

แผนการนิเทศการพยาบาล

เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ Pressure Injury

ผู้นิเทศตำแหน่ง

ผู้รับการนิเทศตำแหน่ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติการพยาบาลมีความรู้ป้องกันการเกิดPI แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและป้องกันแผลกดทับของบุคลากรงานบริการพยาบาล

สถานที่นิเทศ หอผู้ป่วย รพ.ศรีนครินทร์

วัน เดือน ปี วันที่ เวลาน.

เหตุผลการนิเทศ: เพื่อควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้เป็นไปตามมาตรฐาน และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

แนวทางการนิเทศ

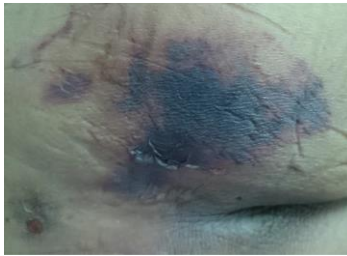
1. พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
2. ชักถามวิธีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ลักษณะและความแตกต่างของแผลกดทับแต่ละระดับ แผนการพยาบาล
วิธีการดูแลแผลกดทับแต่ละระดับ และการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
3. สังเกตขั้นตอนการปฏิบัติ ชมเชยถ้าปฏิบัติได้ถูกต้อง
4. ชี้แนะขั้นตอนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
5. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับข้อเสนอแนะในการนิเทศ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้รับการนิเทศสามารถ 1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้อง	บทนำ แผลกดทับ คือการได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อจากแรงกดทับที่ผิวหนังเป็นเวลานาน โดยแผลกดทับมักเกิดบริเวณผิวหนังที่หุ้มกระดูกมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ทำให้ต้องนอนอยู่บนเตียงหรือนั่งรถเข็นตลอดเวลา รวมไปถึงผู้สูงอายุด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกดทับ 1. ทำการประเมินผิวหนังผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย โดยประเมินตั้งแต่แรกรับ ให้ประเมินบริเวณปุ่มกระดูกก้นกบ ตาตุ่ม และบันทึกว่าเกิดหรือไม่เกิดแผลกดทับมาก่อนเข้าโรงพยาบาล (ทุกหน่วยงานทั้ง OPD และ IPD) OPD บันทึกในเวชระเบียน IPDบันทึกใน พยบ B.S.01 2. ในผู้ป่วยใน(IPD) ต้องมีการประเมิน พยบ B.S.01. ให้ครบถ้วนและบันทึกค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ(braden scale) ในวันแรกภายใน 8 ชั่วโมง 3. บันทึกใน Nurses' note “ลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก หรือยังไม่เกิดแผลกดทับ” 4. การใช้เครื่องมือ Braden scale เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จะมีคะแนนรวม 6-23 คะแนน โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนนความเสี่ยง และการบันทึกประเมินและบันทึกในพยบ B.S.01 ดังนี้	- ทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การนิเทศ เกริ่นนำ ด้วยความเป็นกันเอง - ชักถาม/ ร่วมกันอภิปรายถึงลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ - ชักถาม ร่วมอภิปรายและสังเกตจากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พร้อมให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ตอบ/ ปฏิบัติได้ยังไม่ครบถ้วน/ ไม่ถูกต้อง	- ผู้รับการนิเทศสามารถบอกลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้อง	-สังเกต ชักถาม -ทำแบบทดสอบ ถ้ามี

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
2. ประเมินและบอกความแตกต่างของแผลกดทับแต่ละระดับได้	- คะแนน ≤ 9 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ให้บันทึก ทุก 3 วันหรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - คะแนน 10-12 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง ให้บันทึก ทุก 3 วันหรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - คะแนน 13-14 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง ให้บันทึก ทุก 15 วันหรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - คะแนน 15-18 หมายถึง มีความเสี่ยงน้อย ให้บันทึก ทุก 1 เดือนหรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5. ประเมินผิวหนังและปุ่มกระดูกทุกเวร ประเมินภาวะโภชนาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Albumin, Hematocrit ตั้งแต่แรกที่ได้รับไว้ใน การดูแล และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 6. การใช้แบบประเมินความเสี่ยง ใช้แบบประเมิน Braden scale เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทุกรายแบ่งเป็น 6 หมวดได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึก 2) การเปื่อยขึ้นของผิวหนัง 3) การทำกิจกรรม 4) การเคลื่อนไหว 5) ภาวะโภชนาการ 6) แรงเสียดทานและแรงเฉือน 7. การแบ่งระดับของแผลกดทับ Pressure Injury			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
	7.1 แผลกดทับระดับ 1 ผิวหนังยังสมบูรณ์แต่พบรอยแดง เฉพาะที่พบความเจ็บปวด แฉง นุ่ม ร้อน หรือ เย็น กว่า ผิวหนังข้างเคียง ทดสอบได้โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง 30 นาทีและตรวจสอบดูตามปุ่มกระดูกที่ถูกกด  7.2 แผลกดทับระดับ 2 มีการสูญเสียของชั้น dermis ลักษณะพื้นผิวแผลสีแดงชมพู อาจมีลักษณะผิวหนังที่มีตุ่มพองน้ำที่มีน้ำเหลืองอยู่ข้างใน (serum-filled blister) หรือมีการแตกของตุ่มพองน้ำ  7.3 แผลกดทับระดับ 3 มีการสูญเสียของผิวหนังทั้งหมด คือชั้น epidermis และ dermis และอาจลึกถึงชั้นไขมัน	- พุดคุย ซักถามถึงลักษณะของ แผลกดทับแบบต่าง ๆ/ เข้าไป ร่วมดูแล สังเกตและอภิปราย ขณะดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และให้ ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ตอบได้ ยังไม่ครบถ้วน/ ไม่ถูกต้อง	- ผู้รับการนิเทศสามารถ บอกลักษณะแผลกดทับใน แต่ละระดับได้อย่างถูกต้อง	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
3. ให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้	แต่ยังไม่ถึงขั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก พื้นผิวแผลบางส่วนจะมีเนื้อตาย อาจมีโพรงแผล และหลุมแผลเกิดขึ้น  7.4 แผลกดทับระดับ 4 เกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก อาจจะมีเนื้อตายที่มีลักษณะเหนียว (slough) หรือเนื้อตายที่เป็นสะเก็ด (eschar) ติดอยู่ที่พื้นแผล ส่วนใหญ่พบร่วมกับโพรงและช่องใต้ผิวหนัง  7.5 แผลกดทับที่ไม่สามารถบอกระดับได้ (unstageable) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมดและพื้นแผลทั้งหมดถูกคลุมไว้ด้วยเนื้อตายสีเหลือง หรือ เนื้อตายสีดำ			

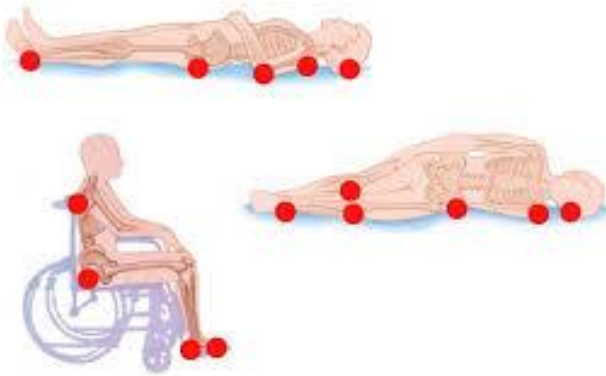
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
4.ให้การพยาบาลตามระดับของแผลกดทับได้อย่างเหมาะสม	แข็ง (slough/ escha) แม้จะตัดเอา เนื้อตายสีเหลือง หรือ เนื้อตายสีดำแข็ง ออกแล้ว ยังคงไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับได้ว่าเป็นระดับ 3 หรือระดับ 4  7.6 แผลกดทับที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ลึก (Suspected deep tissue injury) โดยผิวหนังยังไม่ฉีกขาด ลักษณะสีของผิวหนังจะเปลี่ยนไปเป็นสีม่วง หรือ อาจมีสีน้ำตาลแดงหรือผิวหนังพองที่มีเลือดอยู่ข้างใน (blood-filled blister) บริเวณนี้อาจจะมีการเจ็บปวด แสบ แห้ง เหนียว หนาว ร้อน คัน หรือ เหนียว  8. การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
	8.1 ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย (คะแนน 15-18) ควรดูแลดังนี้ - การใช้แบบประเมินความเสี่ยง ใช้แบบประเมิน Braden scale เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทุกรายแบ่งเป็น 6 หมวดได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึก 2) การเปลี่ยนท่าของผิวหนัง 3) การทำกิจกรรม 4) การเคลื่อนไหว 5) ภาวะโภชนาการ 6) แรงเสียดทานและแรงเฉือน - ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการฯ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Albumin, Hematocrit ตั้งแต่แรกที่รับไว้ใน การดูแล และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มีไข้ บวม BP↓ ให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงในขั้นถัดไป 9. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านการประเมินผิวหนังและโภชนาการ การทำความสะอาดผิวหนัง การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดและใช้หมอนเล็กนุ่มรองตามปุ่มกระดูกบริเวณที่กดทับกับที่นอน การจัดโปรแกรมการให้ความรู้ - ประเมิน “ลักษณะผิวหนัง” เหนือปุ่มกระดูก ได้ อุปกรณ์และผ้าอ้อม (high absorbent) บนที่ก้อย่างน้อยวันละครั้ง ในการใส่ผ้าต้องไม่รัด	- พูดคุย ชักถามวิธีดูแลผิวหนังผู้ป่วยตาม ความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหรือเข้าไปร่วมดูแลและสังเกตขณะให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	- ผู้รับการนิเทศให้การดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
	แน่นประเมินโดยสามารถสอดนิ้วได้ 2 นิ้ว และเปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีเมื่อมีการเปียกและ - เคลื่อนย้ายโดยการยก หรือใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่ดึงหรือลาก - จัดท่าศีรษะสูงและตะแคงท่ามุมไม่เกิน 30 องศา ยกสันเท้าลอย ระวังไม่ให้เท้าตก - ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดเมื่อมีความเสี่ยงสูง เช่น ที่นอนลม ใช้วัสดุลดแรงกดปุ่มกระดูกหรือรองใต้อุปกรณ์ (สามารถใช้วัสดุปิดแผล เช่น แผ่นโพน Hydrocolloids (duoderm CGF) - ทำความสะอาดผิวหนังด้วยสบู่เหลว หรือ Skin cleanser ที่มี PH balance เช่น สบู่เด็กอ่อน - ไม่ขัดถูผิวหนัง และซับให้แห้งทุกครั้ง - ดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้นไม่เปียกและ ไม่แห้ง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น หลังทำความสะอาดร่างกายควรครีม/โลชั่น 3-4 ครั้ง/ วัน เพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง - เคลือบปกป้องผิวหนังจากสิ่งขั้บถ้ายด้วย ครีม/โลชั่นเคลือบผิว หรือ फिल्मเหลวเคลือบผิวกันน้ำ - ใช้แผ่นรองอนามัยที่ซึมซับได้ดี (high absorbent) รองบริเวณที่เปียกชื้น ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ในเพศชายควรใส่ถุงยางอนามัยรองรับน้ำปัสสาวะ	- พูดคุย ชักถามวิธีดูแลผิวหนังเมื่อเกิดแผลกดทับระดับต่าง ๆ หรือเข้าไปร่วมดูแลและสังเกตขณะให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	- ผู้รับการนิเทศให้การดูแลผิวหนังเมื่อเกิดแผลกดทับระดับต่าง ๆ ได้ถูกต้องตามขั้นตอน	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
	8.2 ผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 13-14) - พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทุก 2 ชม. และจัดท่าให้ลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา (ยกเว้นรายที่มีข้อจำกัด) - ร่วมกับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย ในข้อ 8.1 8.3 ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง-สูงมาก (คะแนน $\leq 10-12$) - พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทุก 1 ชม.และจัดท่าให้ลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา - ร่วมกับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ในข้อ 8. 2 - ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มีไข้ บวม BP↓ ต้องบู่ที่นอนลมให้ผู้ป่วยนอนทุกราย 10. การดูแลผิวหนังเมื่อเกิดแผลกดทับระดับต่าง ๆ 9.1 แผลกดทับระดับ 1	- พุดคุย ชักถามถึงวิธีการดูแลแผลกดทับระดับต่าง ๆ/ เข้าไปร่วมดูแลสังเกตและอภิปรายขณะดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ตอบได้ยังไม่ครบถ้วน พร้อมทั้งกล่าวชมเชยกรณีที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง	-ประเมินความพึงพอใจการนิเทศมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
	- พลิกตะแคงตัว ความสะดวกผิวหนังอย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำธรรมชาติใช้ผลิตภัณฑ์อาบน้ำชนิดต่างอ่อน - หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น หลังทำความสะอาดร่างกายควรทาวาสลิน หรือโลชั่น 3-4 ครั้ง/ วัน เพื่อป้องกันผิวแห้งแตกแห้ง - ใช้แผ่นรองอนามัยบริเวณที่เปียกชื้น ในคนที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ในเพศชายควรใส่ถุงยาง (condom) 9.2 แผลกดทับระดับ 2 - ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ หรือสามารถใช้ providine ได้ ถ้าแผลมีการติดเชื้อ - ติด Hydrocolloids (duoderm CGF) 9.3 แผลกดทับระดับ 3 - ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ หรือสามารถใช้ providine ได้ ถ้าแผลมีการติดเชื้อ - ติด Hydrocolloids (duoderm CGF) และ - ใช้duoderm gel , aquacel, aquacel Ag มีซิลเวอร์ (silver, Ag) ซึ่งเป็นสารฆ่าเชื้อ เพื่อใช้ป้องกันกรณีแผลติดเชื้อ 9.4 แผลกดทับระดับ 4 - ล้างแผลน้ำยาที่เหมาะสมที่สุด คือน้ำเกลือ - ถ้ามีสิ่งคัดหลั่งจำนวนมากใช้ alginate, aquacel Ag 9.5 แผลกดทับที่ไม่สามารถบอกระดับได้			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล
	- ล้างแผลน้ำยาที่เหมาะสมที่สุด คือน้ำเกลือ - แพทย์อาจตัดเนื้อตายออก 9.6 แผลกดทับที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ลึก - พลิกตะแคงตัว ความสะอาดผิวหนังอย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำธรรมชาติใช้ผลิตภัณฑ์อาบน้ำชนิดต่างอ่อน 10 ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับ กล่าวขอบคุณและประเมินผลการนิเทศ 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนิเทศ	เกณฑ์การประเมินผล	การประเมินผล

การประเมินผล.....

จุดเด่น

โอกาสพัฒนา.....

ข้อเสนอแนะ.....

เอกสารอ้างอิง

Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *JWOCN*. 43(6). 585-597.

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันตำแหน่งที่มักเกิดแผลกดทับ รักษายากไม่ได้. (2560). ใน คณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกัน ภาพคลินิกของสโตมีและแผล าล ปี 2560. (11-17). ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วัน โอ ไฟว์ ดิจิตอลพริ้นติ้ง. สุตตรา อุณิสากร, ทิพย์วิมล ส: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช 2561 ทัศน์. (2558). การป้องกัน และดูแลแผลที่เกิดจากการกดทับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ไอซียูอายุรกรรม.วารสารสภากาพยาบาล, 30 (2), 86-100.

Beckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, et al. (2010). Pressure ulcers and incontinence- associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *BMJ journal*, 19(5), 1-4.

Doughty, D., Junkin, J., Kurz, P., Selekof, J., Gray, M., Fader, M., Logan, S. (2012). Incontinence-Associated Dermatitis: Consensus Statements, Evidence-Based Guidelines for Prevention and Treatment, and Current Challenges. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39(3), 303–315.

การนิเทศการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทารกแรกเกิด

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในทารกแรกเกิดใช้แบบประเมิน “Neonatal skin risk assessment scale”(NSRAS)

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในทารกแรกเกิดตามแบบประเมิน “Neonatal skin risk assessment scale”(NSRAS) เป็นแบบประเมินที่ปรับจากแบบประเมิน บราเดนของผู้ใหญ่โดย Huffness B และ Lodgson MC เคยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นและความตรงกับทารกที่มีอายุครรภ์ 26 – 40 สัปดาห์ จำนวน 32 รายที่นอนรักษาใน NICU ในปี ค.ศ.1997 พบว่ามีค่าความไว 83% และค่าความจำเพาะ 81% ซึ่งสามารถคาดการณ์ผิวหนังถูกทำลายได้ดี ซึ่งมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ภาวะสุขภาพ(อายุครรภ์) ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว กิจกรรม ภาวะโภชนาการ การเปื่อยขึ้นของผิวหนัง คะแนนแต่ละตัวแปรเริ่มตั้งแต่ 1-4 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน เริ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ยิ่งคะแนนมากยิ่งเสี่ยงมาก

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจะเริ่มประเมินเมื่อแรกจับไว้ในหอผู้ป่วยหลังจากนั้นให้ประเมินทุก 48 ชั่วโมง ส่วนของการประเมินผิวหนังจะประเมินทุกวัน วันละ 3 ครั้งบันทึกผลในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 2 : การปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

การปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับ การป้องกันเป็นการประยุกต์แนวทางปฏิบัติการพยาบาลของ NSRAS (NSRAS General Interventions) มาใช้ซึ่งมี 12 ข้อ ด้านการดูแลแผลกดทับใช้ตามแนวทางดูแลแผลกดทับงานบริการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ส่วนที่ 3. บันทึกการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 4 สรุปการเกิดแผลกดทับ วันที่จำหน่าย / ย้าย