

การพัฒนาระบบการประเมินและการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



ความเป็นมา

แผลกดทับ

- ก่อให้เกิดความเสียหายในเรื่องของความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี พิกการ เสียชีวิต
- อุบัติการณ์ไม่ลดแม้ว่าจะมีการพัฒนาในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมากมาย
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ระยะเวลาในการรักษา และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น



ในประเทศออสเตรเลีย พบว่าผู้ป่วยที่นอน
โรงพยาบาลและมีภาวะแทรกซ้อนคือแผลกด
ทับทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ
44,406 วันและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา
เพิ่มขึ้นถึง 19 ล้านเหรียญออสเตรเลีย (PUPPS
3 – Pressure ulcer point prevalence survey
Statewide report 2006 Data collected from
Victorian public health services 5 May 2006–
17 May 2006)



- จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 95 ของแผลกดทับ
ป้องกันได้ (Bergstorm et al, 1992)
- การป้องกันทำได้ง่ายและเป็นวิธีที่ดีกว่าการรักษา
การสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลและ
ป้องกันการเกิดแผลกดทับจะช่วยในการดูแลได้
อย่างเหมาะสมถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน







- ฝ่ายบริการพยาบาล รพ.มอ. ได้จัดให้เป็นตัวชี้วัดหลักของ ฝ่ายฯ ในปี 2544
- เริ่มเก็บข้อมูลอุบัติการณ์แผลกดทับเพื่อรายงานเป็นประจำ ทุกเดือนในปลายปี 2544





คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University



- ประธานด้านความเสี่ยงของฝ่ายฯ ได้ตั้ง ผู้รับผิดชอบขึ้นมาดูแลติดตามและพัฒนาในปี พ.ศ.2545 พบ**ปัญหา**คือขาดการวางแนวทาง ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะ**การประเมินความเสี่ยง**ต่อการเกิด แผลกดทับซึ่งมีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นหลาย แบบ




คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University



เป้าหมาย

- ให้มีฐานข้อมูลการเกิดแผลกดทับที่ถูกต้องเพื่อนำไป พัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนนี้
- จัดทำระบบการประเมินความเสี่ยงเพื่อช่วยในการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน
- จัดทำระบบบันทึกการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพ



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

RISK ASSESSMENT TOOL	AUTHOR	PATIENT GROUP
Norton Score	Norton et al (1962)	Elderly patients
Knoll Score	Abruzzese (1982)	Acute care patients
Waterlow Score	Waterlow (1985)	Acute care patients
Douglas Score	Pritchard (1986)	General medical ward patients
Braden Score	Bergstrom et al (1987)	Nursing home patients
Lowthian Score	Lowthian (1987)	Orthopaedic patients
Walsall Community Pressure Sore Risk Calculator	Milward (1993)	Community patients

GOSNELL SCALE					
GUIDELINES FOR NUMERICAL RATING OF THE DEFINED CATEGORIES					
Rating	1	2	3	4	
Normal function All movements of one extremity	Alert Orients to time, place and person. Responds to all requests. Stable, well maintained.	Apartly Lethargic, forgetful. Moving, somewhat disoriented. Staggered, impaired. Able to do only simple tasks.	Confused Partial orientation. Responds to some requests. Agitation, irritability, incontinence and may require restraints or sedation.	Disoriented Total disorientation. Does not respond to name, simple stimuli. Comprehension is impaired.	Unconscious No response to stimuli.
Continence The amount of bodily control of urination and defecation	Fully Controlled Total control of urine and feces.	Usually Controlled Incidents of urine and/or feces but more often than once a 24-hour OR has fully control and a few incidents of feces.	Usually Controlled Incidents of urine or feces at least once a 24-hours.	Absence of Control Continently incontinent of both urine and feces.	
Mobility The amount and control of movement of one's body.	Full Able to control and move all extremities with ease. Will require the use of a device but, walking, lifting, pushing, pulling, balancing, and eating sitting position or will not require assistance of anyone for help to move.	Slightly Limited Able to control and move all extremities but a degree of limitation is present. Requires assistance of another person to lift, push, pull, balance, and eat/sit sitting position or will not require assistance of anyone for help to move.	Very Limited Can move upper portion of extremities with ease but unable to move lower portion. Requires assistance of another person to lift, push, pull, balance, and eat/sit sitting position or will not require assistance of anyone for help to move.	Impossible Does not move at all or very little way to change position. Is unable to change position without assistance. Is completely dependent on others for movement.	
Activity The ability of an individual to ambulate	Ambulatory Is able to walk unaided. Rarely has had equipment. Walks on level or uneven surfaces. May have limitation of walking without the assistance of another person.	Walks With Help Able to ambulate with assistance of another person, walker, or crutches. May have limitation of walking without the assistance of another person.	Chairbound Able only to a chair, requires assistance to do so or is confined to a wheelchair.	Bedbound Unable to do so during 24 hours of the day.	
Peristalsis The amount of food intake	Eats some food from each meal. Eats every day and the majority of food meal OR is on tube feeding.	Consumes usual or less frequently than half of meal.	Intake only a complete meal and only when fed.		
Vital signs Skin appearance Dist 24-hour fluid balance Interventions Medications Comments	The temperature, pulse, respiration, and blood pressure to be taken and recorded at the time of every assessment using a description of observed skin characteristics: colour, moisture, temperature, and texture. Record the specific dist order. The amount of fluid intake and output during the previous 24-hour period should be recorded. List all devices, measures and/or nursing care activity being used for the purpose of pressure ulcer prevention. List urine, output, frequency, and route for all prescribed medications. If a PRN order, list the patient for the period since last assessment. Use this space to add explanation or further detail regarding any of the previously recorded data, patient condition, etc. OR Describe anything which you believe to be of importance but not accounted for previously. <i>Review Gosnell (1988) Reprinted with kind permission.</i>				

NORTON RISK ASSESSMENT GUIDELINES			
Physical Condition	- encompasses current medical condition and physical health (consider nutritional status, tissue integrity muscle bulk, and condition of skin).	Good - stable medical condition, appears healthy and well nourished	Very bad - generally stable medical condition, appears fairly healthy
Mental Condition	- encompasses level of consciousness and orientation.	Alert - oriented x 3, aware of surroundings	Disoriented - oriented x 2-3, dull affect, passive
Ambulation	- able to walk independently, includes cane/walker	Walks with help - walks only to chair, limited to chair by condition and/or physician's orders	Chair-bound - confined to bed due to condition and/or physician's orders
Mobility	- degree to which subject controls and moves extremities.	Full - moves and controls all extremities at will, independent in moving	Slightly limited - able to control and move extremities, but some degree of limitation, needs assistance to change position
Incontinence	- degree to which subject has control of bowel/bladder.	Not - total control of bowel and bladder (exceptions: with diagnostic test), has Foley catheter and no bowel incontinence	Occasionally - has had 1 to 2 episodes of urine/feces incontinence in 24 hours (not related to laxative/catheter), has condom catheter, has Foley catheter, has continence stool
Usualty urinate		Doubly - has had 3 to 6 episodes of urinary incontinence or diarrhoea stools in past 24 hours	

NORTON RISK ASSESSMENT SCALE				
Physical Condition	Mental Condition	Activity	Mobility	Incontinence
Good 4	Alert 4	Ambulant 4	Full 4	Not 4
Fair 3	Apathetic 3	Walk with help 3	Slightly limited 3	Occasionally 3
Poor 2	Confused 2	Chair-bound 2	Very limited 2	Usually of urine 2
Very bad 1	Supine 1	Bed-bound 1	Impossible 1	Doubly 1

Patient at Risk with score of 14 or less

© Norton, 1978. Reprinted with kind permission of the Center for Old People Care, Center for Policy for Aging Studies, 1982. Reprinted with kind permission.

BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SORE RISK

Patien's Name	Evaluator's Name				Date of Measurement
SENSORY PERCEPTION	1. Completely intact Patient able to localize pain, pressure, temperature, vibration, tickle, etc. on any part of body.	2. Partially intact Patient able to localize pain, pressure, temperature, vibration, tickle, etc. on some part of body.	3. Slightly intact Patient able to localize pain, pressure, temperature, vibration, tickle, etc. on some part of body.	4. No response Patient unable to localize pain, pressure, temperature, vibration, tickle, etc. on any part of body.	
MOBILITY	1. Completely bed bound Patient unable to move any part of body.	2. Mostly bed bound Patient able to move some part of body.	3. Slightly bed bound Patient able to move some part of body.	4. Not bed bound Patient able to move all parts of body.	
ACTIVITY	1. Bedfast Patient confined to bed.	2. Chairbound Patient able to sit in chair.	3. Walks unaided Patient able to walk without aid.	4. Walks with aid Patient able to walk with aid.	
MOISTURE	1. Completely incontinent Patient unable to control bladder/bowel.	2. Mostly incontinent Patient able to control bladder/bowel some of the time.	3. Slightly incontinent Patient able to control bladder/bowel some of the time.	4. Not incontinent Patient able to control bladder/bowel.	
HEALTH AND NUTRITION	1. Very poor Patient has lost more than 20% of body weight in last 6 months.	2. Poorly nourished Patient has lost 10-20% of body weight in last 6 months.	3. Adequately nourished Patient has lost 5-10% of body weight in last 6 months.	4. Excellent Patient has gained or maintained weight.	
FRITZER AND BISHOP	1. None Patient has no risk factors.	2. Fewest Factors Patient has 1-2 risk factors.	3. Moderate Factors Patient has 3-4 risk factors.	4. Greatest Factors Patient has 5-6 risk factors.	

WATERLOW PRESSURE SORE PREVENTION/TREATMENT POLICY

Braden/High for Height	Skin Type & Visual Risk	Sex & Age	Special Risks
Average 1	Area	Male	Thrombocytopenia
Above average 2	Healthy	Female	eg. Terminal ecchymosis
Below average 3	Thin paper	14-49	Cardiac failure
4	Dry	50-64	Perish vascular disease
5	Unhealthy	65-74	Anaemia
6	Chalklike	75-80	Smoking
7	Discoloured	81+	
8	Broken spot	9	Neurological deficit
9	Complete ulceration	10	eg. Diabetes, MS, CVA, d.d.
10	Minor	11	Motor sensory paralysis
11	Major	12	Major surgery/Trauma
12	Minor	13	Bleeds, wound, spinal
13	Major	14	On table > 2 hours
14	Minor	15	
15	Major	16	

Complete ulceration 0, Discoloured 1, Broken spot 2, Chalklike 3, Thin paper 4, Dry 5, Unhealthy 6, Chalklike 7, Discoloured 8, Broken spot 9, Minor 10, Major 11, Minor 12, Major 13, Minor 14, Major 15, Minor 16.

Score: 10+ AT RISK 15+ HIGH RISK 20+ VERY HIGH RISK

Medication: Cytostatics, High dose steroids, Anti-inflammatory

PAINSTADIUS PRESSURE ULCER RISK ASSESSMENT and INTERVENTION TOOL

1. ASSESSMENT TYPE (Please Tick)
 Admission Post-operative
 Following clinical change Re-Assessment

2. SKIN INTEGRITY (Pressure Points on admission to Ward/Unit/Service):
 Is there evidence of pressure damage/skin breakdown? (Bruising, Nodules & sores/wounds)
 NO YES IF YES, complete wound assessment chart

3. MOBILITY
 Does the patient regularly reposition themselves & their lower limbs without assistance (include patients with restricted movement post surgery)?
 YES Assessment complete, patient NOT AT RISK - no special intervention required.
 NO Patient identified as "AT RISK" - complete A.B.C.

A. DEGREE OF RISK (High or Very High) - Is relative to the type of accompanying patient variables which can compromise tissue oxygen availability or need, ie some patients will need more intensive interventions.

IMMOBILE PATIENT
 UNDER 60 YEARS OLD 60 YEARS AND OVER
 ANOXYGENATING AGENTS (adrenaline infusion, smoking etc)
 ANAEMIA
 DECREASED BLOOD SUPPLY (diabetic, vascular or cardiac disease, hypotension etc)
 INCREASED TEMPERATURE
 DYSPNOEA (lung disease)
 EXISTING GRADE 3 or 4 PRESSURE ULCER

HIGH RISK **VERY HIGH RISK**

B. NURSING INTERVENTION - equipment & turning regime must be appropriate to the person's degree of risk

Alternating Air Pressure Device (dynamic support surface) with 4-8 hourly turns	Alternating Air Pressure Device (dynamic support surface) with 2-8 hourly turns
or	or
Constant Low Pressure Device (static support surface) with 2-4 hourly turns	Constant Low Pressure Device (static support surface) with 1-2 hourly turns
or	or
Standard Hospital Mattress with 1-2 hourly turns	Standard Hospital Mattress with 1-1 hourly turns

Special Note:
 1. Sliding repositioning increases pressure ulcer risk.
 2. Unsliding repositioning are contraindicated for diabetic, cardiac failure etc.
 3. Equipment must be appropriate to a patient's weight.
 4. Patients may require repositioning more frequently for other clinical reasons eg. limb perfusion.
 5. Consider referral for assistance repositioning.

C. EQUIPMENT **TURNING REGIME**
 Assessor (Print & sign) Date

Reprinted with kind permission of Brenda Ramondoss (2000).

• ในขณะที่นั้นมีเพียง 2 หอผู้ป่วยคือ ICU และ ศัลยกรรมประสาทที่มีการนำแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับคือมีการนำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาใช้

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

การดำเนินการ

- สร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- ↻ ทบทวนวรรณกรรมเพื่อเลือกชนิดของแบบประเมิน
- ↻ เข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงขอความคิดเห็นนำมาแก้ไขและทดลองใช้ใน 4 หอผู้ป่วย
- ↻ ปรับปรุงแบบประเมินฯตามข้อเสนอนะ
- ↻ เริ่มใช้แบบประเมินฯได้ ยกเว้นที่ รพ.เดือนพฤษภาคม 2546

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

ส่วนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแบบBraden Scale

เกณฑ์	วันที่ประเมิน				1	2	3	4
	คะแนน	1	2	3				
การรับรู้	- ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด สิ่งเร้า - ไม่รู้สึกตัว สลบ	- ตอบสนองเฉพาะความเจ็บปวด - ไม่สามารถสื่อสารและทำตาม	- ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถสื่อสารได้ถึงความต้องการทุกครั้ง	- ปกติ				
ความชื้น	- ผิวหนังเปียกชุ่มตลอดเวลาจากเหงื่อ ปัสสาวะ	- ผิวหนังเปียกชื้นบ่อย ต้องเปลี่ยนผ้าอย่างฉับพลันทุกครั้ง	- ผิวหนังเปียกชื้นเป็นบางครั้ง ต้องเปลี่ยนผ้าเพิ่มจากปกติ วันละ 1 ครั้ง	- ปกติ				
การทำกิจกรรม	- ยืนบนเตียงตลอด	- ใช้รถเข็น - ทรงตัวลำบาก หรือ ต้องมีผู้ช่วยเหลือพยุง	- สามารถลุกขึ้นยืนเองหรือใช้รถเข็น	- ปกติ				
การเคลื่อนไหว	- พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้	- ต้องช่วยพลิกตะแคงตัวเป็นส่วนใหญ่	- ช่วยพลิกตะแคงตัวเล็กน้อย	- ปกติ				
ภาวะโภชนาการ	- NPO และ/หรือต้องรับอาหารทางสายยาง มากกว่า 5 วัน - รับประทานอาหาร 1/3 ของที่จัดให้	- รับประทานอาหารสายยางได้ไม่ครบตามจำนวน - รับประทานอาหาร 1/2 ของที่จัดให้	- รับประทานอาหารสายยางได้ครบตามจำนวน - รับประทานอาหารได้มากกว่า 1/2 ของที่จัดให้	- ปกติ				
แรงใจและแรงเสียดทาน	- ข้อติดแข็ง ตึง - ต้องช่วยเหลือมากหรือไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในการเลื่อนหรือยกตัว	- สามารถทรงตัวได้ ไม่เปลี่ยนอิริยาบถง่าย - ต้องช่วยเหลือบ้างในการเลื่อนหรือยกตัว	- สามารถเลื่อนหรือยกตัวได้เอง มีกล้ามเนื้อแข็งแรง ปกติดี	-				
				รวมคะแนนทั้งหมด				
				ผู้ประเมิน				

หมายเหตุ หากคะแนนรวม ≤ 16 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้ปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

กท.บริหารความเสี่ยง พย.45

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อ - สกุล..... เพศ.....
อายุ.....ปี HN.....วันที่Admit..... วันที่รับย้าย.....จากหอ

ผู้ป่วย..... DX..... Underlying disease.....

วันที่ประเมิน	วันที่ 1			วันที่ 2			วันที่ 3		
1. จำนวนแผล.....แผล	แผลที่ 1	แผลที่ 2	แผลที่ 3	แผลที่ 1	แผลที่ 2	แผลที่ 3	แผลที่ 1	แผลที่ 2	แผลที่ 3
2. ตำแหน่ง									
3. ระดับ (Stage)*									
4. ขนาดของแผล (กว้าง X ยาว X ลึก)									
5. เป็นรูหรือซอกลึกลงไป	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี	มี / ไม่มี
7. สิ่งคัดหลั่ง น้ำใส ๆ น้ำปนเลือดหนอง									
8. ปวด									
9. ผิวหนังรอบแผลแดง เปื่อย แฉง บูน									
อื่น ๆ									
ลงชื่อผู้ประเมิน									

* (ระดับ 1 ผิวหนังแดง ร้อน บวม ระดับ 2 แผลตื้น เป็นตุ่มน้ำ ระดับ 3 แผลลึกถึงชั้น subcutaneous ระดับ 4 แผลลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก)

กท.บริหารความเสี่ยง พย.45

ผลการดำเนินการ

- มีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงฯน้อยมาก จึงปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับเข้ารพ.ในปี 2547
- ปี 2547 ฝ่ายสารสนเทศ รพ.ได้นำแบบบันทึกทางการพยาบาลใส่ในโปรแกรม HIS จึงปรับแบบประเมินฯเป็นโปรแกรม HIS ในปี 2548

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

แสดงข้อมูลแบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ ชื่อผู้ใช้: อนุพร สิงขาศ

การประเมินสุขภาพทั่วไป การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตก/ล้ม แบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยศัลยกรรม

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ
[Initial Nursing Assessment Form]

HN : 1544750 ชื่อ - สกุล : [] อายุ : 34 ปี เดียง : ๑20 Ward : ออร์โธพีดีย์

ส่วนที่ 1 : ประวัติการเจ็บป่วย
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 14-02-2552 เวลา 15:08 น. มาถึงหอผู้ป่วยโดย เต็มมา

1. การวินิจฉัยเบื้องต้น :
Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy
2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล :
ปวดหลังมาก 3 สัปดาห์ PTA
3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :
3 ปี ก่อนมารพ. ขับรถยนต์พลิกคว่ำ มีอาการปวดหลังมาตลอด รักษา ที่รพ. ละงู จ.สตูล
เข้านอนพักรักษาอาการปวดหลังหลายครั้ง ทำกายภาพบำบัด ผล MRI หมอนรองกระดูก
ทับเส้น ครั้งสุดท้าย admit เดือน ม.ค.2552 อาการยังไม่ดีขึ้น
สตูล ส่งตัวมาขอ. 28/1/52 นัดมา admit วันนั้นเพื่อผ่าตัด
4. สภาพผู้ป่วยแรกรับ :
ชายไทยวัยหนุ่ม เต็มมาเองใช้ไม้เท้าช่วยเดิน บวดยีนเนอร์วาลงขาซ้าย และขาขวาเท้า
ขาอ่อนแรง เกรด 4 ขาขวา เกรด 5
กลืนปัสสาวะอุจจาระได้

เพิ่ม แก้ไข ลบ พิมพ์ เปลี่ยน HN ประวัติการแก้ไข ประวัติการประเมิน เมนูอื่นๆ F10 ออก

Start กรุณาป้อน User ID และ PIN ... โปรแกรมพยาบาลผู้ป่วยใน ... แสดงข้อมูลแบบประเมินภาวะ... 15:20

แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ชื่อ [] HN : 0818478
แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ เดียง : ๑19 อายุ : 82 ปี หอผู้ป่วย : ออร์โธพีดีย์
[Initial Nursing Assessment Form]

F1 ประวัติการเจ็บป่วย F2 ประวัติส่วนตัวและสังคม F3 ประเมินสภาพทางกาย F4 ประเมินสภาพทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ
F5 ประเมินความเสี่ยง F6 ประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยศัลยกรรม

ส่วนที่ 5 : ประเมินความเสี่ยง

ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อยู่ในขอบเขตต้องประเมิน ไม่ต้องประเมิน

ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตก/ล้ม อยู่ในขอบเขตต้องประเมิน

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติระบุ

พยาบาลผู้บันทึก []

หมายเหตุ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล โปรดคลิกปุ่มบันทึกทุกครั้ง บันทึก [F7] ออก [F10]
ก่อนทำการ Input ข้อมูลส่วนอื่น

Start กรุณาป้อน User ID และ PIN ... โปรแกรมพยาบาลผู้ป่วยใน ... แสดงข้อมูลแบบประเมินภาวะ... 15:14

แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ชื่อ [] HN : 1320131
แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ เดียง : ๑17 อายุ : 33 ปี หอผู้ป่วย : ออร์โธพีดีย์
[Initial Nursing Assessment Form] รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 19/04/2549 เวลา 17:38 น.

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมคะแนนทั้งหมด [] วันที่ประเมิน []

การรับรู้

- 1 ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดสิ่งเข้า, ไม่รู้สึกตัว สลบ
- 2 ตอบสนองเฉพาะความเจ็บปวด, ไม่สามารถสื่อสารและทำตามสิ่งได้
- 3 ทำตามสิ่งได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารได้ถึงความต้องการทุกครั้ง
- 4 ปกติ

ความตื่น

- 1 ผิวหนังเปื่อยยุ่ยตลอดเวลาจากเหื่อ ปัสสาวะ
- 2 ผิวหนังเปื่อยยุ่ยต้องเปลี่ยนผ้าอย่างน้อยวันละครั้ง
- 3 ผิวหนังเปื่อยยุ่ยเป็นบางครั้ง ต้องเปลี่ยนผ้าเพิ่มจากปกติวันละ 1 ครั้ง
- 4 ปกติ

ขอเบรคในการประเมินผู้ป่วย << Previous Next >>

หมายเหตุ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล โปรดคลิกปุ่มบันทึกทุกครั้ง บันทึก [F6] ออก [F10]
ก่อนทำการ Input ข้อมูลส่วนอื่น

แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ชื่อ [] HN : 1320131
แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ เดียง : ๑17 อายุ : 33 ปี หอผู้ป่วย : ออร์โธพีดีย์
[Initial Nursing Assessment Form] รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 19/04/2549 เวลา 17:38 น.

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมคะแนนทั้งหมด [] วันที่ประเมิน []

การทากิจกรม

- 1 อยู่บนเตียงตลอด
- 2 ใช้รถเข็น, ทรงตัวลำบากหรือต้องมีผู้ช่วยหรือพยุง
- 3 เดินได้ระยะสั้น, ทำกิจกรรมส่วนใหญ่บนเตียงหรือข้างเตียง
- 4 ปกติ

การเคลื่อนไหว

- 1 พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้
- 2 ต้องช่วยพลิกตะแคงตัวเป็นส่วนใหญ่
- 3 ช่วยพลิกตะแคงตัวเล็กน้อย
- 4 ปกติ

ขอเบรคในการประเมินผู้ป่วย << Previous Next >>

หมายเหตุ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล โปรดคลิกปุ่มบันทึกทุกครั้ง บันทึก [F6] ออก [F10]
ก่อนทำการ Input ข้อมูลส่วนอื่น

แบบประเมินภาวะสุขภาพแอสริบ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
แบบประเมินภาวะสุขภาพแอสริบ
[Initial Nursing Assessment Form]

ชื่อ HN : 1320131
เตียง : ๑17 อายุ : 33 ปี หอผู้ป่วย : ออร์โธพีดีย์
รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 19/04/2549 เวลา 17:38 น.

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมคะแนนทั้งหมด วันที่ประเมิน -- --

ภาวะโภชนาการ

- NPO และ/หรือต้องรับอาหารเหลวใส น้ำเกลือมากกว่า 5 วัน ,รับอาหารได้ประมาณ 1/3 ของที่จัดให้
- รับอาหารทางสายยางได้ไม่ครบตามจำนวน ,รับอาหารได้ประมาณ 1/2 ของที่จัดให้
- รับอาหารทางสายยาง ,TPN ได้ครบตามจำนวน ,รับอาหารได้มากกว่า 1/2 ของที่จัดให้
- ปกติ

แรงไกลและแรงเสียดทาน

- ข้อติดแข็ง ,เกร็ง ,ต้องช่วยเหลือมากกว่าหรือไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในการเลื่อนหรือยกตัว
- สามารถทรงตัวได้ ไม่เลื่อนไหลลื่นท่าบ่อยๆ ,ต้องช่วยเหลือบ้างในการเลื่อนหรือยกตัว
- สามารถเลื่อนหรือยกตัวได้เอง มีกล้ามเนื้อแข็งแรง ปกติดี

ผู้ประเมิน

ขอบเขตในการประเมินผู้ป่วย << Previous | Next >>

หมายเหตุ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล โปรดคลิกปุ่มบันทึกทุกครั้ง
ก่อนทำการ Input ข้อมูลส่วนอื่น บันทึก [F6] ออก [F10]

แสดงข้อมูลแบบประเมินภาวะสุขภาพแอสริบ ชื่อผู้ใช้ ระบบ สังกัด

การประเมินสุขภาพแอสริบ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตก/ล้ม แบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ช่วยศัลยกรรม

HN : 0818478 ชื่อ - สกุล : อายุ : 82 ปี เตียง : ๑19 Ward : ออร์โธพีดีย์

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแบบ Braden Scale อยู่ในขอบเขตต้องประเมิน

ขอบเขตในการประเมินผู้ป่วย

- ผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ยกเว้นผู้ป่วยเด็ก
- การประเมินความเสี่ยงนี้ ควรประเมินให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมงหลังการรับใหม่
- ประเมินอย่างทันท่วงที 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเรื้อรัง หรือมีข้อจำกัดตามเงื่อนไขข้อที่ 1 เป็นเวลานาน หรือเมื่อสภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เช่น หลังการผ่าตัด หรือหลังการทำการหัตถการที่ใช้ระยะเวลา

วันที่ประเมิน	การรับรู้	ความชื้น	การก้ำกักรวม	การเคลื่อนไหว	ภาวะโภชนาการ	แรงไกลและแรงเสียดทาน	รวมคะแนน
25-02-2552	3	3	1	1	3	1	12
20-02-2552	4	4	1	3	4	2	18

หมายเหตุ หากคะแนน < 16 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้ปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เพิ่ม แก้ไข ลบ พิมพ์ เปลี่ยน HN ประวัติการแก้ไข ประวัติการประเมิน เมนูอื่นๆ F10 ออก

Start กรุณากรอก User ID และ PIN ... โปรแกรมพยาบาลผู้ช่วยใน ... แสดงข้อมูลแบบประเมินภาวะสุขภาพ... 15:15

จากการติดตามผลพบว่า

- การประเมินความเสี่ยงไม่ต่อเนื่อง
- แบบบันทึกแผลกดทับยังไม่พัฒนาลงในโปรแกรม HIS ทำให้เกิดปัญหาการบันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การเชื่อมต่อของข้อมูลขาดหาย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

การแก้ไขปัญหา

- ในปี 2550 จึงได้ประสานงานกับทีมสารสนเทศของฝ่ายบริการพยาบาลให้ความช่วยเหลือและประสานกับสารสนเทศของโรงพยาบาลจัดทำโปรแกรมบันทึกการเกิดแผลกดทับจนสำเร็จและสามารถใช้ในการเก็บรวบรวมอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อีกด้วย โดยจัดทำโปรแกรมให้ง่ายต่อการใช้ และเป็นปัจจุบันเรียกดูได้ทุกเวลา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

บันทึกข้อมูลแผลกดทับ โดย : ศิษย์ณี ฟู่น้อย

ออร์โธเซกซาย HN 0750338 (๓33)

เตียง	HN	ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย	แผลที่	วคป. เกิดแผล	ตำแหน่งที่เกิดแผล	วคป. แผลหาย	ส
๑19	1551090						
๑21	1551081						
๑22	1538163						
๑23	1550530						
๑24	1544750						
๑31	1550625						
๑32	1550622						
๑33	0750338						
๑34	1493180						
๑35	1547133						
๑36	0448437						
๑37	0451875						
๑38	1550185						
๑39	1551057						
๑40	1549531						
๑41	0818478						

Insert เพิ่มแผลใหม่ F2 แก้ไข F3 ลบข้อมูล เลือกโดย Double Click หรือ Enter

วคป. บันทึก	ผู้บันทึก	ระดับ	กว้าง.ยาว.ลึก (ซม.)

ปุ่ม: F5 เพิ่มบันทึกสภาพแผลรายวัน, F8 แก้ไข, F9 ลบข้อมูล, F11 แสดงรายละเอียด, F12 รายงาน, F10 ออก

เตียงสีแดง=มีแผลกดทับ เลือกโดย Double Click หรือ Enter

บันทึกข้อมูลแผลกดทับ โดย : ศิษย์ณี ฟู่น้อย

เพิ่มบันทึกสภาพแผล -> HN 1547133 (๓35) -> อัตราเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่ 16 คะแนน

1. แผลที่ 1 เกิด ขณะอยู่ที่ Ward จาก รพ. อื่น จาก Ward อื่น จากที่บ้าน

2. ตำแหน่ง สะโพก

3. ระดับ (Stage) ทุพพังเสียวหายถึงชั้นกล้ามเนื้อ ไม่ถึง Fascia

4. ขนาดแผล (ซม.) 1=เป็นรอยแดงจากไม่หายหลังมีแรงกดทับ 30
2=เกิดแผลตื้นๆเช่น แผลลอก ตุ่มน้ำ
3=มีพังเสียวหายถึงชั้นกล้ามเนื้อ ไม่ถึง Fascia
4=มีพังเสียวหายถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูกมี
0=ประเมินไม่ได้

5. เป็นรูหรือช่อง

6. เนื้อตาย - slo
- eschar (ดำ แข็ง)

7. สังเกตหลัง - น้ำใสๆ
- น้ำปนเลือด
- ทนong

8. ปวด ระดับ 0

9. มีหนังรอบแผล - แฉง
- เปื่อย
- แห้ง ขุน

อื่นๆ

วิธีการทำแผล Hydrocolloid Gel Sheet
Dry dressing
Wet dressing
 Silveral
 NSS
 H2O2
 อื่นๆระบุ

วันที่บันทึกข้อมูล 02-03-2552
วันที่แผลหาย

บันทึกโดย 570 PIN Number ***** F5 บันทึกข้อมูล F10 ทอยกลับ

บันทึกข้อมูลแผลกดทับ โดย : ศิษย์ณี ฟู่น้อย

ออร์โธเซกซาย HN 1547133 (๓35)

เตียง	HN	ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย	แผลที่	วคป. เกิดแผล	ตำแหน่งที่เกิดแผล	วคป. แผลหาย	ส
๑19	1551090						
๑21	1551081						
๑22	1538163						
๑23	1550530						
๑24	1544750						
๑31	1550625						
๑32	1550622						
๑33	0750338						
๑34	1493180						
๑35	1547133		1	27-02-2552	สะโพก (ขวา)		
๑36	0448437						
๑37	0451875						
๑38	1550185						
๑39	1551057						
๑40	1549531						
๑41	0818478						

Insert เพิ่มแผลใหม่ F2 แก้ไข F3 ลบข้อมูล เลือกโดย Double Click หรือ Enter

แผลที่ : 1 -> สะโพก (ขวา)

วคป. บันทึก	ผู้บันทึก	ระดับ	กว้าง.ยาว.ลึก (ซม.)
01-03-2552		3	4 . 10 . 3
27-02-2552		3	4 . 10 . 3

ปุ่ม: F5 เพิ่มบันทึกสภาพแผลรายวัน, F8 แก้ไข, F9 ลบข้อมูล, F11 แสดงรายละเอียด, F12 รายงาน, F10 ออก

เตียงสีแดง=มีแผลกดทับ เลือกโดย Double Click หรือ Enter

รายละเอียดสภาพแผลกดทับ ทำงาบ่อย :

รายละเอียดสภาพแผลกดทับที่บันทึกข้อมูลวันที่ : 03-03-2551 แสดงข้อมูลทุกผู้ป่วย ค้นข้อมูล F10 ทอยกลับ

หอผู้ป่วย	HN	ชื่อผู้ป่วย	แผลที่	วคป. บันทึก	ผู้บันทึก	ส
Med-ICU	0872876		2	2008-03-03		
Med-ICU	1422817		2	2008-03-03		
Med-ICU	0872876		1	2008-03-03		
Med-ICU	0872876		3	2008-03-03		
Sur-ICU	1265052		1	2008-03-03		
Sur-ICU	1467841		1	2008-03-03		
Sur-ICU	1467841		3	2008-03-03		
Sur-ICU	1265052		2	2008-03-03		
Sur-ICU	1265052		3	2008-03-03		
Sur-ICU	1467841		2	2008-03-03		
Sur-ICU	1467841		4	2008-03-03		
อายุรกรรมหญิง	1020860		1	2008-03-03		
อุบัติเหตุ	1055813		1	2008-03-03		

รายงานจำนวนแผลกดทับใหม่ ที่รวบรวมโดย :

จำนวนแผลกดทับใหม่ ช่วงวันที่ : 01-03-2551 ถึง 03-03-2551 แสดงข้อมูลทุกหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วย	วอร์ด/บันทึก	เกิดที่ Ward	เกิดที่ Ward อื่น	เกิดที่ รพ.อื่น	เกิดที่บ้าน	รวม
ศัลยกรรมชาย 1	01-03-2551	1	-	-	-	1
ศัลยกรรมหญิง	01-03-2551	1	-	-	-	1
อายุรกรรมหญิง	03-03-2551	1	-	-	-	1
อุบัติเหตุ	03-03-2551	1	-	-	-	1
รวม		4	-	-	-	4

F9 Save เป็น File Excel F12 พิมพ์ F10 ถอยกลับ

Start การดาวน์โหลด User ID และ PIN ... บันทึกข้อมูลแผลกดทับ โดย : ... รายงานจำนวนแผลกดทับ1... 942

ผลการดำเนินการ

- มีโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและโปรแกรมการบันทึกเมื่อเกิดแผลกดทับใช้ และสามารถเก็บรวบรวมรายงานเป็นอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในแต่ละเดือน

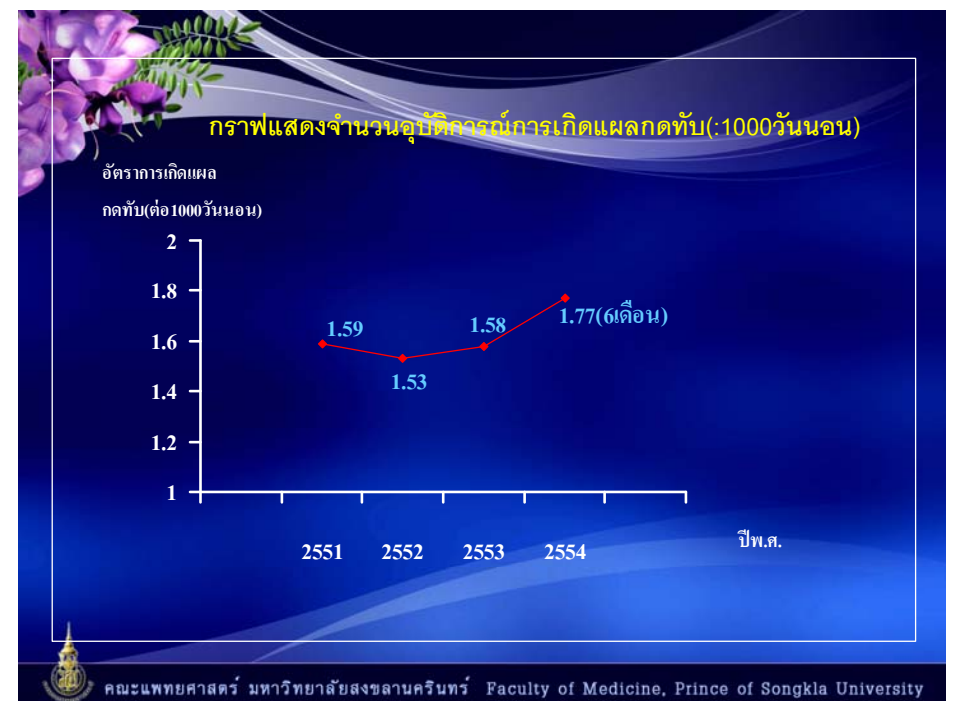
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

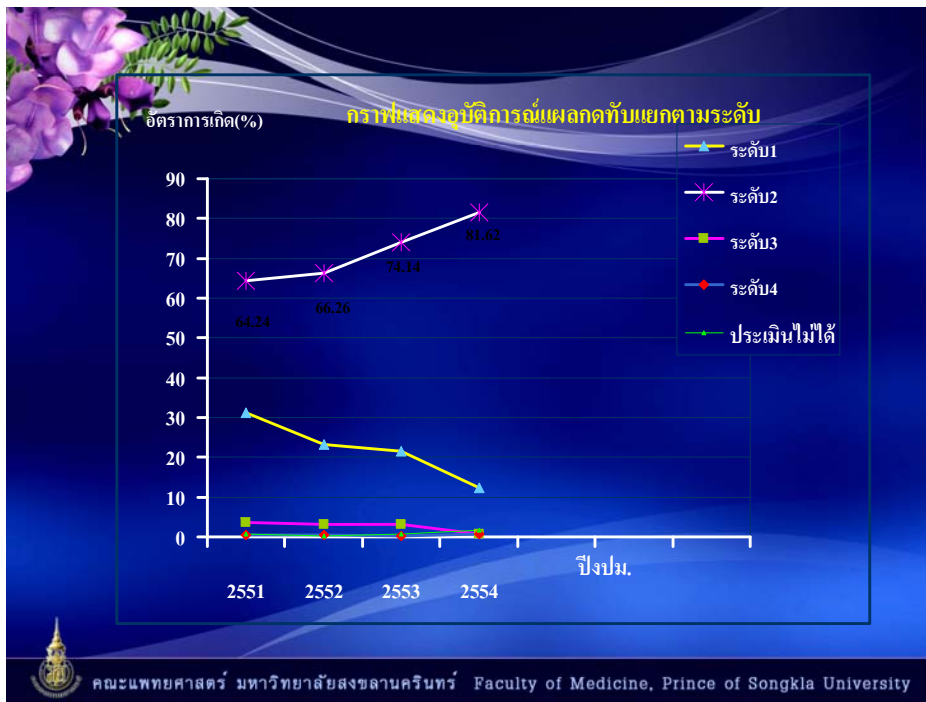
ผลการดำเนินการรวบรวมและติดตามรายงานอุบัติการณ์

รายการ	จำนวนอุบัติการณ์ (ราย)	แผลกดทับ ระดับ 1 ราย(ร้อยละ)	แผลกดทับ ระดับ 2 ราย(ร้อยละ)	แผลกดทับ ระดับ 3 ราย(ร้อยละ)	แผลกดทับ ระดับ 4 ราย(ร้อยละ)	ประเมินไม่ได้
ปีงบประมาณ						
2551	495(1.59)*	154(31.11)	318(64.24)	18(3.64)	2(0.40)	3(0.61)
2552	462(1.53)*	115(23.23)	328(66.26)	16(3.23)	2(0.40)	1(0.20)
2553	494(1.58)*	107(21.62)	367(74.14)	15(3.03)	1(0.20)	3(0.61)
2554(6เดือน)	271(1.77)*	61(24.65)	202(81.62)	2(0.81)	2(0.81)	4(1.62)

*อัตราการเกิดแผลกดทับ : 1000วันนอน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University





ปัญหาและอุปสรรค

- บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการลงบันทึกที่ถูกต้องเนื่องจากในแต่ละปีมีพยาบาลใหม่หมุนเวียนเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลตลอด การจัดฝึกอบรมไม่สามารถจัดให้แก่บุคลากรได้อย่างครบถ้วนทุกคน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

ปัญหาและอุปสรรค

- ทักษะในการประเมินความเสี่ยงและระดับของแผลกดทับแตกต่างกันออกไป ดังนั้นข้อมูลที่ได้ยังมีความเบี่ยงเบนในระดับหนึ่ง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

การดำเนินการ

- จัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันและการดูแลแผลกดทับดังนี้
 - บุคลากรในฝ่ายบริการพยาบาล 2 ครั้ง ะ ละ 100 คน รวม 200 คน ในเดือน มิถุนายน 2546
 - พยาบาลทั่วทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ 2 ครั้ง เดือนพฤศจิกายน 2546 และเดือนกรกฎาคม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

- จัดอบรมฟื้นฟูการดูแลแผลกดทับให้กับบุคลากรอีกครั้งในเดือนสิงหาคม ปี2549
- จัดอบรมผู้ดูแลแผลกดทับให้กับบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลและญาติผู้ป่วยเพื่อเป็นการช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับแล้วในเดือนสิงหาคม ปี 2549



- จัดอบรมเรื่องการดูแลแผลกดทับให้กับบุคลากรใหม่ในฝ่ายฯ ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี2552
- ในปี 2553 ได้จัดการอบรมการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับ
 - บุคลากรของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายในเดือน พฤษภาคม
 - แกนนำของหอผู้ป่วยและพยาบาลใหม่ในเดือนกรกฎาคม
 - พยาบาลทั่วไปในเดือนกันยายน



- ในปี 2554 ได้จัดการอบรมการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับ
 - นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 3
 - มีแผนในการจัดอบรมให้กับแกนนำและพยาบาลใหม่ในเดือนมิถุนายน



- จัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในระหว่างหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ของแผลกดทับสูงและหอผู้ป่วยที่เป็น Best Practice







มินิวัดกรรมคือ ผ้าร่มยกเลื่อนตัวผู้ป่วยลดแรงเฉือน (shearing force) ซึ่งหอผู้ป่วย SICU เป็นผู้คิดจากการไปศึกษาดูงาน ณ ประเทศออสเตรเลียและได้ร่วมกับทางฝ่ายบริการพยาบาลจัดทำและปรับปรุงจนปัจจุบันนำไปใช้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ได้มีการขยายผลนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่น เช่น อายุรกรรม หทัยและนรีเวช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University





■ จัดทำคู่มือปฏิบัติการการ
ป้องกันและการดูแลแผลกดทับ
แจกให้เป็นคู่มือประจำแก่หอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย ซึ่งต่อมาได้
ปรับปรุงเพิ่มเติมเนื้อหาให้ครอบคลุมและจัดทำเป็นหนังสือ
การพยาบาลแผลกดทับในปี 2549 และในปี 2554นี้ได้
ดำเนินการในการปรับปรุงเพิ่มเติมเนื้อหาอีกครั้ง ซึ่งอยู่ใน
ระหว่างดำเนินการ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

ปัญหา

- ข้อมูลที่ได้รับมีความแตกต่างกันมาก แสดงถึงความแปรปรวน และอาจมีความไม่เที่ยงตรงของข้อมูล

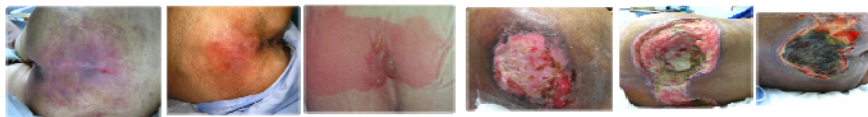


การแก้ปัญหา

- ปลายปี 2553 จัดทำโครงการเพิ่มศักยภาพของผู้สำรวจข้อมูลแผลกดทับโดยการทำ standardized ผู้เก็บข้อมูลทุกคน
- เก็บข้อมูลเพื่อเทียบเคียงผลกันด้วยการสำรวจและเก็บอัตราความชุก ซึ่งจะจัดทำปีละ 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ประจำปี 2554 ได้ดำเนินการไปแล้วเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2554



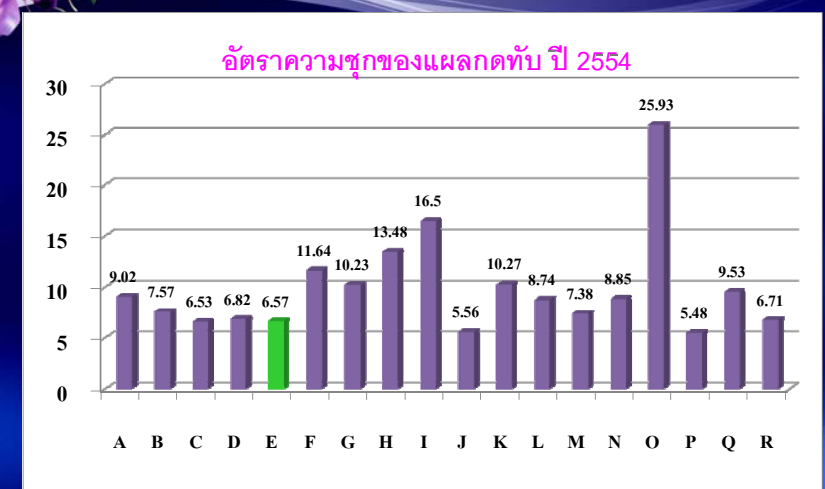
ระดับของแผลกดทับ (Staging) *



DTI	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Unstageable
ผิวหนังยังไม่แตกหรือสีเปลี่ยนงเข้มหรือสีเลือดนบน น้ำตาล หรือผิวหนังพองเป็นตุ่มน้ำป่นเลือด อาจมีความเจ็บปวด แข็งขึ้นหรือมีตุ่ม อุดหนุม อาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง	ผิวหนังยังไม่แตก เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดแล้วรอยแดงไม่จางหายไป ถ้าผิวหนังมีลักษณะต่างกับผิวหนังรอบๆ	มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนถึงชั้น Dermis พื้นแผลสีแดงชมพู ไม่มี Slough หรือผิวหนังพองเป็นตุ่มน้ำใส	มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด อาจเห็นถึงชั้นsubcutaneous อาจพบ Slough แต่ไม่ปกคลุมแผล อาจพบโพรงบางส่วนหรือรอบแผล	มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด แผลลึกมองเห็นกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ อาจพบ Slough/Eschar บางส่วนของพื้นแผลพบบ่ออยู่ร่วมกับโพรงบางส่วนหรือรอบแผล	พื้นแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วย Slough/Eschar

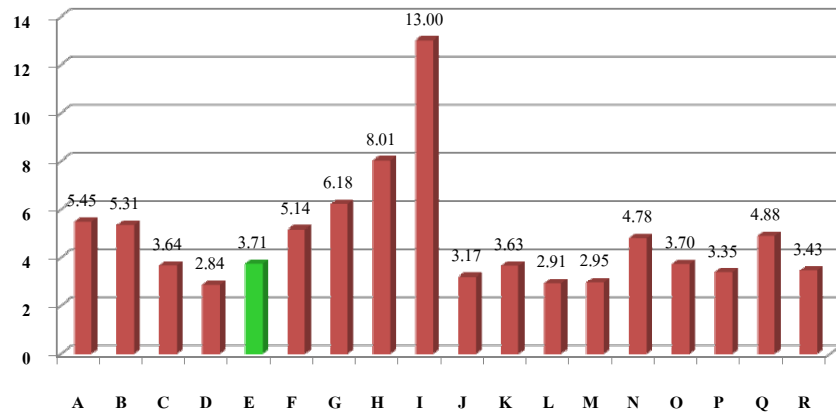
* อ้างอิงจาก National Pressure Ulcer Panel Advisory, 2007 และ the Victorian Quality Council (VQC 2004)

ผลการดำเนินการ



E = โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อยู่ในลำดับที่ 4 จากทั้งหมด 18 รพ.

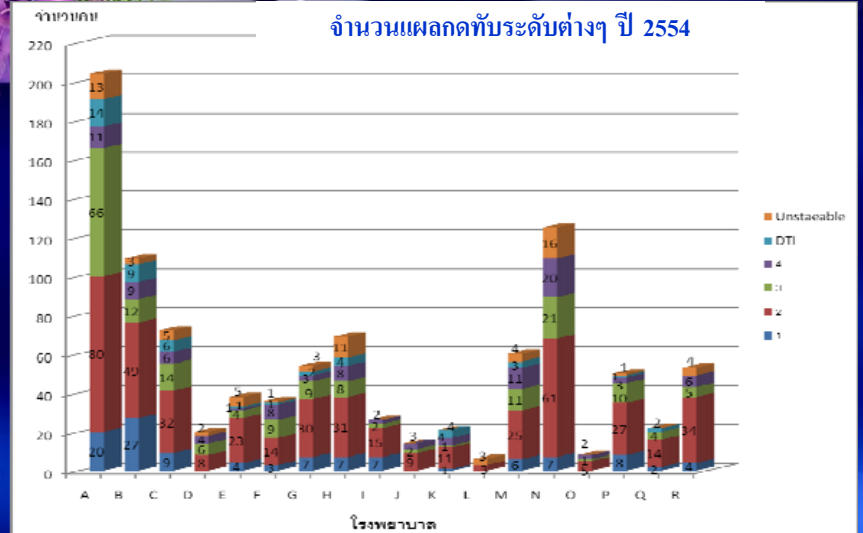
อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล ปี 2554



E = โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อยู่ในลำดับที่ 10 จากทั้งหมด 18 รพ.



จำนวนแผลกดทับระดับต่างๆ ปี 2554



สรุป

- ปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีฐานข้อมูลในเรื่องแผลกดทับที่ค่อนข้างสมบูรณ์ สามารถดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลแผลกดทับได้สะดวก รวดเร็ว



แผนการดำเนินการในปัจจุบัน

- วิเคราะห์หาปัจจัยและทบทวนมาตรการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มเติม เช่น การตรวจสอบสภาพผิวหนัง การใช้อุปกรณ์ในการลดแรงกด ฯลฯ
- จัดอบรมและ standardized บุคลากรในฝ่ายบริการพยาบาล



แผนการดำเนินงานในอนาคต

ศึกษาวิจัย

- การรักษาสภาพของผิวหนังด้วยการควบคุมการขับถ่าย
- การลดแรงกดทับของผิวหนัง

ความพยายาม

- นวัตกรรมที่นอนระบายอากาศ

Flexi-Seal® FMS is
simple and easy to use.
designed with
a focus on patient safety.



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- มีฝ่ายสารสนเทศที่มีความสามารถทั้งในส่วนของฝ่ายบริการพยาบาลและของทางโรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงและความเข้าใจจนสามารถสร้างโปรแกรมให้ได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายสารสนเทศของโรงพยาบาลที่เห็นความสำคัญ และช่วยเร่งรัดจัดทำโปรแกรมให้จนสำเร็จจุลวง



ขอบคุณค่ะ



แบบประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วน

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกเริ่ม
[Initial Nursing Assessment Form]

ชื่อ [] HN : 1544750
เตียง : ค20 อายุ : 34 ปี หอผู้ป่วย : ออร์โธพีดีย์

F1 ประวัติการเจ็บป่วย F2 ประวัติส่วนตัวและสังคม F3 ประเมินสภาพทางกาย F4 ประเมินสภาพทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ
F5 ประเมินความเสี่ยง F6 ประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยยุติกรรม

ส่วนที่ 3 : ประเมินสภาพทางกาย

ผิวหนัง

- สีผิว	<input checked="" type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ซีด	<input type="radio"/> เขียว	<input type="radio"/> เหลือง	<input type="radio"/> อื่นๆ []
- ความตึงตัว	<input checked="" type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ			
- ผื่นคัน	<input checked="" type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> มี(ตำแหน่ง/ลักษณะ)	[]		
- ฝ้าเลือด	<input checked="" type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> มี(ตำแหน่ง/ลักษณะ)	[]		
- บาดแผล	<input checked="" type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> มี(ตำแหน่ง/ลักษณะ)	[]		
- มีแผลกดทับ	บันทึกข้อมูลแผลกดทับ []				

<< Previous Next >>

หมายเหตุ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล โปรดคลิกปุ่มบันทึกทุกครั้ง
ก่อนทำการ Input ข้อมูลส่วนอื่น

บันทึก [F7] ออก [F10]

Start | กรุณาป้อน User ID และ PIN ... | โปรแกรมพยาบาลผู้ป่วยใน ... | แสดงข้อมูลแบบประเมินภาวะสุ... | 15.26