



Nursing Care in Pressure Sore

รุ่งทิพา ขอบขึ้น

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู แผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ
งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

แผลกดทับ (pressure sore, pressure ulcer) เกิดจากการตายของเซลล์ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื่องจากแรงกดทับ แรงเสียดทาน/แรงเสียดสี (friction) และแรงเฉือน/แรงดึงรั้ง (shearing) แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและกิจกรรมลดลงจากภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ และยังพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว นอกจากนี้ยังอาจพบในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งแผลกดทับจะพบได้ในบุคคลทุกกลุ่มวัย แต่มีแนวโน้มพบมากขึ้นในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ¹

แผลกดทับเป็นตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพของการพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน การดูแลและป้องกันการเกิด แผลกดทับต้องอาศัยการจัดการในหลาย ๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ เป็นต้น ปัจจุบัน มีวิวัฒนาการในการดูแลรักษาพยาบาล ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งก่อให้เกิดองค์ความรู้ในการนำมาใช้ในระบบบริการรักษาพยาบาลอย่างหลากหลาย ในขณะที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรก และทวีความรุนแรงมาก ซึ่งโรคเรื้อรังมักทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากขึ้น ทั้งด้านสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ระดับกิจกรรม การเคลื่อนไหว และภาวะเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และผลเสียที่ประเมินค่าไม่ได้คือเรื่องของจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย และผู้ใกล้ชิด

งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้

ดำเนินการจัดทำ โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ² โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่บุคลากรทางการพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งในด้านการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ เพื่อความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายประกันคุณภาพของโรงพยาบาล แต่ปัจจุบัน มีบุคลากรทางการพยาบาลเข้ามาทำงานใหม่ ย้ายเข้า-ลาออกหมุนเวียนไปในแต่ละหน่วยงานเป็นจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาในการเฝ้าระวัง ดูแล และป้องกันการเกิดแผลกดทับในองค์กรมากขึ้น

ความสำคัญของการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

จากการสำรวจสถิติอัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ. 2555 พบอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยทั่วไปเท่ากับ 0.64 ต่อ 1,000 วันนอน และอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ และ 8 สิงหาคม 2556 เท่ากับ 2.82 และ 1.51 ตามลำดับ (เฉพาะที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล) ผลการสำรวจแผลกดทับนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาล แต่จะบอกถึงการพัฒนา และการตระหนักของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “พยาบาล” ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมาทบทวนและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพราะการเกิดแผลกดทับบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้แผลกดทับยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทรมาน

สูญเสียภาพลักษณ์ และทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน ก่อให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจของชาติด้วย

การเฝ้าระวังป้องกันและดูแลแผลกดทับ จึงต้องอาศัย การจัดการในหลายๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การประเมิน การดูแล และการจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ รวมทั้งการบริหารจัดการการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน การทำกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว ทำให้การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับ จะมีความซับซ้อนมากขึ้น

หลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (prevention is the best) เพราะหากเกิดแผลกดทับขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเรื่องเวลา ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยมีหลักการที่สำคัญดังนี้คือ

1. การลดแรงกด (Pressure relief) และการป้องกันการเสียดสี

1.1 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนแรกในการป้องกันแรงกดที่สัมพันธ์กับการทำลายคือ การใช้แบบวัดประเมินความเสี่ยงที่ช่วยค้นหา “ผู้ที่เสี่ยง” แบบประเมินความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำหรับพิจารณาให้คะแนนตามตัวแปรที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง ดังเช่น แบบประเมินของบราเดน (The Braden scale) :ซึ่ง Barbara Braden and Nancy Bergstrom พัฒนาขึ้นในปี 1987 ประกอบด้วย ตัวแปร 6 ปัจจัย คะแนนแต่ละด้านเริ่มต้นตั้งแต่ 1-4 ยกเว้นปัจจัยด้านแรงเสียดสีและแรงเฉือนมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ค่าคะแนนที่ถือว่าเริ่มเสี่ยงคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 หรืออาจแบ่งเป็นช่วงความเสี่ยงในระดับต่างๆ³

- คะแนนรวม 15-18 = เริ่มเสี่ยง
- คะแนนรวม 13-14 = เสี่ยงปานกลาง
- คะแนนรวม 10-12 = เสี่ยงสูง
- คะแนนรวมน้อยกว่า หรือเท่ากับ 9 = เสี่ยงสูงมาก
- ในกรณีใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยสูงอายุคะแนนรวม 18 = เริ่มเสี่ยง

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ให้พิจารณาการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิวหนัง เช่น ที่นอนสลับความดัน หรือหมอนน้ำ

พร้อมเข้าโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแผนผังที่ 1

1.2 การพลิกตะแคงตัว & การจัดทำผู้ป่วย (Patient positioning) การพลิกตัว เป็นหลักเบื้องต้นในการป้องกันแผลกดทับ โดยการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และ พิจารณานิสัยของทีนอน ให้เตียงลม หรือเบาะรองนุ่มๆ เพื่อลดแรงกดทับ

- ท่านอนตะแคง ตะแคงตัวให้สะโพกเฉียงทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกัน greater trochanter

- ท่านอนหงาย จัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

- ท่านอนคว่ำ การจัดท่านอนนอนคว่ำ



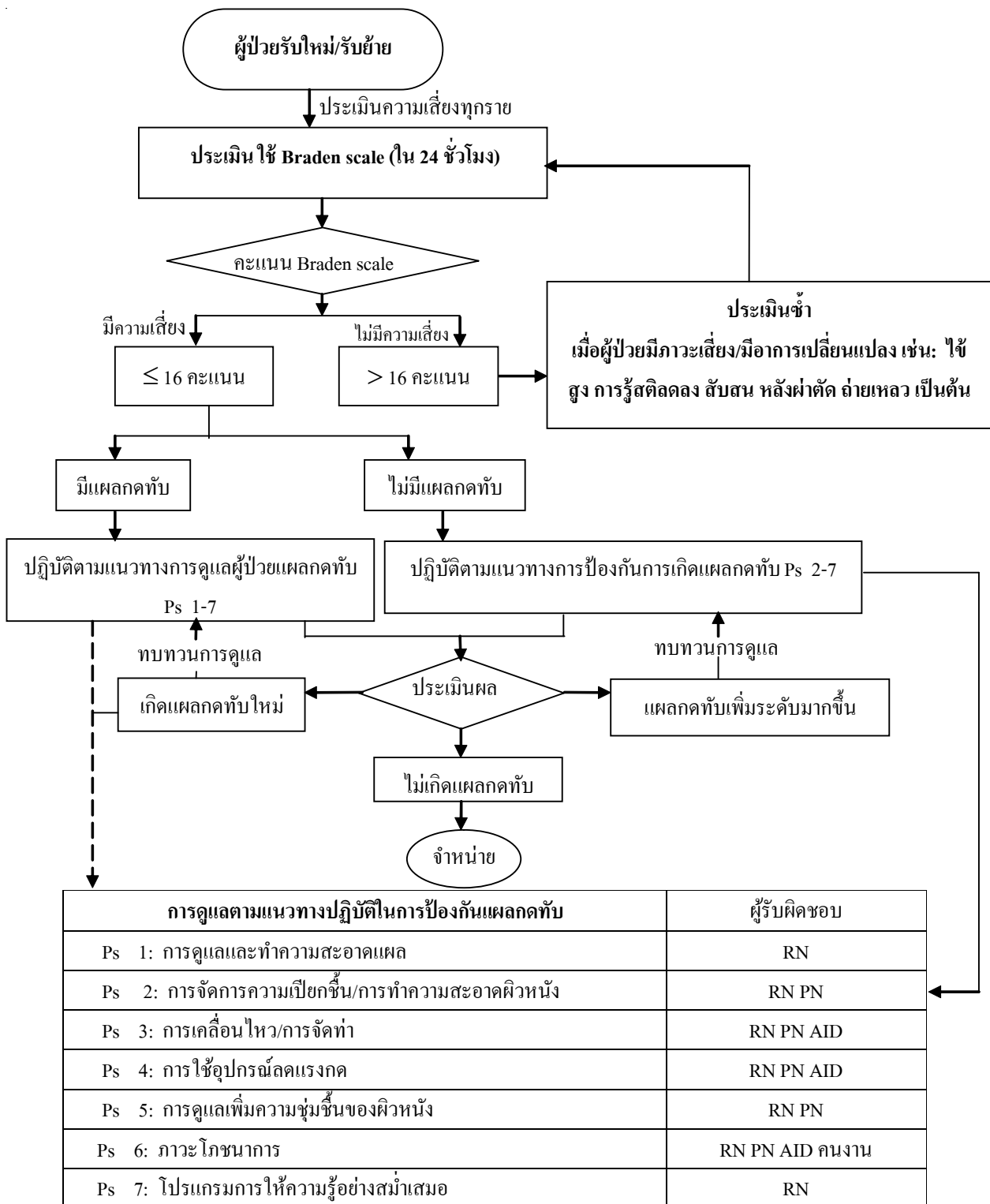
รูปที่ 1 การจัดท่านอนคว่ำ (ภาพถ่ายจากหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1.3 การป้องกันการเสียดสี โดยเฉพาะระหว่างการยกตัว พลิกตะแคงตัว จึงควรใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้วิธีลากและ ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในรายที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง สามารถช่วยยกตัวได้โดยใช้ trapeze ที่ติดอยู่ที่หัวเตียง

2. การดูแลผิวหนัง (Skincare) มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและปรับปรุงเนื้อเยื่อที่ถูกกดให้มีความแข็งแรง และป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งบทบาทของทีมพยาบาลในการดูแลผิวหนัง มีดังนี้

- การช่วยเหลือดูแลความสะอาดของผิวหนัง
- การช่วยส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่น

แผนผังที่ 1 : การไหลของระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลแผลกดทับ



ของผีวหนึ่ง

– การช่วยป้องกันการเกิดบาดแผล และแผลกดทับ
โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การประเมินและทำความสะอาดผิวหนัง (skin assessment and cleansing)

- 1) การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) การอาบน้ำ/เช็ดตัวในผู้ป่วยสูงอายุ
- 3) การสระผม ตรวจจุกความผิดปกติของผิวหนังบริเวณศีรษะ โดยเฉพาะบริเวณจุดกดต่างๆ

2.2 การทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ควรเช็ดทำความสะอาดส่วนที่โดยใช้แผ่นผ้าซับน้ำและเช็ดทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และบริเวณก้นให้แห้ง ตรวจดูบริเวณขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ และก้นพิจารณาหาเชื้อรา หรือ วาสลิน และ ค้นหาสาเหตุของความเปียกชื้น



รูปที่ 2 อุปกรณ์การทำความสะอาด หลังการขับถ่าย
(ภาพถ่ายจากหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

2.3 การบำรุงผิวและส่งเสริมความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง

- 1) กระตุ้นให้ได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด
- 2) ไซคลิมทาพิว โดยเฉพาะบริเวณที่แห้งวันละ 2-3 รอบ

3)บริเวณที่ผิวหน้าหนา และแห้งแตกมาก เช่น บริเวณเท้า ควรแช่ด้วยน้ำอุ่นๆ

และทำครีมเพื่อลดการแห้งแตกของผิวหนัง

4) ควบคุมปริมาณการบริโภคอาหารอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทวารวาลินที่ผิวหนังบริเวณที่อาจสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระ เพื่อป้องกันการระคายเคืองเมื่อมีการขับถ่ายเล็ดรอด



รูปที่ 3, 4 ชูذبำรุงผิว และหมอนน้ำ เพื่อแรงเสียดสี และลดแรงกดต่อผิวหนัง (ภาพถ่ายจากหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

3. ภาวะโภชนาการ (nutritional status) ดูแลเพิ่ม
อาหารประเภทโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุอื่นๆ ดังนี้

- โปรตีนเพื่อช่วยในการสังเสริม การหายของแผล
- วิตามินซี เช่น ส้ม ผัก ผลไม้สด มีผลต่อการหายของแผล ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน และป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อ
- วิตามินเอได้แก่ นม ไข่ ผักคะน้า ผักใบเขียว เป็นต้น ช่วยให้แผลหายเร็ว
- สังกะสี เช่น หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน ช่วยในการสังเคราะห์โปรตีน สร้างคอลลาเจน

4. การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต (Blood circulation)

- การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต สามารถทำได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่ การพลิกตัว การนั่ง ยืน เดิน และ การออกกำลังกายแบบ active-passive exercise

5. การให้ความรู้ (Education) มีความสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกดทับแล้วจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง จัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ (educational programs)



การดูแลแผลกดทับ

หากผู้ป่วยเกิดแผลกดทับแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและทำความสะอาดแผลและแต่งแผลตามระดับของแผล เพื่อให้เกิดการสมานของแผล และป้องกันอันตราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินแผลกดทับ การประเมินแผลกดทับควรให้ครอบคลุม ตำแหน่ง ขนาด ความลึก ขอบแผล สิ่งที่ยื่นออกมาจากแผล และอื่น ๆ

1) ตำแหน่ง (location) ระบุตำแหน่งของแผลทุกแผลที่มีในร่างกายของผู้ป่วย โดยใช้รูป/ภาพ ในแบบประเมินแผลกดทับ เพื่อสะดวกต่อการสื่อสารในที่อื่น

2) ขนาดแผล (wound size) โดยใช้เครื่องมือดังนี้

- วัดโดยใช้แถบวัดเป็นเซนติเมตร (linear measurement)

- การใช้แผ่นตารางในการทาบทวัด (wound tracing) ภาพถ่ายแผล

- ความลึกของแผลวัดโดยใช้ก้านสำลีพันปลาย (cotton swab applicator)

2. การแต่งแผล⁴ (wound dressing) เป็นวิธีการที่ส่งเสริมกระบวนการหายของแผล โดยการปิดแผลเป็นการป้องกันอันตราย และการทำให้แผลอยู่นิ่ง และยังทำให้แผลชุ่มชื้น รวมทั้งทำให้สิ่งแวดล้อมของแผลเหมาะสมสำหรับการสมานแผล ซึ่งจะมีผลทำให้การสร้างเนื้อเยื่อเร็วขึ้นเป็น 2 เท่า และยังไม่ก่อให้เกิดการตกสะเก็ดที่หนา หรือมีร่องรอยแผลเป็น ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ต่างๆ เพื่อนำมาปิดแผล เพื่อป้องกันการซึมผ่านของเหลวออกจากแผล แต่ออกซิเจนสามารถผ่านได้ ซึ่งเรียกว่า สารสังเคราะห์ทางชีวภาพ หรือ Biosynthesis โดยยึดหลักหรือแนวคิดทำให้แผลชุ่มชื้น วัสดุที่ตกแต่งปิดแผล ที่ส่งเสริมการหายของแผลให้เร็วขึ้น มีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1) ไม่รบกวนการหายของแผล ได้แก่ ไม่เป็นพิษต่อแผล ไม่ทำให้แผลแห้ง ไม่ติดแผล เพราะจะทำอันตรายกับเนื้อเยื่อที่งอกใหม่

2) รักษาความชุ่มชื้นของแผล เพราะแผลที่คงสภาพชุ่มชื้น ทำให้การหายของแผลในระยะ epithelialization เร็วกว่าแผลที่ปล่อยให้แห้งถึง 2 เท่า

3) ปล่อยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ เพราะความเข้มข้นของออกซิเจนที่แผล มีผลต่อกระบวนการหายของแผล อย่างไรก็ตาม สำหรับเรื่องนี้ยังขัดแย้งกันอยู่คือ มีรายงานว่า การที่

ออกซิเจนบริเวณแผลต่ำ เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้มีการสร้างเส้นเลือดใหม่มาที่แผล ทำให้แผลหายเร็วขึ้น

4) รักษาอุณหภูมิแผลให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิร่างกาย โดยการป้องกันการระเหยของสารคัดหลั่ง ทำให้แผลมีอุณหภูมิที่คงที่ พบว่าในแต่ละครั้งของการทำแผลต้องปิดแผลไว้ถึง 3 ชั่วโมงจึงจะทำให้แผลกลับมาที่อุณหภูมิเท่าเดิม

5) ป้องกันไม่ให้เชื้อโรคผ่านเข้าออกได้

6) ปลอดภัยในการนำไปใช้ ไม่แพ้ง่าย

7) ส่วนประกอบของวัสดุคงที่ไม่หลงเหลือค้างอยู่ในแผล ไม่ติดแผล

8) สามารถดูดซับได้มาก

9) ราคาเหมาะสม โดยพิจารณาต่อหน่วยการรักษา

10) สามารถมองเห็นแผลได้ เพื่อการประเมินแผลโดยไม่ต้องเปลี่ยนวัสดุปิดแผล

11) ปรับรูปร่างให้เข้ากับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ทำให้สะดวกในการใช้

12) ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อยครั้ง เพราะการเปลี่ยนแต่ละครั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้อุณหภูมิของแผลลดลง ช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และไม่รบกวนแผลที่กำลังหาย

3. การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด ในกรณีต้องทำความสะอาดแผล ตัดเนื้อตาย เย็บปิดแผลกดทับ หรือทำ flap ในห้องผ่าตัดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยในระยะก่อนผ่าตัด เป็น Training period หรือช่วงต้องฝึกการนอนในท่าที่ไม่กดทับแผล หรือทำให้แผลหลังผ่าตัดตึงเกินไป ดังนั้นแพทย์จึงวางแผนให้ผู้ป่วยฝึกการนอนคว่ำ (prone position) ฝึกการรับประทานอาหารในท่านั้น รวมทั้งการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อไม่ให้ป็นแผลหลังผ่าตัด

สำหรับ โปรแกรมฝึกการนอนตะแคง นอนคว่ำ (mobility program) มีรายละเอียดดังนี้

1) หลีกเลี่ยงการนอนทับแผลกดทับ; ลดแรงกดทับ

2) ลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อ

3) จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ เว้นช่วงช่องท้อง และใช้หมอนเล็กรองตามจุดกดทับ เริ่มจาก 10-15 นาที วันละ 2-3 ครั้ง เพิ่มเป็น 30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง จนกระทั่งได้ 4 ชั่วโมงในท่านอนคว่ำ หรือตลอดคืน

ส่วนหลังผ่าตัดปิดแผลกดทับ/flap ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลหลังผ่าตัดที่สำคัญดังนี้⁵



- 1) ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับหรือเกิดการดึงรั้งแผล flap
 - 2) เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ หรือจัดให้นอนท่านอนคว่ำ
 - 3) ตรวจดู hematocrit ของผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาของแพทย์
 - 4) แพทย์อาจพิจารณาให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระที่จะทำให้เป็นแผล และให้อาหารอ่อนย่อยง่าย
 - 5) ท่อระบายจากแผลที่เป็น closed suction จะคาไว้ประมาณ 7-10 days และตัดไหมหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์
- นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมฝึกการนั่ง (mobility Program) หลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งได้ โดยไม่ทำให้แผลแยก หรือขาดเลือดไปเลี้ยงจนทำให้เกิดการเสียหายต่อแผลผ่าตัด/flap โดย
- 1) จัดให้ผู้ป่วยนั่ง เริ่มจาก 5- 10 นาที วันละ 2-3 ครั้ง ประมาณ 2-3 วัน
 - ตรวจดูแผลไม่มีแผลแยก หรือ flap ไม่มีการบวมซ้ำ ชีตหรือมีความผิดปกติใดๆ
 - 2) เพิ่มเวลาการนั่งเป็น 15- 30 นาที วันละ 3-4 ครั้ง และตรวจดูสภาพแผล/flap เช่นเดียวกับข้อ 1
 - 3) ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน เช็ดตัว หรือการรับประทานอาหาร ระหว่างการทำกิจกรรม กระตุ้นให้ยกก้นหรือตะแคงตัวบ่อยๆ

โดยสรุป การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพราะหากเกิดแผลกดทับแล้ว ก็ยากต่อการดูแลรักษา ซึ่งการสร้างวัฒนธรรมในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับก็จะทำให้นักการทุกระดับเห็นถึงความสำคัญ ปัจจุบันบุคลากรทางการพยาบาลได้ประเมินตนเองว่า มีการพัฒนาวิธีการดูแลและป้องกันแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง และมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเช่น การประเมินและตรวจสอบ

ผิวหนัง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงทุกราย การพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง การประชุมปรึกษารื้อก่อนปฏิบัติงาน (pre-conference) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวและดูแลตนเอง การเลือกใช้อุปกรณ์นวัตกรรม ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนางานและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ หรือ การสร้างแนวปฏิบัติ การพยาบาล (clinical nursing practice guideline: CNPG) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและดูแลแผลกดทับในฝ่ายการพยาบาลในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งทิวา ขอบชื่น. หลักการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. เอกสารประกอบการบรรยายใน"โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง" วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2556 และ วันที่ 1 มีนาคม 2556 ณ ห้องประชุมมิตรภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
2. รุ่งทิวา ขอบชื่น นิภาพรณ ฤทธิรอด บัณชลา ถาซินเลิศ (บรรณานิการ). คู่มือการเฝ้าระวัง ป้องกันและการดูแลแผลกดทับ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
3. Costa IG, Caliri MHL. Predictive validity of the Braden Scale for patients in intensive care. Acta Paul Enferm 2011; 2010.
4. ศิริพร อุตสาหพานิช. การดูแลและทำความสะอาดแผลกดทับ. ใน: รุ่งทิวา ขอบชื่น, นิภาพรณ ฤทธิรอด, บัณชลา ถาซินเลิศ (บรรณานิการ). คู่มือการเฝ้าระวัง ป้องกันและการดูแลแผลกดทับ. 2556; 38-44. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
5. พลากร สุรกุลประภา. จัดการกับปัญหาแผลกดทับแบบง่าย ๆ. เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง พัฒนาระบบการป้องกันและดูแลแผลกดทับ วันที่ 26 มีนาคม 2556. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.