

# แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ

## Nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers

รุจาภา เจียมมณีในปัจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์

Rujapa Jiamtanopachai and Suvimon Sanveingchan

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

### บทคัดย่อ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับประกอบด้วย กลไกการเกิด ผลกระทบ การใช้เครื่องมือ ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ และการป้องกันแผลกดทับ

**คำสำคัญ:** การป้องกันแผลกดทับ, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

### Abstract

Nursing practice guideline on pressure ulcer prevention consisted of the mechanism and impact of pressure ulcers, use of risk assessment scales and pressure ulcer prevention.

**Keywords:** Pressure Ulcer Prevention, Nursing Practice Guideline

### บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวลำบาก มีสาเหตุหลักจากเนื้อเยื่อบริเวณหนึ่งถูกแรงกดทับเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะบริเวณเนื้อเยื่อปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ก้นกบ สะโพก มีปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับง่ายขึ้นทั้งด้านกายภาพ และชีวภาพ ปัจจัยที่เกิดทางกายภาพ เช่น แรงกดและระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด มีแรงเฉือน แรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือเลื่อนตัวผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวลำบาก และการรับรู้ความรู้สึกตอบสนองไม่ดี ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ

แต่ละบุคคลไม่เท่ากัน มีสรีรวิทยา และมีระบบการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อแตกต่างกัน ระบบไหลเวียน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อแตกต่างกัน นอกจากนั้น การมีผิวหนังที่เปื่อยขึ้นตลอดเวลา ไม่สามารถถลันปัสสาวะ อุจจาระได้ มีภาวะโภชนาการไม่ดี มีโปรตีนในเลือดต่ำ หรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น (Coleman et al., 2014a) การที่เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด และเกิดเป็นแผลกดทับระดับต่างๆ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านทรัพยากรที่มีผลทำให้เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น คือ พยาบาลมีภาวะ

งานมาก (Cremasco, Wenzell, Sardinhal, Zanei, & Whitaker, 2009) ทำให้พยาบาลเหนื่อยล้า เกิดความเครียด การมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ (83.1%) ขาดแคลนอุปกรณ์ และแหล่งสนับสนุน (67.7%) ผู้ทำงานไม่มีความรู้ และไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอ (63.2%) (Etafal, Argaw, Gemechu, & Melese, 2018) เป็นอุปสรรคหลักในการป้องกันแผลกดทับ (Lavallée, Gray, Dumville, & Cullum, 2018) การศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้ (51.1%) ต่ำกว่าทัศนคติ (76.7%) (Simonetti, Comparcini, Flacco, Giovanni, & Cicolini, 2015) สอดคล้องกับ Usher และคณะ (2018) ที่เสนอว่า นักเรียนพยาบาลมีทัศนคติการดูแลแผลกดทับที่ระดับสูง (78%) แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันเพื่อลดระยะเวลา และจำนวนแรงกด แรงเฉือน (51%) และยังมีความมั่นใจระดับต่ำเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การมีแผลกดทับอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นมาก เช่น การติดเชื้อ แม้ว่าพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ตาม แต่ไม่ทำให้สถิติการเกิดแผลกดทับลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Whitty et al., 2017) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้น้ำเยื่อถูกทำลายน้อยลงเมื่อเทียบกับการใช้มาตรฐานการดูแลทั่วไป (Avsar & Karadag, 2018; Whitty et al., 2017) พยาบาลจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ โดยมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดแผลกดทับ และค่าใช้จ่ายในการดูแล บทความนี้ผู้เขียนจึงขอเสนอสาระสำคัญในหัวข้อต่อไปนี้ ความหมาย และระดับของแผลกดทับ ชนิดของแผลกดทับ ความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ กลไกการเกิด การประเมินการเกิดแผลกดทับ การป้องกัน และการดูแลแผลกดทับ

## ความหมาย และระดับของแผลกดทับ

แผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่ถูกทำลาย โดยมีแรงกดทับบริเวณนั้นเป็นระยะเวลาาน โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูกต่าง ๆ เช่น ปุ่มกระดูกบริเวณก้นบั้น สะโพก เป็นต้น หรือมักพบแผลกดทับบริเวณที่สัมผัสหรือเสียดสีกับอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลานาน เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ สายให้ออกซิเจน ลักษณะของอาการบาดเจ็บ แบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงเฉพาะที่ บริเวณนั้นไม่มีผิวหนังฉีกขาด เมื่อกดผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดงๆ ยังคงอยู่

ระดับที่ 2 แผลมีลักษณะมองเห็นชั้นหนังแท้เป็นสีชมพูหรือสีแดงในบริเวณที่มีชั้นผิวหนังส่วนนอกฉีกขาด อาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใส หรือ ตุ่มน้ำใสที่แตกแล้ว ยกเว้นผิวหนังที่ฉีกขาดจากอุบัติเหตุ เช่น ฉีกขาดจากแผลถลอก หรือแผลไฟไหม้ หรือแผลที่ผิวหนังฉีกขาดจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์ เช่น พลาสเตอร์ปิดแผล

ระดับที่ 3 แผลมีลักษณะสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด จนมองเห็นชั้นไขมันในแผล อาจพบเนื้อตายอยู่ หรือเนื้อตายแห้งแข็ง อาจพบโพรงลึกได้แผล แต่ไม่เห็นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก

ระดับที่ 4 สูญเสียชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด มองเห็นพังผืด เอ็น และกระดูก

นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับของแผลได้ แผลมีลักษณะสูญเสียชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด มีเนื้อตายสีดำปกคลุม ทำให้ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ และแผลที่เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกถูกกดทับ (Deep Tissue Pressure Injury [DTI]) แผลมีลักษณะผิวหนังยังไม่ฉีกขาด หรือมีการฉีกขาดแล้ว แต่มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิวกดบริเวณรอยแดงคล้ำนั้น หรือผิวหนังเปลี่ยนสีเป็นสีแดงเข้ม หรือสีม่วง บางรายผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาดเห็นพื้นแผลเป็นสีดำ หรือพบตุ่มน้ำที่มีสารคัดหลั่งคล้าย

เลือดอยู่ข้างใน หากคลำผิวหนังบริเวณนั้นพบผิวหนังบริเวณนั้นจะอุ่น หรืออาจมีอาการปวดร่วมด้วย (Edsberg, Black, Goldberg, McNichol, Moore, & Sieggreen, 2016)

### ชนิดของแผลกดทับ จำแนกตามสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ

1. แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ที่มีจุดประสงค์เพื่อการรักษาหรือการวินิจฉัยโรค เช่น ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal tube[ET tube]) สายให้อาหารทางจมูกและสายให้ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ แผลกดทับมักเกิดขึ้นใต้อุปกรณ์หรือผิวหนังบริเวณที่อุปกรณ์เหล่านี้เสียดสี กดทับเป็นเวลานาน ส่วนมากสามารถระงับระดับของแผลกดทับได้

2. แผลกดทับบริเวณเยื่อผิวหนังในช่องปาก มักมีประวัติการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในตำแหน่งที่เกิดแผล ลักษณะแผลมีอาการบวม แดง เจ็บ มักไม่สามารถระงับระดับของแผลได้เพราะเนื้อเยื่อปากกับชั้นผิวหนังมีความแตกต่างกัน

3. แผลกดทับที่เกิดจากผิวหนังสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานาน (Incontinence associated dermatitis [IAD]) มีการอักเสบของผิวหนัง มีลักษณะของผิวหนังแดง อาจลอกหลุด เห็นเนื้อเยื่อแผลสีชมพูหรือสีแดง แบ่งระดับความรุนแรงได้ 4 ระดับดังนี้

1. ระดับเสี่ยงสูง ผิวหนังมีลักษณะปกติไม่มีรอยแดง แต่อาจมีรอยแผลเป็นจาก IAD หรือแผลกดทับที่เป็นมาก่อน มีภาวะถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง

2. ระดับน้อย ผิวหนังมีรอยแดง ขอบเขตไม่ชัดเจน ไม่มีแผลเปิด รู้สึกปวดแสบขณะสัมผัส

3. ระดับปานกลาง ผิวหนังมีสีแดงสด หรือสีแดงจัดในคนผิวเข้ม แผลมักมีลักษณะเป็นมันเงา มีอาการปวดแสบ ปวดร้อนขณะสัมผัส

4. ระดับรุนแรง เป็นแผลเปิดระดับตื้นสีแดง

มีสารคัดหลั่งหรือเลือดซึม ผิวหนังบางส่วนหลุดลอก

### ความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ผู้ป่วยได้รับผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย และชีวิต หากแผลเกิดการติดเชื้อ ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ในขณะที่ตัวโรงพยาบาลก็ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ในการดูแลรักษาผู้ป่วย หากสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ก็จะไม่เกิดปัญหาเหล่านี้

### การประเมินการเกิดแผลกดทับ

โดยทั่วไปประเมินจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้เครื่องมือต่างๆ ช่วยประเมินความเสี่ยง

1. การซักประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวของตนเองลำบาก หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

2. การตรวจร่างกาย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษา

3. การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ อาทิ Braden scale และ Norton scale

2.1 แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale) ใช้ในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วยการประเมินตามปัจจัยเสี่ยงของการรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดสี และแรงเฉือน คะแนนรวม 6-23 แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 6-9 มีความเสี่ยงสูงมาก, 10-12 มีความเสี่ยงสูง, 13-14 มีความเสี่ยงปานกลาง, 15-18 มีความเสี่ยง และ 19-23 ไม่มีความเสี่ยง (โรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล, 2517) Braden scale อาจใช้วัดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในระดับปานกลางหรือรุนแรงได้เหมาะที่จะใช้ประเมินแผลกดทับทั้งในระยะวิกฤต ชุกเฉิน

เช่น ในห้อง ICU และระยะเร็วหรือช้า อีกทั้งสามารถนำไปใช้ในหลากหลายลักษณะสถานบริการ เช่น ในโรงพยาบาล หรือ nursing home แบบประเมินของบราเดนยังใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่าแบบประเมินอื่นๆ ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต อาจใช้เครื่องมืออื่นในการประเมินแผลกดทับร่วมด้วยเช่น The Sofa Scale เพื่อให้การทำนายการเกิดแผลกดทับมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีหัวข้อประเมิน ภาวะโคมาของ Glasgow Coma score, renal and respiratory disorders และความดันโลหิตต่ำ

2.2 แบบประเมินของนอตัน (Norton pressure sore risk assessment scale) ประกอบด้วยการประเมินสภาวะทางร่างกาย สภาวะทางจิต กิจกรรม การเคลื่อนไหว และการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ (Incontinence) ใช้มาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับกำหนดคะแนนแต่ละส่วน 1-4 คะแนนรวม 5-20 จำแนกระดับความเสี่ยง 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม ต่ำกว่า 10 เสี่ยงมากที่สุด, ระหว่าง 10-14 เสี่ยงสูง, ระหว่าง 14-18 เสี่ยงปานกลาง, มากกว่า 18 เสี่ยงน้อย แบบประเมินของนอตันนี้เหมาะสมในการใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแรกรับ สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมในหออภิบาลผู้ป่วย การใช้ Norton scale ในการวัดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับมีความเหมาะสมที่สุด

### กลไกการเกิดแผลกดทับ

Coleman และคณะ (2014a) ได้เสนอแนวคิดใหม่ของแผลกดทับและอธิบายความสมดุลระหว่างปัจจัยทางกายภาพ และทางชีวภาพที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับไว้ดังนี้ ปัจจัยทางกายภาพประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักคือ แรงกด ระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด และประเภทของแรงกด (แรงเฉือน และแรงเสียดทาน) โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (Immobility) และการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย ความไว และ

ความทนทานของแต่ละบุคคล สรีรวิทยา และการซ่อมแซมระบบไหลเวียน และการส่งผ่านความร้อน คุณสมบัติทางกายภาพของเนื้อเยื่อ (ความแข็งแรง และความยืดหยุ่น) ความแตกต่างของรูปทรงและชั้นของเนื้อเยื่อ โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผิวหนัง/ระดับแผลกดทับ ระบบการไหลเวียนไม่ดี ภาวะโภชนาการไม่ดี โรคเบาหวาน ความชุ่มชื้นของผิวหนัง และระดับโปรตีนในเลือดต่ำ

### การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

#### 1. การดูแลตามปัจจัยทางกายภาพ

1.1 การลดแรงกดทับ โดยการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย และการใช้ที่นอนเฉพาะ และระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด

การเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย การพลิกตัวทุก 2, 3 หรือ 4 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของแผลกดทับไม่แตกต่างกัน (Bergstrom et al., 2013) ผู้ป่วยจะได้รับการพลิกตัวมากที่สุดในช่วงกลางวันและเย็น และมีความถี่ในการพลิกตัวน้อยที่สุดในช่วงกลางคืน (Latimer, Chaboyer, & Gillespie, 2015) การเพิ่มระยะเวลาพลิกตะแคงตัวจากทุก 2 ชั่วโมง (มาตรฐานทั่วไป) จากพลิกตะแคงตัวทุก 3 ถึง 4 ชั่วโมง จะต้องมีการเพิ่มต้นทุนสูงขึ้น ในด้านเวลาของผู้ให้บริการ (Whitty et al., 2017)

การใช้ที่นอนเฉพาะ การใช้ที่นอนที่มีคุณภาพ เช่น ที่นอนทำจากโฟม ที่สามารถลดและกระจายแรงดันที่ผิวหนังบริเวณที่มีการกดทับนานๆ และอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Paulden et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เตียงนอนลม หรือเตียงนอนที่อัดอากาศแบบไฮบริด อาจลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับได้เมื่อเทียบกับเตียงนอนของโรงพยาบาลมาตรฐาน แต่การนอนเตียงนอนลมสบายน้อยกว่าที่นอนของโรงพยาบาลมาตรฐาน (Shi, Dumville, & Cullum, 2018) ที่นอนน้ำจะนอนสบายที่สุด สามารถเลือกที่นอนที่ทำจากโฟม หรือ

เตียงนอนลมก็ได้ เพราะการศึกษาของ Worsley และคณะ (2018) พบว่าแรงกดบนพื้นผิวเบาะระหว่างเบาะที่มาจากโฟม หรือ เบาะลม ไม่แตกต่างกันทั้งชนิดและยี่ห้อ แม้ว่าในการใช้ที่นอนลมและที่นอนทำจากโฟมจะใช้งบประมาณสูง แต่สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคุ้มทุนในระยะยาว (Shi et al., 2018) อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมากขึ้นเท่าใด โอกาสการเกิดแผลกดทับก็เพิ่มขึ้นเท่านั้น (Ahtiala, Soppi, & Tallgren, 2018)

## 1.2 ภาวะที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง

1.2.1 ใช้เบาะนั่งทำจากโฟมรองรับบริเวณผานั่งชักโครก จะช่วยลดการเกิดแรงกดบนเนื้อเยื่อทับกันกับได้อย่างมีนัยสำคัญ ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ นั่งบนชักโครกนานๆ มากกว่า 10 นาที โดยใช้ผารองนั่งชักโครกที่ไม่มีเบาะส่งผลทำให้เกิดแรงกดโดยตรงกล้ามเนื้อ Gluteal ที่สัมผัสกับผารองนั่งชักโครกโดยตรง ทำให้มีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น (Lustig, Levy, Kopplin, Blechman, & Gefen, 2018) ประกอบกับ สภาพของผิวหนัง หรือมีระบบการไหลเวียนไม่ดี หรือ มีโรคเบาหวาน

1.2.2 ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ และมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บ และมีแผลกดทับระดับ 4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มนี้อาจเกิดเชื้อราหรือผิวหนังอักเสบร่วมด้วย (Gray & Giuliano, 2018)

## 1.3. การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี

1.3.1 จัดทำนั่งให้มีการกระจายของน้ำหนัก ลำตัว เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ในการจัดทำนั่งจึงมีความสำคัญ แผลกดทับมักจะพบบ่อยบริเวณ ด้านหลังศีรษะ ข้อศอก และระหว่างเข่า ในทำนั่ง เนื่องจากลักษณะเก้าอี้มีที่วางแขน และที่พนักศีรษะไม่เหมาะสม กับทำนั่งของผู้ป่วย หลักการของการจัดทำนั่งที่เหมาะสมที่สุดคือ การนั่งในท่าที่ไม่ให้น้ำหนักตัวลงไปบริเวณจุดใดจุดหนึ่งของร่างกายมากเกินไป เพราะ

จะทำให้บริเวณนั้นเกิดแผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นจึงควรนั่งให้เท้าสามารถวางขนานกับพื้นได้ทั้งสองข้าง หลังพิงพนักเก้าอี้แนวตรง ลำตัวไม่เอียง แขนสามารถวางที่พนักแขนได้ ซึ่งลักษณะการนั่งนี้เป็นท่าที่มีน้ำหนักทั้งร่างกายกระจายเท่าๆ กันไปที่บริเวณที่พนักศีรษะ พนักพิง มุมของเก้าอี้พนักพิง ที่วางขา และเท้าโดย ที่น้ำหนักไม่ไปรวมที่สะโพกหรือลำตัวเพียงจุดเดียว และถ้าเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากที่สุด เพื่อป้องกันแผลกดทับ (Stephens, Bartley, Betteridge, & Samuriwo, 2018)

## 1.3.2 การประเมินผิวหนัง และลักษณะของเก้าอี้

การประเมินผิวหนัง ผู้ดูแลควรตรวจผิวหนังผู้ป่วยเป็นระยะ ดูแลไม่ให้ผิวหนังแห้งเกินไป หากแห้งมากสามารถใช้ครีมเพิ่มความชุ่มชื้นของผิว (Moisturisers) ได้ และไม่ให้ผิวขึ้นแฉะ โดยเฉพาะผู้ใหญ่วัยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ลักษณะเก้าอี้ ความกว้างของเก้าอี้ควรมีระยะห่างระหว่างด้านข้างของสะโพก และด้านข้างของเก้าอี้ไม่น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร ความสูงของเก้าอี้ ต้องตรวจสอบให้เหมาะสมกับผู้นั่งแต่ละคน ให้ผู้นั่งสามารถนั่งในท่าสบาย วางเท้ากับพื้น หรือที่วางเท้า หากใช้เบาะรองนั่งจะทำให้เพิ่มความสูงของเก้าอี้ได้ ความลึกของที่นั่งของเก้าอี้แนะนำให้มีความยาวของที่นั่งระหว่างขอบของเก้าอี้และบริเวณหลังเข้าของผู้นั่งยาวไม่ต่ำกว่า 2.5 เซนติเมตร และผู้นั่งต้องนั่งหลังตรง พนักพิงเก้าอี้ไม่ควรกว้างมากไปจะทำให้ลำตัวเกิดความไม่สมดุล มุมด้านหลังของเก้าอี้ ส่วนมากให้ทำมุมเก้าอี้เอียงเล็กน้อยเพื่อให้นั่งสบาย แต่อาจก่อให้เกิดการนั่งลำตัวเอียงเกินไป ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแรงกดที่ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ ที่พนักแขนไม่สูงหรือเตี้ยจนเกินไป ที่พนักเข้ามาตราบฐานที่วางเท้าที่เหมาะสม เมื่อวางเท้าข้อเท้าต้องทำมุม 90 องศา อย่างไรก็ตามการจัดที่วางเท้าควรทำตามความต้องการของบุคคลด้วย ที่พนักศีรษะช่วยพยุงศีรษะโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

พียงศีรษะเองได้ หรือมีกล้ามเนื้อบริเวณคออ่อนแรง ที่พักระยะเป็นส่วนสำคัญ ช่วยให้บุคคลหายใจ หรือกลืนได้สะดวก และช่วยเรื่องการสลายตา ควรดูแลเรื่องแรงกดด้านหลังศีรษะที่จะทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ (Stephens & Bartley, 2018) แก้อัปเดตที่หมอนที่มีจำหน่ายในท้องตลาดอาจช่วยลดแรงกดที่ผิวหนังได้ (Worsley, et al., 2018)

1.3.3 การจัดท่านั่ง ท่าที่สบายถึงสบายที่สุดและเหมาะสมที่สุดคือ ท่านั่งหน้าตรง หลังตรงพิงพนักเก้าอี้วางราบกับพื้น สะโพกทำมุม 90 องศา กับพนักพิง เข่าทำมุม 90 องศา เข่าสองข้างวางราบกับพื้น ในท่านั่งลำตัวตรง แรงกดที่ก้นสองข้างจะกระจายเท่าๆ กัน ท่านั่งที่เลื่อนตัวลงมา หรือเอียงตัว และท่านั่งเก้าอี้วางสูงกว่าพื้นทั้งสองข้างเป็นท่านั่งที่ไม่สบาย (Worsley et al., 2018)

1.3.4 วัยสูงอายุมีการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ควรพิจารณา ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ คือ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน และสภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วย (Patient acuity) (Cremascol et al., 2009) โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายให้ออกซิเจนซึ่งมักเกิด แผลกดทับบริเวณหนังหูบ่อยๆ หรือ พบแผลกดทับบริเวณริมฝีปาก กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (Barakat-Johnson, Barnett, Wand, & White, 2017) บริเวณจมูก กรณีใส่สายให้อาหาร หรือผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนปัสสาวะสวนคา ผู้ดูแลควรพิจารณาใช้ผ้าก๊อชปิดแผลเพื่อลดแรงกด และช่วยซับของเหลวจากแผล แต่ต้องมีการตรวจผิวหนังได้ผ้าปิดแผลสม่ำเสมอ หรือ เปลี่ยนตำแหน่งอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อลดแรงกดที่ผิวหนัง (Black et al., 2013)

## 2. การดูแลตามปัจจัยทางชีวภาพ

2.1 ความไวและความทนทานของแต่ละบุคคล  
วัยสูงอายุมีการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองไม่ดี ความ

ชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะได้พบน้อยกว่าผู้ป่วยที่กลั้นไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่รุนแรงขึ้น (Lachenbruch, Ribble, Emmons, & VanGilder, 2016; Gray & Giuliano, 2018) นอกจากนี้ อัตราการเกิดแผลกดทับบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บในผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้เกิดแผลกดทับระดับ 4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Gray, & Giuliano, 2018)

2.2 ผิวหนัง/ระดับแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยง โดยการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ ถ้าผิวหนังขาดความชุ่มชื้น ระบบการไหลเวียนไม่ดี และโภชนาการไม่ดี มีโรคเบาหวาน อาจเกิดแผลกดทับระดับ 4 เพิ่มขึ้น (Coleman, Nixon, Keen, Wilson, McGinnis, & Dealey, 2014a; Gray & Giuliano, 2018)

## บทสรุป

แผลกดทับยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่อัตราการเกิดยังคงเพิ่มขึ้น ขณะที่สถานพยาบาลแต่แห่งพยายามหาแนวทางป้องกันที่เหมาะสม เนื่องจากแต่ละแห่งมีบริบทต่างกันทั้งด้านทรัพยากรบุคคล ความรู้ อุปกรณ์ ดังนั้น การจัดการสร้างเครื่องมือ และแนวทางป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่ด้านการศึกษา เช่น การเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลป้องกันแผลกดทับในนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นำมาปรับใช้ก็ควรให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาลหรือสถานศึกษา เนื่องจากอาจเกิดต้นทุนที่สูงขึ้น เช่น พยาบาลต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการพลิกตะแคงตัวและดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่ก็เป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล. (2017). *แบบประเมินบราเดน*. ค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2517, จาก [http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N\\_QD/admin/news\\_files/51\\_72\\_2.pdf](http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_QD/admin/news_files/51_72_2.pdf)
- Ahtiala, M., Soppi, E., & Tallgren, M. (2018). Specific risk factors for pressure ulcer development in adult critical care patients-a retrospective cohort study. *European Wound Management Association [EWME] Journal*, 19(1), 35-42.
- Avsar, P., & Karadag, A. (2018). Efficacy and cost-effectiveness analysis of evidence-based nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 54-61.
- Barakat-Johnson, M., Barnett, C., Wand, T., & White, K. (2017). Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *Journal of Tissue Viability*, 26(4), 246-253.
- Bergstrom, N., Horns, D., Rapp, M. P., Stern, A., Barrett, R., & Watkiss, M. (2013). Turning for ulcer reduction: A multisite randomized clinical trial in nursing homes. *Journal of The American Geriatrics Society*, 61, 1705-1713.
- Black, J., Alves, P., Brindle, C. T., Dealey, C., Santamaria, N., Call, E., & Clark, M. (2013). Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *International Wound Journal*, 12(3), 322-327.
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014a). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2222-2234.
- Coleman, S., Nelson, E. A., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014b). Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2339-2352.
- Cremscol, M. F., Wenzell, F., Sardinhal, F. M., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2009). Pressure ulcer: Patient risk, patient acuity, and nursing workload. *Acta Paul Enferm Journal*, 22, 897-902.
- Edsberg, E. L., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 43(6), 585-597.
- Etafal, W., Argaw, Z., Gemechu, E., & Melese, B. (2018). Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC Nursing*, 17(14), 1-8.

- Gray, M., & Giuliano, K. K. (2018). Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: A multisite epidemiologic analysis. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 45(1), 63-67.
- Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J., & Cullum, N. (2018). Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the theoretical domains framework. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 79-89.
- Lachenbruch, C., Ribble, D., Emmons, K., & VanGilder, C. (2016). Pressure ulcer risk in the incontinent patient: Analysis of incontinence and hospital-acquired pressure ulcers from the international pressure ulcer prevalence survey. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 43(3), 235-241.
- Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. M. (2015). The repositioning of hospitalized patients with reduced mobility: A prospective study. *Nursing Open Journal*, 2(2), 85-93.
- Lustig, M., Levy, A., Kopplin, K., Blechman, Z. O., & Gefen, A. (2018). Beware of the toilet: The risk for a deep tissue injury during toilet sitting. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 23-31.
- Paulden, M., Bergstrom, N., Horns, D., Rapp, M. P., Barrett, R., Watkiss, M., et al. (2014). Turning for ulcer reduction (TURN) study: An economic analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 14(12), 1-24.
- Simonetti, V., Comparcini, D., Flacco, M. E., Giovanni, P. E., & Cicolini, G. (2015). Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence-based guidelines: A multicenter cross-sectional study. *Nursing Education Today*, 35(4), 573-579.
- Shi, C., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2018). Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(2), 1-29.
- Stephens, M., Bartley, C., Betteridge, R., & Samuriwo, R. (2018). Developing the tissue viability seating guidelines. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 74-79.
- Stephens, M., & Bartley, C. A. (2018). Understanding the association between pressure ulcers and sitting in adults what does it mean for me and my carers? seating guidelines for people, carers and health & social care professionals. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 59-73.
- Usher, K., Woods, C., Brown, J., Power, T., Lea, J., Hutchinson, M., et al. (2018). Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure injury prevention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 14-20.



- Whitty, J. A., McInnes, E., Bucknall, T., Webster, J., Gillespie, B. M., Banks, M., et al. (2017). The cost-effectiveness of a patient-centred pressure ulcer prevention carebundle: Findings from the INTACT cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 35-42.
- Worsley, P. R., Rebolledo, D., Webb, S., Caggiari, S., & Bader, L. D. (2018). Monitoring the biomechanical and physiological effects of postural changes during leisure chair sitting. *Journal of Tissue Viability*, 27(1), 16-22.