ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Factors Related to pressure occurrence of hospitalized patients in Vachira Phuket Hospital

ชญานิศ ลือวานิช * พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
Chayanit Luevanich* M.N.S. (Adult Nursing),
รัตนา ลือวานิช * พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
Rattana Luevanich * M.N.S. (Nursing Administration),
วิลาวัลย์ ผลพลอย * พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
Wilawan Phon-ploy * M.N.S. (Adult Nursing),
วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ * พย.ม.
(การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ)
Wilailuk Wongjunlachat * M.N.S. (Infection Control),
ชูศรี ติ้วสกุล * พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)
Choosri Tewsakul* M.N.S. (Maternal and child)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และ 3) แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดแผลกดทับร้อยละ 43.33 ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่โรงพยาบาลในกลุ่มที่มีแผลกดทับ คือ 17.9 วัน บริเวณที่เกิดแผลกดทับสูงสุด คือ บริเวณก้นกบ คะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดี ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีน้ำหนักตัว อุณหภูมิร่างกาย ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ คะแนนปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ

---

* กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต

คำสำคัญ : คุณภาพการพยาบาล, ผู้ป่วย-การดูแล, แผลกดทับ, พยาบาล-การให้บริการ

Abstract : The purposes of this descriptive research were : 1) to study the quality of nursing care received by the patients and 2) to explore factors associated wisely pressure sore occurrence. The Braden and Bergstrom's pressure sore concept was used to guide this study. Thirty patients were purposively selected from surgical and medical inpatient department at Vachira Phuket Hospital. The instruments uesd for data collection were: 1) Patients' demographic questionnaires 2) Braden Scale for predicting score risk and 3) Quality of nursing care assessment document.

Result of the study indicated that the percentage of patients who developed pressure sore were 43.33, with the average lengths of hospital stay were 17.9 days. Coccyx is the most common area which had the pressure sore. The quality of nursing care were 66.36 and average of Braden scale for predicting score risk were 12.13. The hypothesis test result that there had no significant difference in body weights, body temperature, average lengths of stay, average of Braden scale for predicting score risk , and percentage of quality of nursing care between patients who developed pressure sore and patients who had not developed pressure sore at .05.

Key word : Quality of Nursing, Patient care, Pressure sore, Nursing care

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น แต่มีผู้รอดชีวิตจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่และในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา จากการศึกษาของอรัญญา อินทรโชติ (2524) ในผู้ป่วยซึ่งมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ แผลกดทับ ซึ่งพบได้ร้อยละ 45 ในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะยาว และร้อยละ 3 ในผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลระยะสั้น (Yarkong, 1990) โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีโอกาสเกิดแผลกดทับร้อยละ 15 ถึง 25 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Brandie, 1990 ; Fagan & Closs, 1996)

ในระบบบริการสุขภาพ ต่างยอมรับว่าแผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติ (Griffin, 1982 ; Colburn, 1987 ; Marchand, 1993 ; Vogelpohl, 1993 ; Allock, 1994)

โดยเป็นปรากฏการณ์ที่ท้าทายระบบบริการสุขภาพมาหลายศตวรรษแล้ว (Copeland-Field, 1989) เมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง ทำให้ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Young, 1996) ในต่างประเทศได้มีผู้คำนวณค่าใช้จ่ายเมื่อผู้ป่วยเรื้อรังเกิดแผลกดทับและใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเดือน พบว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 50 ปอนด์ต่อการเกิดแผลกดทับ 1 แผล (Dyson, 1973) หรือ 5,000 ถึง 40,000 เหรียญสหรัฐ (Stotts, 1988) และจากการศึกษาของโฮเมสและคณะ พบว่า การเกิดแผลกดทับทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าของค่าใช้จ่ายในการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติประมาณ3 ถึง 5 เท่า (อัจฉรา สุคนธ์สรรพ์, มปป) ดังนั้น การเกิดแผลกดทับแต่ละแผล จึงมีส่วนทำให้ประเทศต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจไปปีละไม่น้อยทีเดียว

การเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ด้วยเหตุนี้แนวทางให้การดูแลจึงเปลี่ยนจากการรักษาไปสู่การป้องกัน โดยเน้นถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม (Copeland-Field, 1989) การป้องกันการเกิดแผลกดทับถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพในการให้บริการพยาบาล (Dealey,1996) โดยมองว่าผู้ป่วยทุกรายที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลล้วนมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ทั้งสิ้น (Anderson & Kvorning 1983) หากผู้ป่วยคนใดเกิดแผลกดทับขึ้น พยาบาลมักจะได้รับการตำหนิจากบุคลากรในทีมสุขภาพเสมอว่าให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ หรือขาดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง (กนกวรรณ กฤษณา, 2526) นักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลแตกต่างกันไป ซึ่งสรุปได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ 1) ปัจจัยภายในร่างกายผู้ป่วย (intrinsic factor) ได้แก่ อายุ โครงสร้างของร่างกาย ภาวะโภชนาการ การไหลเวียนของโลหิตในร่างกาย ความสามารถในการรับความรู้สึก การเคลื่อนไหว สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ อุณหภูมิของร่างกาย ภาวะการติดเชื้อในร่างกาย การใส่อุปกรณ์ไว้ในส่วนต่าง ๆของร่างกาย และ 2) ปัจจัยภายนอกร่างกาย (extrinsic factor) ได้แก่ แรงกด แรงเสียดสี น้ำหนักตัวของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ร่างกายได้รับแรงกด รวมถึงการพลิกตัว การจัดท่าผู้ป่วย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว และกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับ จึงได้พยายามลดการเกิดแผลกดทับ และได้กำหนดเป็นนโยบายทางด้านสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับให้เหลือร้อยละ 5

ถึง 10 (Dealey, 1993) เพราะแผลกดทับไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานเท่านั้น ยังทำให้ความเจ็บป่วยยาวนานออกไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพและอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตที่เกิดแผลกดทับในระดับลึกถึงกล้ามเนื้อหรือกระดูกในปี 2537 มีจำนวน 12 ราย ปี 2538 มีจำนวน 20 ราย ปี 2539 มีจำนวน 23 ราย และระหว่างมกราคมถึง เมษายน 2540 มีจำนวน 13 ราย แต่ละรายต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่วนข้อมูลการเกิดแผลกดทับในระดับอื่น ยังไม่มีการสำรวจ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยควรจะได้รับการประเมินถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดจากแผลกดทับ

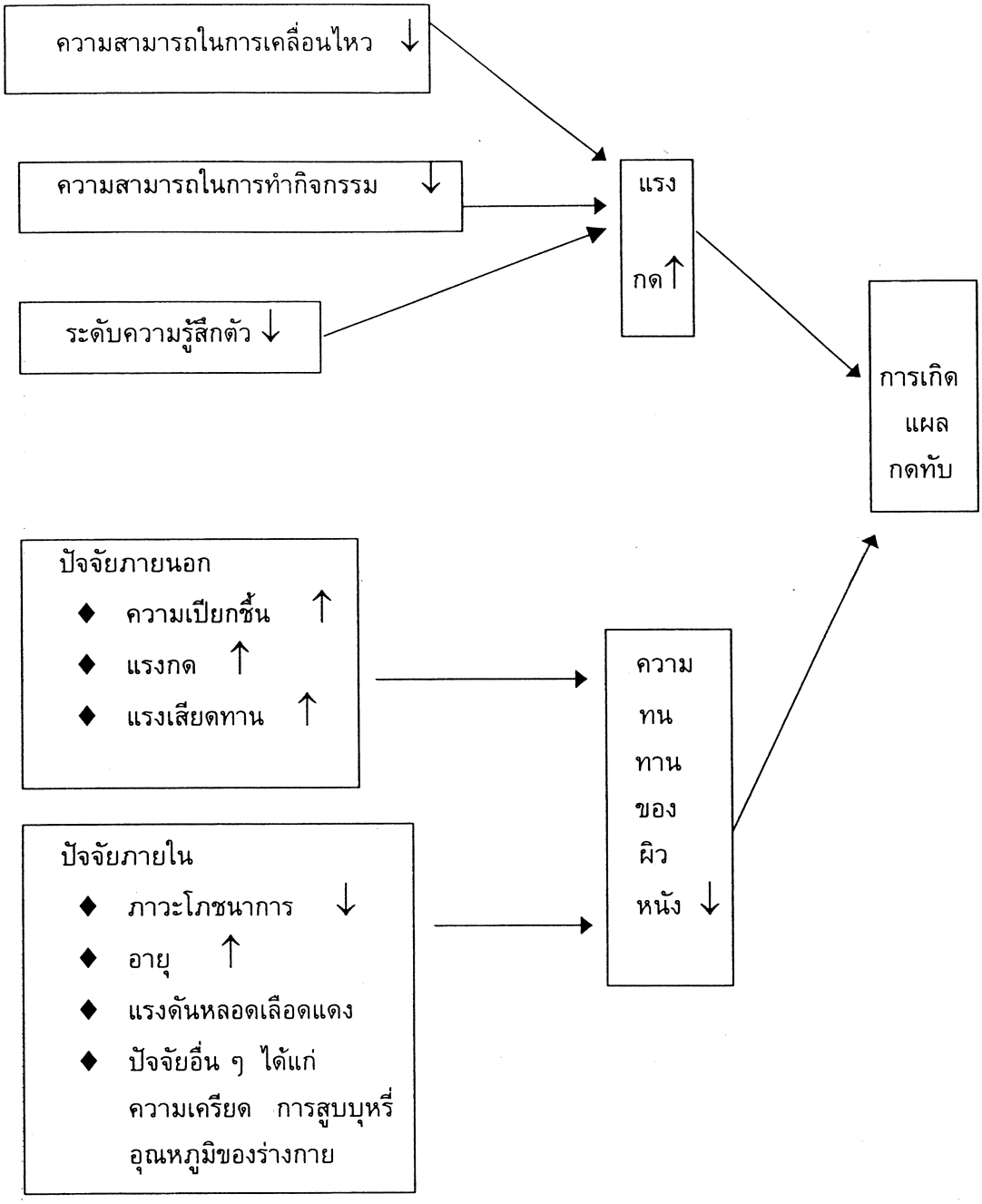
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของน้ำหนักตัวผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดแผลกดทับ คะแนนการทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อาศัยกรอบแนวคิดการเกิดแผลกดทับของ Braden and Bergstrom (1994) มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

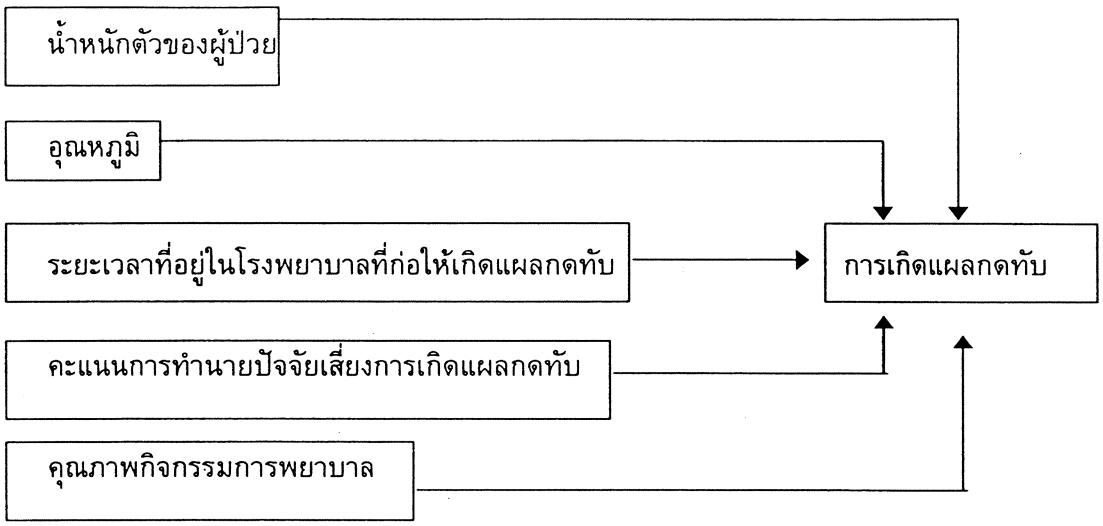
Braden and Bergstrom กล่าวว่า แผลกดทับเกิดจากรอยแผลที่ผิวหนังซึ่งเกิดจากแรงกด ส่งผลให้เกิดการทำลายของผิวหนังและมีการตายของเนื้อเยื่อในที่สุด ในการพัฒนาการเกิดแผลกดทับที่มีความรุนแรงในระดับต่างๆนั้น พิจารณาได้จากสาเหตุ 2 ประการ คือ 1) ความรุนแรงและระยะเวลาของแรงกด 2) ความทนทานของผิวหนัง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาของแรงกดนั้นประกอบด้วย 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว หรือความสามารถในการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย 2) ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ระดับความรู้สึกตัว ส่วนความทนทานของผิวหนัง แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ ความชื้นของผิวหนัง แรงเสียดทานหรือแรงกด และปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ อายุ แรงดันภายในหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ยังประกอบด้วยปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิของร่างกาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการเกิดแผลกดทับตามแนวคิดของ Braden and Bergstrom (1994)

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2542
Vol 14 No 2 April-June 1999

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า น้ำหนักตัวผู้ป่วย อุณหภูมิของร่างกาย ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ เป็นตัวแปรที่มีแนวโน้มทำให้เกิดแผลกดทับสูง ดังนั้นกรอบแนวคิดในการศึกษาสามารถสรุปดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐาน

ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีน้ำหนักตัว อุณหภูมิร่างกาย ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ คะแนนการทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยรับใหม่ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้างบนเตียง แต่ลุกเดินไม่ได้
2. ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับมาก่อน
3. ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยรายเก่า ต้องมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวเลวลง และมีคะแนนจากการประเมินด้วย Braden scale ต่ำกว่า 16 คะแนน
4. ผู้ป่วยหรือญาติ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลด้านเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค น้ำหนักตัว อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย บริเวณที่เกิดแผลกดทับ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ การเกิดแผลกดทับ สาเหตุการเกิดแผลกดทับ และระดับการเกิดแผลกดทับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ National Spinal Cord Injury Data Collection System คือ

ระดับ 1 : บริเวณที่ถูกกดจะมีรอยแดงไม่หายภายใน 30 นาที เมื่อลดการกดทับ บริเวณนั้นอาจมีรอยซ้ำ แต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีรอยฉีกขาด

ระดับ 2 : มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก เช่น แผลถลอก เป็นตุ่มพอง หรือเป็นแผลตื้นๆ รอบๆแผลจะแดง. อาจมีน้ำเหลืองซึม

ระดับ 3 : เกิดแผลถึงชั้นใต้ผิวหนังชั้นพังผืด แผลมักเป็นหลุมลึก อาจเซาะไปยังเนื้อเยื่อบริเวณนั้น หรือมีน้ำเหลือง หรือหนองจากแผล

ระดับ 4 : มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อ เนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีม่วงคล้ำ หรือดำ

2. แบบทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของ Braden โดยพิจารณาจากระดับความรู้สึกตัว ความเปียกชื้น กิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดทานหรือแรงกด ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .71 แบบทำนายดังกล่าวมีค่าคะแนน 6-23 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำกว่า 16 คะแนน แสดงว่าบุคคลดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง

3. แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งสร้างโดย กนกวรรณ กฤษณา (2526) โดยประเมินจากกิจกรรมการพยาบาล 5 หมวด คือ หมวดประเมินอาการแรกรับ หมวดลดแรงกด ลดแรงเสียดทานและลดแรงดึงรั้ง หมวดดูแลผิวหนัง และหมวดอาหารและเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยได้รับ โดยนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนน ร้อยละ และแบ่งเกณฑ์คุณภาพกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์ของคาร์เตอร์ คือ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 90-100 คะแนน แสดงว่าคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80-89.99 แสดงว่าคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยร้อยละต่ำกว่า 80 แสดงว่าคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตนเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยจากผู้ป่วยและญาติ คณะผู้วิจัยสังเกตผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับทุกวันพุธ พฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมีกิจกรรมการพยาบาลต่างๆมาก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการศึกษาคือ เมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยลุกเดินได้

แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยถึงแก่กรรม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 63.37 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 58.17 กิโลกรัม อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย 37.3 °C ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ คือ 17.9 วัน ร้อยละ 36.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) กลุ่มตัวอย่างเกิดแผลกดทับร้อยละ 43.33 โดยบริเวณที่เกิดแผลกดทับสูงสุด คือ บริเวณก้นกบพบร้อยละ 62.5 คะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ย 66.36 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย 12.13 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มที่เกิดแผลกดทับและไม่เกิดแผลกดทับ พบว่า กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดแผลกดทับเฉลี่ย อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ และกลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีคะแนนทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย และคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านอายุ น้ำหนักตัว ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ อุณหภูมิร่างกาย คะแนนทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และคะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดแผลกดทับและกลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอายุ น้ำหนักตัว ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล อุณหภูมิร่างกาย คะแนนทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และคะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อมูล	รายที่เกิดแผลกดทับ (n= 13)		รายที่ไม่เกิดแผลกดทับ (n= 17)		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
อายุ (ปี)	63.38	16.64	64	20.82	$.09^{ns}$
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	58.77	10.80	57.71	11.79	$-.25^{ns}$
ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล(วัน)	19.54	12.33	16.65	24.28	$-.39^{ns}$
อุณหภูมิร่างกาย (°C)	37.35	.65	37.32	.69	$-.15^{ns}$
คะแนนปัจจัยเสี่ยง	11.48	2.24	12.64	2.79	1.22^{ns}
คุณภาพกิจกรรมการพยาบาล	58.39	23.86	72.42	18.36	1.83^{ns}

$P^{ns} > .05$

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กลุ่มที่เกิดแผลกดทับ 13 รายมีระดับคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลในระดับดี 1 ราย ระดับปานกลาง 3 ราย ระดับไม่ดี 9 ราย ส่วนกลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับมีจำนวน 17 ราย มีระดับคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลระดับดี 3 ราย ระดับปานกลาง 5 ราย และระดับไม่ดี 9 ราย และเมื่อพิจารณาคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละหมวดในภาพรวมพบว่า กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับทุกหมวด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลรายหมวดระหว่างกลุ่มที่เกิดแผลกดทับและกลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับพบว่ามีเฉพาะหมวดดูแลผิวหนังที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับจำแนกรายหมวด

	กิจกรรมการพยาบาล กลุ่มที่เกิดแผลกดทับ (n= 13)		กิจกรรมการพยาบาล กลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ (n=17)		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. หมวดประเมินอาการแรกรับ	75.82	19.32	81.42	17.69	$-.08^{ns}$
2. หมวดลดแรงกด แรงเสียดทาน	44.78	23.57	50.70	16.51	1.29^{ns}
3. หมวดดูแลผิวหนัง	54.06	29.71	77.55	23.42	2.42*
4. หมวดอาหารและน้ำ	55.55	31.56	74.74	27.17	1.7^{ns}

P^{ns}, P*> .05

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เกิดแผลกดทับ 13 รายคิดเป็นร้อยละ43.33 โดยร้อยละ 36.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยโรคดังกล่าวมักมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (อรัญญา อินทรโชติ, 2524 ; กนกวรรณ กฤษณา, 2526 ; วิไลวรรณ ทองเจริญ ในจรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ,

2536 ; Allman, 1989 ; Clark, 1978,1988) ประกอบกับวัยสูงอายุ ผิวหนังมีความยืดหยุ่นไม่ดี ฉีกขาดง่าย การไหลเวียนเลือดลดลง เส้นใยอีลาสตินลดลง ทำให้เห็นปุ่มกระดูกชัดเจน (วิไลวรรณ ทองเจริญ ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, 2536 ; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2536 ; Clake 1978,1988 ; Allman, 1989 ; Sanders, 1992) เมื่อเกิดแผลกดทับ การฟื้นหายของแผลจะล่าช้ากว่าวัยอื่นๆ โดยแผลกดทับที่เกิดในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.5 เป็นแผลกดทับในระยะที่ 1 แผลในระยะนี้จะมีรอยแดง ไม่หายภายใน 30 นาที เมื่อลดการกดทับบริเวณนั้น อาจมีรอยช้ำ แต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีรอยฉีกขาด บริเวณที่พบสูงสุดคือ บริเวณก้นกบ พบถึง 10 ราย เนื่องจากบริเวณดังกล่าวเป็นบริเวณที่อยู่ส่วนล่างของร่างกาย ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง บริเวณดังกล่าวจะเป็นจุดที่รองรับน้ำหนักมาก หากไม่ได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้อง ก็ง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ และบริเวณก้นกบถือว่าเป็น major sites ของการเกิดแผลกดทับ (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2536 ; อัจฉรา สุคนธสรรพ์, มปป ; Clark, 1978 ; Colburn, 1987) โดยพบได้ร้อยละ 24-38 (Goodrich, 1992 ; Pieper, 1998)

คุณภาพกิจกรรมการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 66.36 ซึ่งจัดว่ามีคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลในระดับไม่ดี โดยกลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับมีคะแนนคุณภาพเฉลี่ยร้อยละ 72.42 เมื่อพิจารณาในภาพรวมกิจกรรมการพยาบาลรายหมวดดังตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละของหมวดลดแรงกด แรงเสียดทาน และแรงดึงรั้งต่ำสุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Braden & Bergstrom (1994) กล่าวว่า แรงกด แรงเสียดทานเป็นปัจจัยภายนอกหลักที่ก่อให้เกิดแผลกดทับ รองลงมาคือ หมวดดูแลผิวหนัง หมวดอาหารและน้ำ และหมวดประเมินอาการแรกรับตามลำดับ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า แม้พยาบาลมีการประเมินอาการแรกรับสูงกว่าหมวดอื่นๆ ซึ่งการประเมินอาการแรกรับเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญในการนำไปสู่การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ แต่คะแนนคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลในหมวดอื่นๆยังอยู่ในระดับต่ำ อาจสืบเนื่องมาจากพยาบาลยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 หมวดเท่าที่ควร หรือพยาบาลมุ่งให้ความสำคัญในการแก้ไขภาวะวิกฤตเป็นหลัก ประกอบกับกิจกรรมการพยาบาลสำคัญๆที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำนวนมาก จึงให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นอันดับรองลงไป หรือขาดการนำเครื่องมือในการทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาใช้ในการปฏิบัติจริง ทำให้พยาบาลขาดความต่อเนื่องในการประเมินคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ดังไปเปอร์และคณะ (1998) กล่าวว่า การที่พยาบาลขาดการบันทึก หรือขาดแบบฟอร์มบันทึกในการประเมินการเกิดแผลกดทับ จะทำให้พยาบาลยากที่จะประเมินการเกิดแผลกดทับ

ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลพึงตระหนักไว้เสมอว่า ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลล้วนมีโอกาสเกิดแผลกดทับทั้งสิ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง

เมื่อทำการทดสอบสมมติฐานพบว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีน้ำหนักตัว อุณหภูมิร่างกาย ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งเกิดแผลกดทับ คะแนนทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และคุณภาพการพยาบาลไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น สมมติฐานจึงไม่ได้รับการสนับสนุนอาจสืบเนื่องมาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มที่เกิดแผลกดทับและกลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับมีค่าใกล้เคียงกันมาก

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาพบว่าพยาบาลยังให้การดูแลด้านการลดแรงเสียดทาน ลดแรงดึงรั้ง และการดูแลผิวหนังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลดังกล่าวมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการนำแบบทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล้วนมีโอกาสเกิดแผลกดทับทั้งสิ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาจาก รศ.ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่ทำให้โอกาสคณะผู้วิจัยในการรับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสภาการพยาบาลประจำปีงบประมาณ 2540 ขอกราบขอบพระคุณ ผศ. กนกวรรณ พุ่มทองดี (กฤษณา) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุญาตให้คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ศ.ดร. สมจิตร หนุเจริญกุล ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะในการเขียนรายงาน

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ กฤษณา (2526) **การประเมินคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2536) การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** (62-84) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2536) **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง**. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.

อัจฉรา สุคนธสรรพ์. **การป้องกันและการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ**. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรัญญา อินทรโชติ. (2524) **ศึกษากิจกรรมการดูแลและอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Allman RM. (1989) Epidermology of pressure sores in different population. **Decubitus** 2, 30-33.

Allock N et al. (1994) Interpretation of pressure sore prevalence. **Journal of Advanced Nursing.** 20, 37-45.

Anderson K, Kvorning SA. (1983) Medical aspects. In Parish LC, Witkowski JA, Crissey JT, ed. **The Decubitus Ulcer.** (93-100) New York: Masson Publishing.

Braden BJ, Bergstrom N. (1994) Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. **Research in Nursing Health** 17, 459-470.

Brandie GH. et al. (1990) The epidemomiology and natural history of pressure ulcers in eldery nursing home residents. **JAMA** 264, 2905-2509.

Clark MO, Braden JC, Jordan MM. (1978) Pressure sores. **Nursing Times** 2, 363-366.

Clark MO, Kadhom HM. (1988) The nursing prevention of pressure sore in hospital and community patients. **Journal of Advanced Nursing** 13, 365-373.

Colburn L. (1987) Pressure ulcer prevention for the hospice patient stratrgies for care to increase comfort. **The American Journal of Hospice Care** 4, 22-26.

Copeland-Field LD, Hoshiko BR. (1989) Clinical validation of Braden and Bergstrom's conceptual schema of pressure sore risk factors. **Rehabilitation Nursing** 14, 257-260.

Dealey C. (1993) Measuring the prevalence and incidence of pressure sores. **British Journal of Nursing** 2, 998-1006.

Dealey C. (1996) Continuous quality improvement in pressure sore prevention. **British Journal of Nursing** 5, 1011-1015.

Dyson R. (1973) The problem bedsores that solution-nurse research woker? Why not? **Nursing Mirror** 137, 40-42.

Fagan R, Closs SJ. (1996) Pressure sore management in the dependent sector: 1. **British Journal of Nursing** 5, 1138-1145.

Goodrich C, March K. (1992) From ED to ICU: A focus on prevention of skin breakdown. **Critical Care Nursing Quatery** 15, 1-13.

Griffin ER. (1982) Decubitus ulcers, prevention and management: A review. **Military Medicine** 147, 369-371.

Kosiak M. (1991) Prevention and rehabilation of pressure ulcers. **Decubitus** 4, 60-68.

Marchand LC, Liclowski H. (1993) Reassessment of the use of genuine skeepskin for pressure ulcer prevention and treatment.. **Decubitus** 6, 44-47.

Pieper B et al. (1998) Risk factors, prevention method, and wound care for patients with pressure ulcer. **Clinical Nurse Specialist** 12, 7-12.

Sanders SL. (1992) Pressure ulcers, Part 1: Prevention strategies. **Journal of The American Academy of Nursing Practitioners** 4, 63-70.

Stotts NA. (1988) Predicting pressure ulcer development in surgical patients. **Heart & Lung** 17, 641-647.

Vogelpohl TS, Dougherty J. (1993) What do nursing students learn about pressure ulcers? A survey of content on pressure ulcers in nursing school texbooks. **Decubitus** 6, 48-52.

Yarkong, GM et al. (1990) Classification of pressure ulcers. **Archives of Dermatology** 126, 1218-1219.

Young T. (1996) **Pressure and management of pressure sores: role of education. British Journal of Nursing** 5, 941-946.