



กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนา

CNPG : แนวปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

รหัส : CNPG-NUR-001

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : วันที่ 18 เมษายน 2567

ผู้จัดทำ

(นางพรรณวดี ฉายบุญครอง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
18 เมษายน 2567

ผู้อนุมัติ

(นางสาวพรภัสร์ เชี่ยวชาญนิติกิจ)
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
18 เมษายน 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับ
4. เพื่อเพิ่มการฟื้นฟูของแผลกดทับ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แผลกดทับ หมายถึง แผลบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่มีการทำลายเฉพาะที่จากแรงกดแรงเสียดทานและแรงเฉือนที่มากระทำอย่างต่อเนื่อง จะพบผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงและมีการแตกทำลายของผิวหนังมักพบในผู้ป่วยที่มีการนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน นอนติดเตียง ไม่ค่อยพลิกตะแคงตัว หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจนเกิดแผลกดทับที่ผิวหนังตามตำแหน่งต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก เช่น กระดูกก้นกบ กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง ข้อศอกและส้นเท้า เป็นต้น

2. ระดับของแผลกดทับ หมายถึง ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ และ 2 ลักษณะดังนี้

ระดับที่1 (Stage 1) ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเป็นรอยแดง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด รอยแดงเหล่านี้จะไม่หายไปภายในประมาณ 30 นาทีเมื่อมีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใช้นิ้วมือกดพบว่ารอยแดงยังคงอยู่



ระดับที่ 2 (Stage 2) ลักษณะแผล ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังที่ถูกทำลาย มีการฉีกขาดเป็นแผลตื้นจนมองเห็นชั้นหนังแท้พื้นแผล มีสีชมพูหรือสีแดง หรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก



ระดับที่ 3 (Stage 3)



ระดับที่ 3 (Stage 3) ลักษณะแผล มีการทำลายชั้นผิวหนังถึงชั้นไขมัน แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ มีรอยแผลลึกเป็นหลุมหรือโพรง อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาล หรือสีดำ มีสิ่งขับหลังจากแผลมากถึงปานกลางและอาจมีกลิ่น

ระดับที่ 4 (Stage 4)



ระดับที่ 4 (Stage 4) ลักษณะแผล มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกถึงชั้นเอ็น มองเห็นพังพืด กล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณแผลได้แผลเป็นโพรง มีสิ่งขับหลังจากแผลปริมาณมากและมีกลิ่นเหม็น

แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Injury / DTI)



แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Injury / DTI) ลักษณะแผลกดทับ มีการเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีม่วงคล้ำหรือแดง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด หรือผิวหนังฉีกขาดเป็นแผล หรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างใน สันนิษฐานว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึก

แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้(Unstageable/US)



แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

(Unstageable/US) ลักษณะพื้นแผล

ทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง สีเหลือง สีน้ำตาล สีเทา สีเขียว หรือ สีดำ ปกคลุมแผล ทำให้ไม่เห็นก้นแผล และไม่สามารถระบุระดับได้

3. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของ Braden แล้วพบว่า มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 18

Braden Score ≤ 12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

Braden Score 13-14 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง

Braden Score 15-18 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงเล็กน้อย

4. ตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแรงกดทับได้สูงเมื่อผู้ป่วยนั่งหรือนอน เช่น บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ศีรษะ หู ไหล่ ข้อศอก สะโพก ก้นกบ และส้นเท้า เป็นต้น

5. การเกิดแผลกดทับ หมายถึง แผลกดทับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย ทั้งแผลที่เกิดขึ้นในตำแหน่งใหม่หรือแผลตำแหน่งเดิมที่มีระดับลึกถึงตั้งแต่ ระดับ 2 ขึ้นไป

ตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลระดับ ๒-๔ เป้าหมาย < 2 ครั้ง : 1000 วันนอน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 รายใหม่และและรายเก่าที่มีการลุกลามเพิ่มของแผล} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเดือนเดียวกัน}}$$

2. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและ การดูแลแผลกดทับ (ใช้วิธีการสุ่มเก็บเดือนละ 10 Samp.) เป้าหมาย $\geq 80\%$

หน้าที่ความรับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden Scale
2. ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติที่มีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
3. รายงานแพทย์และปรึกษาทีมผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ
4. กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หรือมีแผลกดทับเกิดขึ้นแล้วให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับผลการประเมิน และให้ทำการบันทึก สื่อสารส่งต่อข้อมูล และทำการติดตามอย่างต่อเนื่อง

พนักงานช่วยเหลือคนไข้มีหน้าที่

1. ร่วมดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติภายใต้การกำกับของพยาบาล (ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัว และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย)
2. ร่วมประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงทุกรายเมื่อรับเข้าไว้ในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาปัญหา
2. กระบวนการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
3. การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดแผลกดทับ
4. การประเมินผลและการรายงานผล
5. แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
1.การค้นหาปัญหา	การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) 1.1 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับทุกรายและไม่เกิน 2 ชั่วโมง (รับใหม่, รับย้าย หรือรับจากการส่งไปทำหัตถการที่ต้องใช้เวลานาน เช่น Ultrasound , CT , MRI) และบันทึกให้เสร็จสิ้นภายในเวรนั้น โดยใช้แบบประเมิน การเกิดแผลกดทับในผู้ใหญ่ (Braden Scale) ซึ่งจำแนกความเสี่ยงได้ ดังนี้ - Barden scale ≤ 12 ความเสี่ยงสูง ใช้ที่นอนลม พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง - Braden Score 13-14 ความเสี่ยงปานกลาง ใช้หมอนช่วยจัดท่า พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง - Braden Score 15-18 ความเสี่ยงเล็กน้อย กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว 1.2 ในรายที่มีคะแนน > 18 ให้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และทุกครั้งที่มี อาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง มีไข้ มีอาการอ่อนแรง มีการเคลื่อนไหว ลดลง มีอาการถ่ายเหลว 1.3 ในรายที่มีคะแนน ≤ 18 ให้สำรวจปุ่มกระดูกทุกเวร และปฏิบัติตาม กระบวนการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1.4 ลงบันทึกผลคะแนนความเสี่ยงในแบบประเมินการเกิดแผลกดทับใน ผู้ใหญ่ (Braden Scale) 1.5 ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงใน การรับ-ส่งเวร	พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้
2.กระบวนการป้องกันการเกิดบาดแผลกดทับ	2.1. การประเมินและทำความสะอาดผิวหนัง (Skin Assessment and Cleansing) 2.1.1 ประเมินลักษณะผิวหนัง และผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน หากพบความ เสี่ยงหรือผิดปกติให้บันทึกและส่งต่อข้อมูลเพื่อเฝ้าระวัง 2.1.2 ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ไม่เปียกชื้นจากเหงื่อ และจัดให้มีอากาศ ถ่ายเทได้ดีเพื่อช่วยลดความเปียกชื้น ที่จะเป็นผลทำให้เซลล์ผิวหนังทำหน้าที่ ลดลง ฉีกขาดง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 2.1.3 อาบน้ำ/เช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา หลีกเลี่ยงน้ำอุ่นในรายที่ผิวแห้ง ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง (สบู่เด็ก) และซับให้แห้งทุกครั้ง ทาโลชั่นเพื่อป้องกันผิวแตกแห้ง 2.1.4 ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ให้ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและ เปลี่ยนทุกเวร แต่หากมีการขับถ่ายอุจจาระ ให้เช็ดทำความสะอาดทุกครั้ง ที่ถ่าย ซับให้แห้งอย่างเบามือ - ทาวาสลีนที่ผิวหนังรอบๆทวารหนักและแก้มก้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อเคลือบ ผิวหนัง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดแผลจากการกัดกร่อนของกรดและด่างใน อุจจาระปัสสาวะ 2.1.5 ห้ามนวดบริเวณปุ่มกระดูก และห้ามประคบด้วยความร้อน เนื่องจากการเพิ่มแรงกดทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดเล็กๆ บริเวณนั้นให้เสื่อมสภาพได้ 2.2 โภชนาการ (Nutrition) 2.2.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหารรับประทานได้น้อย การดูดซึมอาหารทางสายยางได้ไม่ดี ติดต่อกัน 2-3 มื้อ ผู้ที่ผอม (BMI < 18.5) ในผู้สูงอายุ 2.2.2 ในรายที่รับประทานอาหารทางปากได้และพบว่า ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 gm% หากไม่มีการจำกัดของโรค แนะนำให้ญาติ จัดอาหารเสริมไว้ให้ผู้ป่วย เช่น นม ผลไม้ต่างๆ ตามฤดูกาลที่มีวิตามินซีสูง 2.2.3 ในรายที่รับประทานอาหารทางปากได้ให้จัดอาหารที่ถูกปาก และถูกต้องตามหลักโภชนาการ หรือจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริม การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 2.3 การจัดทำ (Positioning) 2.3.1 จัดทำปายเดือนพลิกตะแคงตัว พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้เทคนิค ยก จัด ดึง ดู หลีกเลี่ยงการกดทับ บริเวณปุ่มกระดูก	พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
ต่อ 2.กระบวนการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	2.3.2 ทำนอนหงายใช้หมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า ตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง ขาทั้ง 2 ข้าง ให้เท้าลอยขึ้น จัดศีรษะสูงไม่เกิน 30° เพื่อป้องกันการเลื่อน ไกล(shearing) ยกเว้นรายที่มีข้อจำกัด เช่น มีการหักของกระดูกสันหลัง ถ้าเป็นการนอนหงายจัดศีรษะสูงเพื่อให้อาหาร หลังให้อาหาร 30-60 นาทีควรลดระดับศีรษะลงเหลือไม่เกิน 30° 2.3.3 ทำนอนตะแคงให้นอนตะแคงกึ่งหงาย โดยใช้หมอนยาวหรือ หมอนข้างรองรับตลอดแนวลำตัว หมอนรองรับบริเวณข้อเข่า ข้อเท้า โดยจัดลำตัวทำมุม 30° กับที่นอน เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณปุ่มกระดูก (Greater trochanter) และใช้หมอนรองปุ่มกระดูกและใบหู 2.3.4 ในกรณีที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้ Pat-slide ทุกครั้ง เพื่อ ป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง 2.3.5 ใช้ผ้าขาววางเตียงปูรองตัวผู้ป่วย ช่วยในการยกตัว ผู้ป่วยขณะเปลี่ยนท่านอนและเลื่อนตัวผู้ป่วยทุกครั้ง 2.3.6 ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดและเรียบตึงเสมอ จัดเสื้อผ้าให้เรียบ และหมั่นตรวจสอบสิ่งแปลกปลอมที่บริเวณเตียงผู้ป่วยเสมอ หลีกเลี้ยง การนอนทับตะเข็บเสื้อ ปมผูกต่างๆ และบริเวณที่มีอุปกรณ์หรือสาย เช่น NG Tube, Foley's Cath เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่บนผิวหนัง 2.3.7 ผู้ป่วยที่มีแขนหรือขาบวม ควรยกส่วนที่บวมสูงกว่าหัวใจเพื่อ เพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำ ลดอาการบวม 2.3.8 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแล ในการบริหารข้อต่างๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ข้อเข่า หรือตามแนวทางของนักกายภาพเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต 2.4 การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด (Pressure-Relieving device) 2.4.1 ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 12 ให้ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด คือ ที่นอนลม/ Alpha bed ที่นอนลดแรงกดทับ และใช้หมอนใบเล็กหนุน รองตามปุ่มกระดูกต่างๆ เวลาจัดท่านอน 2.4.2 ไม่ใช้อุปกรณ์รูปโดนัทที่เป็นยางรองบริเวณปุ่มกระดูก เพราะ จะขัดขวางการไหลเวียนของเลือด 2.5 จัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ (Education programs) 2.5.1 หัวหน้าหน่วยงานทบทวน นิเทศติดตามการปฏิบัติให้ความรู้เรื่องการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับบุคลากรพยาบาลทุกระดับอย่างน้อยทุกไตรมาสเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล 2.5.2 ให้ความรู้กับญาติให้ดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมและให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย(กรณีมีญาติเฝ้า)	พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้
3. การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับและส่งต่อข้อมูลการดูแล	3.1 เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้น ให้ส่งบันทึกทางการพยาบาล ติดตาม ความก้าวหน้าการดูแลแผลกดทับ เพื่อจะได้ทราบการเปลี่ยนแปลงของ แผล แต่สิ่งที่สำคัญคือเมื่อผู้ป่วยมีแผลกดทับแล้ว ก็ยังทำการป้องกัน ไม่ให้เป็นมากขึ้นหรือเกิดขึ้นในจุดอื่นๆ อีก 3.2 การดูแลแผลกดทับ 3.2.1 การดูแลแผลกดทับระดับที่ 1 1. ดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2. ลด/ขจัดแรงกดบริเวณผิวหนังที่ปรากฏรอยแดง และใช้อุปกรณ์ลด แรงกดทับ เช่น ฟา้หนุน/ที่นอนลม 3. ให้ใช้วาสลีนเคลือบผิวหนังที่เป็นรอยแดง หลีกเลี้ยงการขัดถูเด็ดขาด 4. ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกวัน	พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
ต่อ 3. การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับและส่งต่อข้อมูลการดูแล	3.2.2 การดูแลแผลกดทับระดับที่ 2 1. ดำเนินงานป้องกันแผลกดทับเหมือนแผลกดทับระดับที่ 1 2. ล้างทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS และเลือกใช้อุปกรณ์ปิดแผล ที่เหมาะสม เช่น วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น 3. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. หลีกเลี่ยงการกดทับในตำแหน่งที่เป็นแผล 4. ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกวัน 3.2.3 การดูแลแผลกดทับระดับที่ 3 1. ดำเนินงานป้องกันแผลกดทับเหมือนแผลกดทับระดับที่ 1 2. ล้างทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS - แผลตื้น ใช้สำลีชุบ 0.9% NSS เช็ดทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอก - แผลลึกมีโพรงและมีการติดเชื้อ ทำแผลโดย NSS irrigate ใส่ Syringe ขนาด 10-20 CC ฉีดล้างทำความสะอาดแผลจนกระทั่ง NSS หลังฉีดล้างใส่ ใส่ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลายเนื้อตาย primary dressing และฆ่าเชื้อ ได้แก่ Silver sulfadiazine, Bactroban ointment และปิดแผลด้วย gauze 3. ถ้ามีไข้หรือแผลเป็นหนอง แผลมีเนื้อตายที่มีกลิ่นเหม็น แผลมีขนาดกว้างขึ้น <u>รายงานแพทย์</u>เพื่อปรับแผนการรักษาหรือผ่าตัดเนื้อตาย 4. ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกวัน 3.2.4 การดูแลแผลกดทับระดับที่ 4 1. ดำเนินงานป้องกันแผลกดทับเหมือนแผลกดทับระดับที่ 1 2. แผลกดทับระดับ 4 การล้างทำความสะอาดแผลเหมือนการดูแลแผลกดทับระดับที่ 3 เป็นแผลที่มีความลึกลุกลามเข้าไปใน ชั้นกล้ามเนื้อ และ/หรือกระดูก มักพบแผลมีการติดเชื้อปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม 3. ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกวัน 3.2.5 การดูแลแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก(DTI) 1. ดำเนินงานป้องกันแผลกดทับเหมือนแผลกดทับระดับที่ 1 2. ควรได้รับการประเมินบาดแผลโดยแพทย์เพื่อรักษา และให้การดูแลแผลที่เหมาะสม 3. ปิดแผลด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามคำแนะนำของแพทย์ 4. ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกวัน การดูแลแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ พื้นแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง แผลกดทับในลักษณะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการกำจัดเนื้อตายและให้การดูแลแผลที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.3 การดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล 3.3.1 (กรณีไม่มีข้อจำกัด) ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยเสริมอาหารโปรตีนจากไข่ นม และเสริมอาหารที่มีวิตามินซี เช่น ผักสด ผลไม้ 3.3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ำ ทดแทน ตามแผนการรักษา 3.3.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 2000 - 3000 cc. ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด 3.3.4 กรณีให้อาหารทางสายยาง ควรปรึกษาแพทย์/นักโภชนาการ เพื่อกำหนดสูตรอาหารโปรตีนสูง เพิ่มไข่ขาว 3.4 การสังเกตเกี่ยวกับระดับและขนาดแผล ตำแหน่ง ลักษณะและปริมาณ exudates และวิธีการทำแผลให้ทีมดูแลทราบ	พยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
4. การประเมินผล, การบันทึกทางการพยาบาล และการรายงานผลการปฏิบัติ	การประเมินลักษณะแผลและการบันทึก กรณีพบแผลกดทับ การประเมินแผลกดทับต้องให้ครอบคลุมตำแหน่ง ขนาด ความลึก ลักษณะขอบแผล เนื้อตาย สีของพื้นแผล การอักเสบติดเชื้อ ความปวด และลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล 1. การประเมินตำแหน่งแผล ให้ระบุตำแหน่งของแผลทุกแผลที่เกิดกับผู้ป่วย 2. กรณีมีหลายแผล ในตำแหน่งเดียวกัน ให้วัดขนาดรวมกันเป็นหนึ่งแผล และให้ระบุระดับแผลโดยยึดจากตำแหน่งที่มีลักษณะการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นที่ลึกที่สุด 3. ขนาดแผลวัดโดยใช้ไม้บรรทัด หรือเครื่องมือวัดสำเร็จรูปที่กำหนดมาตามตราส่วนเป็นเซนติเมตร 4. ความกว้างของแผลให้วัดส่วนที่ยาวที่สุดของแผลตามแนวขวางลำตัว หรือวัดจากแนวด้านข้างลำตัวไปยังด้านข้างลำตัวอีกด้าน (side to side) 5. ความยาวของแผล ให้วัดส่วนที่กว้างที่สุดของแผลตามแนวตั้งของลำตัว หรือวัดจากแนวศีรษะไปยังปลายเท้า (head to toe) 6. ความลึกของแผล วัดโดยการใช้ไม้พันสำลีสอดเข้าไปใต้ขอบแผลของโพรงใต้ผิวหนังในตำแหน่งที่ลึกที่สุด โดยให้ระบุเป็นตำแหน่งนาฬิกาบอกตำแหน่ง (แนวศีรษะเป็นตำแหน่ง 12 นาฬิกา และปลายเท้าเป็นตำแหน่ง 6 นาฬิกา) 7. ลงบันทึกผลการประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกเวอร์ <u>ในกรณีที่มีการล้างแผลให้บันทึกบาดแผลตามแนวทางที่ระบุไว้ข้างต้น</u> หมายเหตุ : 1. การบอกขนาดความกว้าง-ยาวของแผลกดทับให้ยึดตามแนวลำตัวดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นมาตรฐานให้ทุกคนสามารถวัดได้ตรงกัน เพราะฉะนั้นการวัดขนาดของแผลกดทับจะไม่เหมือนการวัดสิ่งของอื่นๆ ตามหลักเรขาคณิตที่ความกว้างต้องน้อยกว่าความยาว ขนาดของแผลกดทับอาจจะมีความกว้างมากกว่าความยาวได้ หากขนาดแผลที่วัดในแนว side to side มากกว่าแนว head to toe 2. ลักษณะของแผลกดทับสามารถเปลี่ยนระดับแย่งจากระดับ 2 เป็นระดับ 3 หรือ 4 ได้ แต่แผลกดทับจะไม่มีการเปลี่ยนระดับเป็นดีขึ้นจากระดับ 4 เป็นระดับ 3 หรือระดับ 2 ได้ เนื่องจากแผลกดทับที่ตื้นขึ้นไม่ได้ถูกแทนที่ด้วยไขมันใต้ชั้นผิวหนังและกล้ามเนื้อ แต่เป็นการแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อสร้างใหม่ (granulation tissue)	พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เก็บตัวชี้วัด
5.แผนการจำหน่าย และดูแลต่อเนื่อง	5.1 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้สรุปข้อมูลตามแบบบันทึกและการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย 5.2 ประเมินความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผล แก่ญาติ/ผู้ดูแล การจัดเตรียม/จัดหาอุปกรณ์ลดแรงกด 5.3 ส่งต่อข้อมูลตามแบบบันทึกและการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยผ่านระบบ Smart COC ไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตาม เยี่ยมบ้าน (กรณีเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้โทรศัพท์ประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ)	พยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. คลินิกออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช (2561). การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น สนับสนุนการพิมพ์ โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 2024
3. สมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย : การป้องกันและรักษาแผลกดทับ พิมพ์ครั้งที่ 3 ปี 2019
4. ยุวดี เกื้อกูลวงศ์ชัย.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ.Mahidol R2R e-Journal,8(1),1-10.
5. รุจภา เจริญธนโปชัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์.(2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. วารสารพยาบาล, 67(4), 53-61.
6. ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ปี 2065
<http://medinfo.psu.ac.th>
7. โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ปี 2024
<http://abkhospital.nmd.go.th>

เอกสารแนบ

1. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Bradel Scale)
2. แบบบันทึกการเกิดแผลและติดตามความก้าวหน้าการดูแลแผลกดทับ
3. แบบนิเทศการพยาบาล เรื่อง การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ
4. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับรายข้อ
5. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับรายบุคคล
6. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับรายบุคคล (บุคลากร)
7. แบบบันทึกข้อมูลการเก็บสถิติการเกิดแผลกดทับ

แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Bradel Scale)														
คะแนน		Score	วันที่ประเมินเดือน.....พ.ศ.....											
การรับรู้	ปกติ	4	วันที่											
	สับสนสื่อสารไม่ได้บ้าง	3												
	ตอบสนองความเจ็บปวด	2												
	ไม่ตอบสนอง	1												
การเพิกข่มของผิวหนัง	ปกติ	4												
	เพิกข่มบางครั้ง	3												
	เพิกข่มบ่อย	2												
	เพิกข่มตลอดเวลา	1												
การทำกิจกรรม	ปกติ	4												
	เดินได้ระยะสั้น/ต้องพยุง	3												
	ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น	2												
	อยู่บนเตียงตลอด	1												
การได้รับอาหาร	ปกติ	4												
	Feed ได้หมด/กินได้ > 1/2 ถาด	3												
	Feed ได้บางครั้ง/กินได้ 1/2 ถาด	2												
	NPO/กินได้ 1/3 ถาด	1												
การเคลื่อนไหว	ปกติ	4												
	เปลี่ยนท่าได้บ่อย	3												
	เปลี่ยนท่าได้บางครั้ง	2												
	เปลี่ยนท่าไม่ได้	1												
การเสียดสี	ไม่มีปัญหา	4												
	เสียดสี/ลื่นไหลได้ง่าย	3												
	กล้ามเนื้อหดเกร็ง	2												
คะแนนรวม	(6-23 คะแนน)													
ผู้มีความเสี่ยง : ≤ 18 ปฏิบัติตามกระบวนการแผลกดทับ		ผู้บันทึก												

คะแนน > 18 ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง มีไข้ มีอาการอ่อนแรง การเคลื่อนไหวลดลง มีอาการถ่ายเหลว

ระดับคะแนนความเสี่ยง

ความเสี่ยงสูง Barden scale ≤ 12 ใช้ที่นอนลม พลิกตัวทุก 2 ชม. ส่องวุ้นกระดูกทุกแหว

ความเสี่ยงปานกลาง Barden scale 13 - 14 ใช้หมอนช่วยจัดทำ พลิกตัวทุก 2 ชม. ส่องวุ้นกระดูกทุกแหว

ความเสี่ยงต่ำ Barden scale 15 – 18 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ส่องวุ้นกระดูกทุกแหว

แบบบันทึกการเกิดแผลและติดตามความก้าวหน้าการดูแลแผลกดทับ

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	ระดับแผล (grade)	สถานที่เกิดแผล		ตำแหน่ง	ขนาด กว้างxยาวxลึก (ซม.)	ผู้ประเมิน (พยาบาล)
			ก่อน Admit	ที่หอผู้ป่วย			

คำจำกัดความของแผลกดทับ

ระดับที่ 1 ผิวหนังมีรอยแดง ยังไม่เกิดการฉีกขาด

ระดับที่ 2 ผิวหนังเป็นแผลตื้นๆ มีการหลุดลอกของผิวหนังหรือผิวหนังพองเป็นตุ่มใส

ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นไขมัน (Subcutaneous) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาลหรือสีดำ

ระดับที่ 4 แผลลึกถึงกล้ามเนื้อและกระดูก

DTI (Suspected Deep Tissue Injury) = ผิวหนังปิด ผิวสีม่วงคล้ำ เป็นตุ่มน้ำปนเลือด

Unstageable = ผิวหนังปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดหนาแข็ง ประเมินความลึกไม่ได้

ระดับคะแนนความเสี่ยง

ความเสี่ยงสูง Barden scale ≤ 12 ใช้ที่นอนลม พลิกตัวทุก 2 ชม. ส่องวุ้นกระดุกทุกเวร

ความเสี่ยงปานกลาง Barden scale 13 - 14 ใช้หมอนช่วยจัดท่า พลิกตัวทุก 2 ชม. ส่องวุ้นกระดุกทุกเวร

ความเสี่ยงต่ำ Barden scale 15 - 18 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ส่องวุ้นกระดุกทุกเวร

ผู้ป่วยที่อายุ ≥ 65 ปี Barden scale ≤ 18 ถือว่ามีภาวะเสี่ยงต่ำ

แบบนิเทศการพยาบาล เรื่อง การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นเครื่องมือในการนิเทศเรื่องการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน : บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับได้ $\geq 80\%$

วิธีการประเมิน : 1. สัมภาษณ์ 2. สังเกต 3. ตรวจสอบ

ที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติ			วิธีประเมิน		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	NA	1	2	3
1	ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับด้วย Barden scale ตั้งแต่แรกรับทุกราย						
2	ประเมินคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องตรงกับสถานะของผู้รับบริการ						
3	ในรายที่มีคะแนน > 18 ได้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง						
4	ในรายที่มีคะแนน ≤ 18 ได้สำรวจปุ่มกระดูกทุกเวรและส่งต่อข้อมูลในการรับ-ส่งเวร						
5	ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งก่อนเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปทุกเวร						
6	ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ (สำรวจทุก 2 ชม.)						
7	ทาวาสลินที่ผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มก้นทั้ง 2 ข้าง และปุ่มกระดูกในกลุ่มเสี่ยง						
8	พลิกตัว จัด Position ทุก 2 ชม. ใช้เทคนิค ยก จัด ดึง ดู						
9	ท่านอนหงายใช้หมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า ตามู่ม และขาทั้ง 2 ข้าง ให้เท้าลอยขึ้น จัดศีรษะสูงไม่เกิน 30° ยกเว้นขณะให้อาหาร แต่หลังให้ 30-60 นาทีต้องลดเหลือไม่เกิน 30°						
10	ท่านอนตะแคงให้นอนกึ่งหงาย ใช้หมอนข้างรองรับตลอดแนวลำตัว โดยจัดลำตัวทำมุม 30° กับที่นอน และใช้หมอนรองปุ่มกระดูกและใบหู						
11	ไม่นอนทับตะเข็บเสื้อ ปมผูก หรือ สายต่างๆ						
12	ผ้าปูที่นอนสะอาดเรียบตึง มีผ้าขางเตียงใช้ในการยก เพื่อขยับหรือเลื่อนตัว						
13	กรณีที่ต้องเคลื่อนย้าย ให้ใช้ Pat-slide ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง						
14	การจัดทำนั้ เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักทุก 30 นาทีเช่น นั้ 30 นาทียกกัน 30 วินาที						
15	ผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 12 ให้ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด คือ ที่นอนลม						
16	เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้น มีการบันทึกในแบบบันทึกการเกิดและติดตามความก้าวหน้าการดูแลแผล กดทับ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทุกวัน						
17	ลด/ขจัดแรงกดบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดงและใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ส่งเวรต่อการเฝ้าระวัง						
18	ให้ใช้วิธีทำความสะอาดแผลตามระดับของแผลหรือส่งปรึกษาแพทย์ตามแนวทาง						
19	ลงบันทึกรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานเมื่อเกิดแผลกดทับ						
20	ลงบันทึกทางพยาบาลที่ครอบคลุม ตามแบบ FAIE						

ชื่อผู้รับการนิเทศ.....ลงชื่อผู้นิเทศ.....

วัน เดือน ปี ที่นิเทศการพยาบาล.....หน่วยงาน.....

แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับรายข้อ

ที่	หัวข้อ	จำนวนครั้งที่พบ			ปฏิบัติ คิดเป็น %
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	NA	
1	ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับด้วย Barden scale ตั้งแต่แรกรับทุกราย				
2	ประเมินคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องตรงกับสถานะของผู้รับบริการ				
3	ในรายที่มีคะแนน > 18 ได้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง				
4	ในรายที่มีคะแนน ≤ 18 ได้สำรวจปุ่มกระดูกทุกเวรและส่งต่อข้อมูลในการรับ-ส่งเวร				
5	ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งก่อนเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปทุกเวร				
6	ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ (สำรวจทุก 2 ชม.)				
7	ทาวาสลินที่ผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มก้นทั้ง 2 ข้าง และปุ่มกระดูกในกลุ่มเสี่ยง				
8	พลิกตัว จัด Position ทุก 2 ชม. ใช้เทคนิค ยก จัด ดึง ดู				
9	ท่านอนหงายใช้หมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า ตาตุ่ม และขาทั้ง 2 ข้าง ให้เท้าลอยขึ้น จัดศีรษะสูงไม่เกิน 30° ยกเว้นขณะให้อาหาร แต่หลังให้ 30-60 นาทีต้องลดเหลือไม่เกิน 30°				
10	ท่านอนตะแคงให้นอนกึ่งหงาย ใช้หมอนข้างรองรับตลอดแนวลำตัว โดยจัดลำตัวทำมุม 30° กับที่นอน และใช้หมอนรองปุ่มกระดูกและใบหู				
11	ไม่นอนทับตะเข็บเสื้อ ปมผูก หรือ สายต่างๆ				
12	ผ้าปูที่นอนสะอาดเรียบตึง มีผ้าขาวเตียงใช้ในการยก เพื่อขยับหรือเลื่อนตัว				
13	กรณีที่ต้องเคลื่อนย้าย ให้ใช้ Pat-slide ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง				
14	การจัดท่านั่ง เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักราย 30 นาทีเช่น นั่ง 30 นาทียกกัน 30 วินาที				
15	ผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 12 ให้ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด คือ ที่นอนลม				
16	เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้น มีการบันทึกในแบบบันทึกการเกิดและติดตามความก้าวหน้าการดูแลแผล กดทับ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทุกวัน				
17	ลด/ขจัดแรงกดบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดงและใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ส่งเวรต่อการเฝ้าระวัง				
18	ให้ใช้วิธีทำความสะอาดแผลตามระดับของแผลหรือส่งปรึกษาแพทย์ตามแนวทาง				
19	ลงบันทึกรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานเมื่อเกิดแผลกดทับ				
20	ลงบันทึกทางพยาบาลที่ครอบคลุม ตามแบบ FAIE				

อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ รายข้อ (เป้าหมาย ≥ 80%)

= จำนวนครั้งที่พบการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับรายข้อ × 100

(จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูล – NA ในข้อเดียวกัน)

แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลกดทับรายบุคคล (บุคลากร)

ที่	หัวข้อ	R1	R2	R3	R4	N1	N2	N3	N4
1	ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับด้วย Barden scale ตั้งแต่แรกรับทุกราย								
2	ประเมินคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องตรงกับสภาวะของผู้รับบริการ								
3	ในรายที่มีคะแนน > 18 ได้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง								
4	ในรายที่มีคะแนน ≤ 18 ได้สำรวจปุ่มกระดูกทุกเวรและส่งต่อข้อมูลในการรับ-ส่งเวร								
5	ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งก่อนเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปทุกเวร								
6	ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ (สำรวจทุก 2 ชม.)								
7	ทาวาสลินที่ผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มก้นทั้ง 2 ข้าง และปุ่มกระดูกในกลุ่มเสี่ยง								
8	พลิกตัว จัด Position ทุก 2 ชม. ใช้เทคนิค ยก จัด ดึง ดู								
9	ท่านอนหงายใช้หมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า ตาตุ่ม และขาทั้ง 2 ข้าง ให้เท้าลอยขึ้น จัดศีรษะสูงไม่เกิน 30° ยกเว้นขณะให้อาหาร แต่หลังให้ 30-60 นาทีต้องลดเหลือไม่เกิน 30°								
10	ท่านอนตะแคงให้นอนกึ่งหงาย ใช้หมอนข้างรองรับตลอดแนวลำตัว โดยจัดลำตัวท่ามุม 30° กับที่นอน และใช้หมอนรองปุ่มกระดูกและใบหู								
11	ไม่นอนทับตะเข็บเสื้อ ปมผูก หรือ สายต่างๆ								
12	ผ้าปูที่นอนสะอาดเรียบตึง มีผ้าขวางเตียงใช้ในการยก เพื่อขยับหรือเลื่อนตัว								
13	กรณีที่ต้องเคลื่อนย้าย ให้ใช้ Pat-slide ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง								
14	การจัดท่านั่ง เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักทุก 30 นาทีเช่น นั่ง 30 นาทียกกัน 30 วินาที								
15	ผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 12 ให้ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด คือ ที่นอนลม								
16	เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้น มีการบันทึกในแบบบันทึกการเกิดและติดตามความก้าวหน้า การดูแลแผล กดทับ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทุกวัน								
17	ลด/ขจัดแรงกดบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดงและใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ส่งเวรต่อการเฝ้าระวัง								
18	ให้ใช้วิธีทำความสะอาดแผลตามระดับของแผลหรือส่งปรึกษาแพทย์ตามแนวทาง								
19	ลงบันทึกรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานเมื่อเกิดแผลกดทับ								
20	ลงบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุม ตามแบบ FAIE								

แบบบันทึกข้อมูลการเก็บสถิติการเกิดแผลกดทับ ปิงปประมาณ

หัวข้อ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 รายใหม่												
จำนวนครั้งของรายเก่าที่มีการลุกลามเพิ่มของแผล												
จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Braden Scale $\leq$ 18)												
อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วยใน (เป้าหมาย < 2 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน)												

อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลระดับ ๒-๔ เป้าหมาย < 2 ครั้ง : 1000 วันนอน = $\frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 รายใหม่} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเดือนเดียวกัน}}$