

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
แบบบันทึกการทำ Faculty Practice ของอาจารย์พยาบาล
ปีการศึกษา 2567

ชื่อ-สกุล.....นางสาวปราณีต จงพันธ์มิตร..... ตำแหน่ง.....อาจารย์..... สังกัดภาควิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.....
 ความเชี่ยวชาญ (Specific area) /ความสนใจเฉพาะทาง (Interest area).....การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 ปฏิบัติ Faculty Practice ในสาขา.....การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ..... ระหว่างวันที่... 12 ธ.ค. 66-1 มีค 67....สถานที่ปฏิบัติ.....หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2....

ประเด็นการปฏิบัติ Faculty Practice	ผลลัพธ์/เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน			
		ใคร(Who)	ทำอะไร/อย่างไร (What/How)	ที่ไหน (Where)	เมื่อไร (When)
การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน รหัสวิชาพย.1217 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน	1. ได้ประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาในการปฏิบัติ faculty practice 2. มีความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระหว่างหน่วยบริการกับสถานศึกษา 3. นักศึกษาได้การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่างทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ถูกต้อง	1. อ. ปราณีต	ดำเนินการดังนี้ ก. ดำเนินการพัฒนาการพยาบาลใน 4 ขั้นตอนคือขั้น Evidence trigger ร่วมค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาในประเด็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรพ. พระปกเกล้า จันทบุรี โดยการศึกษาปัญหา สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยขั้น Evidence support 1. ทำการค้นหา evidence เกี่ยวกับแนวทางหรือกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2. ประเมินคุณภาพของ evidence (appraise) 3. พัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4. ตรวจสอบคุณภาพของแนวทางหรือกิจกรรมที่	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 รพ. พระปกเกล้า	<u>12 ธ.ค. 66</u>
		2. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 รพ. พระปกเกล้า จำนวน 2-3 คน			<u>9 - 16 น</u>
		3. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2			<u>19 ธ.ค. 66</u>
					<u>9 - 16 น</u> <u>รวม 12 ชม</u>
				<u>26 ธ.ค. 66</u>	
				<u>9 - 16 น</u>	
				<u>5 ม.ค. 67</u>	
				<u>9 -16 น</u>	
				<u>8 ม.ค. 67</u>	
				<u>9 -16 น</u>	
				<u>15 ม.ค. 67</u>	
				<u>9 - 16 น</u>	
				<u>22 ม.ค. 67</u>	
				<u>9 - 16 น</u>	

ประเด็นการปฏิบัติ Faculty Practice	ผลลัพธ์/เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน			
		ใคร(Who)	ทำอะไร/อย่างไร (What/How)	ที่ไหน (Where)	เมื่อไร (When)
			<p>พัฒนาขึ้นโดยการให้ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม</p> <p>ขั้น Evidence observe</p> <ol style="list-style-type: none"> ทดลองใช้ (pilot) แนวทางหรือกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 10 ราย ประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนด ประชุมประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางหรือกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ประชุมปรับปรุงแนวทางหรือกิจกรรมตามผลประเมินให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้จริง <p>ขั้น Evidence base</p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้แนวทางหรือกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประเมินผลลัพธ์กำหนดตามแนวทางหรือกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น <p>ข ขั้นถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ วางแผนเขียนบทความวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และต่อยอดการพัฒนานวัตกรรมต่อไป</p>		<p><u>26 ม.ค. 67</u> 9 – 16 น <u>รวม 36 ชม</u></p> <p><u>29 ม.ค- 2 กพ 67</u> 14 – 16 น <u>5 – 9 กพ 67</u> 14 – 16 น <u>12 – 16 กพ 67</u> 14 – 16 น <u>รวม 30 ชม</u></p> <p><u>19 – 23 กพ 67</u> 14 – 16 น <u>26 กพ – 1 มีค 67</u> 14 – 16 น <u>รวม 20 ชม</u></p> <p><u>รวมทั้งหมด 98 ชม</u></p>

สรุปผลการดำเนินงาน

ได้พัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน รหัสวิชาพย.1217 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ที่ตึกอายุรกรรมชาย 2 ตามหลักฐานเอกสารประกอบการสอน รายละเอียดดังนี้

(เอกสารประกอบการสอน)

ชื่อ-สกุลผู้สอน นางสาวปราณีต จงพันธ์มิตร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

หัวข้อที่ขอรับการประเมินการสอน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล

รายวิชา (รหัส-ชื่อวิชา) พย.1217 จำนวนชั่วโมงที่สอน 3 ชั่วโมง

ประเภทรายวิชา ทฤษฎี ทดลอง ปฏิบัติ

วัน-เวลาที่สอน วันที่ 18 เมษายน 2566 เวลา 9.00-12.00น. สถานที่สอน ตึกอายุรกรรมชาย 2

ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (CLOs)

CLO 4 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลได้ถูกต้อง

ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับบทเรียน (LLOs)

- 1.บอกความสำคัญในการทำแผลได้
- 2.อธิบายปัจจัยที่ส่งเสริมการหายของแผล
- 3.เตรียมอุปกรณ์ทำแผลถูกต้องตามหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 4.ปฏิบัติการทำแผลให้กับผู้ป่วยได้ถูกต้องตามขั้นตอนและหลักการได้ถูกต้อง
- 5.บอกการพยาบาลและให้เหตุผลทางการพยาบาลตามความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

การฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วยอายุรกรรม นั้นพบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวลำบาก ภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุ มีโรคร่วม และปัญหาไม่สามารถกลืนปัสสาวะอุจจาระได้ ผิวน้ำแข็งขึ้นตลอดเวลา เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และซึ่งส่งผลที่ตามมาคือการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการดูแลรักษาซึ่งพบทั้งในโรงพยาบาลระดับสากลและโรงพยาบาลในประเทศไทย (อรนุช มกรภิรมย์ และอันธิกา คระระวานิช, 2563)

เนื้อหา

1. ความหมายของการทำแผล

แผลกดทับ หมายถึง การถูกท าลายเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ซึ่งเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกด หรือการถูกกดเป็นระยะเวลาาน อาจเกิดจากแรงกดร่วมกับแรงไถล ลักษณะการบาดเจ็บอาจจะแสดงในรูปแบบของผิวหนังไม่ฉีกขาดหรือเกิดเป็นแผลและอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

2. แนวคิดสำคัญ (Concept)

การป้องกันการติดเชื้อจากการทำแผล และส่งเสริมการหายของบาดแผล นอกจากนี้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ ยึดหลักจริยธรรมและหลักสิทธิมนุษยชน

2.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่

1. ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย นอนติดเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว
2. ไม่รู้สึกตัวหรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน
3. รูปร่างผอม ผิวน้ำแข็งและมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน
4. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้

2.2 ชนิดของบาดแผล

การจำแนกประเภทของบาดแผล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Williams, 2022)

1. แผลปิด (Closed wound) เป็นการบาดเจ็บของผิวหนัง โดยที่บริเวณของผิวหนังไม่มีการฉีกขาด
2. แผลเปิด (Open wound) เป็นการบาดเจ็บของผิวหนัง โดยที่บริเวณของผิวหนังมีการฉีกขาดหรือสูญเสียเนื้อเยื่อผิวหนัง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล

1. ปัจจัยเฉพาะที่ (local factors) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากสามารถช่วยเหลือสนับสนุนธรรมชาติในเรื่องนี้ได้มาก คือ

1.1 เส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณนั้น ถ้ามีเส้นเลือดมาเลี้ยงน้อยแผลมักจะหายช้า เช่น ที่บริเวณหน้าแข้ง นอกจากนี้การขาดเลือดเฉพาะแห่งซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณ

นั้น การปิดแผล การใช้ผ้าพันแผล การใส่ฝือกที่แน่นเกินไป ก็อาจทำให้แผลหายช้าได้ และการบวมก็ทำให้เนื้อเยื่อขาดอาหารได้เนื่องจากเลือดมาเลี้ยงส่วนนั้นได้ น้อยลง

1.2 แผลที่มีขอบยึดติดกับกระดูก ทำให้ขอบแผลหดตัวเข้าหากันลำบาก พบได้ที่แผลบริเวณกระดูกหน้าแข้ง หลังมือ หรือบริเวณกะโหลกศีรษะ

1.3 ภาวะโน้มเอียงต่อการทำลายเนื้อเยื่อ และการอักเสบอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำความสะอาดแผลที่รุนแรงหรือผิดวิธี การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีความเข้มข้นเกินไป การมีสิ่งแปลกปลอมในแผลซึ่งถ้าไม่เอาออกจะกลายเป็นฝีหรือโพรงหนอง ที่เกิดจากการรวมตัวของน้ำเหลือง ไฟบริน เนื้อเซลล์ที่ตาย เม็ดเลือดขาว ลักษณะเป็นน้ำขุ่นสีเหลือง เรียกว่า หนอง ถ้าปล่อยให้สิ่งแปลกปลอมตกค้างอยู่ในแผลจะมีหนองมากขึ้น ต้องระบายออกโดยผ่านทะลุออกมาที่ผิวหนัง หรือดูดซึมกลับเข้าทางระบบน้ำเหลือง แผลที่ติดเชื้อหรือการที่มีการเคลื่อนไหวอวัยวะที่มีบาดแผลอยู่เสมอ จะทำให้เนื้อเยื่อชอกช้ำและเกิดการอักเสบเฉียบพลันทำให้แผลหายช้า

1.4 ก้อนเลือด เกิดจากเลือดที่ออกแล้วรวมตัวกันเป็นก้อน ทำให้เกิดการอักเสบของแผล ก้อนเลือดกดใต้ผิวหนังทำให้เกิดสภาพการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังซึ่งอาจเกิดการเน่าตาย เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1.5 วิธีเย็บแผลและวัสดุที่ใช้เย็บ การเย็บแผลที่ไม่ประณีตทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ และการรัดแน่นของวัสดุที่ใช้ผูกเย็บ ทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนัง ตลอดจนวัสดุที่ใช้เกิดการแปรเปลี่ยนเป็นสิ่งแปลกปลอม ทำให้แผลหายช้า

1.6 การเคลื่อนไหวบริเวณแผลบ่อยครั้ง ทำให้เกิดการอักเสบ การเดินทางของ fibroblast และ epithelial cell ไม่สะดวก ทำให้มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น เกิดของเสียมากขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อที่ชอกช้ำอยู่แล้วเกิดการระคายเคือง นอกจากนี้ยังทำให้เชื้อโรคกระจายไปสู่ส่วนอื่น

2. ปัจจัยทั่วไป (general factors)

2.1 อายุ คนหนุ่มสาวแผลจะหายได้เร็วกว่าคนสูงอายุ ยกเว้นมีโรคแทรกซ้อน เนื่องจากคนสูงอายุมักมีภาวะเส้นเลือดตีบตันในส่วนต่างๆของร่างกาย

2.2 อาหาร เช่น โปรตีนซึ่งทำให้มีการสร้าง collagen โดยเฉพาะโปรตีนชนิดกรดอะมิโนที่มีกำมะถันอยู่ เช่น methionine, cystine นอกจากนี้วิตามินซีก็ช่วยให้มีการสร้าง collagen เช่นกัน ส่วนพวกวิตามินเอจะช่วยในการกระตุ้นการงอกขยายของเซลล์เยื่อผิว (epithelialization)

2.3 ฮอร์โมน เช่น glucocorticosteroid จะขัดขวางการสร้าง collagen และเป็น ตัวเร่งให้มีการสลายตัวของ collagen ประกอบกับ cortisone จะทำให้การหดตัวของแผลน้อยกว่าปกติ แต่ฮอร์โมนบางชนิดก็เป็นยารับการอักเสบ และมีส่วนเร่งให้แผลหายเร็วขึ้น

2.4 ออกซิเจน แผลจะหายเร็วเมื่อมีออกซิเจนมาก แต่ก็ยังขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดและประสิทธิภาพการไหลเวียนของเลือด เช่น แผลที่หน้า มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้หายเร็ว

2.5 ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) จะขัดขวางการเจริญเติบโตของเซลล์ทั่วไป แต่ไม่มีผลโดยตรงต่อการหายของแผลมากนัก นอกจากจะนำไปใส่ที่บริเวณแผลโดยตรง เช่น แอสไพรีน ยาฆ่าเซลล์มะเร็ง (เช่น vincristine)

2.6 การสูบบุหรี่ มีผลทำให้เส้นเลือดหดตัว และทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนไปเลี้ยง เพราะการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคาร์บอนมอนอกไซด์ซึ่งมีผลทำให้ฮีโมโกลบินนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ได้ลดลง ทำให้การเผาผลาญของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแผลที่บริเวณปลายมือปลายเท้า การสูบบุหรี่มากขึ้นมีผลทำให้ผนังของเส้นเลือดแดงหนาขึ้น และมีการรวมตัวของเกล็ดเลือด มีผลให้เลือดแข็งตัวได้มากกว่าปกติ การไหลเวียนเลือดไม่ดีทำให้แผลได้รับสารอาหารลดลงด้วย

2.7 ภาวะเครียดทางร่างกายหรือจิตใจจะทำให้การหายของแผลช้าลง ภาวะเครียดทำให้ร่างกายหลั่ง adrenaline มากขึ้นทำให้การงอกของเนื้อเยื่อในแผลเลวลง

2.8 โรคเบาหวาน มีผลทำให้การหายของแผลช้าลง เพราะทำให้มีการสร้าง collagen น้อยลง การเจริญเติบโตของเส้นเลือดและการเก็บกักเชื้อโรคน้อยลง ในผู้ป่วยเบาหวาน ผนังของเส้นเลือดแดงใหญ่จะหนา ทำให้ขนาดของเส้นเลือดเล็กลง เนื้อเยื่อจึงได้รับออกซิเจนลดลงด้วย

แผลมีหลายชนิด ดังนั้น การดูแลรักษาแผลแต่ละชนิดจึงแตกต่างกัน ซึ่งต้องพิจารณาจากชนิด ขนาดของแผล ปริมาณน้ำเหลืองที่ไหลจากแผล ตำแหน่งของแผลแนวทางการรักษาของแพทย์ และปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ

3. หลักการทำแผล (dressing)

1. ล้างแผลให้สะอาด Sterile technique
2. ทำแผลที่สะอาดกว่าก่อน
3. กำจัดเนื้อตายหรือสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล
4. ระบายของเหลวที่ตกค้าง
5. อย่าให้แผลกระทบกระเทือน
6. ห้ามเลือดก่อนปิดแผล

4. วัตถุประสงค์ *ปรับคำให้เหมาะสม*

1. ป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรคเข้าสู่แผลทางผิวหนัง
2. ส่งเสริมกระบวนการการหายของแผล
3. ให้เกิดสภาวะที่ดีที่สุดแก่การงอกของเนื้อเยื่ออย่างสมบูรณ์
4. ชะล้างสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล
5. ดูดซับสิ่งคัดหลั่งส่งเสริมให้มีการระบายดีขึ้นและป้องกันไม่ให้ผิวหนังรอบๆแผลเปื่อยหรือลอกหลุดออก
6. ป้องกันการคั่งค้างหรือสะสมของสิ่งคัดหลั่งในแผลที่มีลักษณะเป็นโพรง และทำให้บาดแผลตื้นขึ้น
7. ห้ามเลือดกรณีมีเลือดออกโดยใช้แรงกดโดยตรงที่แผล

5. ชนิดของการทำแผล แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การทำแผลชนิดเปียกและแห้ง

1. การทำแผลชนิดแห้ง (dry dressing) หมายถึง การทำแผลที่สะอาด ไม่มี discharge หรือมีเล็กน้อย เช่น แผลผ่าตัดที่ไม่มีการอักเสบ หรือมี discharge ที่ระบายออกจากแผลเล็กน้อย ไม่ค่อยมีการสูญเสียเนื้อเยื่อ การทำแผลชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องทำทุกวัน ยกเว้นเมื่อผ้าปิดแผลหลุด หรือมี discharge มาก
2. การทำแผลชนิดเปียก (wet dressing) หมายถึง การทำแผลที่มีลักษณะปากแผลเปิดอ้า หรือแผลมี discharge มาก ซึ่งอาจออกเป็นน้ำเหลืองหรือหนอง เช่น แผลกดทับ แผลผ่าตัดที่มี การติดเชื้อ หรือแผลที่ขอบแผลแยก

6. การทำแผล (Wounds dressing)

1. ศึกษาและทำความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์
2. ประเมินสภาพบาดแผลของผู้ป่วย ดังนี้
 - 2.1 เตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้ในการเปิดแผล ไปที่เตียงผู้ป่วย ดังนี้
 - 2.1.1 ภาชนะรองรับสิ่งสกปรก เช่น ถังกระดาษ ใสในขามรูปไต หรือถุงพลาสติก
 - 2.1.2 ถังมือสะอาด 1 คู่
 - 2.1.3 ไม้พันสำลีชุบน้ำยาอะซีไตน สำหรับเช็ดคราบพลาสติกที่ติดอยู่บริเวณผิวหนังรอบๆ แผล
 - 2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ
 - 2.3 สวมถุงมือสะอาด ก่อนแกะผ้าปิดแผล
 - 2.4 ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาอะซีไตนเช็ดผิวหนังขณะแกะพลาสติก และเช็ดคราบพลาสติกที่ติดอยู่บริเวณผิวหนังรอบๆ แผลออก
 - 2.5 แกะผ้าปิดแผลขึ้นนอกออก ทิ้งลงในภาชนะหรือถุงพลาสติกที่รองรับสิ่งสกปรก ถ้าผ้าปิดแผลแห้งติดแผล ให้ใช้น้ำเกลือล้างแผล (NSS) เทลงบนผ้าปิดแผลให้ชุ่มแล้วทิ้งไว้สักครู่ เพื่อให้สามารถดึงผ้าปิดแผลขึ้นในให้หลุดออกจากแผลได้โดยง่าย
 - 2.6 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บหรือปวดบริเวณบาดแผลในขณะที่แกะผ้าปิดแผลออก สังเกตลักษณะและขนาดแผล สี กลิ่น และปริมาณของ Discharge ที่ซึมออกจากแผล อาการบวมแดง กดเจ็บ หรืออาการผิดปกติอื่นๆ
 - 2.7 ถอดถุงมือออก ทิ้งถุงมือลงในถังขยะติดเชื้อ
 - 2.8 ล้างมือให้สะอาดและเช็ดมือให้แห้ง
3. วางแผนทำแผล ดังนี้
 - 3.1 เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการทำแผล
 - 3.2 เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำแผล ดังนี้
 - 3.2.1 ที่วางชุดทำแผล (Mayo stand)

- 3.2.2 ชุดทำแผลสะอาดปราศจากเชื้อ 1 ชุด วางบน Mayo stand
- 3.2.3 สำลี ก๊อช และ/หรือก๊อชหุ้มสำลี (Top) ที่สะอาดปราศจากเชื้อ ตามสภาพและขนาดของแผล ถ้าจำเป็นต้องตัดเนื้อตายจากแผล ให้เตรียมกรรไกรตัดเนื้อ 1 อัน กรรไกรตัดไหม ให้เตรียมกรรไกรตัดไหม 1 อัน
- 3.2.4 น้ำเกลือล้างแผล (NSS) หรือน้ำยาเช็ดแผลชนิดอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือตามนโยบายการใช้ยาทำความสะอาดแผลของหอผู้ป่วย
- 3.2.5 กรรไกร พลาสเตอร์ ผ้าพันแผล (Gauze bandage) ตามสภาพของแผล
- 3.2.6 ถุงมือสะอาด 1 คู่
- 3.3 เตรียมขั้นตอนการปฏิบัติ ตามลำดับก่อน-หลัง (รายละเอียดในข้อ 4)
4. ลมมือปฏิบัติ โดยนำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ไปที่เตียงผู้ป่วย
- 4.1 บอกให้ผู้ป่วยทราบ
- 4.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ปิดพัดลม กั้นม่านให้มิดชิด เปิดไฟให้สว่าง
- 4.3 จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบายและเหมาะสม สามารถทำแผลได้สะดวก
- 4.4 ล้างมือให้สะอาดและเช็ดมือให้แห้ง
- 4.5 ผูกผ้าปิดปากปิดจมูก
- 4.6 เปิดชุดทำแผลอย่างถูกต้องตามหลัก Aseptic technique เปิดห่อสำลี ก๊อช และก๊อชหุ้มสำลี (Top) ที่จะใช้เพิ่ม ใส่ลงในชุดทำแผล โดยไม่ข้ามของใช้ที่สะอาดปราศจากเชื้อ และจัดวางอุปกรณ์ให้เหมาะสม
- 4.7 เทน้ำยาที่จะใช้ในชุดทำแผล และทำความสะอาดแผล ดังนี้
- 4.7.1 เช็ดผิวหนังรอบแผลด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำเกลือล้างแผล โดยเช็ดจากส่วนที่ชิดแผลก่อน แล้วเช็ดวนออกไปรอบนอก รัศมีประมาณ 3 นิ้วฟุต โดยไม่เช็ดย้อนไปมาลำดับขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม
- กรณีทำแผลชนิดแห้ง (Dry dressing)**
- 4.7.2 เช็ดบนตัวแผลด้วยสำลีชุบน้ำเกลือล้างแผล โดยเช็ดคราบเลือดที่แห้งติดบนรอยเย็บของผิวหนังให้สะอาด อย่างนุ่มนวล จนผิวหนังรอบๆ แผลสะอาด
- 4.7.3 ปิดแผลชั้นในด้วยผ้าก๊อช โดยปิดให้ใหญ่กว่าบาดแผลโดยรอบประมาณ ½ - 1 นิ้วฟุต
- 4.7.4 ปิดแผลชั้นนอกด้วยผ้าก๊อช หรือก๊อชหุ้มสำลี (Top) ทับผ้าปิดแผลชั้นในให้หนาพอที่จะป้องกันฝุ่นละอองเข้าไปในแผล
- 4.7.5 ติดพลาสเตอร์ทับไปบนผ้าปิดแผลชั้นนอก โดยปิดตามแนวขวางของกล้ามเนื้อ หรืออาจใช้ผ้าพันแผลพันรอบแผลในรายที่มีแผลจำนวนมาก อยู่ติดต่อกันเป็นแนวยาว เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของผ้าปิดแผลชั้นใน และเพื่อความเรียบร้อย สวยงาม เหมาะสมกับขนาดของแผล

กรณีทำแผลเปียก (Wet dressing)

4.7.2 เช็ดภายในแผลด้วยสำลีชุบน้ำเกลือล้างแผล โดยเช็ดจากส่วนในสุดก่อน แล้วเช็ดออกมาจนถึงขอบแผล ใช้สำลีชุบน้ำเกลือล้างแผลเช็ดจนแผลสะอาด และเช็ดผิวหนังรอบแผลด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำเกลือล้างแผลซ้ำอีกครั้ง ก่อนปิดแผล

4.7.3 คลี่ผ้าก๊อชที่ชุบน้ำเกลือล้างแผลหรือน้ำยาตามแผนการรักษาพอหมาด วางคลุมลงบนเนื้อแผลด้านในอย่างหลวมๆ จนเต็มแผล เพื่อให้แผลชุ่มชื้น

4.7.4 ปิดทับผ้าคลุมแผลด้านในด้วยผ้าก๊อชหรือก๊อชหุ้มสำลี ให้มิดชิดและหนาพอที่จะกันการซึมเปื้อนของ Discharge ออกมาด้านนอก

4.7.5 ปิดทับผ้าปิดแผลชั้นนอกด้วยพลาสติกตามแนวขวางของกล้ามเนื้อ หรือใช้ผ้าพันแผลพันรอบแผล เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของผ้าปิดแผลชั้นใน แล้วปิดทับชายผ้าพันแผลด้วยพลาสติก เพื่อยึดผ้าพันแผลให้อยู่กับที่ อย่างเรียบร้อย สวยงาม และเหมาะสมกับขนาดของแผล

5. ประเมินผลภายหลังการทำแผล

5.1 สอบถามความรู้สึก สังเกตสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วยหลังทำแผลเสร็จ

5.2 ลงบันทึกเกี่ยวกับลักษณะของแผล ปริมาณของ Discharge ที่ซึมเปื้อนก๊อชก่อนทำแผล ชนิดของน้ำยาที่ใช้ (ภายหลังทำแผลชนิดเปียก) หรือลงบันทึกเกี่ยวกับลักษณะของแผล

5.3 ลงบันทึกเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น

5.4 ลงบันทึกลายมือชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึก

7. หลักการปิดแผล

ควรใช้ผ้าก๊อชที่เหมาะสมกับแผลปิดแผลไว้ ซึ่งจะใช้นาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณของสิ่งที่ขับออกมาจากแผล หลังปิดแผลแล้วควรติดพลาสติกให้เรียบร้อยสวยงาม ซึ่งต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผิวหนังของผู้ป่วยแต่ละคนว่าแพ้อะไรชนิดนั้นๆหรือไม่ อย่างไร

8. การบันทึกทางการพยาบาลหลังทำแผล

หลังทำความสะอาดแผลแล้ว ต้องมีการบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เกี่ยวกับแผลลงในบันทึกทางการพยาบาล โดยบันทึกเกี่ยวกับตำแหน่ง ขนาด ลักษณะของแผล สี กลิ่น และปริมาณของสิ่งที่ขับออกมาจากแผล รวมทั้งความเจ็บปวดของผู้ป่วยหรืออาการ ผิดปกติอื่นๆที่พบ

9. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

1. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งที่มีการทำความสะอาดร่างกาย/ การเปลี่ยนท่า/การพลิกตะแคงตัว

2. ใช้ โพลียูรีเทนโฟม ปิดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกป้องกันแรงไถลและการเสียดสี

3. ใส่ที่นอนลดหรือกระจายแรงกด

4. พลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่า ทุก 2 ชั่วโมง ปฏิบัติดังนี้ ใช้ผ้ารองยกตัว หรืออุปกรณ์ในการยกตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการลากดึง ป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังจากแรงเสียดสี

10. สิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ได้แก่

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติเนื่องจากมีความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิ การเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนวันแต่เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิจะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด วันแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้อบรมข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้ แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์

ซึ่งจากการทำแผล สิทธิผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ได้แก่ข้อ 2 ,3,5 และ 7 โดยเน้นสำคัญที่สุด คือ การรักษาความลับของผู้รับบริการ ไม่นำข้อมูลไปเปิดเผย

11. สมรรถนะตามสภาการพยาบาล

ตามประกาศสภาการพยาบาล (2561) เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ข้อ 5 หัตถการและทักษะ/เทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป ดังนั้นจึงถือเป็นสิ่งที่นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะได้ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ผู้สอน ซึ่งโดยทั่วไป ก่อนจะทำแผล พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย และสามารถให้การพยาบาลเบื้องต้น ก่อนการรายงานแพทย์

สรุป

ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำแผลที่ถูกต้องตามหลักการและปฏิบัติ ตามแนวทางการป้องกันแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับอย่างครอบคลุม เพื่อความปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผล โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ความเอื้ออาทร ยึดหลักจริยธรรมและหลักสิทธิผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- ชัชชาภา ฦ นคร และ ศิริจิตร์ จันทร. 2562. การทำความสะอาดแผล การใช้ผ้าพันแผลและผ้าผูก. ใน อัจฉรา พุ่มดวง (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5), หน้า 209-225. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี พนาสกุลการ. 2560. การทำแผล (Wound dressing). ใน สัมพันธ์ สันทนาคณิต, สุมาลี โพธิ์ทอง และ สุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (บรรณาธิการ), ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3), หน้า 121-136. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- อภรชา ลำดับวงศ์. 2563. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล. ใน สุปราณี เสนาดีสัย และ วรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน (พิมพ์ครั้งที่ 2), หน้า 347-376. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- Crawford LR & Yoost BL. 2020. Fundamentals of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice. Missouri: Elsevier.
- Gosnell C. 2019. Foundations of Nursing (8th edition). Missouri: Elsevier.
- Williams P. 2022. Fundamental Concepts and Skills for Nursing (6th edition). Missouri: Elsevier.