

ผลงานนวัตกรรม

Pressure sore by caregiver

1. บทนา/ความเป็นมาของนวัตกรรม

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีจำนวนมากขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2559,2560 ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยในชายเกิดแผลกดทับทั้งแผลกดทับที่โรงพยาบาล/แผลกดทับจากบ้านดังนี้ 7/28 , 6/31 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ผู้ป่วยติดเตียงและมักมีปัญหาแผลกดทับและการติดเชื้อส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาและผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งมีปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาแผลกดทับให้หายอีกทั้งบนหอผู้ป่วยมีจำนวนที่นอน Alpha bed ก่อนข้างจำกัดส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่ม และด้วยภาระงานที่มีมากของพยาบาลทำให้ไม่สามารถมาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ทุก 2 ชั่วโมงแต่เดิมมีนวัตกรรมนาฬิกาพร้อมกับการประเมินแผลกดทับ และเพิ่มการใช้วาสลีนทาผิว Zine paste และนอนบนเตียง Alpha bed เพื่อป้องกันแผลกดทับแต่จากสถิติพบว่าปริมาณผู้ป่วยเป็นแผลกดทับจากบ้านหรือจากที่อื่นมานอนโรงพยาบาลมีเพิ่มขึ้น

ทีมติดผู้ป่วยชายจึงได้คิดค้นนวัตกรรมเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยพัฒนานวัตกรรมนาฬิกาพลิกตะแคงตัวร่วมกับเพิ่มแผ่นพับการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ เน้นไปที่ผู้ดูแลเป็นหลักให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงที่บ้านได้ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น และป้องกันการกลับมานอนซ้ำด้วยการเกิดแผลกดทับหรือแผลกดทับติดเชื้อ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมนาฬิกาพลิกตะแคงตัวให้ ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปใช้ต่อที่บ้านได้
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมนาฬิกาพลิกตะแคงตัว
3. เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. กลุ่มเป้าหมายในการใช้งานนวัตกรรม

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง,ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์คิดค้น

- 4.1 ความหมายของผู้ป่วยติดเตียง
- 4.2 ความหมายของผู้ดูแล

4.3ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแผลกดทับ- ความหมายของแผลกดทับ, ระดับของแผลกดทับ ,สาเหตุและปัจจัยของการเกิดแผลกดทับ,การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4.4เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

4.5งานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง

1) ความหมายของผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียงหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยอัมพาตผู้ป่วยทางระบบสมองหรือพุงง่ายๆคือผู้ป่วยที่ด้อยนอนรักษาตัวอยู่บนเตียงตลอดทั้งวันซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆมากขึ้นเช่นแผลกดทับข้อต่อต่างๆติดแข็งปอดอักเสบเป็นต้น

ผู้ป่วยติดเตียงคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึงผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมาทุกราย เช่นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการและจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

2) ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลคือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิกัด หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

3) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแผลกดทับ

แผลกดทับหมายถึงรอยโรคที่เกิดบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆเนื่องจากแรงกดเฉพาะที่เป็นเวลานานทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง

การจำแนกระดับของแผลกดทับ

ระดับ 1 บริเวณที่ถูกกดมีรอยแดงไม่หายไปภายใน 30 นาทีเมื่อลดการกดทับอาจมีรอยข้ำมีตุ่มพอง (Bleb) แต่ไม่มีการฉีกขาดของแผล

ระดับ 2 มีการแตกของตุ่มพองหรือแผลฉีกเป็นแผลถลอกขอบแผลจะแดงหรือมีน้ำเหลืองซึม

ระดับ 3 แผลลุกลามถึงชั้น subcutaneous ชั้นพังผืดแผลเป็นหลุมลึกอาจเจาะไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณนั้นหรือมีน้ำเหลืองหนองจากแผล

ระดับ 4 มีการตายของชั้นกล้ามเนื้อกระดูกและเอ็นเนื้อเยื่อที่ตายมีสีคล้ำ
ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ

1. ปัจจัยส่งเสริมภายใน

1.1. อายุผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับประมาณร้อยละ 70 เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีผลจากความชราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหนังชั้น epidermis จะบางลงจะมีการแบนราบของ rate ridges อย่างมากทำให้จำนวนเซลล์ประสาทและหลอดเลือดฝอยลดลง capillary blood flow ลดลง

1.2. ภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอจนกระทั่งทำให้ระดับalbumin ในเลือดน้อยกว่า 3.5 mg % จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

1.3.ยา

ยาขับปัสสาวะขยายทำให้เกิดการเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง

ยาคลายกล้ามเนื้อยาระงับประสาทยาระงับอาการชักยาแก้ปวดทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียง่วงซึมมีการเคลื่อนไหวลดลง

ยา steroid ไปกีดขวางการสร้าง fibroblast และ epithelium cell ทำให้แผลหายช้า

1.4.การผ่าตัดผู้ป่วยที่ใช้เวลาในผ่าตัดนานกว่า 3 ชั่วโมงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับซึ่งจากสาเหตุของการจำกัดการเคลื่อนไหวระหว่างผ่าตัดและการดมยาสลบโดยผิวหนังที่ถูกกดทับได้รับบาดเจ็บระหว่างผ่าตัดแต่จะไม่เกิดแผลกดทับต่อเมื่อหลังผ่าตัดไปแล้วจึงปรากฏอาการอย่างชัดเจน

2. ปัจจัยส่งเสริมภายนอก

2.1. แรงกดบริเวณพื้นผิวสัมผัสระหว่างผิวหนังผู้ป่วยกับพื้นผิวที่รองรับน้ำหนักเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดแผลกดทับปริมาณแรงกดน้อยแต่ระยะเวลานานทำให้เกิดแผลกดทับได้มากกว่าปริมาณแรงกดมากแต่ระยะเวลาน้อย

2.2. แรงเสียดทานเกิดขึ้นระหว่างผิวหนังชั้นนอกกับพื้นผิวสัมผัสเช่นเสื้อผ้าผ้าปูที่นอน โดยเฉพาะการดึงการลากผู้ป่วยขณะพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนย้ายระหว่างเตียงโดยไม่มีเครื่องช่วยที่เหมาะสม

2.3. แรงเฉือนเป็นแรงดึงรั้งระหว่างชั้นผิวหนังเกี่ยวข้องกับแรงโน้มถ่วงของโลกและแรงดันที่ทำให้ผิวหนังอยู่กับที่เช่นการยกหัวเตียงสูงจะเกิดแรงเฉือนและแรงกดบริเวณกระเบนเหน็บและก้นกบ

2.4. ความชื้นเกิดจากสิ่งขับหลั่งของร่างกายผู้ป่วยเองจะทำให้ความต้านทานต่อแรงกดลดลงจะเกิดแผลกดทับได้ง่าย

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. การจัดท่านอนควรเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อลดแรงกดนานเกินไปทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้นถ้าเปลี่ยนท่านอนแล้วรอยแดงบริเวณผิวหนังไม่หายภายในประมาณ 30 นาทีอาจจะพิจารณาให้เปลี่ยนท่านอนได้บ่อยขึ้นหมุนเวียนเปลี่ยนท่านอนเช่นนอนหงายนอนตะแคงซ้ายนอนตะแคงขวาสลับกันไปทุก 2 ชั่วโมง

2. ใช้อุปกรณ์เสริมช่วยลดแรงกดเลือกให้เหมาะสมกับสภาพของบุคคลนั้นเช่นใช้ที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลมในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงใช้หมอนฟ้านุ่มๆหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆเพื่อลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆของร่างกายเช่นหัวไหล่ในหูข้อศอกข้อมือสันเท้าและใช้เบาะรองก้นในผู้ที่นั่งรถเข็นกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัวยกกันลอยพื้นพื้นที่นั่งทุก 15 - 30 นาทีเพราะช่วยลดแรงกดทับบริเวณก้นกบจะช่วยป้องกันการกดทับ

3. ลดแรงเสียดทานการเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนตัวผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใช้การยกตัวแทนการดึงลากตัวใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้ายเช่นผ้ายกตัวแผ่นรองตัวขณะเคลื่อนย้าย (Pat slide)

4.การดูแลผิวหนังการประเมินผิวหนังผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเป็นการป้องกันและช่วยเหลือก่อนที่จะเกิดแผลกดทับ

การดูแลผิวหนัง

-ในรายที่ผิวหนังแห้งควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น

-หลังทำความสะอาดร่างกายควรทาครีมทาโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกวันละ 3 - 4 ครั้งเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น ป้องกันผิวแห้งและถลอก

5. ภาวะโภชนาการการดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารครบตามหลักโภชนาการ (อาหารมีประโยชน์ 5 หมู่) โดยเฉพาะ โปรตีนวิตามินซีและดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้วจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและผิวหนังยืดหยุ่นมีความชุ่มชื้นเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแผลกดทับได้

4) เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

การเฝ้าระวังโดยใช้แบบประเมินของ Braden scale ซึ่งมีผลการวิจัยพบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารักษาเพื่อการฟื้นฟูเพราะสามารถทำนาย ความสัมพันธ์เชิงบวกได้ดีและเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้มากมีทั้งหมด 6 ตัวแปรแต่ละตัวแปรมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1- 3 หรือ 4 ช่วงคะแนนจะอยู่ระหว่าง 4 - 23 ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยงคือ 16 และยิ่งค่าน้อยยิ่งมีความเสี่ยงมาก

ตัวแปรและค่าคะแนนของ Braden scale

ตัวแปรและค่าคะแนนของ Braden scale ตัวแปร	ค่าคะแนน	ลักษณะกิจกรรม
1. การรับรู้ประเมินความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้เกิดความไม่สบาย	1	จำกัดทั้งหมดไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดซึ่งอาจเกิดจากระดับการรับรู้ของผู้ป่วยหรือจากยาหรือมีข้อจำกัดต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของร่างกายเป็นส่วนใหญ่
	2	จำกัดมากหรือจำกัดเป็นส่วนใหญ่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดเท่านั้นไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความไม่สบายได้นอกจากแสดงท่าทางกระสับกระส่ายหรือส่งเสียงครางเท่านั้นหรือประสาทรับรู้สัมผัสบกพร่องทำให้มีข้อจำกัดต่อการตอบสนองความเจ็บปวดหรือ
	3	จำกัดเล็กน้อยสามารถตอบสนองด้วยการสื่อสารเป็นคำพูดแต่ไม่สามารถสื่อสารได้ทุกครั้งที่รู้สึกไม่สบายหรือเมื่อต้องการเปลี่ยนท่าหรือประสาทการรับรู้บกพร่องความสามารถตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือไม่สบายมีข้อจำกัดทั้งแขนและขาหรือเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง
	4	ไม่จำกัดสามารถตอบสนองได้บอกถึงสิ่งที่ต้องการประสาทการ

ตัวแปรและค่าคะแนนของ Braden scale ตัวแปร	ค่าคะแนน	ลักษณะกิจกรรม
		รับรู้ปกติสามารถสื่อสารบอกความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายได้
2. การเบียดข่มของผิวหนังประเมินระดับความเบียดข่มของผิวหนัง	1	เบียดข่มตลอดเวลาจากเหงื่อปัสสาวะตรวจพบทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
	2	ค่อนข้างเบียดข่มบ่อยครั้งที่มีการเบียดข่มแต่ไม่ใช่ตลอดเวลา มีการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเวอร์
	3	เบียดขึ้นเป็นบางครั้งผิวหนังเบียดข่มบางครั้งมีการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 วัน
	4	ไม่เบียดขึ้นผิวหนังแห้งปกติการเปลี่ยนผ้าปูทำตามตารางปกติที่ได้กำหนดไว้
3. การทำกิจกรรมประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม	1	อยู่บนเตียงตลอดเวลา
	2	เดินได้แต่ค่อนข้างมีข้อจำกัดมากไม่สามารถพยุงตัวเองได้ต้องมีคนช่วยพาไปนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น
	3	เดินได้บ้างในช่วงเวลากลางวันแต่เป็นระยะสั้นๆอาจจะเดิน
		ด้วยตนเองหรือมีคนช่วยใช้เวลาส่วนใหญ่บนเตียงนอนหรือเก้าอี้
	4	เดินออกนอกห้องหรือจากเตียงอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวันและเดินในห้องอย่างน้อย 1 ครั้งในทุก 2 ชั่วโมงของเวลาที่ไม่ได้นอนหลับ
4. การเคลื่อนไหวประเมินความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกาย	1	ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ไม่สามารถขยับเปลี่ยนท่าหรือแขนขาได้ถ้าไม่มีคนช่วย
	2	มีข้อจำกัดมากสามารถเปลี่ยนท่าหรือแขนขาได้เองเล็กน้อยเป็นบางครั้งแต่ไม่สามารถทำได้บ่อยหรือทำได้เองอย่างเป็นอิสระ
	3	มีข้อจำกัดเล็กน้อยสามารถที่จะขยับเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อยและทำได้บ่อยแต่สามารถขยับแขนขาได้อย่างเป็นอิสระ
	4	ไม่มีข้อจำกัดทำได้เองเป็นส่วนใหญ่และบ่อยครั้งที่สามารถเปลี่ยนท่าได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
5.ภาวะโภชนาการประเมินแบบแผนการได้รับอาหารในเรื่องจำนวนปริมาณที่ได้เน้นปริมาณโปรตีนและการได้รับอาหารเสริม	1	ไม่เพียงพอไม่ดีไม่เคยรับประทานได้หมดมีน้อยครั้งที่จะรับประทานได้มากกว่า 1-3 ของอาหารที่จัดให้รับประทานโปรตีนได้ประมาณ 2 มื้อหรือน้อยกว่าต่อวันได้รับน้ำน้อยมากและไม่ได้รับประทานอาหารเหลวเสริมให้หรือไม่ได้รับอาหารทางปากและ/หรือได้

ตัวแปรและค่าคะแนนของ Braden scale ตัวแปร	ค่าคะแนน	ลักษณะกิจกรรม
		อาหารเหลวใสหรือได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่า 5 วัน
	2	ได้ค่อนข้างไม่เพียงพออย่างน้อยครั้งมากที่จะรับประทานได้หมดและโดยทั่วไปจะรับประทานได้เพียง ½ ของอาหารที่จัดให้โปรตีนได้เพียง 3 มื้อบางครั้งอาจได้รับอาหารเสริมบ้างหรือได้รับต่ำกว่าปกติจากอาหารเหลวหรืออาหารทางสายยาง
	3	ได้รับประทานอาหารเพียงพอได้มากกว่า ½ ของอาหารที่จัดให้ได้รับโปรตีนวันละ 4 มื้อบางครั้งอาจได้รับอาหารเสริมบ้างหรืออาหารเหลวหรืออาหารทางสายยางเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
	4	รับประทานได้ปกติ
6. แรงเสียดสีและแรงเฉือนประหม่นแรงเสียดสีจากการดึงลากและแรงเฉือนจากการกั้นไหล	1	มีปัญหาต้องการให้ช่วยในขณะเคลื่อนย้ายในระดับปานกลางถึงมากสามารถลุกนั่งได้เองโดยไม่เกิดแรงต้านขณะลุกบ่อยครั้งที่มีการกั้นไหลลงจากเตียงหรือเก้าอี้ได้บ่อยครั้งต้องการให้ช่วยเหลือค่อนข้างมากในการจัดทำห่มมีการหัดล้างของกลิ่นเนื้อข้อต่อทำให้เกิดปัญหาของแรงเสียดสีเป็นส่วนใหญ่
	2	มีปัญหาเสี่ยงสามารถเคลื่อนไหวเป็นอิสระต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยมีปัญหาระหว่างการเคลื่อนย้ายเกิดแรงเสียดสีของผิวหนังกับผ้าเก้าอี้อุปกรณ์ผูกยึดเป็นต้นส่วนใหญ่สามารถทรงตัวได้ดีเมื่ออยู่บนเตียงหรือเก้าอี้แต่บางครั้งอาจลื่นไถลลงมา
	3	ไม่มีปัญหาเคลื่อนย้ายได้เองอย่างอิสระทั้งบนเตียงนอนหรือเก้าอี้มีมัดกล้ามเนื้อที่แข็งแรงพอที่จะลุกนั่งอย่างเป็นอิสระขณะเคลื่อนย้ายสามารถทรงตัวได้ดีตลอดเวลาทั้งบนเตียงหรือเก้าอี้

5) วิธีดำเนินการพัฒนานวัตกรรม (ขั้นตอนการดำเนินงาน PDCA/วิธีการ/อุปกรณ์/งบประมาณ/ระยะเวลา)

ขั้นตอนการดำเนินงาน PDCA

การเตรียมการ (PLAN) “Pressure sore by caregiver”

- เลือกหัวข้อนวัตกรรมที่สนใจทำ
- นำเสนอหัวข้อนวัตกรรม - ออกแบบนวัตกรรม-วางแผนในการทำนวัตกรรม

การดำเนินการ (DO)

1.ออกแบบนาฬิกาพลิกตะแคงตัวที่ใช้ง่าย ชัดเจน สื่อสารได้ แม้ในผู้ดูแลที่อ่านเขียนไม่ได้

2. ออกแบบสื่อแผ่นพับ เน้นรูปที่สื่อสารขั้นตอนต่างๆ ได้ง่ายเพื่อให้ผู้ดูแลใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้
3. นำไฟล์งานส่งมอบให้งานสุขศึกษาทำสื่อแผ่นพับ และนาฬิกาปลุกตะแคงตัว
4. นำสื่อแผ่นพับ+ นาฬิกาปลุกมาใช้กรณีมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มาให้ผู้ดูแล อธิบายวิธีการใช้ ทวนสอบการใช้งานและประเมินการใช้งาน

กรณีไม่มีผู้ดูแล จะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลและประเมินติดตามผลการพลิกตะแคงและการดูแล

อุปกรณ์

ไฟล์รูป และแผ่นพับ

3.การติดตามตรวจสอบประเมิน (CHECK)

- ประเมินคุณภาพของนวัตกรรมโดยให้ผู้ปฏิบัติเป็นผู้ประเมิน

4.การนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนา (ACT)

หลังจากนำนวัตกรรมไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายและหาข้อดี/ ข้อที่ควรพัฒนามาปรับปรุงเพื่อให้ผลงานนวัตกรรมมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

6. ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลงานประดิษฐ์คิดค้น

จากการตรวจสอบยังมีข้อบกพร่องในเรื่องของการปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง แก้ไขโดยการเน้นผู้ดูแลให้เห็นถึงข้อเสียของการไม่ปฏิบัติตามต่อเนื่องและข้อดีที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลถ้าปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

7. อภิปรายผล /ข้อเสนอแนะ

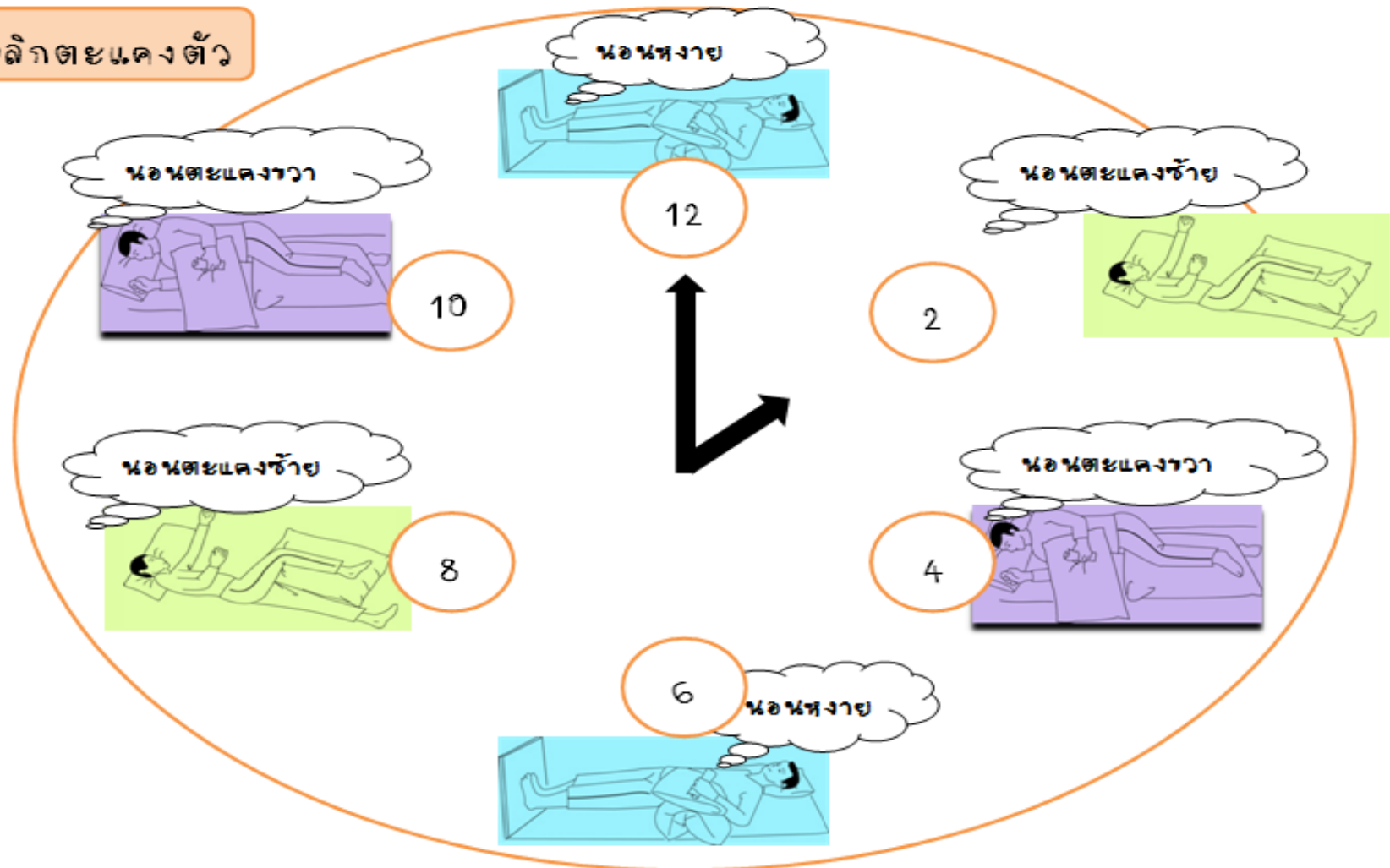
อภิปรายผล

เนื่องจากผลงานนวัตกรรมชิ้นนี้อยู่ในระหว่างการใช้งานใช้ที่ติดผู้ป่วยชาย และส่งมอบให้งาน CCC นำไปต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาต่อยอดต่อไปเพื่อให้ชิ้นงานมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้นวัตกรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานวัตกรรม

- คิดค้นการป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านควรมีการพัฒนางานและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับหรือการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical nursing practice guideline: CNPG) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและดูแลแผลกดทับในฝ่ายการพยาบาล

ภาพลักษณ์ลักษณะตัว



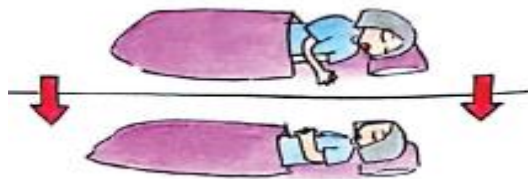
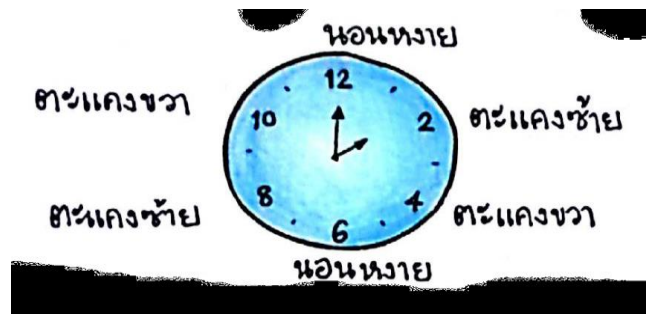
การดูแลผู้ป่วยมีแผลกดทับ

การป้องกันแผลกดทับ

1. ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

หรือเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง
โดยการพลิกตัวจัดทำ

ตามนาฬิกาฬิกาพลิกตะแคงตัว

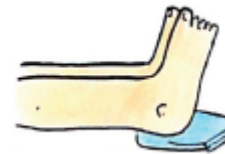


2. ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปียกชื้น

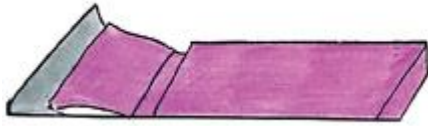
3. เวลาเคลื่อนย้ายไม่ลากตัวผู้ป่วย ใช้ผ้ารองในการยกตัวผู้ป่วย

4. ทาวาสลีน/Zinc paste ที่ผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง หลังทำความสะอาดผิวหนังหรือทาโลชั่นบำรุงผิวถ้าผิวแห้ง

5. ใช้หมอนหรือผ้าอ่อนนุ่ม รองตามปุ่มกระดูก



6. ดูแลที่นอนผ้าปูให้สะอาดแห้ง
ปูให้เรียบตึงไม่มีรอยย่น(ถ้ามีให้ซักเปลี่ยนบ่อยๆ หรือที่นอนฟองน้ำเพื่อลดแรงกดทับ)



7.ควรจัดทำให้นั่งศีรษะสูงอย่างน้อย
วันละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 1 ชม.



การทำแผลกดทับ



หลักการ : สะอาดปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
ส่งเสริมการหายของแผล

อุปกรณ์การทำแผล

1.ชุดทำความสะอาดแผลสำเร็จรูปหรือไม้พันสำลี
สะอาดปราศจากเชื้อ



2. น้ำเกลือ (Normal saline) สะอาดสำหรับล้างแผล



3. แอลกอฮอล์ 70%

4. ผ้าก๊อซปิดแผลขนาด 4x4 นิ้ว

และพลาสติก (Microspore, Transpore)



5. ยาทำแผล

วิธีทำแผลกดทับ

1. ล้างมือให้สะอาดแล้วเตรียมอุปกรณ์ให้ครบ

2. เปิดแผลแกะผ้าก๊อซเดิมออกทั้งถุงขยะ

3. ล้างมือให้สะอาดอีกรอบ

4. เช็ดผิวหนังรอบๆแผลด้วยสำลีชุบ

แอลกอฮอล์ส่วนจากด้านในออกด้านนอกกว้าง
ประมาณ 2 นิ้ว



5. เช็ดหนองคราบสกปรกต่างๆด้านในแผล
ด้วยสำลีชุบน้ำเกลือหมาดๆจนสะอาดและเช็ด
กระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้เนื้อแผลแดงดี

6. ใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำเกลือบิดหมาดๆปิดแผลแล้ว
ใช้ผ้าก๊อซแห้งปิดทับแล้วปิดพลาสติกให้
เรียบร้อย

7. สำลีและผ้าก๊อซที่ใช้แล้วให้ทิ้งใน
ถุงพลาสติกปิดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไป
ฝังหรือเผาหรือทิ้งถังขยะติดเชื้อ

เอกสาร/แหล่งข้อมูลอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลกดทับ.นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

พรทิพย์ สาริโส,ปิยะกร ไพรสนธิ์และอโนทัย เฉลิมศรี.ประสิทธิผลการป้องกันการเกิดแผลกดทับของที่นอนชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลม : การศึกษาเบื้องต้น,วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2559

รุ่งทิพาชอบชื่น. หลักการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.เอกสารประกอบการบรรยายใน”โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อการดูแลผู้ป่วยในรพพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง” วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2556และวันที่ 1 มีนาคม 2556.ณห้องประชุมมิตรภาพโรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.

รุ่งทิพาชอบชื่นนิภาพรรณฤทธิ์รอดบัณฑิตลาถาชินเลิศ(บรรณาธิการ). คู่มือการเฝ้าระวังป้องกันและการดูแลแผลกดทับ.ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.