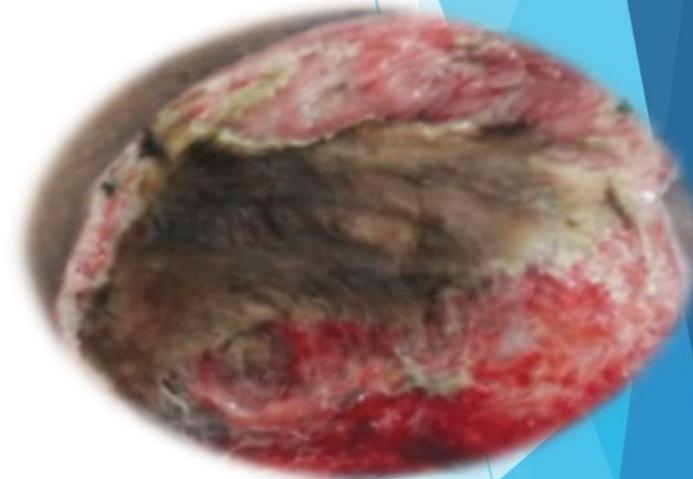
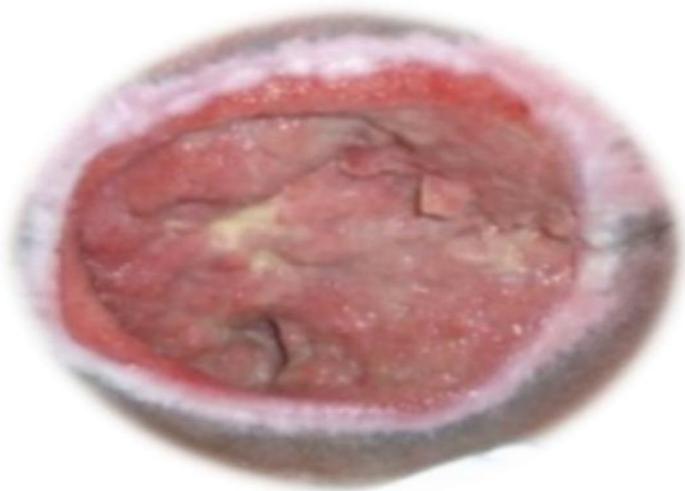


แผลกดทับ



Decubitus ulcer



Bed sore



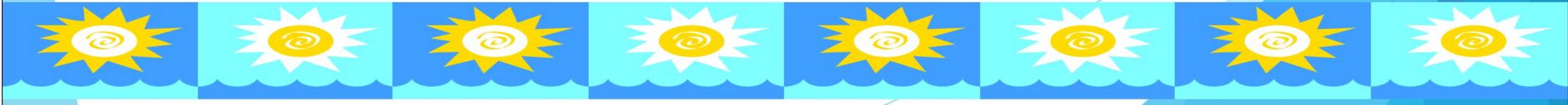
Pressure sore



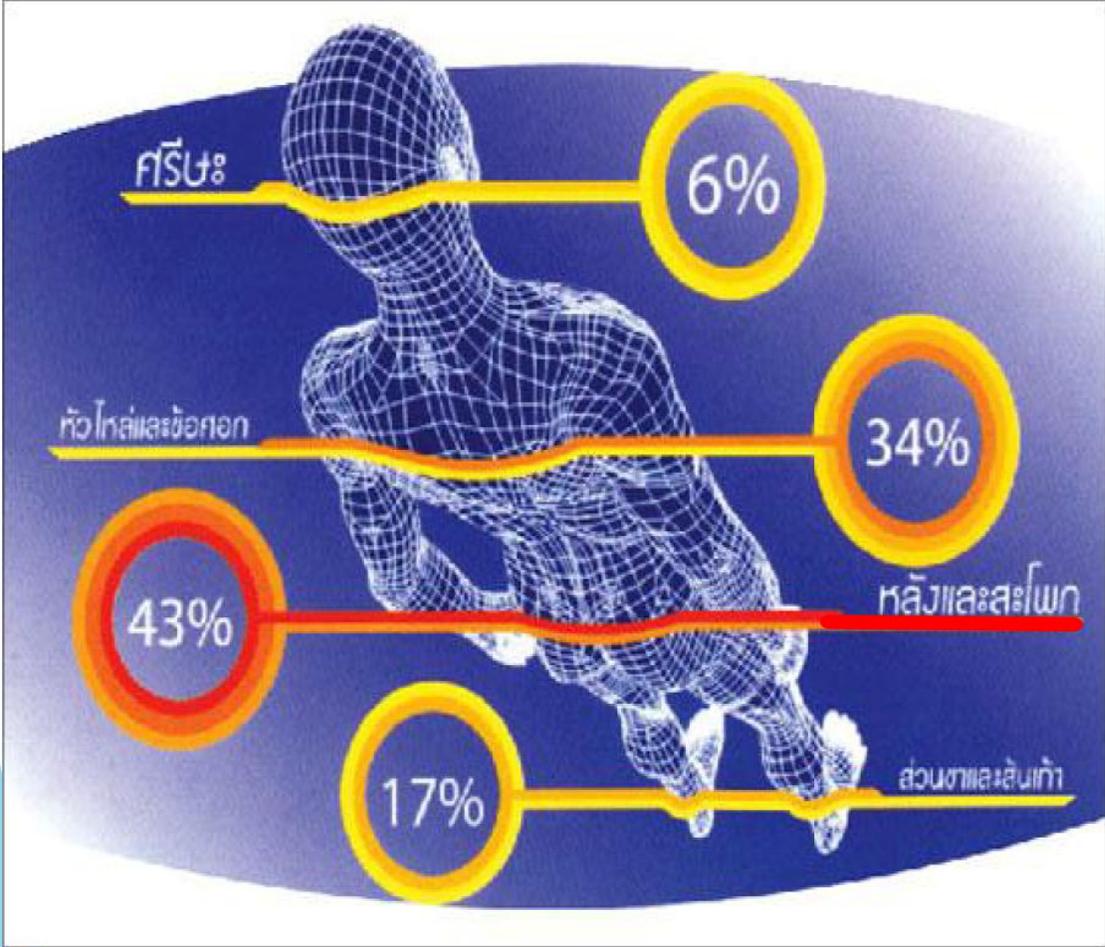
Pressure ulcer



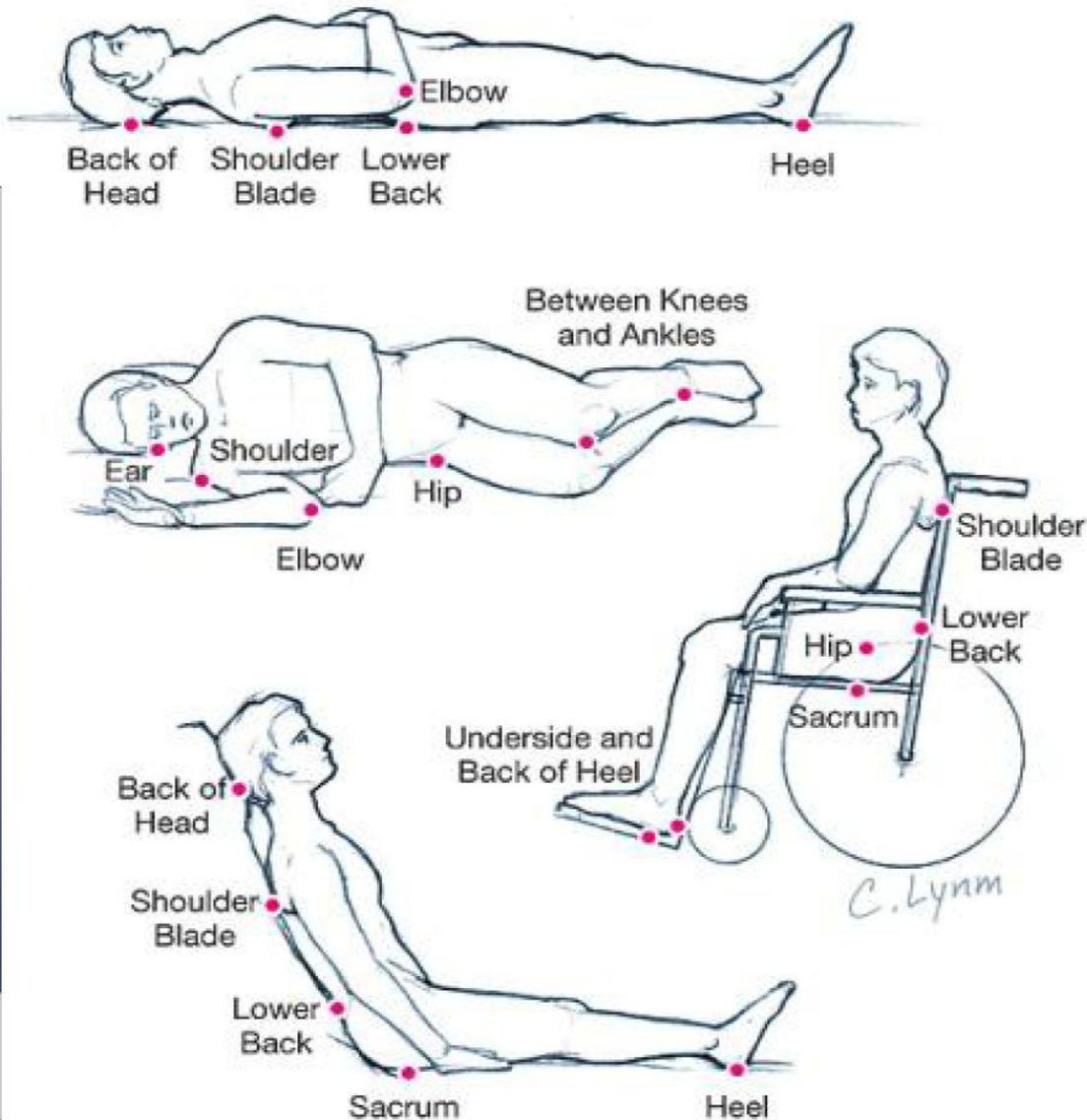
Pressure Injury



ตำแหน่งเกิดแผลกดทับ



Common Locations of Pressure Ulcers



แผลกดทับระดับ 1



ผิวหนังสมบูรณ์ ไม่มีการฉีกขาด แต่ผิวหนังบริเวณนั้นเปลี่ยนเป็นสีแดงโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก เมื่อใช้นิ้วมือกดแล้วรอยแดงไม่ซีดลง (Non blanchable redness)

* ผู้ที่มีผิวคล้ำจะสังเกตไม่พบสีผิวซีดลง ต้องเปรียบเทียบกับสีผิวบริเวณรอบๆ อาจมีอาการเจ็บปวด แสบ อ่อน ร้อนขึ้นกว่าบริเวณเนื้อเยื่อใกล้เคียง

Nursing Practice

- ใช้อุปกรณ์กระจายแรง เช่น หมอน เจล โฟม ที่นอนลม

- จัดท่านอนตะแคง และหงาย 30 องศา

- ใช้วัสดุปิดแผลชนิด **transparent Film** หรือ



hydrocolloid dressing ปิดตามปุ่มกระดูก

- **Skin protection** โดยทา **vasaline** เพื่อ



ป้องกันผิวหนังถูกทำลาย

- หลีกเลียงแรงกดทับแผล/รอยแดง โดยตรง

- ตรวจสอบผิวหนังอย่างละเอียด โดยเฉพาะ

ผู้ป่วยที่มีสีผิวคล้ำ

แผลกดทับระดับ 2



สูญเสียผิวหนังบางส่วน

(partial – thickness skin loss) ถึง
ชั้น dermis ปรากฏเป็นแอ่งตื้น ๆ

พื้นแผลมีสีชมพูแดง (**Red pink
wound bed**) หรือเป็นตุ่มน้ำใส

(**Serum filled blister**) หรือตุ่มน้ำ

ใสที่เปิด/แตกแล้วปรากฏเป็นแอ่ง

ตื้น ๆ สะท้อนแสง หรือแอ่งแผล

แห้ง ๆ **ไม่มีเนื้อตายเปื่อยยุ่ย**

(**slough**) หรือรอยช้ำ (**bruising**)

Nursing Practice

- **ไม่ใช้น้ำยาหรือแอลกอฮอล์** ทำความสะอาดแผล
กดทับและผิวหนังรอบแผล

- การทำความสะอาดแผลกดทับและผิวหนังรอบ
แผลด้วยความนุ่มนวลโดยใช้ **NSS**

- ใช้วัสดุปิดแผล

หากเป็นBlebควรเจาะน้ำแต่ไม่ต้องดึงผิวหนังออก/
หากผิวหนังหลุดลอกแล้วทำความสะอาดแผลด้วย
NSS จากนั้นปิดด้วย **Hydrocolloid , Transparent ,
Hydrogel** ถ้าไม่มีอาจใช้วาสลีนก้อช



- ผิวหนังรอบแผลอาจใช้ skin protection เช่น
vasaline ทาโดยรอบ



แผลกดทับระดับ 3



สูญเสียผิวหนังทั้งหมด

อาจเห็นถึงชั้นไตไขมัน แต่ไม่
เห็นถึงกระดูก เอ็น และ
กล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิด
อยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกที่สุดของ
ผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีหรือไม่
มีโพรงใต้ขอบแผล

ความลึกของแผลกดทับ
ระดับ 3 จะแตกต่างกันตาม
ตำแหน่งของร่างกาย คือ ตั้ง
จมูก หู ท้ายทอย และตาตุ่ม
บริเวณเหล่านี้ไม่มีชั้นไขมัน

Nursing Practice

- ประเมินภาวะติดเชื้อ กรณีแผลไม่ติดเชื้อ ทำ
ความสะอาดแผลด้วย NSS
- กรณีแผลติดเชื้อให้ประเมินภาวะติดเชื้อ และ
ปรึกษาทีมการรักษา
- กรณีแผลมีเนื้อตายให้กำจัดเนื้อตายด้วยวิธีที่
เหมาะสม
- กรณีแผลเป็นโพรงใช้วิธีการสวนล้าง (Irrigation)
- เลือก dressing ให้เหมาะสม
- การใช้ silver sulfadiazine ในแผลที่มีการติดเชื้อ

แผลกดทับระดับ 4



สูญเสียผิวหนังทั้งหมด เห็นกระดูก เอ็น หรือกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน ส่วนใหญ่มีโพรง และช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลที่ระดับ 4 จะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของร่างกาย คือ **ตั้งจมูก หู ท้ายทอย และตาตุ่ม** บริเวณเหล่านี้ไม่มีชั้นไขมัน แผลที่พบจะเป็นแอ่งตื้น ๆ ทำให้เกิดการอักเสบของกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้สามารถมองเห็นหรือคลำพบกระดูก/เอ็น

Nursing Practice

-ดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลแผลกดทับระดับที่ 1 -3 ถ้าแผลใหญ่มากปรึกษาแพทย์พิจารณาการรักษาที่เหมาะสม

-ส่งเสริมให้มีการหายของแผลให้เร็วที่สุด



-ประเมินการติดเชื้อ ความลึก

-เป้าหมายตัดเล็มเนื้อตายออก **ควบคุมการติดเชื้อ** **ดูดซับสิ่งขับหลั่ง (exudate)** เลือกลงใช้วัสดุปิดแผล

แผลกดทับที่ไม่สามารถบอกระดับได้ (Unstageable)



สูญเสียเนื้อเยื่อทั้งหมด ส่วนล่างของแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ย (เหลือง น้ำตาลไหม้เทา เขียว หรือน้ำตาล) และ/หรือเนื้อเยื่อตายแห้ง ๆ (น้ำตาลไหม้ น้ำตาลหรือดำ) ในบริเวณพื้นแผล แม้ว่าเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้ง ๆ จะถูกนำออกไปจากส่วนล่างของแผลแต่ก็ยังไม่สามารถระบุความลึกที่แท้จริง และระดับของแผลได้

Nursing Practice

-ดำเนินการตามแนวทางการประเมินและการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับ ระดับที่ 3-4

-ทำให้เนื้อตายที่แข็ง (eschar) อ่อนนุ่ม โดยใช้ hydrogel หรือ silver sulfadiazine ทาบนเนื้อตาย

-ตัดเล็มเนื้อตายจนเห็นพื้นผิวแผลโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลแผล

- ไม่ตัดเล็มเนื้อตายที่มีลักษณะแข็ง แห้ง บริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า เป็นต้น

แผลกดทับที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึก (suspected deep tissue injury)



Nursing Practice

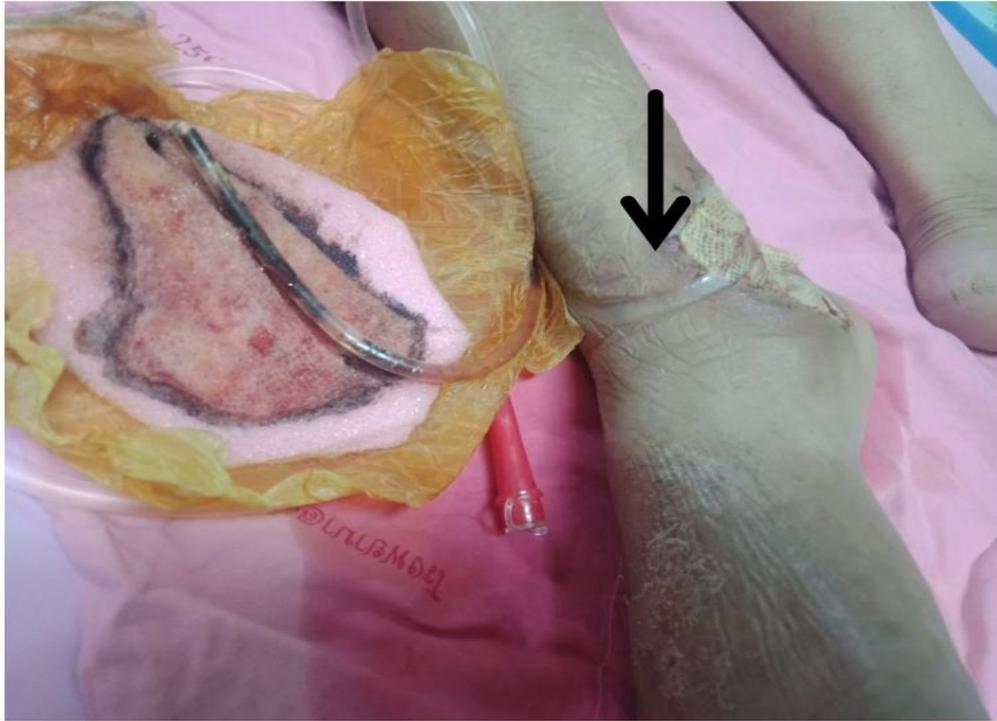
- ดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลแผลกดทับระดับที่ 1
- ใช้วัสดุปิดแผลชนิด **transparent ปิดบริเวณแผล**

ผิวหนังสมบูรณ์ ไม่มีการฉีกขาด เปลี่ยนเป็นสีม่วง ช้ำงใต้ได้รับความเสียหายจากแรงกด หรือแรงไถล อาจมีอาการเจ็บปวด แข็ง เหลว หย่น ร้อนขึ้นหรือเย็นลงกว่าเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง

ตรวจพบยากในผู้ที่มีผิวคล้ำ และอาจพัฒนาต่อไปกลายเป็นถุงน้ำบางๆ (Blood-fill blister) เนื้อบริเวณแผลที่มีสีคล้ำ แผลจะค่อยๆ เปลี่ยนไปและถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายแห้งๆ บางๆ และอาจพบมีการทำลายชั้นเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์

Medical Device Related Pressure Ulcers (MDRPU)



* แผลกดทับจากทำ Vacuum dressing



* แผลกดทับ
จากการ
On NG tube



* แผลกดทับจากการติด
พลาสติก (แผล Stump)

เทคนิคในการปิด เปิดพลาสติกเตอร์

ด้วยหลักการของการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้แก่การลดแรงกดลงบน
ผิวหนัง การลดแรงเสียดสีได้แก่

“ ปิดแบบวางลูป เปิดแบบมือหนึ่งตรึง มือหนึ่งดึงนอน ”

ปิดพลาสติกเตอร์



วาง



ลูป

ดึงพลาสติกเตอร์



มือหนึ่งตรึงผิวหนังผู้ป่วยให้ตึง



มือหนึ่งดึงพลาสติกเตอร์ในแนวนอน

Nursing Practice

-เลือกอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

-ปกป้องผิวหนังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงด้วยวัสดุปิดแผล

ในบริเวณผิวหนังที่รองรับอุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น

Hydrocolloid



หรือใช้เทคนิคการยึด/ติดเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

-เปลี่ยนตำแหน่งหรือเปิดคู่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปิดบริเวณผิวหนัง

ทุกวันเพื่อประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณดังกล่าว

-หลีกเลี่ยงการวางอุปกรณ์ทางการแพทย์บริเวณผิวหนังที่เป็นแผลกดทับ

-เฝ้าระวังอาการบวมที่อาจเกิดขึ้นในการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์และอาจเกิดการแตกทำลายของผิวหนังได้

แผลกดทับที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable pressure ulcer)

แผลกดทับที่เกิดขึ้นเมื่อ ผู้ดูแลไม่ได้
ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน ในข้อ
ใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า เป็นแผลกดทับ
ชนิดที่ไม่อยากให้เกิดขึ้น

Kennedy terminal ulcer (KTU)

เป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

พบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มี skin break down หรือ skin failure ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ส่วนใหญ่พบบริเวณ sacral/coccygeal area จะเริ่มสังเกตเห็นผิวหนังซีด รูปร่างเหมือนนูนกแพร์ ผิวน้ำ หรือเกือกม้า ขอบไม่เรียบ แผลเกิดและพัฒนาเร็ว ต่อมาอาจเปลี่ยนเป็นสีม่วงแดง เหลืองดำ เป็นแผลถลอก หรือตุ่มน้ำได้

แผลกดทับจะไม่สามารถเปลี่ยนเป็นระดับเป็นแผลกดทับที่รุนแรงน้อยกว่าเดิมได้ เนื่องจากแผลกดทับที่ตื้นขึ้นไม่ได้ถูกแทนที่ด้วยชั้นกล้ามเนื้อหรือชั้นไขมันใต้ผิวหนังแต่แทนที่ด้วยเนื้อเยื่อสร้างใหม่

เช่น ถ้าแผลกดทับระดับ 4 หายบันทึกเป็น healed Stage IV pressure ulcer และในกรณีที่แผลกดทับเกิดใหม่ในตำแหน่งเดิมที่เคยเกิดแผลกดทับ NPUAP ให้บันทึกเป็นแผลกดทับระดับเดิมที่เคยบันทึก ดังนั้นแผลกดทับระดับ 4 ก็ยังเป็นแผลกดทับระดับ 4 ต่อไป

Pressure ulcer ที่ทำ skin flap แล้ว นับเป็น surgical wound ไม่นับเป็น pressure ulcer

Skin flap



**การดูแลแผลกดทับต้องทำควบคู่กับ
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ**



○ แนวปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ ○

ผู้ป่วยรับใหม่ / รับย้าย

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้แก่



START

1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
2. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/ไม่รู้สึกตัว
3. ผู้ป่วยระยะวิกฤต
4. ผู้ป่วยที่มีอัมพาตทั้งตัว ครึ่งก่อน ครึ่งซีก
5. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมะเร็งที่มีทิวโภชนาการภาวะ
ซีด/ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ



ประเมิน Barden Scale

การดูแลตามแนวปฏิบัติในการ ป้องกันแผลกดทับ

ข้อ 1

ประเมินความเสี่ยง
การเกิดแผลกดทับ

ข้อ 2

จัดท่านอน

ข้อ 3

การใช้อุปกรณ์ลด
แรงกด

ข้อ 4

การดูแลผิวหนัง

ข้อ 5

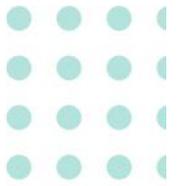
ภาวะโภชนาการ

ข้อ 6

การให้ความรู้ / วางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง Braden Scale <18 คะแนน

1.ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ



1

โดยใช้ แบบประเมิน Braden Scale ในผู้ป่วยกลุ่ม
เสี่ยงวันละ 1 ครั้ง / ที่มีอาการเปลี่ยนแปลง



แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับตาม Braden Scale โรงพยาบาลลำพูน

เมื่อแรกรับไว้ในความดูแลมีแผลกดทับ ไม่มี มี ระบุ.....

คะแนน	scale	วันที่ประเมิน เดือน..... พ.ศ.....
การรับรู้	ปกติ	4
	สับสนสื่อสารไม่ได้บางครั้ง	3
	ตอบสนองความเจ็บปวด	2
	ไม่ตอบสนอง	1
การเบียดขยับของผิวหนัง	ปกติ	4
	เบียดขยับบางครั้ง	3
	เบียดขยับบ่อย	2
	เบียดขยับตลอดเวลา	1
การทำกิจกรรม	ปกติ	4
	เดินได้ระยะสั้นต้องพยุง	3
	ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น	2
	อยู่บนเตียงตลอด	1
การได้รับอาหาร	ปกติ	4
	Feed ได้หมดทุกินได้ > 1/2 ถาด	3
	Feed ได้บางส่วนกินได้ < 1/2 ถาด	2
	NPO/กินได้ < 1/3 ถาด	1
การเคลื่อนไหว	ปกติ	4
	เปลี่ยนท่าได้บ่อยครั้ง	3
	เปลี่ยนท่าได้บางครั้ง	2
	เปลี่ยนท่าไม่ได้	1
การเสียดสี	ไม่มีปัญหา	3
	เสียดสีสั้นไหลได้ง่าย	2
	กั๊กแน่นเนื้อหดรึง	1
คะแนนรวม (6-23 คะแนน)		
ผู้บันทึก		

หมายเหตุ ใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/ไม่รู้สึกตัว/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีปัญหา ระบบประสาทและไขสันหลังทำให้มีอัมพาตครึ่งตัว ครึ่งท่อน ครึ่งซีก ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีความจำเสื่อมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือมีแรงที่ผิดปกติ/ภาวะซีด/ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก, ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ที่มีคะแนน Braden Scale < 18 หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ ต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะแผลกดทับ แผลหาย แผลกดทับระดับ..... บริเวณที่มีแผลกดทับ คือ.....

วันที่จำหน่าย ส่ง HHC ส่ง ไม่ส่ง

เพศ: หญิง อายุ: 60 ปี 11 เดือน 26 วัน HN: 275890/48 AN: 16272/66  275890/48
 หอผู้ป่วย: พิเศษร่วมเป็น 4 ชื่อผู้ป่วย: นางจันทร์ฉาย ยะอินดีะ
 โรงพยาบาลลำพูน

2

ติดป้ายพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วย
ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย



At Risk: Braden Scale 15-18

Moderate Risk : Braden Scale 13-14

High Risk : Braden Scale 12-10

Very high Risk : Braden Scale ≤ 9

พลิกตะแคงตัว
ทุก 2 ชั่วโมง

2. การจัดทำนอน



1

พลิกตัว/ เปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ใช้วัฏกรรมนาฬิกาเปลี่ยนท่าของหน่วยงานเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ

2

จัดท่านอน ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

3

ท่านอนหงายใช้หมอนคั่นระหว่างหัวเข่า ขา ตาตุ่ม ทั้ง 2 ข้าง และใช้หมอนรองใต้ขา และน่องเพื่อให้เท้าลอยพ้นพื้นป้องกันแรงกดทับ

4

การเคลื่อนย้าย **งดการลากและใช้แผ่น สไลด์ช่วยทุกครั้ง**

3. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด



1

ใช้หมอนรองรับ บริเวณ ปุ่มกระดูก ใต้เข่า ข้อพับขา

2

ใช้ที่นอนลมไฟฟ้า (At Risk : Braden Scale 15- 18)

3

ไม่ใช้ห่วงยางลมรองบริเวณปุ่มกระดูกเพราะจะทำให้
การไหลเวียนของเลือดไม่ดีเกิดแผลได้ง่ายขึ้น

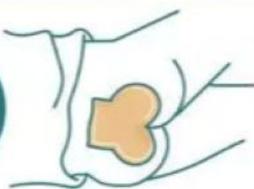
4. การดูแลผิวหนัง



ดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้น

กรณีผู้ป่วยกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ ควรใช้ผลิตภัณฑ์ประเภทออยเมนท์ เช่น วาสลีน ทาบางๆ เพื่อเคลือบผิวหนัง ป้องกันการระคายเคืองจากการสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย

ประเมิน
8 ชม.



ใช้แผ่น polyurethane foam
ปิดบริเวณปุ่มกระดูก เช่น บริเวณก้นกบ
และเปิดประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมง

1

เพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง โดยทาวาสลีน/โลชั่นวันละ 2-3 ครั้ง ตามปุ่มกระดูก และผิวหนัง

2

ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ

3

ปูผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงและให้สะอาดแห้งเพื่อลดความเปียกชื้นและลดแรงเสียดทาน

4

ไม่นวดและประคบความร้อนบริเวณที่มีรอยแดง

5

At Risk ใช้ Opsite ติดตามปุ่มกระดูกเปลี่ยนทุก 3-5 วัน / หลุด

5.ภาวะโภชนาการ

1

ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนและวิตามินเอ วิตามินซี และสังกะสี อย่างเพียงพอเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน ป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อ และสร้างคอลลาเจน

2

ดูแลให้ได้น้ำ/ยา/อาหารเสริม ตามแผนการรักษา ปรีกษาแพทย์และโภชนาการ

3

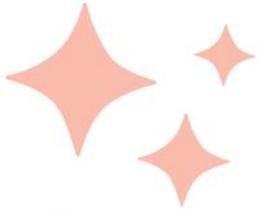
เพิ่มไข่ขาว มือละ 1 ฟอง หากไม่มีข้อห้าม

ผู้ป่วยแผลกดทับควรรู้

สารอาหาร 3 อย่าง

● ที่ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ●

 <p>โปรตีน ช่วยสร้างเนื้อเยื่อ ทำให้เซลล์ประสาท ยึดติดเป็นเนื้อเดียวกัน</p> 	 <p>วิตามินซี ทำให้เส้นเลือดฝอย แข็งแรง ลดการอักเสบ การไหลเวียนเลือดดีขึ้น</p> 	 <p>ธาตุสังกะสี ช่วยกระตุ้นให้แผล หายเร็วขึ้น</p> 
---	--	---



6. การให้ความรู้และวางแผนการจำหน่าย

LAMPHUN HOSPITAL DISCHARGE PLANNING

อาการก่อนจำหน่าย BP _____ mmHg P. _____ /min RR _____ /min T. _____ C

Discharge date _____

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตน ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

เรื่อง	คำแนะนำ	ว/ด/ป	ผู้ให้คำแนะนำ	ผู้รับคำแนะนำ
1. Medication ความรู้เรื่องยา (Drug)	<input type="checkbox"/> ชนิดของยา ขนาดที่ใช้ เวลาที่ควรรับประทาน <input type="checkbox"/> ฤทธิ์ของยาและอาการของยา <input type="checkbox"/> ชื่อๆ ระบุ () การเก็บรักษา <input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวตามเมื่อรับประทานยาหรือฉีดยา			
2. Environment & Economic สิ่งแวดล้อมและการเงิน	<input type="checkbox"/> การดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะของโรค <input type="checkbox"/> การป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นได้ <input type="checkbox"/> การใช้เงินยืมสินเชื่อในการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือใน เรื่อง ระบุ			
3. Treatment ฉันทนาการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> แผนทางการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> สาเหตุวิธีการดูแลตนเองใน เรื่อง <input type="checkbox"/> การสังเกตสัญญาณชีพหรืออาการผิดปกติที่ควรบันทึก และรายงานให้ทันสุขภาพทราบ <input type="checkbox"/> การสังเกตอาการผิดปกติในผู้ป่วยโรค <input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด <input type="checkbox"/> การควบคุมความเจ็บปวด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ			
4. Health : ภาวะสุขภาพ โรคที่เจ็บป่วย สาเหตุอาการเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/> ความรู้ เรื่องโรคและการป้องกันสิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย <input type="checkbox"/> แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีสิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย <input type="checkbox"/> วิธีการดำเนินชีวิตใน เรื่อง <input type="checkbox"/> ชนิดของอาหารออกกำลังกายและระดับที่สามารถปฏิบัติได้ <input type="checkbox"/> ชนิดของกิจกรรมที่ห้ามปฏิบัติ คือ <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่จำกัดการปฏิบัติกิจกรรม ระบุ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ			
5. Outpatient Referral System : ระบบการส่งต่อความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> แหล่งข้อมูลเครือข่ายหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ เช่น ชม. อสม. ราชส. วิทยาลัย สถานีอนามัยใกล้บ้าน			
6. Diet : โภชนาการที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ความรู้ความเข้าใจด้านอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรคและสภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> อาหารเฉพาะโรค <input type="checkbox"/> อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง <input type="checkbox"/> สถานการณ์และอาหารทดแทน <input type="checkbox"/> อื่น			
7. การดูแลด้านจิตใจ : (Psychological support)	<input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล เรื่องสุขภาพของตนเอง <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล เรื่องภาพลักษณ์ <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล เรื่องโรคที่เป็น ความทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล เรื่องอื่นๆ ระบุ <input type="checkbox"/> Empowerment การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ			

ระดับการประเมิน 0 = ต้องอธิบายซ้ำ 1 = อธิบายเพิ่มเติม 2 = เข้าใจและปฏิบัติ

เลข : หมู่ ๖๐ ปี 11 เดือน 26 วัน HN : 275890/48 AN : 16272/66

หอผู้ป่วย : พิเศษวันเย็น 4 ชื่อผู้ป่วย : นางจันทร์ฉาย ยะอินดี๊ะ 275890/48
โรงพยาบาลลำพูน

1

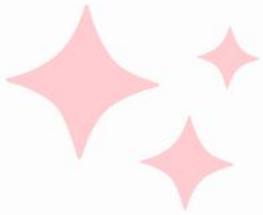
ให้ความรู้ แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ตามโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

2

ประสานศูนย์การดูแลต่อเนื่อง



การนิเทศน์ติดตาม



- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 3. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผน จัดการร่วมกันในทีมทางการพยาบาล



1. หัวหน้าทีมส่ง PREVENT PRESSURE INJURY CHECKLIST
ส่งหัวหน้ากลุ่มงานเดือนละ 1 ครั้ง

2. COP WOUND CARE และ COP PRESSURE INJURY เดือนละ 2 ครั้ง
(ทุกวันศุกร์ ที่ 2 และ 4 ของเดือน)

Outcome

1

อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลกตกับ > 80%

2

อัตราการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกตกับ > 95%

3

อัตราการเกิดแผลกตกับ ระดับที่ 2 < 2%

4

อัตราการเกิดแผลกตกับระดับ ที่ 3 ขึ้นไป < 2%

