

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดแผลกดทับ

เอกรัตน์ จันทร์วันเพ็ญ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในการลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๘ ถึง ธันวาคม ๒๕๔๙, พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ, ประเมินประสิทธิผล การดูแลผู้ป่วยโดยการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง. การศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓๗. ภายหลังจากการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกจากโยมะพร้าวสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๖. ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับมากที่สุดคือ บริเวณก้นกบ, ส่วนหลังและสะโพก. การประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลกดทับในระดับดี มีทัศนคติระดับดีมากต่อการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะในการทำแผล การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ในระดับดี. วิธีการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลโดยการให้ความรู้และเสริมพลังให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้. จากผลการติดตามเยี่ยมบ้านไม่พบการเกิดแผลกดทับขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นการดูแลรักษาแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล, การมีส่วนร่วมและสร้างเสริมพลังของญาติในการดูแลผู้ป่วย, การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, การใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกจากโยมะพร้าว สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้ และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย. นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี.

คำสำคัญ: แผลกดทับ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรงพยาบาลชุมชน, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

Abstract

Role of Family Physicians in Preventing Disabled Stroke Patients from Developing Pressure Sores

Ekarat Chanwanpen*

*Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat, Thailand

The purpose of this study was to determine an appropriate way to prevent bedsores in disabled stroke patients while they are still hospitalized. All stroke patients admitted to the Internal Medicine ward in Sichon District Hospital during the period January 2005 - December 2006 were enrolled into this study. Data collection included demographic

*โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช



data, and information on occurrence and details of the bedsores. We invented a new care protocol and equipment to prevent pressure sores. A comparison of the results of care before and after the use of these interventions in the target group was the outcome measured. During 2005, the incidence of bedsores in stroke patients was 18.37 percent. After the new strategies in caring and monitoring had been introduced, the incidence decreased by 5.36 percent in 2006. The knowledge, attitude and practice of caregivers, which included nursing personnel and patients' relatives, increased; moreover, they tended to participate more in taking care of their patients. The most common pressure ulcer locations were the coccyx and the sacral area. In hospitalized patients, most pressure ulcers were facility-acquired, so we created new equipment from local products, i.e. pillows made from the inner skin of dried coconut in order to support the at-risk surfaces and decrease the pressure on the skin. New strategies in caring and monitoring bedsores included education, empowerment of caregivers and team work. All patients were followed up, and home visits by the family physician and his/her team were made; no new bedsores were found to have occurred in their homes. This study demonstrated that the best way to treat pressure sores in disabled CVA patients is to prevent those conditions in the first place. Given current evidence, using support surfaces, repositioning the patient, optimizing the nutritional status of the patients, and moisturizing the skin were all strategies that prevented pressure ulcers. Caregivers should be empowered to take care of their patients during the entire period of their entire hospital admission. Family physicians should strive to integrate both holistic care and continuity of care for the patients and their families.

Key words: prevention, pressure sore, stroke, family physician

ภูมิหลังและเหตุผล

แผลกดทับเป็นปัญหาเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวไปมาได้ด้วยตนเอง. โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก ตีบหรือตัน ส่งผลให้เกิดอาการทางสมองอย่างเฉียบพลัน. รายที่มีอาการแสดงมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ร่างกายสูญเสียการทำงานของระบบประสาท คือ สมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวที่ขาดเลือดมาเลี้ยงเป็นเวลานาน ๆ ทำให้สมองส่วนนั้นตาย เกิดอัมพาตของแขนขาทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลีบ มีการเคลื่อนไหวน้อยจนเกิดข้อติดแข็งและแผลกดทับ ทำให้ต่อมาเกิดการติดเชื้อ และเสียชีวิตได้^(๑). ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ ทำให้มีการกดทับบริเวณด้านหลังร่างกาย เกิดแรงกดทับต่อหลอดเลือดได้หนึ่งซึ่ง ปรกติค่าแรงดันหลอดเลือดฝอยเฉลี่ยในคนปรกติประมาณ ๒๕ มม.ปรอท แต่เมื่อมีการกดทับผิวหนังที่ทาบบนปุ่มกระดูกสูงมากกว่า ๓๒ มม.ปรอท เป็นเวลานาน นานกว่า ๒ ชั่วโมง

จะทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ขาดออกซิเจนจากขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการตายของหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวบนเตียงได้เอง จะมีแรงกดทับที่ผิวหนังบนปุ่มกระดูกถึง ๑๐๐ มม.ปรอท. ดังนั้นพยาธิสภาพจึงขึ้นกับแรงกดทับและระยะเวลาที่กดทับ. นอกจากนี้ยังมีแรงที่กระทำต่อผิวหนังในแนวเฉียงที่เรียกว่าแรงย้วย (shearing force) เช่นการไถครูดบนผ้าปูเตียง. ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของผิวหนังมีส่วนทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น เช่นความเปียกชื้นจากปัสสาวะและอุจจาระที่ราด. ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละรายจึงรวมเอาปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาไว้ด้วยกัน เช่นเกณฑ์ของบราเดน (Braden scale) ซึ่งนิยมใช้กันทั่วโลก^(๒).

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Courtney และคณะ^(๓) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ พบว่ามีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ตั้งแต่ร้อยละ ๐.๔ ถึง ร้อยละ ๓๘. การศึกษาของ Barczak และคณะ^(๔) ในโรงพยาบาล ๒๖๕ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุก

ของแผลกดทับเฉลี่ยร้อยละ ๑๐.๑, เป็นแผลชนิดตื้นร้อยละ ๑-๒ ร้อยละ ๗๔. ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือที่ก้นกบร้อยละ ๓๖, และสันเท้าร้อยละ ๓๐.

การศึกษาความชุกของแผลกดทับในประเทศอังกฤษโดย O'Dea^(๕) พบประมาณ ร้อยละ ๕.๐-๑๐.๐ ในผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล. ส่วน Carlson และคณะ^(๖) ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วย ๓๖ รายจาก ๑๓๖ ราย เกิดแผลกดทับพบมากที่สุดที่ตำแหน่งกระดูกก้นกบ. Cullum และคณะ^(๗) ได้ศึกษาอุปกรณ์รองรับแรงกดที่จุดต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่า อุปกรณ์เหล่านี้สามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ ๗๐, และเมื่อคำนวณการใช้จำนวนรายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหนึ่งครั้ง พบว่ารายที่ต้องการการรักษา ประมาณ ๓ รายต่อ ๑ ราย.

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕^(๘) พบอัตราชุกร้อยละ ๑๐.๘. ซวลี แยมวงษ์^(๙) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับแบบติดตามไปข้างหน้า ในผู้ป่วยที่รักษาในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๓๘ ถึง ๒๕๓๙ จำนวน ๗๘๗ คน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต บันทึกการเกิดแผลกดทับใหม่ ตำแหน่ง ขนาด และระยะของแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ของบราเดนและข้อมูลทางเวชกรรมตั้งแต่แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ติดตามประเมินทุก ๒๔ ชั่วโมง และ ๗๒ ชั่วโมง. การศึกษาพบอุบัติการณ์แผลกดทับร้อยละ ๑๑.๑๘. กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีอายุและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า. สำหรับเพศและการเกิดแผลกดทับไม่ต่างกัน. แนวทางในการป้องกันจึงมีความสำคัญควรติดตามประเมินผู้ป่วยใหม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ.

เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น. การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล. การป้องกันการเกิดแผลกดทับต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมแพทย์ พยาบาล

ทีมสหวิชาชีพ ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น. จากการศึกษาของ Gawron^(๑๐) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยในระดับสูงได้. ดังนั้นนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เป็นรูปแบบที่นำแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง ในการลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียง ในช่วงวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙ รวมระยะเวลา ๒ ปี. บันทึกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล ร่วมกับที่ระบุไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและใช้อุปกรณ์รองรับกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในช่วงวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๙ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙.

บันทึกจำแนกแผลกดทับตามความรุนแรงเป็นระดับ^(๑๑): ระดับที่ ๑ ผิวหนังเริ่มบวม แดง ร้อนหรือหนาขึ้น ยังไม่มีรอยแยกของผิวหนังชัดเจน; ระดับที่ ๒ มีรอยแยกของผิวหนังชั้นนอก เห็นเป็นตุ่มพองใส; ระดับที่ ๓ ความลึกของแผลลุกลามถึงชั้นใต้หนัง แต่ไม่ลึกเกินแผ่นเนื้อพังผืดข้างใต้; ระดับที่ ๔ มีการทำลายของเนื้อเยื่ออย่างกว้างขวางถึงชั้นกล้ามเนื้อ และกระดูก.

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลร่วมกับเวช



ระเบียบ. วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) versions ๑๑.๕ หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. ประเมินความความรู้อัตนคติและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น ๕ ระดับ คือ ดีมาก, ดี, ปานกลาง, น้อย และน้อยมาก โดยให้คะแนนในระดับดีมาก ถึงน้อยมาก เท่ากับ ๕, ๔, ๓, ๒, ๑ ตามลำดับ.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลิซล ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๔๙ คน และเกิดแผลกดทับ ๙ คน คิดเป็นอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๘.๓๗. ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร พบผู้ป่วยชายร้อยละ ๕๕.๕๖, อายุ ๔๕-๙๐ ปี เฉลี่ย ๖๕.๕๐ ปี, มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร้อยละ ๗๗.๗๘ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๖๖.๖๗, โรคเบาหวานร้อยละ ๔๔.๔๔, และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๓๓.๓๓.

ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ โรงพยาบาลลิซล ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาแก่ญาติหรือผู้ดูแล

ผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ. ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดแผลกดทับลดลง มีเพียง ๓ คนคิดเป็นอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๕.๓๖. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๘ กับ พ.ศ. ๒๕๔๙ แสดงในตารางที่ ๑ และกราฟเส้นแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจำแนกรายเดือน (แผนภูมิที่ ๑).

ตำแหน่งของแผลกดทับใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบบริเวณก้นกบ ส่วนหลังและสะโพก ร้อยละ ๔๓, หัวไหล่และข้อศอกร้อยละ ๓๔, ขาและสันเท้าร้อยละ ๑๗ และศีรษะร้อยละ ๖. ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบเฉพาะที่ก้นกบ หลังและสะโพกร้อยละ ๑๐๐.

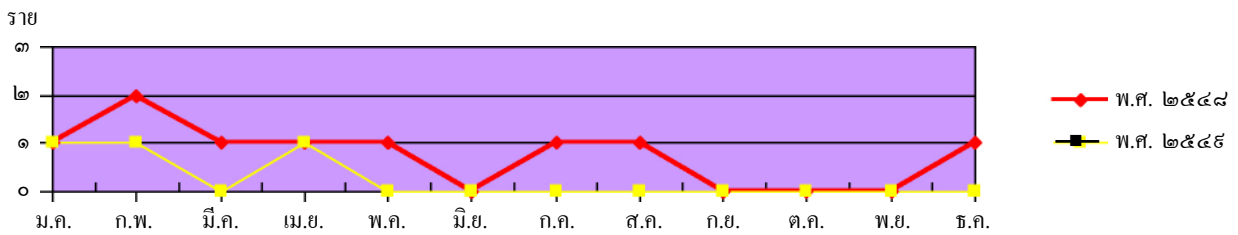
ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีความรุนแรงระดับ ๑ จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๓๓.๓๓), ระดับ ๒ จำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๕๖.๕๖) และระดับ ๓ จำนวน ๑ ราย (ร้อยละ ๑๑.๑๑). ส่วนใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบระดับความรุนแรงของแผลกดทับลดลง เหลือเพียงระดับ ๑ ในผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ ๑๐๐).

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้า

ตารางที่ ๑ ข้อมูลด้านประชากร

	๒๕๔๘	๒๕๔๙
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ราย)	๔๙	๕๖
ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ (ราย)	๙ (๑๘.๓๗)	๓ (๕.๓๖)
ชาย/หญิง (ราย)	๕/๔ (๕๕.๕๖/๔๔.๔๔)	๑/๒ (๓๓.๓๓/๖๖.๖๗)
อายุ (ปี)	๖๕.๕๐	๗๐.๐๐
โรคประจำตัว (ราย)	๗ (๗๗.๗๘)	๒ (๖๖.๖๗)
- แรงดันเลือดสูง	๖ (๖๖.๖๗)	๒ (๖๖.๖๗)
- เบาหวาน	๔ (๔๔.๔๔)	๑ (๓๓.๓๓)
- กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	๓ (๓๓.๓๓)	๐
- ถุงลมโป่งพองอุดกั้นเรื้อรัง	๑ (๑.๑๑)	๐

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ



แผนภูมิที่ ๑ กราฟเส้นแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจำแนกรายเดือน เปรียบเทียบระหว่างพ.ศ. ๒๕๔๘ กับพ.ศ. ๒๕๔๙

รักษาในโรงพยาบาล ฝึกสอนญาติให้รู้จักการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย รู้จักการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูก. วิธีการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และเสริมพลังให้ผู้ดูแลปฏิบัติได้ และสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ดังแสดงในรูปที่ ๑. การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยการคิดประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการป้องกันแผลกดทับ ให้สามารถใช้งานได้สะดวกและราคาประหยัด จากวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่น. วัสดุที่ใช้ทำหมอนรองปุ่มกระดูกทำมาจากใยมะพร้าว ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาไม่แพง เพื่อลดแรงเสียดสีและแรงกดทับของผู้ป่วย มีความแข็งแรง ทนทานต่อการถูกระแทก ราคาวัสดุรวมค่าจ้างในการผลิต ประมาณ ๒๐๐ บาท ดังแสดงในรูปที่ ๒.

การประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๕๖ รายพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลกดทับในระดับดี (ค่าเฉลี่ย ๔.๓๔±๐.๖๑), มีทัศนคติระดับดีมาก (๔.๖๕±๐.๕๖) ต่อการดูแลผู้ป่วย, และมีทักษะในการทำแผล การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย ๔.๑๑±๐.๕๖).

ผู้ป่วยทุกคนที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยคนละ๑ ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพ. ผลการออกติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยทุกคนที่ญาติหรือผู้ดูแลได้เข้าร่วมกระบวนการให้ความรู้แบบองค์รวมและต่อเนื่อง มีอาการดีขึ้นและไม่พบแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ ที่บ้านผู้ป่วยอีก.



รูปที่ ๑ การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วย



รูปที่ ๒ อุปกรณ์รองปุ่มกระดูก หมอนรองปุ่มกระดูกจากใยมะพร้าว



วิจารณ์

การประเมินประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า ๖๐ ปี, ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และมีโรคประจำตัว. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดแผลกดทับในการศึกษานี้คือ อายุที่มากกว่า ๖๐ ปี สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ^(๘) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญของการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ อายุมากกว่า ๖๐ ปี มีประวัติของอุจจาระร่วง และกลิ่นอุจจาระไม่ได้, และการศึกษาของ ซวลี แยมวงษ์^(๙) ที่พบว่า อายุและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดแผลกดทับ. ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากกว่า ๖๐ ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและนอนติดเตียงนาน จำเป็นต้องให้การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นกรณีพิเศษ.

อุบัติการณ์แผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิทธิสูงถึงร้อยละ ๑๘.๓๗ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ก่อนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องมาใช้. ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งในและต่างประเทศ^(๑๓-๑๖). นอกจากนี้ ผลการศึกษาใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ยังพบว่าแผลกดทับที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๕.๕๖ เป็นแผลระดับ ๒ ที่มักจะเกิดบริเวณส่วนหลัง ก้นกบ และสะโพก ถึงร้อยละ ๔๓ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schue และคณะ^(๑๒) ที่พบว่าส่วนใหญ่แผลกดทับที่พบมักเป็นระดับ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๔๔ และการศึกษาของ Barczak และคณะ^(๔) พบแผลกดทับระยะที่ ๑-๒ ร้อยละ ๗๔. ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับและลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับลงได้อย่างเห็นได้ชัดโดยแผลกดทับที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นแผลระดับ ๑ ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cullum และคณะ^(๗) ที่ศึกษาอุปกรณ์รองรับแรงกดที่จุดต่างๆ

ของร่างกาย พบว่า อุปกรณ์เหล่านี้สามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ ๗๐ และลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับลงได้. ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วม ร่วมของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับและลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับลงได้.

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โดยประยุกต์ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ตลอดจนการลงติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้การทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในผลการรักษาที่ได้รับ. นอกจากนี้ยังช่วยแก้ปัญหาค่าขาดผู้ดูแลและปัญหาผู้ป่วย ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังลงได้อีกด้วย.

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงวิธีการรักษาแผลกดทับที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับตั้งแต่เริ่มแรก. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถให้การดูแลรักษาและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยโดยให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล. การสร้างเสริมพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับโดยการใช้มาตรการป้องกันเชิงรุก ได้แก่ การพลิกตัว การจัดทำ การจัดทำให้มีการเคลื่อนไหวโดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วย. การใช้อุปกรณ์เพื่อรองรับแรงกดที่จุดต่างๆ ของร่างกาย โดยการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกจากใยมะพร้าวสามารถช่วยลดลดอุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้ และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย. นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด.

เอกสารอ้างอิง

๑. อรรถจักร์ โดษยานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: เสก อภัยรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค; ๒๕๓๕.
๒. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA 2006;296:974-84.
๓. Courtney H, Lyder ND. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003;289:223-6.
๔. Barczak CA, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. Adv Wound Care 1997;269:494-7.
๕. O'Dea K. Prevalence of pressure sores in the UK. J Wound Care 1993;2:221-5.
๖. Carlson EV, Kemp MG, Shott S. Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. Am J Crit Care 1999;8:262-9.
๗. Cullum N, Dickson R, Eastwood A. The prevalence and treatment of pressure sores. Nurs Standard 1996;10:32-3.
๘. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย ๒๕๔๕; ๑๒(๑):๒๕-๓๕.
๙. ชวลี เข้มวงษ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารวิจัยทางการแพทย์ ๒๕๔๒;๓:๑๒-๒๕.
๑๐. Gawron CL. Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized patients. J Wound Ostomy Continence Nurs 1994;21:232-40.
๑๑. Maklebust JA. Pressure ulcer staging system. Adv Wound Care 1995;8:2811-4.
๑๒. Schue RM, Langemo DK. Pressure ulcer prevalence and incidence and a modification of the Braden Scale for a rehabilitation unit. J Wound Ostomy Continence Nurs 1998;25:36-43.
๑๓. Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, Short C. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. Crit Care Med 2001;29:283-90.
๑๔. Carlson EV, Kemp MG, Shott S. Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. Am J Crit Care 1999;8:262-9.
๑๕. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. J Am Geriatr Soc 1996;44:22-30.
๑๖. Richardson GM, Gardner S, Frantz RA. Nursing assessment: impact on type and cost of interventions to prevent pressure ulcers. J Wound Ostomy Continence Nurs 1998;25:273-80.