอาศัยการไหลเวียนของ เลือดที่อยู่ภายในหลอดเลือดที่มีแรงดันเพียงพอที่จะให้เลือดสามารถไหลไปตามหลอดเลือด เพื่อนำสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย ในคนปกติมีแรงดันในหลอดเลือดฝอย (Capillary arteriolar pressure) ที่นำเลือดไปเลี้ยงบริเวณผิวหนังประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท แรงกดที่มากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอทกระทำต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อที่ถูกกดไม่เพียงพอ ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณ รอบๆจะขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของของเสียในเซลล์ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจึงเป็นการลดแรงกดหรือกระจายแรงกด ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณที่ถูกกด เนื้อเยื่อได้รับอาหาร และออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ จากการศึกษาของบายแอท โดยมีการวัดปริมาณแรงกดทับที่เกิดขึ้นพบว่าความดันหลอดเลือดแดงส่วนปลายมีค่าปกติระหว่าง 28-32 มิลลิเมตรปรอท ความดันหลอดเลือดดำ ส่วนปลายอยู่ระหว่าง 9-12 มิลลิเมตรปรอท และความดันหลอดเลือดดำแห่งกึ่งกลางระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง คือ 25 มิลลิเมตรปรอท และยังพบว่าแรงกดทับที่ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ถ้าเป็นแรงกดทับจากภายนอกร่างกายต้องมีปริมาณมากกว่าความดันหลอดเลือดที่มีอยู่เดิม จึงจะทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ซึ่งได้มีการกำหนดเป็นค่ามาตรฐานอยู่ระหว่าง 12-32 มิลลิเมตรปรอท

2) แรงเฉือน (Shearing force) เป็นแรงสองแรงที่เกิดจากเนื้อเยื่อกระทำต่อผิวหน้าของเบาหรือเตียงกระทำในทิศทางขนานกัน เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูงกว่า 30 องศา หรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน เมื่อผู้ป่วยเลื่อนลงไปทีปลายเตียง น้ำหนักตัวส่วนบน จะถูกส่งผ่านมาตามแนวกระดูกสันหลังมาถึงกระดูกก้นกบทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกเบียดและถูกครูดมากกว่าปกติ ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมา ในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่ จึงเกิดแรงสองแรงที่กระทำในทางขนานกัน ทำให้หลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ไป การไหลเวียนเลือดในบริเวณนั้นก็ลดลงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้น ได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลง เกิดสารพิษจากการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อจนสูญเสียความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือด ทำให้มีการสูญเสียสารน้ำจากหลอดเลือดไปอยู่ที่ช่องว่างระหว่างเซลล์ จนเกิดการบวม ยิ่งทำให้การซึมผ่านออกซิเจนยากยิ่งขึ้น เซลล์ขาดออกซิเจนมากขึ้นจนเกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับได้ในที่สุด

3) แรงเสียดทานหรือแรงเสียดสี (Friction) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ในทางตรงกันข้ามกันของพื้น ผิวสองอย่างที่สัมผัสกัน เช่น การเลื่อนผู้ป่วยโดยวิธีการดึงหรือลาก ทำให้มีการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ เกิดเป็นแผลลักษณะคล้ายแผลลอก อย่างไรก็ตามการเสียดสีอาจเกิดจากการลื่นไถลจากแรงโน้มถ่วงได้ด้วย ดังนั้นเมื่อมีการดึงรั้งย่อมมีแรงเสียดสีเกิดขึ้นเสมอ ปัจจัยเสี่ยงที่ทนายการเกิดแผลกดทับได้สูงสุดคือการเพิ่มขึ้นของแรงเสียดสีและแรงเฉือน ทำให้เกิดแผลกดทับมากกว่าไม่มีแรงเสียดสีและแรงเฉือนถึง 4.6 เท่า

4) ระยะเวลาของแรงกด (Duration of pressure) แรงกดทับที่มีปริมาณน้อยแต่กดทับอยู่เป็นเวลานานจะทำให้มีการทำลายมากกว่าการมีแรงกดทับในปริมาณสูงแต่ระยะเวลาสั้น เมื่อแรงกดทับที่กระทำต่อหลอดเลือดในปริมาณปานกลาง เมื่อเทียบกับความดันหลอดเลือดประมาณ 1.5 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ซึ่งพบว่าเนื้อเยื่อจะไม่เกิดอันตรายถ้าบุคคลนั้นมีการเคลื่อนไหวเป็นระยะ แต่ในทางกลับกันถึงแม้แรงกดทับมีปริมาณน้อยกว่า 1 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว (50 มิลลิเมตรปรอท) แต่มีระยะเวลาการกดทับนานเนื้อเยื่ออาจถูกทำลายและเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเนื้อเยื่อจะถูกทำลายต่อเนื่องและอาการแสดงที่เกิดขึ้นหลังลดแรงกดทับคือ มีเนื้อเยื่อบวม หลอดเลือดและทางเดินน้ำเหลืองเกิดการอุดตันเกิดเนื้อเยื่อขาดเลือด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉพาะที่ได้

5) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายอยู่กับที่ หรืออยู่ในท่าเดิมตลอดเวลาร่างกายบางส่วนอาจถูกกด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงในบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพออาจเกิดแผลกดทับได้ ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยอัมพาต การรับรู้สติลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดกิจกรรมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงตลอดเวลาเป็นต้น ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับจากการสูญเสียความรู้สึกทางประสาทสัมผัส หรือการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การได้รับยาบางประเภท เช่น กลุ่ม Hypnotics, Anxiolytics, Antidepressants และ Antihistamine หรือผู้ป่วยที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน การได้รับยาสลบ ยาแก้ปวด การคาทอระบาย ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยอัมพาต และผู้ป่วยเบาหวาน

## 2. ปัจจัยจากสาเหตุภายในร่างกาย

1) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) การประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จะพบค่าของอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ สารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการหายของแผล ได้แก่ โปรตีน ซึ่งเป็นส่วนประกอบในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็น

ส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังแผล วิตามินซี สังกะสี เป็นส่วนประกอบในการสังเคราะห์คอลลาเจน ภาวะทุพโภชนาการมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์เกิดแผลกดทับ เช่น ผู้ที่รับประทานอาหาร ได้น้อยลง น้ำหนักลด ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 g/dl ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และ จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงกว่าปกติเป็นสาเหตุให้เกิดแผลกดทับ (Bergstrom & Braden, 1992; Phillips, 1997) ผู้สูงอายุที่เกิดแผลกดทับที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ จะใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดปกติ

2) อายุของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง คือ การสร้างคอลลาเจนจะมีการลดลงอย่างมากทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง และในผู้สูงอายุยังมีการสร้างหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังลดลงโดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มิอายุ 60 ปี ขึ้นไปพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2.6 เท่า

3) ความพร้อมในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวมีส่วนช่วยให้มีการเพิ่มการไหลเวียน การรับรู้ความรู้สึกทำให้มีการรับรู้ต่อความปวด และความไม่สุขสบาย และตอบสนองความรู้สึก ด้วยการเปลี่ยนท่าทางของตนเอง แต่ในคนที่มิภาวะพร้อมในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการรับรู้เป็นต้น ทำให้การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง และปัจจัยเสี่ยงสำคัญในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือผู้ที่นอนบนเตียงและเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้

4) ภาวะความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลงส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบการหายใจ เช่น กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด เนื่องจากการหายใจของแผลขึ้นอยู่กัปริมาณออกซิเจนในสิ่งแวดล้อมของแผลและการไหลเวียนที่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงแผล รวมทั้งการกำจัดของเสียออกจากแผล ภาวะความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวานเป็นโรคของต่อมไร้ท่อที่มีปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลและแผลหายช้า ควรประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารควรน้อยกว่า 130 mg/dl และ HbA1C ควร น้อยกว่าร้อยละ 7 นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของ การเกิดแผลที่เท้าซึ่งเกิดจากปัญหาการไหลเวียนเลือดและปลายประสาทเสื่อม ระบบประสาทและกระดูกและกล้ามเนื้อผู้ป่วยที่บกพร่องในการเคลื่อนย้าย เช่น การได้รับอุบัติเหตุ รวมทั้งข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากการรักษา เช่น การใส่เฝือก การดัดถ่างน้ำหนักกระดูก จะส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ระบบทางเดินอาหาร เช่นโรคกระเพาะอักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญในการย่อยและดูดซึมสารอาหารและน้ำ ซึ่งมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย อันส่งผลต่อการหายใจของแผล โรคที่มีการกดภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเอดส์รวมทั้ง โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เนื่องจากไฟโบรบลาสต์ (Fibroblasts) ที่มีอายุมากจะแบ่งเซลล์ลดลงและไม่ตอบสนองต่อ growth Factor ปัจจัยด้านจิตใจ ความเครียดมีส่วนเสริมให้เกิดแผล เมื่อมีอาการเครียดต่อมหมวกไต จะเพิ่มการผลิต Glucocorticoid Hormone ซึ่งจะขัดขวางการสร้างคอลลาเจน ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายง่าย การศึกษาของบราเดน (Braden, 1987) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเกิดแผล พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มีระดับของคอร์ติซอล (Cortisol) ในเลือดสูงขึ้นและพบในผู้ป่วยที่อยู่ใน โรงพยาบาล



นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป การใช้ยาในการรักษาอาการเจ็บป่วยได้แก่ยาสเตียรอยด์ กลุ่ม glucocorticoids ทำให้แผลหายช้าลงได้เนื่องจากกระบวนการอักเสบในกระบวนการหายของแผลนานขึ้น การสังเคราะห์คอลลาเจนทำได้ช้าลงและยับยั้ง การสร้างเนื้อเยื่อผิวใหม่ ยากลุ่ม Vasopressor ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ทำให้หลอดเลือดหดตัวและเลือดไปเลี้ยงน้อย การให้ยาระงับความรู้สึกและยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกสับสนวุ่นวาย ต้องมีการผูกยึดผู้ป่วยไว้ ผู้ป่วยบางคนที่ต้องได้รับยาแก้ปวด ยากล่อมประสาทหรือยารักษาโรคมชักเป็นประจำ ยากล่อมประสาทและยาแก้ปวดบางชนิดทำให้เหงื่อซึม ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงการตอบสนองต่อแรงกดและความสามารถที่จะเคลื่อนไหวเพื่อลดแรงกดที่มากระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลงส่งผลให้เกิดแผลกดทับ

5) ความพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทำให้ผิวหนังเปียกชื้นตลอดเวลาและความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคของชั้นผิวหนังลดลงทนต่อแรงกดและแรงเสียดสีลดลง ความเปียกชื้นที่ผิวหนังทำให้เพิ่มแรงเสียดสี การที่ผิวหนังสัมผัสความชื้นบ่อยๆจะทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง และเกิดแผลกดทับได้ง่าย

6) ภาวะทางจิตของผู้ป่วย เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในตัวเอง การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงรับประทานอาหารได้น้อยลง

7) อุณหภูมิที่เพิ่มขึ้น (Increase temperature) อุณหภูมิที่สูงขึ้นมีผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อร่างกายเพราะเป็นการเพิ่มขบวนการเผาผลาญในร่างกายทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่ม การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิร่างกาย 1 องศาเซลเซียส จะเพิ่มขบวนการเผาผลาญและความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อร้อยละ 10 ทั้งนี้จะพบรอยแดงบนผิวหนังที่เกิดขึ้นจากการถูกกดจะร้อนกว่าผิวหนังที่ถูกกด และนำความร้อนจากภายในร่างกายมาด้วย อีกทั้งเมื่อบริเวณที่ถูกกดสัมผัสกับเสื้อผ้าและที่นอนที่เป็นฉนวน ทำให้มีการระบายความร้อนได้ไม่ดี

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และนโยบาย การมีนโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการติดตามและการประเมินผลงานของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ความเพียงพอในการจัดอุปกรณ์ลดแรงกดทับ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน การมีนโยบายให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีการศึกษาถึงบทบาทของญาติที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านพบว่าญาติให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องคือยังมีการใช้หวงโดนัท และการนวดบริเวณกดทับที่มีรอยแดง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนอกจากจะค้นหาความรู้เพื่อปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับให้ผู้ป่วยโดยตรงแล้ว อีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ บทบาทในการสอนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้านมากกว่าบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ดังนั้นปัจจัยสิ่งแวดล้อม ก็เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

**2.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ** ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย และปัจจัยภายนอกร่างกาย

1. ปัจจัยภายในร่างกาย ประกอบด้วย

1) ภาวะโภชนาการ

1. โปรตีน เป็นส่วนสำคัญของเนื้อเยื่อ ช่วยสร้างเนื้อเยื่อ และเป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงที่จะนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ถ้าขาดโปรตีนจึงจะทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ความต้านทานเชื้อโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของการหายของแผล และกดภูมิคุ้มกันและทำให้การจับกินของเม็ดเลือดขาวลดลง

2. คาร์โบไฮเดรต เป็นสารที่สร้างพลังงาน เมื่อร่างกายขาดคาร์โบไฮเดรต ร่างกายจะดึงโปรตีนที่สะสมไว้ในร่างกายมาใช้ และส่งผลให้การหายของแผลช้าลง

3. วิตามิน และเกลือแร่ วิตามินซี วิตามินเอ สังกะสี และธาตุเหล็ก มีส่วนสำคัญในการสร้างคอลลาเจน ภูมิต้านทานเชื้อโรค เซลล์เยื่อบุผิว รวมถึงการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดแดงในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ดังนั้นถ้าขาดวิตามิน และเกลือแร่จะทำให้แผลหายช้า เนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ไม่แข็งแรง และทำให้แผลแยกได้ง่าย

2) อายุ ผู้สูงอายุการหายของแผลจะช้ากว่าในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย มีการสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์เยื่อบุผิวลดลง มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ได้ช้า การไหลเวียนเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลจะน้อยและประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคลดลงด้วย จึงทำให้กระบวนการหายของแผลมีประสิทธิภาพลดลง

3) สภาวะของโรค เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีการเพิ่มความดันออสโมติก ส่งผลให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้แผลติดเชื้อง่าย ส่วนมะเร็งในเม็ดเลือดขาวจะมีเม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมถูกขจัดออกไปได้น้อย จึงเกิดการอักเสบติดเชื้อและการทำงานของไฟโบรบลาสต์สูญเสียไป ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลช้าลง

4) การได้รับเลือด และออกซิเจนของเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งที่สำคัญในการนำสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ให้สร้างภูมิต้านทานเพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรีย สังเคราะห์คอลลาเจนและ การสร้างเยื่อบุผิว เพื่อซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสียเลือด จะมีผลทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง

5) ระบบภูมิคุ้มกันระดับเซลล์ ยาและการรักษาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันระดับเซลล์จะมีผลต่อกระบวนการหายของแผล โดยอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ยากดภูมิคุ้มกัน จากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจะมีการกดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดลดลง จึงขัดขวางต่อกระบวนการหายของแผลหรือผู้ที่ได้รับยาสเตียรอยด์มาเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการขัดขวาง การทำงานของเม็ดเลือดขาวที่เคลื่อนออกมารวมตัวบริเวณบาดแผลเพื่อขจัดเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอม ตลอดจนลดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตลอดระยะเวลาของการงอกขยายของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ

6) การสูบบุหรี่ ทำให้ฮีโมโกลบินทำหน้าที่ลดลงมีผลต่อการปล่อยออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อลดลง ส่งผลต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน รวมทั้งนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหดตัวส่งผลต่อกระบวนการหายของแผล

7) ความเจ็บปวด (Pain) เมื่อเกิดความเจ็บปวดจากบาดแผลจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานตามมาอาจส่งผลต่อความร่วมมือในขณะทำแผล กรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล อาจทำให้แผลหายช้าลง

## 2. ปัจจัยภายนอกในร่างกาย ประกอบด้วย

1) ภาวะแผลติดเชื้อ (Wound infection) ภาวะติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัตราตายและเป็นสาเหตุใหญ่ที่รบกวนกระบวนการหายของแผล การติดเชื้อของแผลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ ชนิดและจำนวนของเชื้อโรค ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมรอบแผล

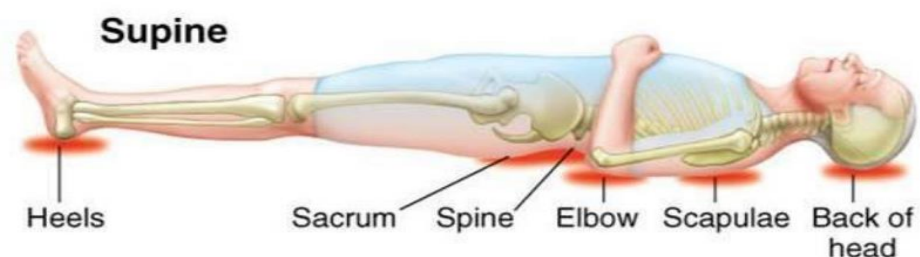
2) การดูแลบาดแผลที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อกระบวนการหายของแผล ลักษณะของแผล การใช้ยาทำลายเชื้อ รวมทั้งการดูแลแผลที่ไม่เหมาะสม เช่น เทคนิคการทำแผลที่ไม่ถูกต้อง การใช้วัสดุปิดแผลผิดประเภท มีผลต่อกระบวนการหายของแผล

3) ความชุ่มชื้นของแผล (Hydration of wound) บาดแผลที่แห้งขาดความชุ่มชื้นจะทำให้เซลล์เยื่อบุผิวมีการเจริญเติบโตช้าการให้ความชุ่มชื้นแก่แผลจะช่วยทำให้เซลล์เยื่อบุผิวเจริญเติบโตเร็วและคลุมขอบแผลได้เร็วขึ้น

4) จากการใช้ยา เช่น ยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ จะขัดขวางกระบวนการจับกันของเม็ดเลือดขาว ยาฆ่าเซลล์มะเร็งส่งผลให้กีดการสร้างของเม็ดเลือดของไขกระดูก ส่วนการได้รับรังสีรักษาจะส่งผลให้เนื้อเยื่ออ่อนถูกทำลาย เกิดการหายของแผลช้าปกติ

**2.1.6 ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ** การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับท่าทาง ไม่ว่าจะนั่งหรือนอนมีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีดังนี้

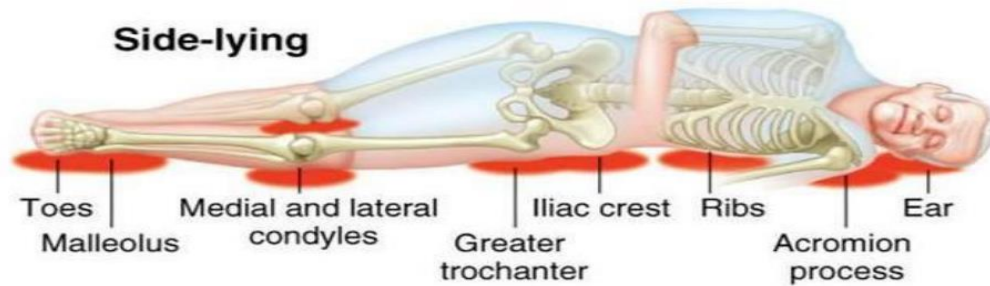
1. **ท่านอนหงาย** จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ท้ายทอย สะบัก คอก กระเบนเหน็บ และส้นเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ส่วนนูนของท้ายทอย ส่วนนูนของกระดูกสะบัก หัวกระดูกข้อศอก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า โดยในท่านอนหงาย มีแรงกด 58, 28-36, 120 และ 65-80 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (Preston, 1988) บริเวณที่มีแรงกดสูงสุด ได้แก่ กระดูกกระเบนเหน็บ ทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากที่สุด



ภาพที่ 25 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับท่านอนหงาย

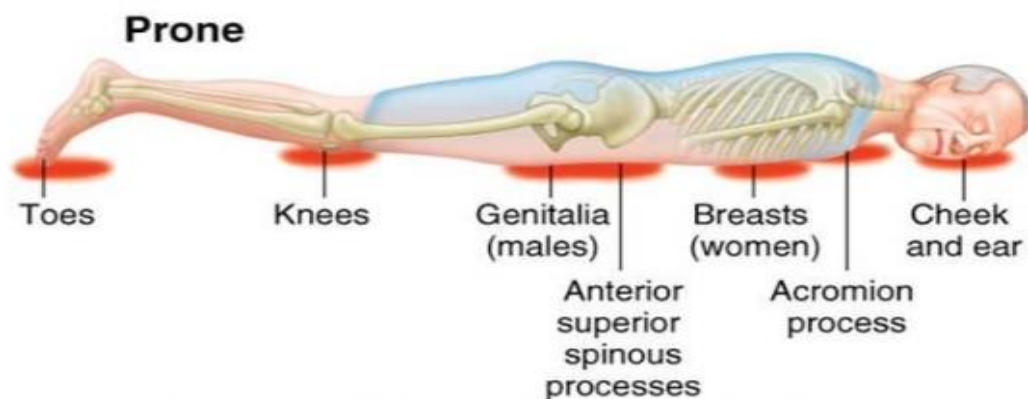
ที่มา <http://www.askintensivist.com> สืบค้นเมื่อ 15/3/67

2. **ท่านอนตะแคง** จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ใบหู หัวไหล่ด้านข้าง ซีโครง กระดูกต้นขา หัวเข่า ตาตุ่ม บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ คือ ใบหู ปุ่มกกหู ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซีโครง ปุ่มกระดูกโคนขาและตาตุ่ม



ภาพที่ 26 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับท่านอนตะแคง  
ที่มา <http://www.askintensivist.com> สืบค้นเมื่อ 15/3/67

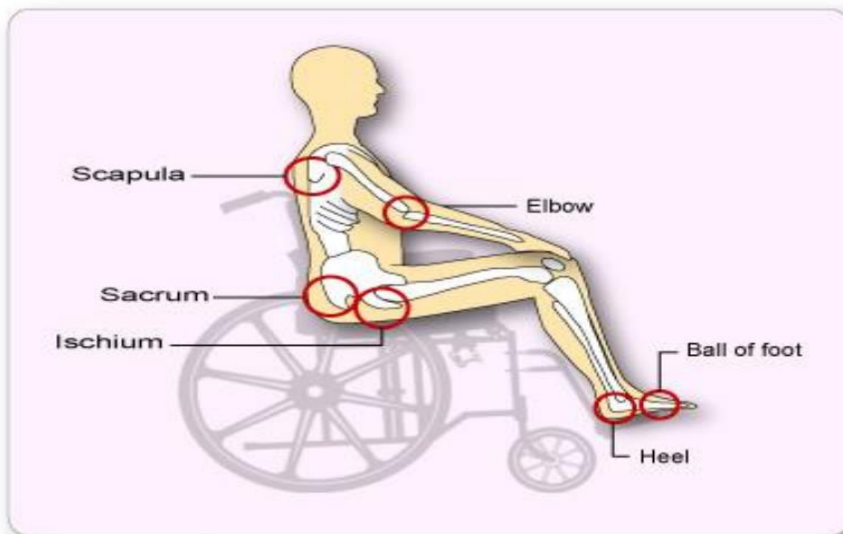
3. ท่านอนคว่ำ จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ หู แก้ม หัวไหล่ด้านหน้า ข้อศอก บริเวณอวัยวะเพศ หัวเข่า นิ้วเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ปุ่มกระดูก กระดูกโหนกแก้ม ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซีโครง ปุ่มกระดูกต้นขา กระดูกสะบ้า และนิ้วเท้า



ภาพที่ 27 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับท่านอนคว่ำ  
ที่มา <http://www.askintensivist.com> สืบค้นเมื่อ 15/3/67

4. ท่านั่ง ซึ่งจุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ บริเวณใดบริเวณหนึ่งขึ้นอยู่กับท่านั่งของผู้ป่วย ท่านั่งหลังตรงเข่างอ 90 องศา ด้านหลังของต้นขาจะเป็นจุดรับน้ำหนัก แต่หากผู้ป่วยเลื่อนไกล เข่ายกสูงและข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา จุดรับน้ำหนักของร่างกายจะกดลงที่ปุ่มกระดูกเชิงกราน และกระดูกก้นกบโดยตรง

## Sitting



ภาพที่ 28 แสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับทำนั่ง  
ที่มา <http://www.askintensivist.com> สืบค้นเมื่อ 15/3/67

จะเห็นว่าผู้ป่วยสามารถเกิดแผลกดทับได้ทุกตำแหน่ง ซึ่งตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูก กระเบนเหน็บ และก้นกบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นแผลกดทับซ้ำสูงถึงร้อยละ 50

### 2.1.7 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการลุกลามของโรคที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคมะเร็งที่มีการลุกลามไปสมอง หลุกลามไปไขสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่มานอนรักษาแบบประคับประคองด้วยระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเฉียบพลันผู้ป่วยทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อมระยะรุนแรง โรคพาร์คินสัน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิก อีกทั้งผู้ป่วยที่มีความเชื่อ และค่านิยมเรื่องการชื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาชุด ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ซึ่งการรับประทานยาเหล่านี้เป็นประจำจะทำให้ผิวหนังบางลง และเลือดออกง่ายตามบริเวณแขนขา เรียกว่าภาวะนี้ว่า ทอร์มาติก พูรา (Traumatic pura) หรือ ซีเนล พูรา (Senile pura) และเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากขึ้น เนื่องจากความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนัง ลดลงจากการได้รับยาลูกกลอนหรือสมุนไพรเป็นเวลานาน

### 2.1.8 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ปัจจุบันแผลกดทับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และเป็นตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการควบคุมไม่ให้เกิดหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ดังนั้น ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชได้กำหนดการเกิดแผลกดทับ เป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพทางการพยาบาลตั้งแต่ 2557-2558 ได้มีการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการเกิดแผลกดทับมาอย่างต่อเนื่องโดยทีมพยาบาลออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มีการจัดทำแนวปฏิบัติ

เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราชในปี 2558 ชุดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับด้วย SSIET Bundle (surface, skin, incontinence encourage, nutrition, turn position Bundle) ในปี 2559 พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (siriraj concurrent trigger tool: modify early warning sign for pressure injury prevention) มีการจัดทำสื่อการเรียนการสอนใน ระบบ E-Learning ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับได้ง่ายมากขึ้น

### ขั้นตอนการปฏิบัติตาม SiCCT: MEWS Pressure injury Prevention

#### 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ต่อการเกิดแผลกดทับ

1.1 มีการใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจน ได้แก่การเจาะคอ (tracheotomy) การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ไม่มีการเจาะคอ หรือใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ oxygen cannula มีการใส่หน้ากากครอบบนจมูกและคางและการใส่ nasal cannula ในผู้ป่วยที่ได้รับ oxygen high flow

1.2 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

1.3 ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลงกระสับกระส่าย สับสน

1.4 ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้

1.5 ถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน (ในกรณีที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

1.6 ตรวจพบความเปียกชื้นจากอุจจาระ ปัสสาวะ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า

2. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ โดยประเมินว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่มีผลกระทบภาวะโภชนาการที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติหรือไม่ได้รับสารอาหารมากกว่า 5 วัน ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยคำนวณจากพลังงานที่ต้องการ 30-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ปริมาณโปรตีนที่ร่างกายต้องการคือ 1.25 - 1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ผู้สูงอายุต้องการโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

#### 3. ดูแลตามแนวปฏิบัติที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง

3.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์

3.1.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการใส่อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน(oxygen) ได้แก่ cannula, mask, tracheostomy collar โดยให้ประเมินผิวหนังในบริเวณที่อุปกรณ์ให้ออกซิเจนหรือสายออกซิเจนพาดผ่านหรือกดทับ เช่น ใบหู หลังหู แก้ม ใบหน้า ลำคอ อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้โฟลียูรีเทนโฟม (polyurethane foam) ปิดบริเวณที่อุปกรณ์การแพทย์กดทับ

3.1.2 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยให้ประเมินผิวหนังในบริเวณที่ใช้พลาสติกปิดสายสวนปัสสาวะกับผิวหนัง และควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ปิดพลาสติกทุกวันโดยแพทย์ติดบริเวณต้นขาด้านใน เพศชายติดบริเวณต้นขาหรือท้องน้อย

3.1.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการใส่ Nasogastric tube โดยให้ทำความสะอาดบริเวณรูจมูกและบริเวณที่ปิดพลาสติกทุกวันด้วยสำลีชุบ Normal saline เปลี่ยนพลาสติกทุกวัน 1-2 วันหรือเมื่อจำเป็น ประเมินผิวหนังบริเวณที่ปิดพลาสติกและรอบรูจมูก หากพบว่าผิวหนังมีรอยแดงหรือถลอกให้เปลี่ยนตำแหน่งที่ปิดพลาสติก

3.1.4 การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube) โดยให้ประหมื่นผิวหนังในบริเวณที่ท่อหลอดลมคอและเชือกผูกท่อหลอดลมคอ พาดผ่านหรือกดทับพิจารณาเปลี่ยนเมื่อเชือกผูกท่อหลอดลมคอรัดแน่นเกินไป หรือเมื่อเปียกชื้น การเปลี่ยนเชือกผูกท่อหลอดลมคอ ให้ผูกปลายเทปเข้าด้วยกัน แบบเงื่อนตาย แล้วผูกสลับปลายเชือกอีกครั้งที่บริเวณคอ ด้านใดด้านหนึ่งของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับบวม ขณะผูกให้สอดนิ้วกลางเข้าใต้เทปผ้าเพื่อไม่ให้แน่นหรือหลวมจนเกินไป และใช้ก๊อชรองบริเวณที่เชือกผูกท่อหลอดลมคอพาดผ่าน

3.2 การป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกในผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยวิธีการดังนี้

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูก ให้ประเมินผิวหนังบริเวณจุดเสี่ยงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย หากพบผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีรอยแดง รอยซ้ำ บวม สีคล้ำ แข็งนิ่ม ร้อน เจ็บปวด ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ถูกกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยเร็วกว่า ทุก 2 ชั่วโมง

- ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณ ปุ่มกระดูกด้วย Normal saline ใช้ polyurethane foam ปิดบริเวณปุ่มกระดูกป้องกันแรงไถลและการเสียดสี

- ใส่ที่นอนเพื่อลด/กระจายแรงกด และตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ หมายถึง การตรวจสอบอุปกรณ์ลดแรงกดเพื่อป้องกัน ‘bottom out’ (ผู้ป่วยนอนจมตัวลงในที่นอนทำให้ปุ่มกระดูกสัมผัสกับพื้นเตียง) โดยสอดมือเข้าระหว่างอุปกรณ์ลดแรงกด (ที่นอนลม) กับตำแหน่งปุ่มกระดูก ต้องสามารถกระดกปลายนิ้วมือขึ้นได้และไม่สัมผัสกับปุ่มกระดูกแสดงว่าไม่เกิด ‘bottom out’ และอุปกรณ์มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การใช้ฝักรองยกตัวในการเปลี่ยนท่าหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้การยกตัวโดยมีฝักรองหรืออุปกรณ์ในการยกตัว และหลีกเลี่ยงการลากดึง ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บจากแรงเสียดสีต้องมีคนช่วยเปลี่ยนท่าอย่างน้อย 2-4 คน การยกแบบ 2 คน โดยให้อยู่ข้างผู้ป่วยด้านละ 1 คน และจับฝักรองยกชิดลำตัวผู้ป่วย มือด้านบนจับตรงหัวไหล่ มือด้านล่างจับตรงสะโพกผู้ป่วย การยกแบบ 4 คนโดย 2 คนยกฝักรองบริเวณหัวไหล่ อีก 2 คน ยกฝักรองบริเวณสะโพก และให้จับฝักรองยกชิดตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดแรงในการยก การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพียงลำพังให้ผู้ดูแลอาสาและแขนด้านที่ต้องการตะแคงเข้าหาตัวผู้ดูแล จากนั้นผู้ดูแลใช้มือจับที่หัวไหล่ อีกมือหนึ่งจับตรงสะโพกของผู้ป่วยแล้วทำการตะแคงตัวผู้ป่วย

- การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา กรณีที่เตียงผู้ป่วยสามารถปรับระดับได้ ให้ปรับระดับหัวเตียงสูง 30 องศาและปรับได้เข้าให้สูงขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนศีรษะสูงเพื่อให้อาหารทางสายยาง ให้ปรับระดับเตียงลงเหลือศีรษะสูง 30 องศา ภายหลังรับประทานอาหารหรือได้รับอาหารทางสายยาง 1 ชั่วโมง และประเมินแผลกดทับการบาดเจ็บจากแรงกดและแรงเสียดบริเวณก้นกบอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง กรณีที่ไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้ให้ใช้หมอน 2-3 ใบหนุนบริเวณหลังให้ศีรษะสูง 30 องศา และใช้หมอนหนุนบริเวณใต้ท้องผู้ป่วยให้สันเท้าลอยและป้องกันการเลื่อนไถล

- การจัดท่านอนตะแคงกึ่งหงาย เอียง 30 องศา โดยให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศา กับที่นอนเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้าหรือเบาะสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก

- การยกส้นเท้าลอยโดยจัดท่านอนหงายให้ใช้หมอนรองใต้น่อง ยกส้นเท้าให้ลอยขึ้น ใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่องเพื่อยกส้นเท้าให้ลอย (floating heel) จากพื้นผิวเตียง ไม่สัมผัสกับพื้นนอน เพื่อป้องกัน แรงกดทับจากการสั่นไถลและแรงเฉือน ประเมินผิวหนังบริเวณส้นเท้าอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

- ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรอยู่ในท่านั่งไม่เกิน 1 ชั่วโมง ควรยกตัวลดแรงกดทุก 15 นาที โดยใช้มื่อยกตัวขึ้น และการเอียงตัวยกสะโพก ซ้าย-ขวา

3.3 ป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบ จากภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ หรือถ่ายอุจจาระ  $\geq 3$  ครั้งต่อวัน ตรวจพบความเปียกชื้นจากอุจจาระหรือปัสสาวะทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า

- ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณ perineum & perianal area ว่ามีความชุ่มชื้นมากเกินไป มีรอยแดง ลอก ถลอก ผิวหนังเปิดหรือไหม้และประเมินทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแผ่นรองขับหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่

- จัดอุจจาระหรือปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่าหรือน้ำยาทำความสะอาดผิวหนัง โดยไม่ขัดถูและซับให้แห้ง

- ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง เช่น ปิโตเลียมอยท์เมนครีม (skin barrier cream) ฟิล์ม (skinbarrier film)] ทุกครั้งหลังทำความสะอาด

- การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองขับอย่างหนา ที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับได้ดี การใช้แผ่นรองขับและการระบายอากาศจะช่วยลดการอับชื้นได้ หลีกเลี่ยงแผ่นรองขับอย่างบาง ต้องประเมินผิวหนังบริเวณที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองขับอย่างหนาอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย เพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลายจากความอับชื้นในขณะที่สัมผัสกับอุจจาระปัสสาวะเป็นเวลานาน

#### การประเมินผิวหนัง

ให้ประเมินผิวหนังบริเวณจุดเสี่ยงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย หากพบผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีรอยแดงรอยขีด บวม สีคล้ำ แห้ง นุ่ม ร้อน เจ็บปวด ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ถูกกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์และให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยเร็วกว่าทุก 2 ชั่วโมง การทำความสะอาดของร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป

- ผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้ง หลีกเลี่ยงการใช้สบู่และน้ำอุ่นในการทำความสะอาดร่างกาย เนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่าย

- ผู้สูงอายุควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้ง หรือตามความเหมาะสม

- ทาครีม หรือ ointments เพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง ป้องกันผิวหนังแห้ง ไม่ให้เกิดแผลจากการเสียดสี

- ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้ง ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทาปิโตเลียมอยท์เมน (วาสลีน) หรือครีมทุกครั้ง และการระบายอากาศช่วยลดความอับชื้นเพื่อปกป้องผิวหนังไม่ให้เกิดแผลจากความเปียกชื้น



### 2.1.9 การดูแลแผลกดทับ

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาเพราะแผลจะหายช้า หายยาก มักลุกลามขยายเป็นแผลขนาดใหญ่ขึ้น แผลลึกมากขึ้น และบ่อยครั้งอาจเกิดการติดเชื้อตามมา ดังนั้นเพื่อให้แผลกดทับหาย ป้องกันการลุกลามและการติดเชื้อ จึงมีสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่ การทำแผลให้ถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

#### หลักการทำแผลกดทับ

1. เครื่องมือเครื่องใช้ทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการทำแผล ต้องผ่านการทำความสะอาดปราศจากเชื้อโรค
2. เลือกทำแผลสะอาดก่อน
3. เน้นหลัก Aseptic technique ในการทำแผล
4. ใช้ปากคีบ จับสิ่งของเครื่องใช้แทนการจับด้วยมือเปล่า
5. พยายามขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการหายของแผลออกจากแผล
  - สารคัดหลั่งจากแผล (Exudate) เป็นของเหลวที่รั่วไหลออกนอกหลอดเลือด
  - หนอง (Pus) เป็น purulent exudate ที่มีโปรตีนสูงเซลล์เม็ดเลือดขาวจากเซลล์ตายปะปนอยู่
6. แผลสะอาด และมีเนื้อเยื่ออกใหม่ การรักษาแผลให้ชุ่มชื้นช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น
7. แผลสะอาดไม่จำเป็นต้องเปิดทำแผลบ่อย เพราะจะกระทบกระเทือนต่อเนื้อเยื่อที่งอกใหม่ และทำให้อุณภูมิบริเวณพื้นผิวของแผลลดลง
8. แผลที่มีเนื้อตายต้องตัดออกให้สะอาด
9. ไม่ใช้ยา antibiotic ใส่ลงแผลที่มีเนื้อเยื่ออกใหม่
10. สะเก็ดแผล มีส่วนขัดขวางกระบวนการเจริญของเยื่อผิวหนังจึงไม่ควรปล่อยให้แผลตกสะเก็ด
11. การเปิดแผล ควรระมัดระวังไม่ให้หลอดเลือดหรือเนื้อเยื่อฉีกขาด
12. ระยะเวลาของการเปิดแผลควรให้สั้นที่สุด เพื่อลดโอกาสที่แผลจะสัมผัสกับเชื้อโรค
13. เลือกวัสดุปิดแผลที่อ่อนนุ่ม
14. ไม่ควรใช้สำลี หรือผ้าก๊อชแห้งปิดแผลที่มีเนื้อเยื่ออกใหม่

#### อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำแผล

1. ชุดทำความสะอาดแผลปลอดเชื้อ
2. กระจกนิตยาขนาด 20 ซีซี สำหรับฉีดล้างแผล
3. ถุงมือสะอาด
4. พลาสเตอร์เทปติดผ้าก๊อช
5. ถุงขยะ
6. น้ำยาทำความสะอาดแผล ได้แก่ น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (Normal saline) เป็นน้ำยาล้างแผลที่ดีที่สุด ไม่ทำลายเนื้อเยื่อสร้างใหม่ที่แผล และไม่ทำให้แผลแสบหรือระคายเคือง
7. วัสดุปิดแผล

- กลุ่มวัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น วาสลีน, ซิลิโคน, Tegaderm Film / Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก

- กลุ่มวัสดุปิดแผลชนิด Hydrocolloid dressing ใช้กับแผลที่ไม่มีสิ่งขับหลัง (exudate) หรือมีเล็กน้อย

- กลุ่มวัสดุปิดแผลชนิด Polyurethane foam ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลางถึงมาก

### วิธีการทำความสะอาดแผล

1. การเช็ดแผล ให้ใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือ โดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณหนึ่งนิ้วและซับให้แห้ง

2. การฉีดล้าง เหมาะสำหรับแผลลึกมีโพรงแผล ทำโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้งจนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส

**การดูแลแผลกดทับ** สามารถดูแลตามระดับความรุนแรงของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ และ 2 ลักษณะ ดังนี้

#### การดูแลแผลกดทับระดับ 1

1. พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกสันเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้า รองใต้น่อง กรณีนอนตะแคง ให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกด โดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้า หรือเบาะสอดคั่น ระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่าง ปุ่มกระดูก ห้ามใช้ห่วงยางหรือถุงมือยางใส่เท้ารองตามปุ่มกระดูก เพราะจะทำให้เกิดการกดหลอดเลือดใต้ผิวหนังทำให้อเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือตายได้

2. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย

3. ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อนบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะ การนวดหรือการประคบด้วยความร้อนจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนังส่วนนั้น เสี่ยงต่อการฉีกขาดของผิวหนัง

4. ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายด้วยสำลีชุบน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถู และซับให้แห้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือผ้ารองเปื้อนแบบหนาและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

5. ดูแลผิวหนังให้สะอาด ใช้โลชั่นหรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อยๆเพื่อ ช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น

6. ถ้ามีแผลให้ปิดแผลด้วย Tegaderm Film / Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm Hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก

#### การดูแลแผลกดทับระดับ 2

1. ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล แล้วปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น หรือ Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่ หากมี Exudate ใช้เป็น polyurethane foam ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง เป็นต้น

2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับแผลและส่งเสริมการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงแผลกดทับ

### การดูแลแผลกดทับระดับ 3

1. ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผล

- แผลตื้น ใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือ โดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอกแผล ปิดแผลด้วย Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่ หากมี exudate ใช้เป็น polyurethane foam

- แผลลึก มีโพรงแผล ไม่ติดเชื้อ ทำแผลโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้ง จนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส ใส่ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลายเนื้อตาย ได้แก่ Hydrocolloid gel และปิดแผลด้วย gauze

- แผลลึก มีโพรงแผล และมีการติดเชื้อ ทำแผลโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้ง จนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส ใส่ผลิตภัณฑ์ที่ทำแผลที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลายเนื้อตายและฆ่าเชื้อ ได้แก่ Hydrocolloid gel with Ag (Blue gel), Silver sulfadiazine, Nano silver (Acticoat), Hydrofiber with Ag และปิดแผลด้วย gauze หรือ polyurethane foam

2. แผลที่มีโพรงใส่วัสดุปิดแผลให้ถึงก้นแผล ไม่ให้มีช่องว่าง และไม่อัดวัสดุในแผลแน่นจนเกินไป

3. ถ้ามีไข้ หรือแผลเป็นหนอง แผลมีเนื้อตายที่มีกลิ่นเหม็น รายงานแพทย์เพื่อร่วมประเมินแผล

และให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม

### การดูแลแผลกดทับระดับ 4

แผลกดทับระดับ 4 เป็นแผลที่มีความลึกกลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ และ/หรือกระดูก มักพบแผลมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม วิธีการทำแผลเช่นเดียวกับการดูแลแผลกดทับระดับ 3

### การดูแลแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable PI)

แผลกดทับในลักษณะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อทำการรักษาโดยการกำจัดเนื้อตายและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม

1. ประเมินภาวะโรคร่วมและความเร่งด่วนรวมถึงเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาในการเลือกกำจัดเนื้อตาย

2. แผลมีเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมแผลเกือบทั้งหมด/แผลติดเชื้อ วิธีการทำแผลเช่นเดียวกับการทำแผลในแผลกดทับระดับ 3

3. รายงานแพทย์เพื่อร่วมประเมินแผล และพิจารณาการทำ debridement และ/หรือให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม

### การดูแลแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (DTPI)

1. ไม่ควรมีแรงกดทับใดๆลงที่แผล

2. ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดและกระจายแรงกด

3. แผลปิด ปิดวัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติช่วยลดแรงกดและเปลี่ยนเมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ

4. แผลเปิด ผิวหนังฉีกขาดเฉพาะที่ ทำแผลโดยใช้ NSS irrigate ทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผลเช่นเดียวกับแผลระดับอื่นๆ ปิดแผลด้วย Hydrocolloid dressing หรือ Polyurethane foam (เลือกใช้ตามลักษณะปริมาณของ exudate)

5. ประเมินแผลรายวันและเปลี่ยนเมื่อแผลชุ่ม/วัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ

## 2.2 เครื่องมือการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับควรเริ่มตั้งแต่ 6 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือภายใน 48 ชั่วโมง และประเมินผู้ป่วยซ้ำในรายที่มีภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับสูง ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับควรมีมาตรฐาน แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม (The National Institute for Clinical Excellence, 2004) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่

2.2.1 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (*The Braden Scale for predicting Pressure Sore Risk, 1987*) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับสร้างโดยบราเดน และแนนซีเบิร์กสตรอม (Braden and Nancy Bergstrom, 1987) ประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 1962 และพัฒนาในปี ค.ศ. 1988 กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแยกตามปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Skin moisture) การมีกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และการมีแรงเสียดทานและแรงเฉื่อย (Friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ซึ่งโดยทั่วไปค่าคะแนนเท่ากับ 16 คือ เริ่มเสี่ยง ค่าคะแนนน้อย คือเสี่ยงมาก สำหรับผู้ป่วยสูงอายุจะให้ค่าคะแนนเท่ากับ 18 เป็นต้นที่บ่งชี้ผู้ป่วยเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมีรายละเอียดการแปลผลคะแนน ดังนี้

- 6-9 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก
- 10-12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง
- 13-14 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง
- 15-18 คะแนน หมายถึง เริ่มมีความเสี่ยง
- 19-23 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำของแบบประเมินของบราเดน (Braden scale) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ผู้ประเมินต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ด้านที่ระบุไว้ในเครื่องมือได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึก 2) ความเปียกชื้นของผิวหนัง 3) ความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย 5) ภาวะโภชนาการ 6) แรงเสียดสีและแรงเฉื่อย/แรงเสียดทาน

2.2.2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของนอร์ตัน (*The Norton Risk Assessment Scale*) เป็น แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับถูกพัฒนาในปี ค.ศ. 1962 โดยดอร์รีน นอร์ตัน, เอ็กซ์ตัน สมิทท์ และแมคคลาเรน ได้ทำการศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ และได้จัดทำแบบประเมินเรียกว่า Norton scoring system เป็นการประเมิน 5 ด้านได้แก่ ภาวะ สุขภาพ (Physical condition) จิตใจ (Mental condition) การปฏิบัติ (Activity) ความสามารถในการ เคลื่อนไหว (Mobility) และการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ (Incontinent) โดยค่าระดับคะแนนสูงสุดความเสี่ยงของ

การเกิดแผลกดทับอยู่ที่ 20 ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจะมีระดับคะแนน 14 ขึ้นไป ซึ่งเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทั้ง 2 เครื่องมือนี้ได้ผลไม่แตกต่างกันเมื่อนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าแบบประเมินแผลกดทับมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน มีความคล้ายคลึงกันคือพยายามนำเอาปัจจัยทั้งภายในและภายนอกมาเป็นตัวแปรและจัดค่าคะแนนเพื่อให้สามารถวัดออกมาได้ในเชิงปริมาณ การใช้แบบประเมินแผลกดทับจึงเป็นเพียงวิธีหนึ่งที่อยู่ในแผนการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยการเลือกใช้แบบประเมินความเสี่ยงแต่ละแบบประเมินควรพิจารณาถึงความไว และความจำเพาะของแบบประเมิน ซึ่งความไวมีผลการศึกษาเทียบเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่า แบบประเมินของบราเดน มีความไวเท่ากับร้อยละ 100 และมีความเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 87-91 (Bergstrom et al., 1987) แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ มีความไวเท่ากับร้อยละ 57.1 มีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 67.5 (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina, & Alvarez-Nieto, 2006) ซึ่งจากการทบทวนจะพบว่าแบบประเมินของบราเดน จะมีความไวและความเฉพาะเจาะจงมากกว่าแบบประเมินอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินของบราเดนในการทำวิจัยครั้งนี้

### 2.3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) พบว่าในวิชาชีพแพทย์จะเรียกว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ในวิชาชีพพยาบาลจะเรียกว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายไว้ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ เป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง และช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่ไม่ได้ทดแทนการตัดสินใจ ซึ่งการนำความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้ได้มาตรฐาน ในการแก้ไขปัญหาด้านการปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้ในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงานและสอดคล้องกับแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพให้มีความเสมอภาค การจัดบริการที่ทั่วถึง มีคุณภาพ และมีการบริหารจัดการระบบอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย อยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้และหลักฐานอ้างอิงร่วมกับจริยธรรมและความมีอิสระในวิชาชีพ เป็นแหล่งความรู้และแนวทางปฏิบัติ เพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน และมีส่วนร่วมในการป้องกันคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้รับบริการทางการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ควรเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence based practice) มีเหตุผลที่เหมาะสมทางวิทยาศาสตร์ โดยทั่วไปต้องทำเป็นคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความแตกต่างด้านการปฏิบัติและสามารถตรวจสอบได้ แนวปฏิบัติต้องคำนึงถึงประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ หลักฐานที่มีอยู่ต้องปรากฏชัดเจนว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด ได้ผล ประหยัดไม่ยุ่งยาก มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และเป็นความต้องการหรือความชอบของผู้รับบริการ ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติ

อย่างกว้างขวาง ซึ่งบางเรื่องนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานหนึ่งอาจจะไม่เหมาะสม จากข้อจำกัดและลักษณะของหน่วยงานนั้นจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาเอง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าคุ้มทุน เน้นคุณภาพในการบริการการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ ต้องหาแนวทางเพื่อที่จะทำให้การดูแลด้านสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็น หรือเลือกพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เลือกเรื่องที่สำคัญและมีขนาดปัญหาทางสุขภาพมากเป็นเรื่องที่มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลายเสียค่าใช้จ่ายสูงและเป็นเรื่องที่มีหลักฐานใหม่ สอดคล้องกับความเชื่อหรือวิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติเป็นประจำ และต้องการให้การปฏิบัติที่มีความทันสมัยสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2. การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสม เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

3. การสืบค้นข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นฐานสืบค้นข้อมูล และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน คือ ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภทปฐมภูมิ เช่น MEDLINE หรือ CINAHL ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภททุติยภูมิได้แก่งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรืองานวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เดิม

4. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้ เพื่อพิจารณาคัดเลือกเอกสารที่เข้าเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

5. การสังเคราะห์และพัฒนาวิธีปฏิบัติแนะนำเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์เรื่องความเหมาะสมของการรักษา เปรียบเทียบคุณประโยชน์กับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างหัตถการหรือการรักษา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์กับค่าใช้จ่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงปฏิบัติได้จริง

6. การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขา เพื่อทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินจากเพื่อนร่วมวิชาชีพเพื่อประเมินช่องว่างที่เกิดขึ้น ประเมินความชัดเจน ความตรงในเนื้อหาและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ

7. การทดลองใช้หรือการนำร่องหลังจากผ่านการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำมาทดลองใช้ในหน่วยงานหรือกลุ่มบริการจำนวนน้อยๆก่อนเป็นโครงการนำร่อง เพื่อค้นหาปัญหาของการใช้จริงซึ่งขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติโดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

8. การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติจริง โดยคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้ การสร้างแรงจูงใจการพัฒนา การมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆ การนำ แนวทางคลินิกเข้าไปอยู่ในกระบวนการทำงานขององค์กร เช่น การประกันคุณภาพ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารต่างๆ การสื่อสารผ่านองค์กรวิชาชีพ การใช้ผู้นำทางคลินิก รวมถึงการทดลองใช้ร่างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการปฏิบัติจริง และรับข้อมูลสะท้อนกลับ

9. การเผยแพร่และการนำไปใช้ โดยผู้นำไปใช้ต้องปรับกลยุทธ์ในการนำข้อมูลที่ได้เผยแพร่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแน่ใจว่าใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นได้จริง

10. การประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลต้องประเมินผลก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในประเด็นดังนี้ มีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายรับรู้หรือไม่ ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการมีเจตคติต่อแนวปฏิบัติอย่างไร แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเปลี่ยนการปฏิบัติที่ทำอยู่หรือไม่ มีอะไรเป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวทางปฏิบัติประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆดังนี้

1. ชื่อเรื่องของแนวปฏิบัติทางคลินิก
2. วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
3. กลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ระบุโรค ภาวะประเภของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทั้งผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
4. นิยามระบุความหมายของคำที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เกี่ยวข้อง
5. ระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัติคลินิก โดยผลลัพธ์อาจเป็น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วย อัตราการตาย อาการและอาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก และความปลอดภัย เป็นต้น
6. หลักฐานระบุวิธีการได้มาซึ่งหลักฐาน วิธีการสืบค้น แหล่งของหลักฐาน วิธีการรวมหลักฐาน วิธีการวิเคราะห์หลักฐาน และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
7. คุณค่า ระบุการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับผู้จัดทำ มุมมองของผู้จัดทำ ความคล้อยตามกัน ความขัดแย้งและวิธีการนำไปสู่ข้อสรุปที่ระบุไว้ในวิธีปฏิบัติ
8. วิธีปฏิบัติที่แนะนำ ระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธีพร้อมระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่แนะนำกำกับไว้ด้วย
9. การตรวจสอบ ระบุกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยองค์กรอื่นหรือคณะผู้จัดทำได้ดำเนินการ ความสอดคล้อง และความแตกต่างระหว่างแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับอื่นในเรื่องเดียวกัน รวมทั้งผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ไปใช้ในโครงการนำร่อง
10. ผู้สนับสนุน ระบุองค์กรที่เกี่ยวข้อง หรือให้การสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ เพื่อให้ผู้ที่นำเอาแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ทราบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้นอย่างมีคติหรือมีผลประโยชน์ซับซ้อนหรือไม่
11. การระบุเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. การค้นหา และการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในครั้งนี้ มีการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลการวิจัย และแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ฐานข้อมูลที่น่าเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Guideline) และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) สืบค้นจาก [www.Guideline.gov](http://www.Guideline.gov), [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au), [www.mao.org](http://www.mao.org), และ [www.mahidol.ac.th](http://www.mahidol.ac.th)

1.2 ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยสืบค้นได้จาก MEDLINE, CINAHL และ PUBMED

### 1.3 งานวิจัยที่ค้นคว้าได้และสืบค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง

1.4 ฐานข้อมูลงานวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยคริสเตียน

1.5 การสืบค้นด้วยมือ จากวารสารเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เช่น วารสารการพยาบาล สหภาพการพยาบาลงานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่สืบค้นรวมทั้งสิ้น 80 เรื่อง แต่ที่ได้คัดเลือกไว้ คือ งานวิจัยที่เน้นและกล่าวถึงการป้องกันแผลกดทับ ในการคัดเลือกรั้งสุดท้ายเหลืองานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 10 เรื่อง

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้ ใช้แนวคิด PICOT ตามรายละเอียดดังนี้

P คือ Patient population or problem การระบุประชากร โรค หรือปัญหาที่สนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งและการเกิดแผลกดทับ

I คือ Intervention or area of interest เป็นการระบุหัตถการ/การรักษาที่น่าสนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อป้องกัน และลดปัจจัยการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

C คือ Comparison intervention การระบุการเปรียบเทียบการปฏิบัติ ซึ่งช่วยจำกัดขอบเขตการสืบค้น ให้แคบลง หมายถึง การเปรียบเทียบผลของการใช้วิธีการที่หลากหลายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การป้องกันลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก กับการลดความเปียกชื้น ภาวะขาดสารอาหาร

O คือ Outcomes ผลลัพธ์ หมายถึง การศึกษาประเมินผล ระบุตัวชี้วัดของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

T คือ Time เวลา หมายถึง การกำหนดช่วงเวลาการค้นหางานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีการเผยแพร่ในแต่ละช่วงปี ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

### 3. วิธีการใช้ประเมินคุณภาพ และความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

3.1 เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งระดับความเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเรียงลำดับคุณภาพจากมากไปน้อย ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เมตา (Metaanalysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (Meta-analysis of randomized controlled trial)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด ซึ่งมีการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Experimental study randomized controlled trial)

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-experimental studies)



ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่ออกแบบวิจัยอย่างดี (Case control studies)

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่งานวิจัยที่มีการทดลอง เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา เชิงความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Non-experimental descriptive, correlational, qualitative studies)

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาที่เป็นโปรแกรมการศึกษา จากการศึกษาสังเคราะห์งานวิจัย จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ โครงการพัฒนาคุณภาพ และ รายงานกรณีศึกษา (Program evaluation, research utilization studies, quality improvement project, case reports)

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และหรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of respected authorities, or expert committees)

3.2 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler) ที่ระบุว่า การประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ควรพิจารณาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 3 ประการ คือ ความสอดคล้องของงานวิจัยกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Implementation potential)

3.3 พิจารณาแนวโน้มที่จะใช้ในการปฏิบัติได้ ซึ่งประกอบด้วย ความเหมาะสมในการนำไปใช้ (Transferability of finding) มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำมาใช้ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility of implementation) พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือ และไม่ขัดแย้ง วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้ และ คำนึงค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio)

4. วิธีการตรวจสอบความมั่นคงของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยพิจารณาจากความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง จากการประเมินคะแนนของพยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ของการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ซึ่งจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ ผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่มีอยู่แล้วจากงานวิจัยของ รินณารา สายเมฆ (2559) มาประยุกต์ใช้กับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เนื่องจากขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติได้อิงตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นที่นิยมเนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

## 2.4 แนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้

แนวทางการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของ Registered Nurses Association of Ontario (2002) (อ้างอิงดวงฤดี ลาตุษะและกันตารัตนคช, 2557)ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวทางของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ (RNAO, 2012) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและเป็นที่ยอมรับใช้หลายหน่วยงานอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหา ทบทวนปัญหาและการเลือกใช้แนวปฏิบัติ (identify, review, Select knowledge)

การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการ ควรเป็นประเด็นปัญหาที่ผู้จัดการปัญหากำหนดร่วมกัน วิเคราะห์ และจากการทบทวนผลลัพธ์ในปัญหาเหล่านั้นแล้วนำมาคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศว่ามีความสอดคล้องกับปัญหา จะต้องคัดเลือกจากความน่าเชื่อถือขององค์กร เนื่องจาก มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในแต่ละแนวปฏิบัติขึ้นมามากมาย และแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพบางอย่างจะเข้าถึงได้ยาก ซึ่งแนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงได้จากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ทางวรรณกรรม รายงานการวิจัย อินเทอร์เน็ต โดยแนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละระดับของระเบียบวิธีการวิจัย มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ นอกจากนี้จะต้องพิจารณาผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินและข้อจำกัดในการพิจารณาแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นหลังจากการคัดเลือกและได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ตรงกับความต้องการแล้ว อย่างไรก็ตามองค์กรหรือทีมสุขภาพที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

### ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท และการระบุวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติ (adapt knowledge to local context)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการวิเคราะห์ในส่วนของโครงสร้างพื้นฐานของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติเนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา นั้น อาจมีความแตกต่างของบริบทที่จะนำไปใช้ เช่น ความรู้ของบุคลากรในแต่ละบริบท ขอบเขตของการปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายในระดับภูมิภาค การจัดลำดับความสำคัญขององค์กรและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละบริบท เป็นต้น ความแตกต่างของบริบทดังกล่าวอาจมีผลต่อความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ จึงจำเป็นต้องปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ก่อนนำไปใช้ อย่างไรก็ตาม การปรับปรุงแนวปฏิบัติจะต้องคงความถูกต้องของคำแนะนำที่ได้รับจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการระบุกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก องค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร ดังนี้

1. ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร (internal stakeholders) หมายถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กรนั้น ๆ เช่น พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก พยาบาลที่หอผู้ป่วยแพทย์ที่มิวิชาชีพต่าง ๆ เป็นต้น

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กร (external stakeholders) หมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่อยู่ภายนอกองค์กรนั้น ๆ เช่น หน่วยรับรองระบบงาน กลุ่มที่ได้ผลประโยชน์ต่าง ๆ ได้แก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว กลุ่มผู้ใช้บริการ เป็นต้น

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง กลุ่มผู้บริหารหรือสมาชิกในคณะกรรมการขององค์กรนั้น ๆ สมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งจะมีอิทธิพลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเป็นผู้แสดงความคิดเห็นว่า เห็นด้วยหรือไม่กับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) เป็นวิธีการที่จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรมากขึ้น โดยข้อมูลที่ได้จะช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมความสัมพันธ์ภายใน ความสนใจของทีม และช่วยในการวางแผนดำเนินงานการตัดสินใจเรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และมีการวิเคราะห์ถึงลักษณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมุมมองที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์กับทีมงานและความสามารถในการตัดสินใจเรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน ตลอดจนระดับของการสนับสนุนและระดับของการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้ในการสนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติในองค์กร แบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มที่มีการสนับสนุนมากและมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก ( high support and high influence ) เป็นกลุ่มที่ส่งผลทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ต้องให้ความสนใจและให้ความร่วมมือโดยการให้ข้อมูล มีกลยุทธ์ที่ใช้คือการประสานงาน การมีส่วนร่วม การให้โอกาส การสนับสนุนในการดำเนินงาน การอุปถัมภ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. กลุ่มที่มีการสนับสนุนมาก แต่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (high support low influence ) เป็นกลุ่มที่ส่งผลทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องให้ความสนใจและคงไว้ในความ ร่วมมือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสนับสนุนลดลง มีกลยุทธ์ที่ใช้คือการประสานงาน การกระตุ้นเพื่อให้เกิดความร่วมมือ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงและการเข้ามามีส่วนร่วมในระดับของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

3. กลุ่มที่มีการสนับสนุนน้อย แต่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (low support high influence ) เป็นกลุ่มที่ส่งผลทางลบต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องให้ความสนใจใ้สูงและคงไว้ใน ความร่วมมือ มีกลยุทธ์ที่ใช้คือการหาข้อตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การให้การปรึกษา โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมด้วย มีการติดตามเพื่อมองเห็นถึงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในระยะของการปฏิบัติทางคลินิก

4. กลุ่มที่มีการสนับสนุนน้อย และมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (low support and low influence ) เป็นกลุ่มที่มีผลทางลบต่อการเปลี่ยนแปลง ควรติดตามและใส่ใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือ มีกลยุทธ์ที่ใช้คือการหาข้อตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การให้การปรึกษา โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กรเข้ามาติดตามอย่างสม่ำเสมอ ควรให้กลุ่มนี้มีส่วนร่วมในระยะของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

### **ขั้นตอนที่ 3 การประเมินปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้แนวปฏิบัติ (assess facilitators and barriers to knowledge use)**

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดความสะดวกและราบรื่น ควรมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโดยการประเมินจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขอบเขตในการขยายการดำเนินงานและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงสร้างขององค์กร วัฒนธรรมขององค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติแหล่งประโยชน์ และความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ หากเป็นองค์กรที่มีความซับซ้อน ควรระบุสิ่งที่เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ

เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการใช้แนวปฏิบัติ ระบุสิ่งที่จำเป็นปัจจัยสนับสนุนและสิ่งที่เป็นอุปสรรคให้ชัดเจน และหาแนวทางแก้ไขรองรับเพื่อลดอุปสรรคนั้น

#### ขั้นตอนที่ 4 การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้(select and tailor implement interventions and strategies)

ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้นั้น ต้องมีกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการติดตามประเมินผลการใช้เป็นระยะ เพื่อปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมอันจะนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืน นอกจากนี้กลยุทธ์ที่ใช้ควรใช้ร่วมกันมากกว่า 1 กลยุทธ์ สำหรับกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่

1. การตรวจสอบย้อนกลับ (audit and feedback) เช่น การสรุปผลการปฏิบัติทางคลินิก โดยการรวบรวมผลสรุปจากการบันทึกจากฐานข้อมูลและการสังเกตจากผู้ป่วย ผู้ให้บริการและประชาชน รวมถึงการตรวจสอบข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก

2. มีสื่อการเรียนรู้ (educational materials) เช่น มีการเผยแพร่การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทางสื่อแบบพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีทั้งภาพและเสียง

3. มีการประชุมกลุ่มให้ความรู้ (educational meetings) เช่น การบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการอภิปราย

4. มีการเยี่ยมสำรวจจากผู้มีความรู้ (educational outreach visits) มีการเยี่ยมสำรวจพยาบาลผู้ประสานงาน เกสัชกรและทีมงานอื่นๆ หรือระหว่างผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อรับข้อมูลย้อนกลับ และกระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. กิจกรรมการปฏิบัติจากองค์กร (organizational interventions) เป็นกิจกรรมการปฏิบัติจากทีมสหวิชาชีพที่ผสมผสานความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

6. การเป็นผู้นำการจัดการ (managerial leadership) คือ การใช้กลยุทธ์การเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้

7. กระบวนการหาข้อตกลงร่วม (local consensus processes) การอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อตกลงในปัญหาและในการแก้ไขปัญหาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน

8. ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับในหน่วยงาน ซึ่งความคิดเห็นของผู้นำช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติได้

9. การใช้สื่อ (mass media) มีการใช้สื่อเพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น โทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์ แผ่นพับ และหนังสือคู่มือ ร่วมกับกิจกรรมการปฏิบัติ เป็นต้น

10. การแจ้งเตือน (reminders) เป็นการแจ้งเตือนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติที่เหมาะสมหรือหลีกเลี่ยงการกระทำที่ไม่ควรปฏิบัติ สามารถทำได้โดยผ่านทาง การพูด การเขียนบนกระดานหรือผ่านทางคอมพิวเตอร์

#### ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ (monitor knowledge use and evaluate outcomes)

หลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพ การประเมินผลสามารถประเมินได้ทุกระดับตั้งแต่หน่วยงาน หรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ ระดับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งค่าใช้จ่าย สำหรับการประเมินผลความสำเร็จ สามารถประเมินได้ 3 ด้าน ได้แก่ การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินหน่วยงานหรืออุปกรณ์เครื่องมือที่มีในการนำแนว

ปฏิบัติไปใช้ การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินผลว่าโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีการดำเนินการอย่างไร โดยเน้นการนำไปใช้ว่ามีความสอดคล้องตามที่วางแผนไว้หรือไม่ และการประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลของโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งเป็นการทดสอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และผลที่อาจจะเกิดขึ้น ขั้นตอนการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอาจพิจารณาประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่งควรมีการกำหนดผู้ที่จะประเมินผลลัพธ์ที่ต้องการประเมิน วิธีการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาที่ ประเมินผล ซึ่งอาจมีการเก็บตัวชี้วัดก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้รวมทั้งการจัดเตรียมงบประมาณ ค่าใช้จ่ายในการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ต่อไป

#### **ขั้นตอนที่ 6 การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างยั่งยืน (sustain knowledge use)**

เป็นขั้นตอนของการวางแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้บูรณาการของการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพระยะยาวและมีการปรับปรุงผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยขั้นตอนนี้มีการนำกลยุทธ์ต่างๆมาใช้เพื่อให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยผ่านการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายให้ข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์กับหน่วยงานอื่น การรายงานข้อมูลกับผู้บริหารเพื่อให้เกิดความสนใจ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้อย่างยั่งยืน

### **แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

ประยุกต์ใช้ของรณนารา สายเมฆ(2559) และสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลของพยาบาล หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง แบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้

#### **1. การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง**

**หมวดที่ 1** การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Registered Nurses Association of Ontario; (RNAO), 2011/level 1; รณนารา สายเมฆ,2559/ level 1 )

1.1 ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ Barden scale ตั้งแต่รับใหม่/รับย้าย และประเมินทุกสัปดาห์หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง

1.2 บันทึกผลการประเมินตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในระบบ softcon

**หมวดที่ 2** การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (Registered Nurses Association of Ontario; (RNAO), 2011/level 1; National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019/ level 1; รณนารา สายเมฆ,2559/ level 1 )

2.1 จัดให้อนอนที่นอนลม (Alpha Bed) รวมทั้งใช้หมอนนิ่มหนุนปุ่มกระดูก

2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. และประเมินผิวหนังทุกครั้ง (ลงชื่อกำกับในใบพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย)

2.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นสไลด์ ให้ใช้ผ้าขาวางเตียงปูรองตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และใช้การยกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสี

2.4 ประเมินภาวะสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนัง/คุณภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่อาจเกิดการกดทับ เช่น ส้นเท้า, ตาตุ่ม, ก้นกบ ทุกวันเวรบ่ายและเวรดึกและบันทึกตามจริง

**หมวดที่ 3** การดูแลภาวะโภชนาการ (National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019/ level 1; รึณนารา สายเมฆ, 2559/ level 4; รึณนารา สายเมฆ, 2559/ level 1)

3.1 ประเมินภาวะโภชนาการด้วย NT ทุกสัปดาห์/ติดตาม serum albumin และปรึกษาทีมโภชนบำบัดตามแนวทางการดูแล เมื่อระดับคะแนน NT 2 - 4

3.2 ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลอรีสูง โดย NT 1 - 2 ให้โปรตีนอย่างน้อย 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน , NT 3 - 4 ให้โปรตีนมากกว่า 2 กรัม/กิโลกรัม/วัน

**หมวดที่ 4** การดูแลสภาพผิวหนัง ( Registered Nurses Association of Ontario; (RNAO), 2011/level 1; National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019/ level 1)

4.1 แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป/ช่วยดูแลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายได้

4.2 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและใช้สบู่ที่มีค่า pH 4.5-5.5

4.3 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวลโดยเฉพาะข้อพับต่างๆไม่ให้อับชื้น

4.4 ใช้โลชั่นทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง / ทาวาสลินตามปุ่มกระดูกที่เสี่ยงต่อการเสียดสี

4.5 ใช้วาสลินหรือ Zinc paste ทากัน (ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้)

**หมวดที่ 5** การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล (รึณนารา สายเมฆ , 2559/ level 1; สมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย, 2566/ level 7)

5.1 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยสอนให้ปฏิบัติจริง และมีรูปภาพประกอบในเรื่องที่ไม่ทราบและไม่เข้าใจหรือใช้สื่อออนไลน์

**หมวดที่ 6** การจัดการสิ่งแวดล้อม (Registered Nurses Association of Ontario; (RNAO), 2011/level 1; National Pressure Injury Advisory Panel ; (NPIAP), 2019/ level 1; รึณนารา สายเมฆ, 2559/ level 1 )

6.1 ตัดปายเฝ้าระวังแผลกดทับ

6.2 ดูแลจัดเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดทาน

6.3 เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งที่มีการเปียกชื้น

**2. แนวทางการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ (สมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย , 2566/ level 7) ดังนี้**

1. แผลระดับ 1 ปิดแผลด้วย Tegaderm Film / Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก

2. แผลระดับ 2 ทำความสะอาดด้วย 0.9% NSS และปิดด้วย Bactigras ปิดทับด้วยก๊อสหรือใช้วัสดุที่เหมาะสม ได้แก่ Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่ หากมี Exudate ใช้เป็น polyurethane foam

3. แผลระดับ 3 หรือ 4 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วยก๊อส วันละ 1-2 ครั้ง หรือ ปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสมเพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ดูดซับสิ่งขับหลังได้ปริมาณ ปานกลาง-มาก เช่น Absorbent, Foam dressing, Hydrofiber, Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วัน หรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผล มีเนื้อตายปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย

4. ประสาน ทีมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse) เพื่อการส่งต่อดูแลต่อเนื่องรพ.ใกล้บ้าน

## 2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รินณารสา สายเมฆ (2559) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2 ด้าน 1.การประเมินผลเชิงกระบวนการ พบว่าความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ และร้อยละ 62.5 ของพยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก 2.การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน

ประภาพร ดองโพธิ์ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของการ ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบการวิจัยกลุ่มเดียวและวัดหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทีมผู้ดูแล จำนวน 18 คน และ ผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ที่ยังไม่เกิดแผลกดทับ มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแรกรับในระดับปานกลางถึงระดับสูง จำนวน 44 คน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1). แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกัน การเกิดแผลกดทับ 2). แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 3). แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ และ 4). แบบประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ดูแล ผลการศึกษา: อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัตินี้ ในระดับมาก ร้อยละ 88.9 สรุปผลการศึกษา: แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีประสิทธิผลในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ดังนั้นจึงควรนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

อรนุช มกรภิรมย์ และอันธิกา คระระวานิช (2563) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ มี 6 หมวด: 1) การประเมินความเสี่ยง การเกิดแผลกดทับ

2) การป้องกันการเกิดแรงกดและเสียดสี 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การประเมินผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการพบว่า ความรู้เรื่องป้องกันการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ และด้านคุณภาพการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

ยุวดี เกื้อกุลวงค์ชัย (2563) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวปฏิบัติมีความตรงเชิงเนื้อหาการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ 0.715 มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี 2) อัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .013 และ 3) อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ด้วยสถิติ Reliability analysis มีค่า Cornbrash's Alpha มีค่าเท่ากับ 0.636

พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และศิริโรรัตน์ โชติกสถิตย์ (2565) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระนอง เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลระนอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาแนว ปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ตรวจสอบผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 112 คน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอายุมากกว่า 60 ปี ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย จำนวน 10 หน่วยงาน ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การวางแผนและการให้การพยาบาล 3) การประเมินผลการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน ลดลงจาก 5.22 เป็น 2.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลระนอง



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปางทั้งหมด จำนวน 39 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นแบ่งเป็น หอผู้ป่วยชาย จำนวน 6 คน หอผู้ป่วยหญิง จำนวน 6 คน หอผู้ป่วยหนัก จำนวน 2 คน และหออภิบาลคุณภาพชีวิต จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการอบรมบรรยายให้ความรู้เรื่องแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การป้องกันและดูแลแผลกดทับ ประกอบการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และ 2) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อแผลกดทับ คือ มีคะแนน Barden scale  $\leq 16$  หรือ  $\leq 18$  ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือมีแผลกดทับมาจากบ้าน จำนวน 20 ราย

#### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยพัฒนาจาก ริณนารา สามยเมธ (2559) ประกอบด้วย

หัวข้อ	กิจกรรมการพยาบาล
1) ประเมินความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ Barden scale ตั้งแต่รับใหม่/รับย้าย โดยบันทึกผลตามแบบประเมินในระบบ softcon</li> <li>- ประเมินด้วย Barden scale ทุกสัปดาห์หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง</li> </ul>
2) ป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้ออนที่นอนลม (Alpha Bed) รวมทั้งใช้หมอนนิ่มหนุนปุ่มกระดูก</li> <li>- พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. และประเมินผิวหนังทุกครั้ง (ลงชื่อกำกับในใบพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย)</li> <li>- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นสไลด์ ให้ใช้ผ้าขาวเตียงปูรองตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และใช้การยกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสี</li> <li>- ประเมินภาวะสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่อาจเกิดการกดทับ เช่น ส้นเท้า ตาตุ่ม ก้นกบ ทุกวันเวรป่วยและเวรดึกและบันทึกตามจริง</li> </ul>
3) ดูแลภาวะโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภาวะโภชนาการด้วย NT ทุกสัปดาห์/ติดตาม serum albumin และปรึกษาทีมโภชนบำบัดตามแนวทางการดูแล เมื่อระดับคะแนน NT 2-4</li> <li>- ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลอรีสูง โดย NT 1-2 ให้โปรตีนอย่างน้อย 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน , NT 3-4 ให้โปรตีนมากกว่า 2 กรัม/กิโลกรัม/วัน</li> </ul>
4) ดูแลสภาพผิวหนัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป/ช่วยดูแลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายได้</li> <li>- เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและใช้สบู่ที่มีค่า pH 4.5-5.5</li> <li>- ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล โดยเฉพาะข้อพับต่างๆ ไม่ให้อับชื้น</li> <li>- ใช้โลชั่นทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง/ทาวาสลีนตามปุ่มกระดูกที่เสี่ยงต่อการเสียดสี</li> <li>- ใช้วาสลีนหรือZinc paste ทากัน (ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้)</li> </ul>
5) ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	<p>โดยสอนให้ปฏิบัติจริง และมีรูปภาพประกอบในเรื่องที่ไม่ทราบและไม่เข้าใจหรือใช้สื่อออนไลน์</p>
6) การจัดการสิ่งแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดป้ายเฝ้าระวังผลกดทับ</li> <li>- ดูแลจัดเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนให้เรียบร้อยเพื่อลดแรงเสียดทาน</li> <li>- เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งที่มีการเปียกชื้น</li> </ul>

### แนวทางการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

- แผลระดับ 1 ปิดแผลด้วย Tegaderm Film /Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก
- แผลระดับ 2 ทำความสะอาดด้วย 0.9% NSS และปิดด้วย Bactigras ปิดทับด้วยก๊อส หรือใช้วัสดุที่เหมาะสม ได้แก่ Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่ หากมี Exudate ใช้เป็น polyurethan foam
- แผลระดับ 3 หรือ 4 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วยก๊อสวันละ 1-2 ครั้ง หรือ ปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสมเพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ดูดซับสิ่งขับหลังได้ปริมาณปานกลาง-มาก เช่น Absorbent, Foam dressing, Hydrofiber, Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วัน หรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตายปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย
- ประสานทีมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse) เพื่อการส่งต่อดูแลต่อเนื่องรพ.ใกล้บ้าน

1.2 คู่มือและสื่อการสอน เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลในการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เครื่องมือ และขั้นตอนในการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบการอบรม บรรยายให้ความรู้ตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

## 2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสิทธิผลในการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ส่วน

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ การจัดอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับภายในหน่วยงาน

2) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ปฏิบัติได้ = 1 คะแนน , ปฏิบัติไม่ได้ = 1 คะแนน

3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยต่อการประเมินประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ (3 คะแนน) ได้แก่ ระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อย = 1 คะแนน, ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง = 2 คะแนน, ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก = 3 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง  
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประกอบด้วย 2 ส่วน (ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ได้แก่

- 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา
- 2) แบบเฝ้าระวัง/ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแบบบันทึกการเกิด

แผลกดทับ แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบเฝ้าระวัง/ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ตอนที่ 2 แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ

ใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale) ได้แก่การให้คะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแยกตามปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน แต่ละด้านให้คะแนน 1-4 คะแนน ยกเว้นด้านที่ 6 การมีแรงเสียดทานและการดัดรั้งให้คะแนน 1-3 คะแนน ประกอบด้วย

**ด้านที่ 1** การรับรู้ความรู้สึก ได้แก่ ไม่รับรู้ไม่ตอบสนอง = 1 คะแนน, มี Pain stimuli = 2 คะแนน, สัมผัสไม่ได้ทุกครั้งหรือสับสน = 3 คะแนน, การรับรู้ปกติ = 4 คะแนน

**ด้านที่ 2** ความเปียกชื้นของผิวหนัง ได้แก่ เปียกชุ่มตลอดเวลา = 1 คะแนน, เปลี่ยนผ้าอย่างน้อยแฉะครั้ง = 2 คะแนน, เปลี่ยนผ้าอย่างน้อยวันละครั้ง = 3 คะแนน, ไม่เปียก = 4 คะแนน

**ด้านที่ 3** การทำกิจกรรม ได้แก่ อยู่บนเตียงตลอดเวลา = 1 คะแนน, ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น = 2 คะแนน, เดินได้ทางสั้นๆ หรือพยุง = 3 คะแนน, ทำได้ปกติ = 4 คะแนน

**ด้านที่ 4** การเคลื่อนไหว ได้แก่ เปลี่ยนท่าเองไม่ได้ = 1 คะแนน, เปลี่ยนท่าได้น้อย = 2 คะแนน, เปลี่ยนท่าได้บ่อย = 3 คะแนน, ทำได้เองปกติ = 4 คะแนน

**ด้านที่ 5** การรับประทานอาหาร ได้แก่ รับประทานอาหารได้เพียง 1/3 ถาด/ NPO = 1 คะแนน, รับประทานอาหารได้เพียง 1/2 ถาด/ Feed ได้บ้าง = 2 คะแนน, รับประทานอาหารได้เพียง 1/2 ถาด/ Feed ได้หมด = 3 คะแนน, ปกติ = 4 คะแนน

**ด้านที่ 6** การเสียดสี ได้แก่ กล้ามเนื้อหดเกร็ง = 1 คะแนน, เวลานั้นสิ้นไหลได้ง่าย = 2 คะแนน, ไม่มีปัญหา = 3 คะแนน

1) ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden Scale  $\leq 16$  หรือ  $\leq 18$  ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (มีความเสี่ยง) ต้องประเมินซ้ำทุก 1-3 วัน จนจำหายหรือพ้นจากภาวะเสี่ยง

2) ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden Scale  $\geq 16$  หรือ  $\geq 18$  ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ไม่มีความเสี่ยง) ต้องประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง/มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ใช้สูง การรู้สติลดลง สับสน หลังผ่าตัด ถ่ายเหลว เป็นต้น หรือประเมินซ้ำทุก 1 สัปดาห์และประเมินซ้ำเมื่อจำหาย/ย้ายเตียง

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ของการป้องกันและดูแลแผลกดทับ จากงานวิจัยของรินณารา สายเมฆ (2559) มาปรับปรุงและพัฒนาให้สามารถใช้ได้กับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติ และความเหมาะสมของภาษา (Face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน แพทย์สาขาเฉพาะทาง palliative care 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/ET nurse 1 ท่าน นำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999) ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจง่ายขึ้น

2. การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โดยได้นำไปประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ท่าน โดยใช้เครื่องมือ AGREE II ประเมินแนวปฏิบัติสำหรับงานวิจัย อ้างอิง The AGREE Research Trust (2009) และได้คะแนนในหมวดที่เป็นสาระสำคัญมากกว่าร้อยละ 50 แนวปฏิบัตินี้จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในทางปฏิบัติ (Feasibility and appropriateness) เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โดยได้นำเอาแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้น จัดประชุมสอบถามความคิดเห็นและประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลผู้ทดลองใช้ จำนวน 15 คน พบว่า 1) ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ร้อยละ 95.55 2) เนื้อหาของแนวปฏิบัติชัดเจน เข้าใจง่าย ร้อยละ 97.77 3) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ 95.55 4) แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 97.77 5) ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 97.77 ทีมผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติจนเหมาะสม และใช้ได้จริงกับผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

### 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ภายหลังโครงร่างงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

##### ขั้นที่ 1 ระยะก่อนการดำเนิน

1. เลือกรประเด็นในการศึกษาและพัฒนา โดยมีกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ศึกษาปัญหาจากการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และความรู้ที่มีอยู่
- 2) สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) และงานวิจัย
- 3) วิเคราะห์และประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกและหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถใช้ได้จริง ตามความเหมาะสมของบริบทในหน่วยงาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถสืบค้นได้เพื่อนำมาคัดเลือกและจัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นๆ

4) นำข้อมูลและหลักฐานที่สืบค้นมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถใช้กับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้อย่างเหมาะสม

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ

3. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้ผู้ตกลงเข้าร่วมการวิจัยลงมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมตามความสมัครใจ

4. ประเมินความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

5. จัดทำแผนการอบรมบรรยายให้ความรู้ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

#### ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

1. การอบรมบรรยายให้ความรู้บุคลากรในหอผู้ป่วย ประกอบการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติ

2. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ แก่ผู้ป่วยมะเร็งและญาติในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

3. ผู้วิจัย ติดตามการปฏิบัติ ประเมินผลและรวบรวมปัญหาในการปฏิบัติ ประชุมปรึกษากับทีมพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา

4. รวบรวมข้อมูลและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และประเมินความคิดเห็นของทีมพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การประเมินแผลกดทับคือ ประเมิน Braden's score แรกนับเมื่อรับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ประเมินติดตามใน 1 สัปดาห์ และก่อนจำหน่าย/ย้ายหอผู้ป่วย แต่ถ้าจำหน่ายผู้ป่วยก่อน 1 สัปดาห์มีการวางแผนติดตามทางโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชัน Line

#### ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2567

ขั้นตอนการดำเนินงาน	1 (ธ.ค.66)	2 (ม.ค.67)	3 (ก.พ.67)	4 (มี.ค.67)	5 (เม.ย.67)	6 (พ.ค.67)	7 (มิ.ย.67)
1.ศึกษาเอกสารและงานวิจัย/ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	←→						
2.สร้างเครื่องมือและตรวจสอบ ความตรงและความเที่ยง		←→					
3.จัดหาและประชุมผู้ช่วยวิจัย	←→						
4.จัดทำการอบรมบรรยายให้ ความรู้			←→				
5.ทดลองใช้และรวบรวมข้อมูล				←→	←→	←→	

ขั้นตอนการดำเนินงาน	1 (ธ.ค.66)	2 (ม.ค.67)	3 (ก.พ.67)	4 (มี.ค.67)	5 (เม.ย.67)	6 (พ.ค.67)	7 (มิ.ย.67)
6.ประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล				←	→		
7.สรุปและอภิปรายผล						←	→
8.เขียนรายงานและจัดทำรูปเล่มรายงานฉบับสมบูรณ์							←

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการงานวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง เพื่อขออนุมัติในการดำเนินงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย วันที่ 18 มกราคม 2567 หมายเลขใบรับรอง 20/2567 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษางานวิจัย โดยมีเอกสารชี้แจงประกอบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และตอบข้อซักถามจนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ให้ความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะออกมาในลักษณะภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และสามารถหยุดหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ
2. ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ
3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
4. เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงและอัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยมะเร็งบ้างกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ

กรมการแพทย์

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระยะเวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม ปีพ.ศ. 2567 ผลการวิเคราะห์เป็นการนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 6 ส่วนตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

**ส่วนที่ 3** ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ส่วนที่ 4** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ส่วนที่ 5** ข้อมูลเปรียบเทียบผลการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ส่วนที่ 6** เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

#### 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	13.33
หญิง	13	86.67
อายุ (ปี)		
< 30 ปี	4	26.67
31 – 40 ปี		



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
41 ปี ขึ้นไป	7	46.66
( $\bar{x}$ =36.2, S.D. =7.41, min = 26 ปี, max =50 ปี)	4	26.67
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	15	100.00
<b>ระยะเวลาปฏิบัติงาน</b>		
< 2 ปี	3	20.00
3-10 ปี	6	40.00
10 ปีขึ้นไป	6	40.00
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>		
หอผู้ป่วยชาย	6	40.00
หอผู้ป่วยหญิง	6	40.00
หอผู้ป่วยหนัก	2	13.33
หออภิบาลคุณภาพชีวิต	1	6.67

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.67 มีอายุเฉลี่ย 36.20 ปี (SD =7.41) อายุน้อยสุด 26 ปี อายุมากที่สุด 50 ปี เมื่อแบ่งตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.66 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานน้อยกว่า 2 ปีมีเพียงร้อยละ 20 ที่เหลือปฏิบัติงาน 3-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปเท่าๆกันร้อยละ 40 สถานที่ปฏิบัติงานเป็นหอผู้ป่วยชายร้อยละ 40 และหอผู้ป่วยหญิงจำนวนเท่ากันร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำแนกตามการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เป็นรายชื่อ (n=15)

ข้อที่	เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1	ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ Barden scale ตั้งแต่รับใหม่/รับย้าย และประเมินทุกสัปดาห์หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง	15 (100.0)	0
2	บันทึกผลการประเมินตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในระบบ softcon	15 (100.0)	0

ข้อที่	เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
3	จัดให้นอนที่นอนลม (Alpha Bed) รวมทั้งใช้หมอน นิ่มหนุนปุ่มกระดูก	15 (100.0)	0
4	พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. และประเมินผิวหนังทุก ครั้ง (ลงชื่อกำกับในใบพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย)	12 (80.0)	3 (20.0)
5	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นสไลด์ ให้ใช้ผ้า ขวางเตียงปูรองตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และใช้การยกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดการ เสียดสี	15 (100.0)	0
6	ประเมินภาวะสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนัง/ คุณภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่อาจเกิดการกดทับ เช่น ส้นเท้า, ตาตุ่ม, ก้นกบ ทุกวันเวรป่วยและเวรดึก และบันทึกตามจริง	13 (86.7)	2 (13.3)
7	ประเมินภาวะโภชนาการด้วย NT ทุกสัปดาห์/ ติดตาม serum albumin และ ปรึกษาทีมโภชน บำบัดตามแนวทางการดูแล เมื่อระดับคะแนน NT 2 - 4	15 (100.0)	0
8	ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลอรีสูง โดย NT 1 - 2 ให้โปรตีนอย่างน้อย 1.5 กรัม/ กิโลกรัม/วัน , NT 3 - 4 ให้โปรตีนมากกว่า 2 กรัม/กิโลกรัม/วัน	12 (80.0)	3 (20.0)
9	แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป/ช่วย ดูแลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย ได้	15 (100.0)	0
10	เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและใช้สบู่ที่มีค่า pH 4.5-5.5	11 (73.3)	4 (26.7)
11	ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล โดยเฉพาะข้อพับต่างๆไม่ให้อับชื้น	15 (100.0)	0
12	ใช้โลชั่นทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง / ทาวาสลินตามปุ่มกระดูกที่เสี่ยงต่อการเสียดสี	14 (93.3)	1 (6.7)
13	ใช้วาสลิน หรือ Zinc paste ทากัน (ในรายที่ไม่ สามารถควบคุมการขับถ่ายได้)	11 (73.3)	4 (26.7)
14	ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยสอนให้ปฏิบัติจริง และมีรูปภาพประกอบใน เรื่องที่ไม่ทราบและไม่เข้าใจหรือใช้สื่อออนไลน์	14 (93.3)	1 (6.7)

ข้อที่	เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
15	ติดป้ายเฝ้าร่องแผลกดทับ	14 (93.3)	1 (6.7)
16	ดูแลจัดเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดทาน	15 (100.0)	0
17	เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งที่มีการเปียกชื้น	15 (100.0)	0
18	แผลระดับ 1 ปิดแผลด้วย Tegaderm Film / Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก	14 (93.3)	1 (6.7)
19	แผลระดับ 2 ทำความสะอาดด้วย 0.9% NSS และปิดด้วย Bactigras ปิดทับด้วยก๊อส หรือใช้วัสดุที่เหมาะสม ได้แก่ Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่	15 (100.0)	0
20	แผลระดับ 3 หรือ 4 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วยก๊อสวันละ 1-2 ครั้ง หรือ ปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสมเพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ดูดซับสิ่งขับหลังได้ปริมาณปานกลาง-มาก เช่น Absorbent, Foam dressing, Hydrofiber, Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วัน หรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าร่องและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตาย ปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย	15 (100.0)	0
21	ประสาน ทีมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse) เพื่อการส่งต่อดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลใกล้บ้าน	15 (100.0)	0
<b>ภาพรวม</b>		93.65	6.35

จากตารางที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแนวทางทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 93.65 และมีผู้ไม่ปฏิบัติตามแนวทางในบางข้อ คิดเป็นร้อยละ 6.35 จำแนกการไม่ปฏิบัติตามรายข้อดังนี้ ข้อที่ 4 พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. และประเมินผิวหนังทุกครั้ง (ลงชื่อกำกับในใบพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย) จำนวน 3 ราย, ข้อที่ 6 ประเมินภาวะสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนัง/คุณภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่อาจเกิดการกดทับ เช่น สันเท้า, ตาตุ่ม, ก้นกบ ทุกวันเวรบายและเวรดึกและบันทึกตามจริง จำนวน 2 ราย, ข้อที่ 8 ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลอรีสูงโดย NT 1 – 2 ให้โปรตีนอย่างน้อย 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน , NT3-4 ให้โปรตีนมากกว่า 2 กรัม/กิโลกรัม/วัน จำนวน 3 ราย, ข้อที่ 10 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและใช้สบู่ที่มีค่า pH 4.5-5.5 จำนวน 3 ราย, ข้อที่ 12 ใช้โลชั่นทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของ

ผิวหนัง/ทวารสลิตามปุ่มกระดูกที่เสี่ยงต่อการเสียดสี จำนวน 1 ราย, ข้อที่13 ใช้วาสลีน หรือ Zinc paste ทากัน (ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายได้) จำนวน 4 ราย, ข้อที่14 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยสอนให้ปฏิบัติจริงและมีรูปภาพประกอบในเรื่องที่ไม่ทราบและไม่เข้าใจหรือใช้สื่อออนไลน์ จำนวน 1 ราย, ข้อที่15 ติดป้ายเฝ้าระวังแผลกดทับ จำนวน 1 ราย และข้อที่18 แผลระดับ 1 ปิดแผลด้วย Tegaderm Film/Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก จำนวน 1 ราย

**ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

**ตารางที่ 10 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่มีต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (n=15)**

ข้อที่	ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	2.87	0.35	มาก
2	เนื้อหาของแนวปฏิบัติชัดเจน เข้าใจง่าย	2.93	0.26	มาก
3	ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	2.87	0.35	มาก
4	แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	2.93	0.26	มาก
5	ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	2.93	0.26	มาก
<b>ภาพรวม</b>		<b>2.91</b>	<b>0.30</b>	<b>มาก</b>

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ( $\bar{X} = 2.91$ , S.D. = 0.30) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแต่ละด้านอยู่ในระดับพึงพอใจมากเช่นกัน โดยมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติชัดเจน เข้าใจง่าย ( $\bar{X} = 2.93$ , S.D. = 0.26) แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ( $\bar{X} = 2.93$ , S.D. = 0.26) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ( $\bar{X} = 2.93$ , S.D. = 0.26) ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ( $\bar{X} = 2.87$ , S.D. = 0.35) และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน ( $\bar{X} = 2.87$ , S.D. = 0.35) ตามลำดับ

**ตารางที่ 11 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (N=15)**

หมวดที่	ความคิดเห็น/ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน	ข้อเสนอแนะ	จำนวน
หมวดที่1 การประเมิน ความเสี่ยง	- ไม่สามารถประเมินได้ ครอบคลุมทั้งหมดทั้งองค์ รวมของผู้ป่วย	2	- ลดภาระงานเดิมให้เหมาะสม พัฒนาคุณภาพงานบริการ	1

หมวดที่	ความคิดเห็น/ปัญหา/ อุปสรรค	จำนวน	ข้อเสนอแนะ	จำนวน
	- ทำการประเมินผู้ป่วยไม่ครบ ทุกรายที่รับใหม่ และลืมในเวร ถัดไป			
<b>หมวดที่ 2</b> การป้องกัน การเกิดแรงกด แรงเสียดสี และ แรงเฉือน	- ผู้ป่วยบางคนมีน้ำหนักตัว มากทำให้การเคลื่อนย้าย ลำบาก	2	- แนะนำญาติและผู้ป่วย (ที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง เปลี่ยนท่าได้) พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง - การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว ให้ยกผู้ป่วยแทนการดึงลาก	2
<b>หมวดที่ 3</b> การดูแลภาวะ โภชนาการ	- ผู้ป่วยบางรายรับประทาน อาหารได้น้อย เนื่องจาก ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา	2	- รายงานแพทย์ให้ยาระงับ อาการ - ปรีกษาทีมโภชนบำบัด	2
<b>หมวดที่ 4</b> การดูแลสภาพ ผิวหนัง	- อุปกรณ์ในการดูแลสภาพ ผิวหนังไม่ครบ  - ผู้ป่วยห้องพิเศษมีการปฏิบัติ ไม่ครอบคลุม - ผู้ช่วยเหลือคนไข้เปลี่ยน ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้ป่วยแล้ว ไม่ได้ทำความสะอาด	3	- แนะนำผู้ป่วยและญาติใช้ โลชั่น, วาสลีน, Zine paste ทาบริเวณตำแหน่งที่เสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับ - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการดูแลสภาพผิวหนัง - แนะนำผู้ช่วยเหลือคนไข้ เมื่อ เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ ผู้ป่วย ควรเช็ดทำความสะอาด สะอาดทุกครั้งและทาครีม/ วาสลีนที่ก้นกบหรือปุ่มกระดูก	3
<b>หมวดที่ 5</b> การให้ความรู้ และฝึกทักษะ แก่ผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล	- ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความเสี่ยง และผลของการเกิดแผลกดทับ - ไม่มีสื่อการสอน - ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติดูแล - ญาติ/ผู้ดูแลไม่สะดวกในการ ดูแล หรือไม่ได้ดูแลผู้ป่วย ตลอดเวลา	7	- สอนและให้ความรู้ผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล ในการเฝ้าระวัง การเกิดแผลกดทับ เพื่อ ป้องกันความเสี่ยง และการ ดูแลต่อเองที่บ้าน - จัดทำสื่อการสอน/ สื่อออนไลน์	4
<b>หมวดที่ 6</b> การจัดการ สิ่งแวดล้อม	- ไม่พบปัญหาในโรงพยาบาล แต่มักเกิดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	1	- สอนและให้ความรู้ผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล ในการจัดการ สิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันความเสี่ยง การเกิดแผลกดทับ และการดูแล	1

หมวดที่	ความคิดเห็น/ปัญหา/ อุปสรรค	จำนวน	ข้อเสนอแนะ	จำนวน
			ต่อเนื่งที่บ้าน	
แนวทางการ ดูแลแผลกด ทับ	- อุปกรณในการดูแลแผลไม่ เพียงพอ และไม่สามารถเบิก ได้/ไม่มีใช้ในโรงพยาบาล	4	- นำเสนอในที่ประชุมบริหาร เรื่องงบประมาณในการสำรอง ซื้ออุปกรณ์ในการดูแลแผลกด ทับ และนำเข้าคลังยา	2

จากตารางที่ 4 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตอบคำถามปลายเปิดและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยมีจำนวนของผู้ที่แสดงความคิดเห็น/ตอบปัญหา และอุปสรรคมากที่สุดหมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 7 ราย และมีข้อเสนอแนะ จำนวน 4 ราย รองลงมาคือหมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง แสดงความคิดเห็น/ตอบปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ราย ส่วนในหัวข้อแนวทางการดูแลแผลกดทับมีการแสดงความคิดเห็น/ตอบปัญหา และอุปสรรค จำนวน 4 ราย และมีข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ราย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 45 ปี	1	5
45 – 50 ปี	2	10
51 – 55 ปี	2	10
56 – 59 ปี	3	15
60 ปี ขึ้นไป	12	60
เพศ		
ชาย	7	35
หญิง	13	65
ชนิดโรคมะเร็ง		
มะเร็งสมอง/มะเร็งกระจายไปสมอง	5	25
มะเร็งกระจายไปกระดูก	4	20
มะเร็งเต้านม	2	10
มะเร็งกระเพาะอาหาร	1	5
มะเร็งตับอ่อน	2	10
มะเร็งในช่องปาก	3	15

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
มะเร็งปากมดลูก	2	10
มะเร็งทวารหนัก	1	5
<b>การรักษาที่ได้รับ</b>		
ฉายรังสี	13	65
เคมีบำบัด	4	20
ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด	2	10
รักษาตามอาการ	1	5
<b>ประวัติการเกิดแผลกดทับ</b>		
มีแผลกดทับมาจากบ้าน/โรงพยาบาลอื่น	5	25
ไม่มีแผลกดทับ	15	75
<b>Braden score</b>		
เสี่ยงต่ำ (คะแนน 19-23)	5 ราย	25
เสี่ยงปานกลาง (คะแนน 13-18)	13 ราย	65
เสี่ยงสูง (คะแนน $\leq 12$ )	2 ราย	10

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 20 คน พบว่าเมื่อแบ่งตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุน้อยสุด 19 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 เป็นโรคมะเร็งสมอง/มะเร็งกระจายไปสมอง รองลงมาเป็นโรคมะเร็งกระจายไปกระดูกจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คือการฉายรังสีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือเคมีบำบัดจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมาจากบ้าน/โรงพยาบาลอื่นจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และประเมิน Braden score ส่วนใหญ่ร้อยละ 65 (จำนวน 13 ราย) ได้คะแนนเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 25 (จำนวน 5 ราย) ได้คะแนนเสี่ยงต่ำ และร้อยละ 10 (จำนวน 2 ราย) ได้คะแนนเสี่ยงสูง

**ส่วนที่ 5** ข้อมูลเปรียบเทียบผลการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ตารางที่ 13** ค่าคะแนนและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden score ของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปางก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (n=20)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยงก่อนใช้แนวปฏิบัติ (แรกรับ)	คะแนนความเสี่ยงหลังใช้แนวปฏิบัติ (จำหน่าย)	ความแตกต่างคะแนนความเสี่ยงแผลกดทับ
รายที่ 1	20	21	เพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยงก่อน ใช้แนวปฏิบัติ (แรกรับ)	คะแนนความเสี่ยง หลังใช้แนวปฏิบัติ (จำหน่าย)	ความแตกต่างคะแนน ความเสี่ยงผลกดทับ
รายชื่อ 2	14	13	ลดลง
รายชื่อ 3	18	21	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 4	15	15	เท่าเดิม
รายชื่อ 5	13	13	เท่าเดิม
รายชื่อ 6	13	17	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 7	12	16	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 8	17	21	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 9	13	14	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 10	18	19	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 11	16	17	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 12	21	23	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 13	14	15	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 14	16	16	เท่าเดิม
รายชื่อ 15	9	12	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 16	19	22	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 17	14	14	เท่าเดิม
รายชื่อ 18	21	21	เท่าเดิม
รายชื่อ 19	22	23	เพิ่มขึ้น
รายชื่อ 20	14	14	เท่าเดิม

จากตารางที่ 6 ข้อมูลเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดผลกดทับของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 ราย เมื่อเทียบกับคะแนนประเมินแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มี คะแนนความเสี่ยงหลังใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น (ค่าคะแนนสูงยังมีความเสี่ยงเกิดผลกดทับต่ำ) จำนวน 13 ราย กลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงคงเดิมจำนวน 6 ราย และผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงลดลง (ค่าคะแนนต่ำ ยังมีความเสี่ยงเกิดผลกดทับ) จำนวน 1 ราย ในภาพรวมไม่พบอุบัติการณ์การเกิดผลกดทับในผู้ป่วย มะเร็งหรือเท่ากับร้อยละ 0 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงทุกรายไม่เกิดผลกดทับหลังใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

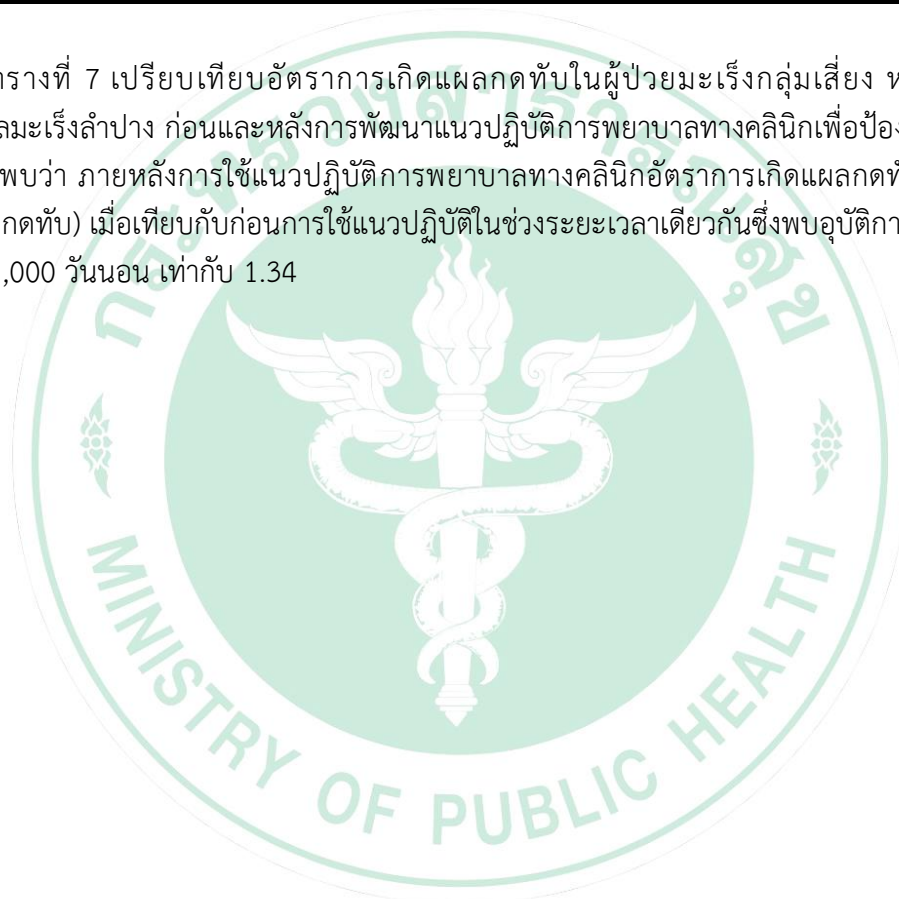
**ส่วนที่ 6** เปรียบเทียบอัตราการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



ตารางที่ 14 เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การเกิดแผลกดทับ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (มี.ค.2566-พ.ค.2566)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (มี.ค.2567-พ.ค.2567)
จำนวนการเกิดแผลกดทับ	1	0
อัตราการเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน	1.34	0

จากตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับพบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 0 (ไม่เกิดแผลกดทับ) เมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติในช่วงระยะเวลาเดียวกันซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน เท่ากับ 1.34



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติของรินณารา สายเมฆ (2559) เรื่องการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน สรุปได้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ/ผู้ดูแล 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม และแนวทางการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมเนื้อหาแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำไปวิเคราะห์ Agree II ได้เท่ากับ ร้อยละ 84.83

การทดลองใช้แนวปฏิบัติ ผลจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 15 คน และกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลือกรวมตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแรกรับ Barden's score  $\leq 16$  คะแนน หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษา ด้านผลลัพธ์กระบวนการ พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 93.65 และมีผู้ไม่ปฏิบัติตามแนวทางในบางข้อจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.35 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ร้อยละ 96.88 ( $\bar{X}$  = 2.91, S.D. = 0.30) ผลลัพธ์ทางคลินิก

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียงที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 20 คน พบว่า การประเมิน Braden score จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ได้คะแนนเสียงปานกลาง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ได้คะแนนเสียงต่ำ และจำนวน 2 ราย ร้อยละ 10 ได้คะแนนเสียงสูง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนนความเสี่ยงหลังใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น (ค่าคะแนนสูงยิ่งมีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับต่ำ) จำนวน 13 ราย กลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงคงเดิมจำนวน 6 ราย และผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงลดลง (ค่าคะแนนต่ำยิ่งมีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ) จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียงทุกรายไม่เกิดแผลกดทับหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ในภาพรวมภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 0 (ไม่เกิดแผลกดทับ) เมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติในช่วงระยะเวลาเดียวกันซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน เท่ากับ 1.34

## 5.2 การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะตามวัตถุประสงค์ย่อย 2 ข้อ ดังนี้

5.2.1 วัตถุประสงค์ที่ 1) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไม่พบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง (อัตราเท่ากับ 0) และเมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปี 2566 ซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน เท่ากับ 1.34 เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย พบว่าแสดงให้เห็นถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้มีประสิทธิผลช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียงได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษารินทร์รา สายเมฆ (2559) ศึกษาเรื่องการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อีกทั้งได้รับความรู้ และ คำแนะนำทำให้ผู้ปฏิบัติมีความสามารถในการปฏิบัติงานมากขึ้น เมื่อผู้ศึกษาวิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของประภาพร ดองโพธิ์ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายนี้ ในระดับมาก ร้อยละ 88.9 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อ

ป้องกันการเกิดแผลกดทับนี้ ผู้ศึกษาวิจัยพัฒนาตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการของการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ ได้ทบทวนและนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบมาใช้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีขั้นตอนการพัฒนาที่เป็นระบบ และมีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้จริง แนวปฏิบัตินี้มีความครอบคลุมการพยาบาลด้านการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลสภาพผิวหนัง การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ/ผู้ดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อม และแนวทางการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

5.2.2 วัตถุประสงค์ที่ 2) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

การศึกษานี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 93.65 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ รินณารา สายเมฆ (2559) ศึกษาเรื่องการพัฒนาและประเมินผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน ประเมินผลการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ พบว่าความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ (ร้อยละ 100) อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นอย่างดีจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย นอกจากนี้ก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหอผู้ป่วย ผู้ศึกษาวิจัยมีการเตรียมผู้ปฏิบัติ ข้อมูล สถานที่ และ อุปกรณ์เพื่อให้มีความพร้อมก่อนการปฏิบัติการเตรียมผู้ปฏิบัติ ผู้ศึกษาวิจัยชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติเพื่อให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ได้แก่ จัดประชุมทีมผู้ปฏิบัติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในหน่วยงาน และชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่จะตามมาหากผู้ป่วยมีแผลกดทับ เช่น ภาระงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอื่นๆ ที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ รวมถึงการเกิดแผลกดทับ ยังเป็นตัวชี้วัดของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย และนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันทุกคน มีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและเกิดความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วม รวมถึงประโยชน์ของการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งถ้าทีมผู้ปฏิบัติรับรู้ว่าแนวปฏิบัติที่นำมาใช้นี้มีประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จะมีแนวโน้มในการยอมรับและนำไปใช้มากขึ้นซึ่งการที่ทีมผู้ปฏิบัติตระหนัก ถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับจะทำให้มีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ อีกทั้งมีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดเวลาของการนำแนวปฏิบัติทาง คลินิกไปใช้ ติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ปฏิบัติ ซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการกระตุ้น ให้บุคลากรทีมผู้ปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมากยิ่งขึ้น การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาเป็นเครื่องมือของการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก พัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดี

ต่อผู้ป่วย แต่การจะเกิดผลลัพธ์ของการบริการที่ดีนั้น ไม่ได้อาศัยเพียง การมีแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพเท่านั้น แต่ต้องมีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามร้อยละ 6.35 หัวข้อที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าวนี้ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า หัวข้อที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน พยาบาลผู้ปฏิบัติจำนวน 5 ราย ให้ความเห็นว่า ไม่สามารถประเมินผิวหนังได้ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานมาก, ผู้ป่วยบางคนมีน้ำหนักตัวมาก ทำให้การเคลื่อนย้ายลำบาก จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ลดภาระงานเดิมให้เหมาะสม พัฒนาคุณภาพงานบริการ, แนะนำญาติและผู้ป่วย(ที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง เปลี่ยนท่าได้) พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และการเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว ให้อภัยผู้ป่วยแทนการดึงลาก และหัวข้อที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง พยาบาลผู้ปฏิบัติจำนวน 9 ราย ให้ความเห็นว่า อุปสรรคในการดูแลสภาพผิวหนังของผู้ป่วยบางรายไม่ได้เตรียมไว้ครบ จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีข้อเสนอแนะญาติและญาติ จัดทาโลชั่น, วาสลีน, Zine paste สำหรับทาบริเวณตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยห้องพิเศษมีการดูแลผิวหนังไม่ครอบคลุม จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเน้นย้ำความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติเรื่องการดูแลสภาพผิวหนัง และพบว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้ป่วยแล้วไม่ได้ทำความสะอาด จึงให้ข้อกำหนดให้แก่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติการเช็ดทำความสะอาดผิวหนังทุกครั้ง และ ทาครีม/วาสลีนที่ก้นกบ หรือปุ่มกระดูก หลังเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้ป่วยสำหรับผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก พบว่าร้อยละ 96.88 มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้รับการเตรียมในด้านเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจากคู่มือและการบรรยายให้ความรู้จากผู้วิจัยซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาการนำแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ประภาพร ดองโพธิ์ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของการ ใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกัน การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัตินี้ ในระดับมาก ร้อยละ 88.9 เนื่องจากทีมผู้ดูแลมีความเห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องทุกข้อ และสามารถป้องกันการเกิด แผลกดทับได้ นอกจากนี้การศึกษาของ รินณาร่า สายเมฆ (2559) พบว่า ร้อยละ 62.5 ของพยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกง่ายต่อการทำความเข้าใจ สะดวกต่อการใช้งาน เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่ง ในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติในคลินิก การศึกษานี้ได้เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน เห็นถึงความเหมาะสม และความชัดเจนของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง การที่ผู้ศึกษาวิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ มาใช้ทำให้หลักฐานที่ได้มีความน่าเชื่อถือ สามารถปรับปรุงการบริการให้ทันกับแต่ละสถานการณ์ และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง อีกทั้งในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ มีการกระตุ้น ติดตาม และได้รับคำปรึกษาจากผู้ศึกษาวิจัยตลอดระยะเวลาที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วย ซึ่งการโค้ชทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (อิฐฐาพร คำกุ่ม, 2560) ดังนั้น ระบบการนิเทศทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีรูปแบบการโค้ชไปเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจรายข้อพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติชัดเจน เข้าใจง่าย และ

แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ที่แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ทำได้ไม่ยากและสามารถปฏิบัติได้ ประกอบกับมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาซึ่งได้จัดเตรียมให้ไว้ที่หอผู้ป่วยในทุกหอ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยยังคงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง ต้องสร้างความมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้นำแนวปฏิบัติมาขับเคลื่อนด้านนโยบายของผู้บริหารทางการพยาบาล และได้นำแนวปฏิบัตินี้มาเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ให้ได้รับคำแนะนำ การสอน หรือให้ความรู้จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ มีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญในการปฏิบัติจนไม่คิดว่า เป็นการเพิ่มภาระงาน แต่เป็นการทำเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง สะดวก รวดเร็วในการตัดสินใจ ลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และให้ตระหนักถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) ผู้ป่วยมะเร็งที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และมีค่าคะแนน Barden's score  $\leq 16$  คะแนน หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

2) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย มีความรู้และมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่มีทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการบริการพยาบาล เป็นที่ยอมรับของวิชาชีพอื่น

3) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกการพยาบาลประจำวันของพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลผลลัพธ์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ที่เกิดจากการดูแลของพยาบาล รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลในเวรถัดไป เพื่อให้การพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

##### ด้านวิชาการ

1) โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและมีมาตรฐานการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ ส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

2) มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการแก่หน่วยงานอื่นๆภายในโรงพยาบาล, เครือข่ายโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2

### ด้านบริหารการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทั้งหมดในโรงพยาบาลทั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการประกาศนโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน กำหนดงานที่ต้องทำการพัฒนาตามลำดับความสำคัญ และ แผนการพัฒนางาน เพื่อบรรลุเป้าหมายโดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมและเสนอความคิดเห็น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมและเกิดความร่วมมือ ซึ่งก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน มีการสร้างความตระหนักและชี้แจงให้บุคลากรทราบ ถึงการใช้แนวปฏิบัติอย่างทั่วถึง และการนำแนวปฏิบัติ ทางคลินิกป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการนิเทศทางคลินิก มีการติดตาม ประเมินผล การปฏิบัติอย่างจริงจังเพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนด้านทรัพยากรให้เพียงพอและพร้อมใช้

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม และศึกษาในระยะยาวขึ้น เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง
2. ควรมีการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลเชิงผลลัพธ์อื่นๆเพิ่ม เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น
3. ควรมีการนิเทศติดตาม ประเมินผลคุณภาพการพยาบาลและอุบัติการณ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง มีการสะท้อนข้อมูลปัญหาและทบทวนการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
4. ควรศึกษาและทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence based) ใหม่ๆเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเพิ่มเติมอยู่เสมอ และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

## บรรณานุกรม

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการ โครงการอบรม : Skincare Awareness in Ostomy and Wound Patients*. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการที่มนำด้านคลินิกโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. (2566). *รายงานอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง ปีพ.ศ. 2566*. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.
- งานพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.(2562). *รายงานแบบเฝ้าระวัง/ประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ (FM-MEO 006/แบบประเมินBraden's score)*. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.
- จุฬารพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, และเยาวรัตน์ ม่วงเงิน. (2559). *การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ชมรมพยาบาลแผลออสโตมีและการควบคุมการขับถ่าย. (2564). *การป้องกันและรักษาแผลกดทับ: แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อ*. พิมพ์ครั้งที่ 3: กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- บริษัทออลเวลล์ โลฟ จำกัด. (2564). *ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ*. <https://allwellhealthcare.com/bedsore-care/>
- ประภาพร ดองโพธิ์. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 19, 315-323.
- พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน, ศิโรรัตน์ โชติกสถิต. (2565). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระนอง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*. 9(1), 36-49.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิตวีจี้เศรษฐ์, จุฬารพร ประสงค์. (2552). *การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- ยุวดี เกื้อกุลวงค์ชัย. (2564). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ. *วารสารมหิดล*. 8(1), 1-11.
- รินณารา สายเมฆ. (2559). *การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- รุจาภา เจียมธโนปจัย, สุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. *วารสารพยาบาล*. 67(4), 53-61
- ศิริกัญญา อุสาห์พิริยกุล, ศากุล ช่างไม้, วีนัส ลีฬหกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 27(4), 21-31.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). *เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล [Appraisal of guideline For research & evaluation II; agree II]* [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี.
- เสาวนีย์ เขียววิชัย, อัญชญา ท้วมเพิ่มผล. (2559). การดูแลแผล หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- แสงดาว ศรีสังสิทธิ์สันติ. (2563). เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.
- สุธาสินี เจียประเสริฐ, นวพร คำแสงสวัสดิ์, จิฑาภรณ์ ยกอิน, บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2563) การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่บ้าน : ประสบการณ์การพัฒนาและดูแล ในยุคในยุค 4.0. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 28(1), 105-115.
- อรนุช มกรภิรมย์, อ้นธิกา คระระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล* 47, 139-152.
- อิฐฐาพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2560). ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว. *พยาบาลสาร*. 4(1), 1-10.
- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 97-114.
- Berlowitz, D. (2022). Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure-induced skin and soft tissue injury. <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury#>
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. (1987). The braden scale for Predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 36(4), 10-205
- Black J, Alves P, Brindle CT, Dealey C, Santamaria N, Call E, Clark M. (2015). Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused

- by medical devices. *Int Wound J.* 12(3), 7-322
- Demarre L et al. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of nursing studies.* 11, 1754-1774.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. [EPUAP/NPIAP/PPPIA]. (2019). Prevention and treatment of Pressure ulcers/injuries: quick reference guide. <http://www.psklawfirm.com>
- Li Zhaoyu, et al. (2020). “Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 105, 1-13.
- National Health and Medical Research Council. [NMRC]. (1999). A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf)
- Patterson JA, Bennell RG. (1995). Prevention and treatment of pressure sores. *J Am Geriatr Soc.* 43, 919-927.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research. Principles and methods.* New York : J. B. Lippincott
- Ricci, Joseph A. M.D.; Bayer, Lauren R. P.A.-C.; Orgill, Dennis P. M.D., Ph.D.(2017). Evidence-Based Medicine: The Evaluation and Treatment of Pressure Injuries. *Journal of the American Society of Plastic Surgeons.* 139(1), 275e-286e

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

**ภาคผนวก ก**  
**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
**(Information sheet for research volunteer)**  
**(สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก)**

**การวิจัย** เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ชื่อผู้วิจัย** นางจริยาพร พิมวาปี, นางสาวยุพิน มั่นคง, นางสาวเพ็ญภา ทองवास,  
นางสกุลมาศ วชิรโสภณกิจ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้วิจัยขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยเป็นผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พร้อมเก็บข้อมูลตามแบบประเมิน เมื่อท่านตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจถึงสาระ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตลอดจนวิธีการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2567

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงที่นอนในหอผู้ป่วย พร้อมลงนามในใบยินยอมและให้ข้อมูลหลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ประโยชน์ที่จะได้รับ คือ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานลดอัตราการเกิดแผลกดทับใหม่และเพิ่มอัตราการหายของแผลกดทับ

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน และจะไม่มีการสูญเสียประโยชน์ใดๆที่ควรได้รับ และไม่มีผลกระทบต่อภาระงานหรือการปฏิบัติงาน ในระหว่างการวิจัย เมื่อท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือกรณีที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดปัญหาต้องยุติการเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อท่าน ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่ปรากฏชื่อของท่าน จะใช้รหัสแทนและข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายจะนำเสนอใน

ภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับตัวท่านจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนที่ท่านจะได้รับ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยนางจริยาพร พิมาวาปี หอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 – 8 ต่อ 188,189 (ในเวลาราชการ) หรือ โทรศัพท์ 086-9218630 หรือที่คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 – 8 ต่อ 535



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
**(Information sheet for research volunteer)**  
**(สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล)**

**การวิจัย** เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**ชื่อผู้วิจัย** นางจริยาพร พิมวาปี ,นางสาวยุพิน มั่นคง, นางสาวเพ็ญภา ทองवास,  
นางสกุลมาศ วชิรโสภณกิจ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียง ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือท่านต้องลงนามยินยอมในใบยินยอม และให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย คือ ท่านจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียง ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานลดอัตราการเกิดแผลกดทับใหม่และเพิ่มอัตราการหายของแผลกดทับ และจะเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน และจะไม่มีผลกระทบหรือการสูญเสียประโยชน์ใดๆที่ควรได้รับ ในระหว่างการวิจัย เมื่อท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือกรณีที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดปัญหาต้องยุติการเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อท่าน ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่ปรากฏชื่อของท่าน ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียงจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายจะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับตัวท่านจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย นางจริยาพร พิมวาปี หอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 – 8 ต่อ 188,189 (ในเวลาราชการ) หรือ โทรศัพท์ 086-9218630 หรือที่คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 – 8 ต่อ 535

**ภาคผนวก ข**  
**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**

**ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
**(Informed Consent Form)**

.....  
หัวข้องานวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการศึกษาอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลของการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

## ภาคผนวก ค

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1. แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสียงที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

แนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน Barden scale $\leq 16$ หรือ $\leq 18$ ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือมีแผลกดทับมาจากบ้าน	การปฏิบัติ			หมายเหตุ
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
<b>1. การประเมินความเสี่ยง</b>				
1.1 ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ Barden scale ตั้งแต่รับใหม่/รับย้ายโดยบันทึกผลตามแบบประเมินในระบบ softcon				
1.2 ประเมินด้วย Barden scale ทุกสัปดาห์หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง				
<b>2. การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน</b>				
2.1 จัดให้นอนที่นอนลม(Alpha Bed) รวมทั้งใช้หมอนนิ่มหนุนปุ่มกระดูก				
2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและประเมินผิวหนังทุกครั้ง (ลงชื่อกำกับในใบพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย)				
2.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นสไลด์ ให้ใช้ผ้าขวางเตียงปูรองตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และใช้การยกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสี				
2.4 ประเมินภาวะสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่อาจเกิดการกดทับ ทุกวันเวรป่วยและเวรดึกและบันทึกตามจริง				
<b>3. การดูแลภาวะโภชนาการ</b>				
3.1 ประเมินภาวะโภชนาการด้วย NT ทุกสัปดาห์/ติดตาม serum albumin และปรึกษาทีมโภชนาบำบัดตามแนวทางการดูแล เมื่อระดับคะแนน NT 2 - 4				
3.2 ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลอรีสูง โดย NT 1 - 2 ให้โปรตีนอย่างน้อย 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน , NT 3 - 4 ให้โปรตีนมากกว่า 2 กรัม/กิโลกรัม/วัน				
<b>4. การดูแลสภาพผิวหนัง</b>				
4.1 แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป/ช่วยดูแลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายได้				
4.2 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและใช้สบู่ที่มีค่า pH 4.5-5.5				
4.3 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล โดยเฉพาะข้อพับต่างๆไม่ให้อับชื้น				
4.4 ใช้โลชั่นทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง / ทาวาสลิตตามปุ่มกระดูกที่เสี่ยงต่อการเสียดสี				
4.5 ใช้วาสลิตหรือZinc paste ทากัน (ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้)				
<b>5. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล</b>				
5.1 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยสอนให้ปฏิบัติจริง และมีรูปภาพประกอบในเรื่องที่ไม่ทราบและไม่เข้าใจหรือใช้สื่อออนไลน์				

แนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน Barden scale $\leq 16$ หรือ $\leq 18$ ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือมีแผลกดทับมาจากบ้าน	การปฏิบัติ			หมายเหตุ
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
<b>6. การจัดการสิ่งแวดล้อม</b>				
6.1 ตัดปายเส้นระวังแผลกดทับ				
6.2 ดูแลจัดเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดทาน				
6.3 เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งที่มีการเปียกชื้น				
<b>แนวทางการดูแลแผลกดทับ</b>				
1. แผลระดับ 1 ปิดแผลด้วย Tegaderm Film/ Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก				
2. แผลระดับ 2 ทำความสะอาดด้วย 0.9% NSS และปิดด้วย Bactigras ปิดทับด้วยก๊อส หรือใช้วัสดุที่เหมาะสม ได้แก่ Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่ หากมี Exudate ใช้เป็น polyurethane foam				
3. แผลระดับ 3 หรือ 4 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วยก๊อสวันละ 1-2 ครั้ง หรือ ปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสมเพื่อความชุ่มชื้นกับแผล ดูดซับสิ่งขับหลังได้ปริมาณปานกลาง-มาก เช่น Absorbent, Foam dressing, Hydrofiber, Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วัน หรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตายปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย				
4. ประสาน ทีมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse) เพื่อการส่งต่อดูแลต่อเนื่องรพ.ใกล้บ้าน				

\*หมายเหตุ : แนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยฉบับนี้ อ้างอิงจากแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ในงานวิจัยของรินณรา สายเมฆ (2559)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์



ตารางการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....HN.....

วัน/ เดือน/ ปี	เวลา	นอนตะแคง ขวา	นอนหงาย	นอนตะแคง ซ้าย	ผู้บันทึก	หมายเหตุ
	06.00-08.00					
	08.00-10.00					
	10.00-12.00					
	12.00-14.00					
	14.00-16.00					
	16.00-18.00					
	18.00-20.00					
	20.00-22.00					
	22.00-24.00					
	24.00-02.00					
	02.00-04.00					
	04.00-06.00					
	06.00-08.00					
	08.00-10.00					
	10.00-12.00					
	12.00-14.00					
	14.00-16.00					
	16.00-18.00					
	18.00-20.00					
	20.00-22.00					
	22.00-24.00					

ID.....

ส่วนที่ 2. แบบประเมินประสิทธิผลในการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน  
และดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

ส่วนที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก
4. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงาน.....ปี
5. ท่านเคยได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วย  
มะเร็ง  
 ไม่เคย  เคย ครั้งสุดท้าย เมื่อเวลา.....

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง  
คำชี้แจง อ่านข้อความแล้วโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงหรือตามความคิดเห็นของท่านและ  
กรณาระบุเหตุผลในข้อที่ท่านปฏิบัติไม่ได้

แนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน Barden scale $\leq 16$ หรือ $\leq 18$ ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือมีแผลกดทับมาจากบ้าน	การปฏิบัติการพยาบาล		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	
<b>1. การประเมินความเสี่ยง</b>			
1.1 ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ Barden scale ตั้งแต่รับใหม่/รับย้าย โดยบันทึกผลตามแบบประเมินในระบบ softcon			
1.2 ประเมินด้วย Barden scale ทุกสัปดาห์หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง			
<b>2. การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน</b>			
2.1 จัดให้อนอนที่นอนลม(Alpha Bed) รวมทั้งใช้หมอนนิ่มหนุนปุ่มกระดูก			
2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและประเมินผิวหนังทุกครั้ง (ลงชื่อกำกับในใบพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย)			
2.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นสไลด์ ให้ใช้ผ้าขาวเตียงรองตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และใช้การยกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสี			
2.4 ประเมินภาวะสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่อาจเกิดการกดทับ ทุกวันเวรป่วยและเวรดึกและบันทึกตามจริง			
<b>3. การดูแลภาวะโภชนาการ</b>			
3.1 ประเมินภาวะโภชนาการด้วย NT ทุกสัปดาห์/ติดตาม serum albumin และปรึกษาทีมโภชนาบำบัดตามแนวทางการดูแล เมื่อระดับคะแนน NT 2 - 4			
3.2 ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลอรีสูง โดย NT 1 - 2 ให้โปรตีนอย่างน้อย 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน , NT 3 - 4 ให้โปรตีนมากกว่า 2 กรัม/กิโลกรัม/วัน			
<b>4. การดูแลสภาพผิวหนัง</b>			
4.1 แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป/ช่วยดูแลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายได้			
4.2 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและใช้สบู่ที่มีค่า pH 4.5-5.5			
4.3 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล โดยเฉพาะข้อพับต่างๆ ไม่ให้อับชื้น			
4.4 ใช้โลชั่นทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง / ทาวาสลีนตามปุ่มกระดูกที่เสี่ยงต่อการเสียดสี			
4.5 ใช้วาสลีนหรือZinc paste ทากัน (ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้)			

แนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน Barden scale $\leq 16$ หรือ $\leq 18$ ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือมีแผลกดทับมาจากบ้าน	การปฏิบัติการพยาบาล		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	
<b>5. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล</b>			
5.1 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยสอนให้ปฏิบัติจริงและมีรูปภาพประกอบในเรื่องที่ไม่ทราบและไม่เข้าใจหรือใช้สื่อออนไลน์			
<b>6. การจัดการสิ่งแวดล้อม</b>			
6.1 ตัดปายเฝ้าร่วงแผลกดทับ			
6.2 ดูแลจัดเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดทาน			
6.3 เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งที่มีการเปียกชื้น			
<b>แนวทางการดูแลแผลกดทับ</b>			
1. แผลระดับ 1 ปิดแผลด้วย Tegaderm Film/ Thin hydrocolloid เช่น 3M Tegaderm hydrocolloid dressing เพื่อป้องกันการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผลถลอก หลุดลอก			
2. แผลระดับ 2 ทำความสะอาดด้วย 0.9% NSS และปิดด้วย Bactigras ปิดทับด้วยก๊อส หรือใช้วัสดุที่เหมาะสม ได้แก่ Hydrocolloid dressing เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อเกิดใหม่ หากมี Exudate ใช้เป็น polyurethane foam			
3. แผลระดับ 3 หรือ 4 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วยก๊อสส่วนละ 1-2 ครั้ง หรือ ปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสมเพื่อความชุ่มชื้นกับแผล ดูดซับสิ่งขับหลังได้ปริมาณปานกลาง-มาก เช่น Absorbent, Foam dressing, Hydrofiber, Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วัน หรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าร่วงและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตายปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย			
4. ประสาน ทีมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse) เพื่อการส่งต่อดูแลต่อเนื่องรพ.ใกล้บ้าน			

**คำชี้แจง** กรณาระบุปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

**1. การประเมินความเสี่ยง**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

**2. การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

**3. การดูแลภาวะโภชนาการ**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

**4. การดูแลสภาพผิวหนัง**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

**5. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

**6. การจัดการสิ่งแวดล้อม**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

**- แนวทางการดูแลแผลกดทับ**

ปัญหาและอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....



ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้แนวปฏิบัติ

ลักษณะแนวปฏิบัติ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย
	3	2	1
1.ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไป ใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน			
2.เนื้อหาของแนวปฏิบัติชัดเจน เข้าใจง่าย			
3.ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไป ใช้ในหน่วยงาน			
4.แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน			
5.ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิก			

ข้อเสนอแนะ

.....  
 .....  
 .....

กรมการแพทย์

ID.....

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงและการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง  
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ส่วนที่ 3.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา

1. HN..... เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. การวินิจฉัยโรคมะเร็งหลัก .....
4. การรักษาโรคมะเร็ง  ผ่าตัด  เคมีบำบัด  รังสีรักษา  รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด
5. โรคประจำตัว/โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับ  
 ไม่มี  มี ระบุ.....
6. มีผู้ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล  
 ไม่มี  มี

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์





ตอนที่ 1 แบบเฝ้าระวัง/ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ			ตอนที่ 2 แบบบันทึกระดับแผลกดทับ								
รายการ Braden Scale			ระดับ คะแนน	แรก รับ	จำ หน่าย	ว.ต.ป.	บริเวณ Bed Sore (บันทึก เมื่อพบอาการ เปลี่ยนแปลง)	ระดับ	ลักษณะ ขนาดของ แผล(ซม.)	ผู้ บันทึก	หมายเหตุ
5.	การรับ ประทาน อาหาร	1.รับประทานได้ เพียง 1/3 ถาด/ NPO	1								
		2.รับประทานได้ เพียง 1/2 ถาด/ Feed ได้บ้าง	2								
		3.รับประทานได้ เพียง 1/2 ถาด/ Feed ได้หมด	3								
		4.ปกติ	4								
6.	การ เสียดสี	1.กลิ่นเนื้อหุดเกร็ง	1								
		2.เวลานั่งสิ้นไหลได้ ง่าย	2								
		3.ไม่มีปัญหา	3								
รวม Score			23								

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

(คู่มือการใช้แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale)

คำชี้แจง เกณฑ์ในการให้คะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแยกตามปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน

แต่ละด้านให้คะแนน 1-4 คะแนน ยกเว้นด้านที่ 6 การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้งให้คะแนน 1-3

คะแนน การให้คะแนนในแต่ละด้านพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในตารางดังนี้

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
<b>1. การรับรู้ความรู้สึก</b> -ความสามารถในการแสดงการตอบสนองความไม่สบายจากแรงกดทับ	<u>ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึก</u> โดยสิ้นเชิง -ไม่สามารถแสดงอาการเจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้นซึ่งเกิดจากการสูญเสียการรับรู้หรือได้รับยากดประสาทหรือพื้นที่ของร่างกายส่วนใหญ่อไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้	<b>มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกมาก</b> -สามารถรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดได้เพียงอย่างเดียวแต่ไม่สามารถพูด/สื่อสารได้นอกจากแสดงอาการกระสับกระส่าย ร้องครางหรือพื้นที่ร่างกายมากกว่าครึ่งสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก	<b>มีความจำกัดในเรื่องการรับรู้ความรู้สึกน้อย</b> -ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สบายหรือความต้องการในการเปลี่ยนท่าได้หรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของแขนหรือขา 1 หรือ 2 ข้าง	<u>ไม่มีอาการผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก</u> -ทำตามสั่งได้มีการรับรู้และบอกได้ถึงความรู้สึกเจ็บหรือไม่
<b>2. ความเปื่อยชื้นของผิวหนัง</b> -ความมากน้อยของการที่ผิวหนังสัมผัสกับความเปื่อยชื้น	<b>มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังตลอดเวลา</b> -ผิวหนังมีความเปื่อยชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระและสารคัดหลั่งตลอดเวลา	<b>มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังส่วนใหญ่</b> -ผิวหนังมีความเปื่อยชื้นเกือบตลอดเวลา มักต้องเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่มีการพลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยแฉะครั้ง	<b>มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังเป็นบางครั้ง</b> -มีความจำเป็นในการเปลี่ยนผ้าเพิ่มจากวันปกติวันละครั้ง	<u>ไม่ค่อยมีความเปื่อยชื้นของผิวหนัง</u> -สภาพผิวหนังปกติสามารถล้างปัสสาวะ อุจจาระได้ เปลี่ยนผ้าปูหรือผ้าขาวตามปกติ
<b>3. การมีกิจกรรม</b> -ระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย	<u>อยู่บนเตียงเท่านั้น</u> -นอนอยู่บนเตียงตลอด	<b>นั่งเก้าอี้ได้</b> -ไม่สามารถทรงตัวยืนได้และความสามารถในการเดินได้เองน้อยมาก ต้องใช้รถเข็นนั่งหรือเปลนอน	<b>เดินได้เป็นบางครั้ง</b> -เดินได้ในระยะใกล้ๆ อาจมีหรือไม่มีผู้ช่วยพยุงเดิน ส่วนใหญ่นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้	<u>เดินได้บ่อย</u> -ลุกเดินด้วยตนเองได้ดี
<b>4. การเคลื่อนไหว</b> -ความสามารถในการเปลี่ยนท่าและควบคุมท่าทางของร่างกาย	<u>เคลื่อนไหวไม่ได้</u> <b>สมบูรณ์</b> -ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าได้เอง	<b>จำกัดการเคลื่อนไหวมาก</b> -เคลื่อนไหวร่างกาย ขยับแขนขาได้เองเล็กน้อย นานๆ ครั้ง แต่เปลี่ยนท่าเองไม่ได้ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	<b>จำกัดการเคลื่อนไหวน้อย</b> -เคลื่อนไหวร่างกาย ขยับแขนขาได้เองบ่อยๆ แต่ยังต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในการเปลี่ยนท่า	<u>ไม่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว</u> -เคลื่อนไหวร่างกาย และเปลี่ยนท่าได้ดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือ

คู่มือการใช้แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale)

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับคะแนนที่ให้			
	1	2	3	4
5.ภาวะโภชนาการ - แบบแผนการ รับประทานอาหาร	ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ - รับประทานอาหารไม่ครบ ทุกมื้อ รับประทานได้ น้อยกว่า 1/3 ของอาหาร ที่ควรได้ในแต่ละวัน ได้รับ โปรตีนน้อยกว่า 2 ส่วนต่อ วัน หรือดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย หรือ NPO หรือได้รับอาหาร เหลว	ได้รับสารอาหารค่อนข้างน้อย - รับประทานอาหารได้ 1/2 ของอาหารที่ควรได้ในแต่ละ วัน ได้รับโปรตีน 3 ส่วนต่อวัน หรือได้รับอาหารเสริมทดแทน หรือได้รับอาหารทางสายยาง ปริมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับ	ได้รับสารอาหารเพียงพอ - รับประทานอาหารได้ มากกว่า 1/2 ของอาหาร ที่ควรได้ในแต่ละวัน ได้รับโปรตีน 4 ส่วนต่อ วัน ปฏิเสธอาหารบางมื้อ แต่ได้รับอาหารเสริม ทดแทน หรือได้รับ อาหารทางสายยาง หรือ ทางหลอดเลือดดำ(TPN) เพียงพอตามที่ควรจ จะได้รับ	รับประทานอาหารในปริมาณ ที่ดีเยี่ยม - รับประทานอาหารได้ครบ และหมดทุกมื้อ ได้รับโปรตีน 4 ส่วนหรือ มากกว่า 4 ส่วนต่อวัน และไม่ต้องกรอาหารเสริม ทดแทน
6.การมีแรงเสียดสี และแรงเสียดทาน	พบปัญหา - ต้องการความช่วยเหลือมากใน การเคลื่อนไหว การยกตัว โดยที่ไม่ทำให้เกิดการถูไถ เป็นไปได้อย่างและมีการสิ้น ไกลตลอดเมื่ออยู่ในท่านั่ง ต้องการความช่วยเหลือ อย่างมากในการเปลี่ยนท่า หรือมีอาการเกร็ง หรือมีข้อ ติดหรือมีอาการสับสน วุ่นวายทำให้มีการเสียดทาน ตลอด	พบแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา - การเคลื่อนไหวต้องการ ความช่วยเหลือเล็กน้อยในการ ยก หรือเลื่อนตัว ช่วยทรงตัว ได้ดีในท่านั่ง แต่อาจเลื่อนไถล ลงบ้างบางครั้ง	ไม่พบปัญหา - สามารถเคลื่อนไหวได้ดี ทั้งขณะอยู่บนเตียงหรือ นั่งเก้าอี้ สามารถจัดทำ และทรงตัวได้ดี โดยไม่ ต้องการความช่วยเหลือ	

- หมายเหตุ**
- ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden Scale  $\leq 16$  หรือ  $\leq 18$  ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (มีความเสี่ยง) ต้องประเมินซ้ำทุก 1-3 วัน จนจำหน่ายหรือพ้นจากภาวะเสี่ยง
  - ระดับคะแนนการประเมินปัจจัยเสี่ยง Braden Scale  $\geq 16$  หรือ  $\geq 18$  ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ไม่มีความเสี่ยง) ต้องประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง/มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ไข้สูง การรู้สึกลดลง สับสน หลังผ่าตัด ถ่ายเหลว เป็นต้น หรือประเมินซ้ำทุก 1 สัปดาห์

ภาคผนวก ง  
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

**ใบรับรองโครงการวิจัย**

**คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**

**โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**

**เลขที่หนังสือ 20 / 2567**

- ชื่อโครงการ:** ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
(Effectiveness of Clinical Practice Guidelines for Pressure sore Prevention among Cancer Patients, Lamphang Cancer Hospital)
- รหัสโครงการ:** 20/2567
- ชื่อหัวหน้าโครงการ:** นางจริยาพร พิมวาปี
- หน่วยงานที่สังกัด:** หอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
- สถานที่ทำวิจัย:** โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
- เอกสารที่รับรอง:**
1. โครงร่างการวิจัย
  2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
  3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
  4. แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกการป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
  5. แบบประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันและการดูแลและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง
    - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
    - ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง
    - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้แนวปฏิบัติ
  6. แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
    - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา
    - ส่วนที่ 2 แบบเฝ้าระวัง/ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม  
(ต่อ)

7. คู่มือการใช้การใช้แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดผลกดทับของบราเดิน (Braden Scale)

วันที่รับรอง : 18 มกราคม 2567

วันที่สิ้นสุดการรับรอง: 17 มกราคม 2568

การพิจารณา: แบบเต็มชุด (Full board)

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

ลงนาม.....

(นายพิพัฒน์ คุประเสริฐยิ่ง)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นายวีรวัต อัครานันท์ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

## ภาคผนวก จ

## หนังสือแสดงผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



ภารกิจด้านการพยาบาล  
วันที่ 01 ก.พ. 2567  
รับที่ 160  
เวลา 08.30 น.

## บันทึกข้อความ

งานบริหารทั่วไป  
รับที่ 116  
วันที่ ๒๑ ก.พ. 2567  
เวลา 14.34

ส่วนราชการ งานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทร ๐๘๔๘๘๔๘๔

ที่ สธ ๐๓๑๕.๓ (๓.๓.๕.๑) / ๑๕ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ด้วย ข้าพเจ้านางจริยาพร พิมวาปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง”

ในการนี้ ผู้วิจัยมีความประสงค์ขอเชิญผู้มีนามทำยนี้ ได้แก่

- ๑) นางสุรีย์รัตน์ พวงสายใจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
- ๒) นางกาญจนา ดาวประเสริฐ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล
- ๓) นางสาวภัทรา สมนึก ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
- ๔) นางสาวณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
- ๕) นายชัยชรัตน์ วงศ์จิรสกุล ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์

ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถอย่างสูงทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้วิจัยในการปรับปรุงเครื่องมือ เพื่อการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ/อนุญาต/ทราบ/สั่งการ

(นางสุรีย์รัตน์ พวงสายใจ)

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

1/2/67

เรียน ผู้อำนวยการ

- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ/อนุญาต/ทราบ/สั่งการ

- มอบงาน/กลุ่มงาน/ภารกิจ งานหอผู้ป่วยหญิง

ดำเนินการต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

๒-1 ก.พ. 2567

17/๒-๖7 ๒๖/๒/๖๗

จริยาพร พิมวาปี

(นางจริยาพร พิมวาปี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าโครงการวิจัย

11/๒/๖๗

(นายพิพัฒน์ คูประเสริฐยิ่ง)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม รักษาการแทนในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

2/2/๖๗

ภาคผนวก ฉ  
หนังสือแสดงการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ สธ. ๐๓๑๕.๓ / ๑๕๑



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์  
ถนนลำปาง - เชียงราย ตำบลพิชัย  
อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ด้วย ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้ดำเนินการพัฒนาโครงร่างวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” โดยมี นางจริยาพร พิมวาปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในกรณีนี้ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จึงใคร่ขออนุญาตใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จากงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน” ของนางรินณารดา สายเมฆพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ปีการศึกษา ๒๕๕๙) ทั้งนี้ได้แจ้งผู้วิจัยดังกล่าวรับทราบแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นักวิจัยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ร.ร.ท.

(นายวีรวัต อุดรธานี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ภารกิจด้านการพยาบาล  
โทร. ๐๕๔ ๓๓๕๒๖๒ ต่อ ๑๘๘  
โทรสาร ๐๕๔ ๓๓๕๒๖๒ ต่อ ๖๔๖

004  
.....ข้าง  
.....พิมพ์  
.....ทาน  
.....ตรวจ



ภาคผนวก ข  
หนังสือแสดงการอนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย



ที่ อว ๖๘๐๑๑๘/ ๐๐๕๒.๗

อุทยานวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
วิทยาเขตหาดใหญ่ส่วนขยาย  
ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่  
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๓๖ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย

เรียน นางจริยาพร พิมวาปี

ตามที่ นางจริยาพร พิมวาปี มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือเรื่อง “แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน” ของ คุณรินณารา สายเมฆ คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการทำวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้นางจริยาพร พิมวาปี ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะการทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวข้างต้น เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คีรณ พิทักษ์)

รักษาการแทนผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ภาคผนวก ข**  
**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

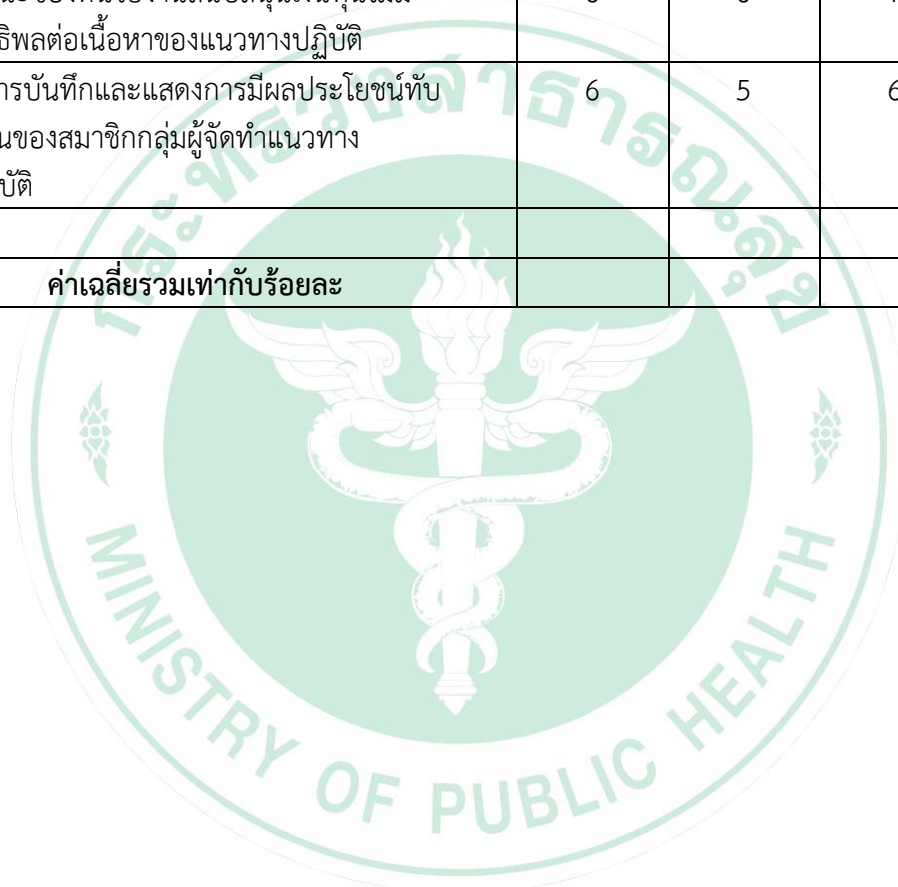
**การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล**  
**(Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II)**

ผลการประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง  
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

รายการประเมินตาม Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II	ผู้ประเมิน คนที่1	ผู้ประเมิน คนที่2	ผู้ประเมิน คนที่3	ค่าเฉลี่ยร้อยละ การประเมิน คุณค่า แนวปฏิบัติ
<b>หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์</b>				
1.1 มีการอธิบายวัตถุประสงค์ในภาพรวม ของแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน	6	6	5	
1.2 มีการอธิบายคำถามด้านสุขภาพไว้ อย่างชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ	6	6	5	
1.3 มีการอธิบายอย่างชัดเจนว่าแนวทาง ปฏิบัตินี้ทำขึ้นเพื่อใช้กับประชากรกลุ่มใด(ผู้ป่วย ประชาชน เป็นต้น)	6	7	7	
				83.33
<b>หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</b>				
2.1 กลุ่มผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติประกอบไป ด้วยบุคลากรจากกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด	7	6	5	
2.2 มีการพิจารณาทัศนนะและความต้องการ ของประชากรเป้าหมาย (ผู้ป่วย ประชาชน เป็นต้น)	7	6	5	
2.3 มีการกำหนดผู้ใช้งานเป้าหมายของ แนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน	6	7	7	
				87.04
<b>หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ</b>				
3.1 มีการใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็น ระบบ	6	7	5	
3.2 มีการอธิบายเกณฑ์สำหรับการเลือก หลักฐานไว้อย่างชัดเจน	6	7	5	

รายการประเมินตาม Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II	ผู้ประเมิน คนที่1	ผู้ประเมิน คนที่2	ผู้ประเมิน คนที่3	ค่าเฉลี่ยร้อยละ การประเมิน คุณค่า แนวปฏิบัติ
3.3 มีการอธิบายจุดแข็งและข้อจำกัดของ หลักฐานไว้อย่างชัดเจน	6	6	5	
3.4 มีการอธิบายวิธีการจัดทำข้อเสนอไว้ อย่างชัดเจน	7	6	5	
3.5 มีการพิจารณาถึงผลประโยชน์ต่อ สุขภาพ ผลข้างเคียง และความเสี่ยง ในการจัดทำข้อเสนอ	6	6	6	
3.6 มีการเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างข้อ แนะนำและหลักฐานสนับสนุน	6	6	6	
3.7 มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติโดย ผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อนการจัดพิมพ์ เผยแพร่	6	7	7	
3.8 มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการปรับ แนวทางปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน	7	7	6	
				85.42
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ				
4.1 ข้อเสนอ มีความเฉพาะเจาะจงและ ไม่กำกวม	6	7	6	
4.2 มีการนำเสนอทางเลือกต่างๆในการ จัดการสภาวะหรือประเด็นสุขภาพไว้ อย่างชัดเจน	6	6	6	
4.3 สามารถระบุข้อแนะนำหลักได้โดยง่าย	6	6	6	
				85.18
หมวดที่ 5 การนำไปใช้				
5.1 แนวทางปฏิบัติมีการอธิบายถึงปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคต่อการนำข้อเสนอไปปรับใช้	6	6	6	
5.2 แนวทางปฏิบัติมีรายละเอียดคำแนะนำ และ/หรือเครื่องมือในการนำข้อเสนอไปปฏิบัติ	6	6	6	
5.3 มีการพิจารณาทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเมื่อมี การนำข้อเสนอไปปฏิบัติ	6	7	6	
5.4 มีเกณฑ์สำหรับการกำกับ และ/หรือ ตรวจสอบในแนวทางปฏิบัติ	6	7	6	

รายการประเมินตาม Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II	ผู้ประเมิน คนที่1	ผู้ประเมิน คนที่2	ผู้ประเมิน คนที่3	ค่าเฉลี่ยร้อยละ การประเมิน คุณค่า แนวปฏิบัติ
				86.11
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ				
6.1 ทิศนะของหน่วยงานสนับสนุนเงินทุนไม่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ	6	6	7	
6.2 มีการบันทึกและแสดงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของสมาชิกกลุ่มผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติ	6	5	6	
				83.33
<b>ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับร้อยละ</b>				<b>85.07</b>



# โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

## กรมการแพทย์

**ภาคผนวก ณ**  
**ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย**

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)	นางจริยาพร พิมวาปี
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)	MRs.Jariyaporn Pimwapee
วัน เดือน ปี เกิด	27 เมษายน พ.ศ.2519
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	มัธยมตอนปลาย โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2538
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542
ประวัติการทำงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพะเยา อ.เมืองพะเยา จ.พะเยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 – 2547</li> <li>2. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 – 2565</li> <li>3. หัวหน้างานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 – ปัจจุบัน</li> <li>4. วิทยากรภาคทฤษฎีโครงการอบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (หลักสูตร 4 เดือน) ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง</li> <li>5. วิทยากรภาคทฤษฎีโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (หลักสูตร 1 เดือน) ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง</li> </ol>

ภาคผนวก ญ  
ประวัติผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)	นางสาวยุพิน มั่นคง
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)	Ms. Yupin Mankong
เดือน ปี เกิด	24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2526
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา โรงเรียนแม่พริกวิทยา จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2545
ระดับปริญญาตรี	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2549
ประวัติการทำงาน	1. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยชาย กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2550 2. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

## ประวัติผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)	นางสาวเพ็ญภา ทองวาส
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)	Miss. Pennapa Thongwas
วัน เดือน ปี เกิด	7 สิงหาคม พ.ศ. 2530
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	มัธยมตอนปลาย โรงเรียนนารีนรัตน์ จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2549
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สมทบมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2553
ประวัติการทำงาน	1. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - ปัจจุบัน 2. วิทยากรภาคปฏิบัติโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (หลักสูตร 1 เดือน) ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 3. วิทยากรภาคปฏิบัติโครงการอบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (หลักสูตร 4 เดือน) ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์

## ประวัติผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)	นางสกุลมาศ วชิรโสภณกิจ
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)	MRs. Sakulmat Vachirasoponkij
วัน เดือน ปี เกิด	1 มีนาคม พ.ศ.2512
ประวัติการศึกษา	
ระดับปริญญาตรี	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2534
ประวัติการทำงาน	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็ง ลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กรมการแพทย์



ภาคผนวก ก  
QR Code ผลงานวิจัย



โรงพยาบาล



ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก  
การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง