

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

นารินทร์ วิเลชา, พ.บ.

อภิชนา โฉมวิหะ, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นารินทร์ วิเลชา, อภิชนา โฉมวิหะ. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2548; 15(2): 101-112.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเพื่อนำไปสู่การวางแผนควบคุมและป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพต่อไป

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มที่ท้าววิจัย ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เดินไม่ได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการ ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทางจดหมายหรือสัมภาษณ์โดยตรงแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย ส่วนคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และส่วนคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน นำข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันวิเคราะห์ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีหรือเคยเป็นแผลและกลุ่มที่ไม่เคยมีแผลมาก่อน

ผลการวิจัย ผู้ป่วย 142 คน เป็นเพศชาย 110 คน หญิง 32 คน อายุ 37.74 ± 11.47 ปี อายุขณะได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง 29.07 ± 11.73 ปี ระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บนานเฉลี่ย 102.43 เดือน ผู้ป่วย 113 คน (ร้อยละ 80) เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรงครึ่งท่อน 29 คน (ร้อยละ 20) เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรงทั้งแขนและขา ร้อยละ 92 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผู้ป่วย 113 คน (ร้อยละ 80) เคยเป็นหรือมีแผล และที่เหลือ 29 คน (ร้อยละ 20) ไม่เคยมีแผลเลย ร้อยละ 40.2 มีหรือเป็นแผลครั้งแรก แผลกดทับที่เป็นในปัจจุบันเป็นมานานเฉลี่ย 20.6 ± 38.50 เดือน ร้อยละ 65.5 ของแผลเป็นที่ก้นกบ ร้อยละ 27.6 เป็นที่ปุ่มกระดูกก้นย้อย และร้อยละ 13.8 เป็นที่กระเบนเหน็บ ร้อยละ 71.4 ของผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุของแผลกดทับคือการนั่งหรือนอนทับโดยไม่ไดยกตัวหรือพลิกตัว ปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับได้แก่ การที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน ($p = 0.001$) การบาดเจ็บชนิดรุนแรง ($p=0.04$) และระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บนาน ($p = 0.01$) ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การย้ายตัว ($p = 0.044$) และการนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ($p = 0.024$) แต่พบว่าปัสสาวะเล็ดราด อุจจาระเล็ดราด อาการเกร็ง อาการปวด การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน เช่น การพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง การยกหรือโยกตัว การใช้เบาะรองนั่ง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วิจารณ์และสรุป การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนมีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว และพบว่า การนอนน้อยกว่าเท่ากับ 8 ชั่วโมงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้มีจำนวนไม่มากพอจึงไม่สามารถยืนยันว่าการไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นและการมีพฤติกรรมป้องกัน ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแผลกดทับเกิดขึ้นอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต อัตราการเกิดแผลที่สูงนี้สะท้อนว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับยังไม่ได้ผล ผู้ป่วยอาจมีความรู้แต่ไม่พอเพียงที่จะทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของทีมงานฟื้นฟูที่จะต้องชวนช่วยปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอัมพาตและชวนการให้ความรู้ อีกทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเฝ้าระวัง ดูแลตนเอง และรู้จักใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็นอัมพาตมานาน

คำสำคัญ บาดเจ็บไขสันหลัง แผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเป็นอันดับต้นของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จากการรักษาของ Fuhrer และคณะ (ค.ศ. 1993) พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับขณะอยู่บ้านร้อยละ 30.1 ส่วนการศึกษาของอภิขนา โฆวินทะและกัลยาณี กาวิละ (พ.ศ. 2541) ได้ติดตามปัญหาของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 38 มีแผลกดทับเกิดขึ้น แต่ต่อมาอีก 2 ปี พบอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงเหลือร้อยละ 24.2 ส่วนอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ครั้งแรกหลังไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ พบร้อยละ 22-24⁽³⁻⁴⁾

Krause และคณะ (ค.ศ. 2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมป้องกัน และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นแผลกดทับ ได้แก่ น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ การสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา⁽⁵⁾ ส่วน Garber และคณะ (ค.ศ. 2000) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ทำนายการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 118 คน โดยศึกษาเป็น 2 ระยะห่างกัน 3 ปีพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ทำนายการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังตั้งแต่อายุน้อย เคยผ่าตัดแผลกดทับมาก่อน และเคยมีแผลกดทับมาก่อน⁽⁶⁾

จากการศึกษาของพรรณทิพย์ มูลศาสตรสาทร และคณะ (พ.ศ. 2538) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ โดยเป็นการศึกษาย้อนหลัง ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง 69 ราย ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรกที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าภาวะบัสสาวะเล็ดราด มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็น 5.8 เท่าของผู้ที่ไม่มีบัสสาวะเล็ดราด⁽⁷⁾

มีการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังก่อนหน้านี้นพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง ได้แก่ ผู้ชาย คนโสด ไม่มีงานทำ ระยะเวลาของการเป็นอัมพาตนาน การบาดเจ็บของไขสันหลังชนิดสมบูรณ์ ผู้สูงอายุ การเป็นอัมพาตครึ่งท่อน อาการปวด และอาการเกร็ง นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะทุโภชนา และอุจจาระและบัสสาวะเล็ดราด เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับเช่นกัน⁽⁸⁾

ดังที่ทราบกันดีว่า การเกิดแผลกดทับเพิ่มความเสี่ยงความสามารถ (disability) และความต้อโอกาสทางสังคม

(handicap) ให้แก่ผู้ป่วย หากแผลมีระดับความรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในกระดูกบริเวณที่เป็นแผลกดทับ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้แผลกดทับยังทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และถึงแม้ว่าอัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จะน้อยลงแต่ยังคงมีอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า สำหรับคนไทยแล้ว ปัจจัยใดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ พฤติกรรมการป้องกันมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับอย่างไร ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้งที่อยู่บ้านและนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อนำไปสู่การวางแผนควบคุมและป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ประชากร

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บ/โรคที่ไขสันหลัง ที่เคยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ตึกฟื้นฟูสภาพ รพ. มหาราชนครเชียงใหม่
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บ/โรคที่ไขสันหลังที่มาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูระหว่าง ม.ค. 2546 - เม.ย. 2546
3. ผู้ป่วยบาดเจ็บ/โรคที่ไขสันหลัง ที่เข้าร่วมชมหรือแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเดือนมกราคม 2546

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง รวมถึงผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ/เป็นโรคที่ไขสันหลัง
2. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีบริบูรณ์
3. เดินไม่ได้ต้องใช้รถนั่งสำหรับผู้พิการ
4. ผู้ป่วยที่ยินยอมหรือลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในงานวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดแยก (exclusion criteria)

1. ไม่ทราบระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บที่แน่นอน
2. ผู้ที่เป็นโปลิโอ
3. ผู้ที่สื่อสารไม่รู้เรื่อง

- 4. ผู้ที่มีโรคจิตประสาท
- 5. ผู้ที่ไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืนตามกำหนด

วิธีการวิจัย

ใช้วิธีสัมภาษณ์และส่งแบบสอบถาม โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีแผลกดทับ ได้แก่กลุ่มที่เคยมีหรือมีแผลกดทับ และกลุ่มที่ไม่เคยมีแผลกดทับเลย เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยวิธีการทางสถิติ ได้แก่

- χ^2 test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพเช่น เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ อาการเกร็ง อาการปวด ช่วงระยะเวลาที่นอนตอนกลางคืนและนั่งในตอนกลางวัน และพฤติกรรมการป้องกัน
- unpaired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเชิง

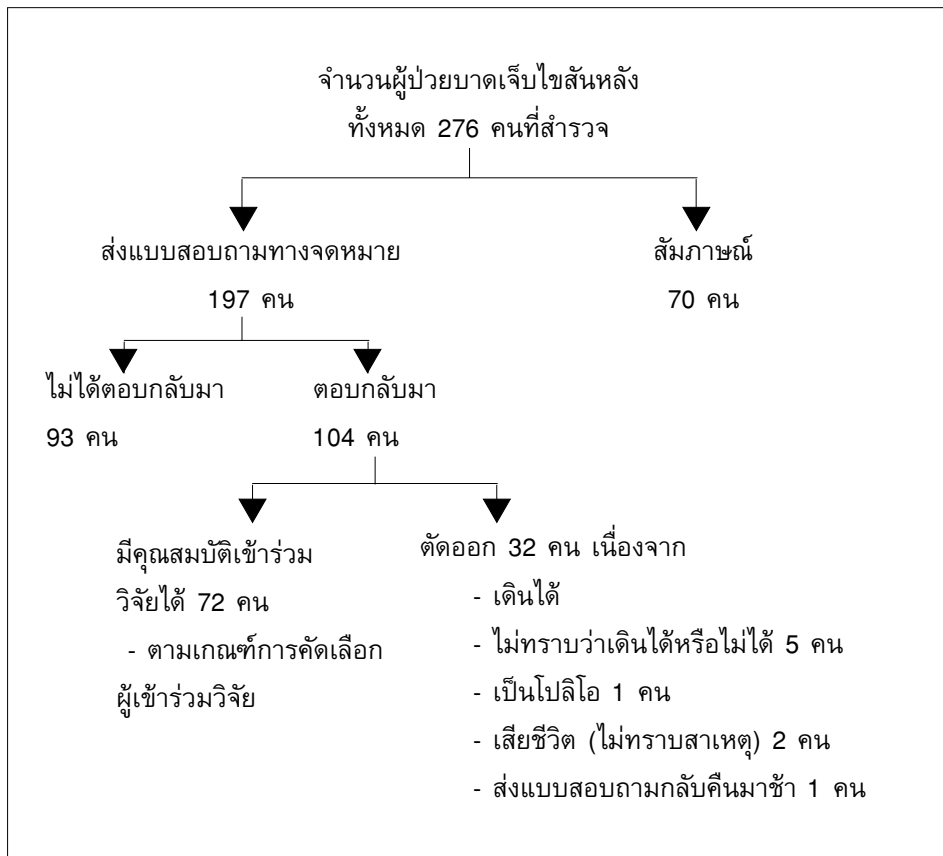
ปริมาณ ได้แก่ อายุ และระยะเวลา

- วิเคราะห์เป็นความถี่ ได้แก่ ตำแหน่งแผล จำนวนครั้งที่เป็แผล ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุในการเกิดแผลกดทับ การป้องกันและการรักษา

- logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยเสี่ยงใดที่มีผลกระทบต่อเกิดการเกิดแผลกดทับมากที่สุด ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบและรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จำนวน 276 คน ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์โดยตรงมีจำนวน 70 คน มีผู้ป่วย 104 คน ตอบกลับมา จากทั้งหมดที่ส่งแบบสอบถาม 197 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 53 แต่ในจำนวนนี้ ต้องคัดออก 32 คน เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีแบบสอบถามของผู้ที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 142 ฉบับ ดังแสดงในแผนภูมิ



ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง 141 คน ส่วนอีก 1 คนเป็นวัณโรคที่กระดูกสันหลัง, เป็นเพศชาย 110 คน (ร้อยละ 78) และ เพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 22), อายุเฉลี่ยขณะได้รับบาดเจ็บ/เป็นโรค 29 ปี อายุปัจจุบันเฉลี่ย 38 ปี และระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มบาดเจ็บ/เป็นโรคจนถึงปัจจุบัน 9 ปี ร้อยละ 20 เป็นอัมพาต/อ่อนแรงทั้งแขนและขา (Tetraplegia) และร้อยละ 80 เป็นอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน มีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่สำรวจที่ไม่เคยมีแผลกดทับ ที่เหลือร้อยละ 80 เคยมี/ปัจจุบันมีแผลกดทับ ร้อยละ 40 เป็นแผลครั้งแรก ร้อยละ 22 เป็นแผล 2 ครั้ง และร้อยละ 38 เป็นแผลมากกว่า 2 ครั้ง ผู้ที่ปัจจุบันมีแผลกดทับเป็นแผลมานานเฉลี่ย 20.62 ± 38.50 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ที่ปัจจุบันมีแผลกดทับ 32 คน พบตำแหน่งที่เป็นแผลมากที่สุดคือก้นกบ (ร้อยละ 54) รองลงมาคือปุ่ม

กระดูกก้นย้อย (ร้อยละ 23) และกระเบนเหน็บ (ร้อยละ 11) ส่วนสาเหตุของการเกิดแผลกดทับในขณะนี้ (มีผู้ตอบคำถามนี้ 28 คน) คือ การนอนหรือนั่งทับนานๆ โดยไม่ได้พลิกตัวหรือยกตัว (ร้อยละ 71) มีแผลกดทับมาก่อน (ร้อยละ 11) และมีการเสียดสีหรือกระแทกในขณะที่เคลื่อนไหวตัว (ร้อยละ 7) ร้อยละ 32 ของผู้ป่วยทำแผลเองแล้วหาย ร้อยละ 30 ต้องผ่าตัดปิดแผล และร้อยละ 26 ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อทำให้แผลหาย

จากตารางที่ 2 สามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีแผล และกลุ่มที่ไม่เคยมีแผลและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานกับการเกิดแผลกดทับ ไม่พบว่าปัจจัยพื้นฐานใดๆ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นระดับพยาธิสภาพ ($p = 0.001$) ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ ($p = 0.040$) และระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บ/เป็นโรคถึงปัจจุบัน ($p = 0.010$)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
อายุปัจจุบัน	37.74	11.47		
อายุขณะได้รับบาดเจ็บ	29.07	11.73		
ระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บ (ปี)	8.54	7.88		
เพศ				
ชาย		110	77.5	
หญิง		32	22.5	
ความรุนแรงของอัมพาตแบ่งตาม ASIA classification				
อัมพาตทั้งตัว (tetraplegia A + B)			18	12.7
อ่อนแรงทั้งตัว (tetraplegia C + D)			11	7.7
อัมพาตครึ่งท่อน (paraplegia A + B)			103	72.5
อ่อนแรงครึ่งท่อน (paraplegia C +D)			10	7.0
การมีแผลกดทับ				
ไม่เคยมีแผลเลย			29	20.0
มีแผลกดทับ			113	80.0
เคยมีแต่ปัจจุบันแผลหาย			81	71.7
เคยมีและปัจจุบันยังคงมีแผล			26	23.0
ปัจจุบันมีแผล			6	5.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในการศึกษานี้จำนวน 142 คน

ปัจจัย	จำนวน	แผลกดทับ		p-value
		มี/เคยมีแผล (คน)	ไม่มีแผล (คน)	
1. เพศ				
ชาย : หญิง	142	88 : 25	22 : 7	0.990
2. อายุปัจจุบัน (ปี)	142	113	29	
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		37.83 \pm 11.91	36.17 \pm 11.88	0.504
3. อายุขณะได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (ปี)	142	113	29	
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		28.51 \pm 11.99	30.07 \pm 11.83	0.530
4. ระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (ปี)	142	113	29	
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		9.14 \pm 8.45	6.14 \pm 4.53	0.010*
5. ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ	142	100 ; 13	21 : 8	0.040*
อัมพาต : อ่อนแรง				
6. ระดับพยาธิสภาพของการได้รับบาดเจ็บ	142	97 : 16	16 : 13	0.001*
อัมพาต/อ่อนแรงครึ่งก่อน :				
อัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว				
7. ข้อติด	127	21 : 79	4 : 23	0.657
มี : ไม่มี				
8. โรคประจำตัว	131	23 : 80	3 : 25	0.272
มี : ไม่มี				
9. รูปร่าง	140	28 : 83	20 : 9	0.445
ผอม : สมส่วน/อ้วน				
10. การศึกษา	140	84 : 27	20 : 9	0.619
ไม่ได้เรียน/ประถม/มัธยมต้น :				
ปวช., ปวส., มหาวิทยาลัย				
11. อาชีพ	136	59 : 48	18 : 11	0.648
ไม่มีงานทำ : มีงานทำ				
12. สถานะความเป็นอยู่	136	8 : 99	1 : 28	0.684
อยู่คนเดียว : อยู่กับครอบครัว/ สถานสงเคราะห์/อื่นๆ				
13. เคยได้รับความรู้เรื่องแผลกดทับขณะอยู่รพ.137		9 : 100	2 : 26	0.999
เคย : ไม่เคย				

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีแผล และกลุ่มที่ไม่เคยมีแผล และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานกับการเกิดแผลกดทับ

หมายเหตุ 1. ค่า N (จำนวนผู้ป่วย) อาจต่างกันในแต่ละปัจจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่กรอกข้อมูลในบางหัวข้อ

2. *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ปัจจัย	จำนวน	ผลกดทับ		p-value
		มี/เคยมีแผล (คน)	ไม่มีแผล (คน)	
การขับถ่ายปัสสาวะ เล็ดราด : ไม่เล็ดราด	132	48 : 58	5 : 11	0.360
การขับถ่ายอุจจาระ เล็ดราด : ไม่เล็ดราด	126	12 : 88	5 : 21	0.343
อาการเกร็ง มี : ไม่มี	133	81 : 24	24 : 4	0.467
ยาลดเกร็ง ใช้ : ไม่ใช้	112	30 : 60	10 : 12	0.415
อาการปวด มี : ไม่มี	137	81 : 28	20 : 8	0.945
ยาลดปวด ใช้ : ไม่ใช้	129	38 : 66	9 : 16	0.999
ระยะเวลาที่นอนตอนกลางคืน > 8 : ≤ 8 ชั่วโมง	137	28 : 81	14 : 14	0.024*
เวลาที่นั่งนานติดต่อกัน ≥ 2 : < 2 ชั่วโมง	140	85 : 27	16 : 12	0.081
การเคลื่อนย้ายตัว ทำได้เองแต่ลำบาก/มีคนช่วย : ทำได้เอง	138	34 : 76	15 : 13	0.044*
การสูบบุหรี่ สูบ : ไม่เคยสูบ	137	61 : 49	15 : 12	0.992

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดแผลกดทับ

- หมายเหตุ 1. ค่า N (จำนวนผู้ป่วย) อาจต่างกันในแต่ละปัจจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่กรอกข้อมูลในบางหัวข้อ
2. * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จาก ตารางที่ 3 จำแนกได้ดังนี้ ปัญหาปัสสาวะ เล็ดราดนั้น มีผู้ป่วยจำนวน 132 คนที่ตอบข้อคำถามนี้ พบว่า 63 คน (ร้อยละ 48) มีปัสสาวะเล็ดราด ซึ่งในจำนวนนี้ ปัสสาวะซึมทุกวัน 46 คน (ร้อยละ 53) ร้อยละ 22 ของผู้ที่มีปัสสาวะซึมแก้ปัญหาโดยการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 19 ใช้ถุงยางรองรับปัสสาวะ ร้อยละ 19 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ใดเลย และร้อยละ 17 ใช้ถุงพลาสติก ร้อยละ 50 ของผู้ใช้ถุงยางรองรับปัสสาวะ เปลี่ยนวันละครั้ง สำหรับผู้ที่สวนปัสสาวะ 78 คน ร้อยละ 45 ปัสสาวะโดยการสวนเป็นระยะ (intermittent catheterization) และร้อยละ 33 คาสายสวน (indwelling catheterization) ทั้งนี้ผู้ป่วยบางคนที่มีปัสสาวะเล็ดราดใช้วิธีสวนปัสสาวะเป็นระยะร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออีก 18 คนสามารถปัสสาวะได้เอง ส่วนปัญหาอุจจาระเล็ดราดนั้น ร้อยละ 87 จากจำนวน 126 ไม่มีอุจจาระเล็ดราด ทั้งนี้ร้อยละ 41 ใช้วิธีการล้างอุจจาระ ร้อยละ 79 มีอาการเกร็ง ทั้งนี้ร้อยละ 64 ไม่ได้ใช้ยาลดเกร็ง ร้อยละ 74 มี

อาการปวด แต่ร้อยละ 64 ไม่ได้ใช้ยาลดปวด ร้อยละ 72 นั่งนานติดต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมงในตอนกลางวัน ร้อยละ 56 มีประวัติสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่สูบบุหรี่มานาน 12.5 ± 8.5 ปี และร้อยละ 56 สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่มาก่อน จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบว่าปัจจัยเสี่ยงใดสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ พบว่าการเคลื่อนย้ายตัวได้เองและการนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.044$ และ 0.024 ตามลำดับ)

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันนั้น พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ร้อยละ 35 เท่านั้นที่ใช้หมอนรองระหว่างปุ่มกระดูก ร้อยละ 63.8 ยกหรือโยกตัวเป็นประจำ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างการยกหรือโยกตัวนาน 33 ± 30 นาทีในกลุ่มที่มีแผล และ 39 ± 39 นาทีในกลุ่มที่ไม่มีแผล ร้อยละ 89 ใช้เบาะรองนั่ง ร้อยละ 45 สวมรองเท้าเวลาออกนอกบ้าน และร้อยละ 57 ส่องผิวหนังทุกวันเป็นประจำ จากการวิเคราะห์ทางสถิติในการ

ศึกษาคั้งนี้ ไม่มีพฤติกรรมป้องกันใดที่มีนัยสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับความรู้เรื่องแผลกดทับและวิธีป้องกัน พบว่า 126 คน (ร้อยละ 92) เคยได้รับความรู้เรื่องแผลกดทับ ในจำนวนนี้ 100 คน (ร้อยละ 79.4) มีแผลกดทับ โดยผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุของการเกิดแผลกดทับคือการนั่งหรือนอนในท่าเดิมนานเกินไป (ร้อยละ 72.2) ผู้ป่วยคิดว่าการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับกระทำได้นี้ พลิกตัวหรือยกตัวบ่อยๆ (ร้อยละ 68.1) การใช้เบาะหรือที่นอนนุ่มๆ ที่ระบายอากาศดี (ร้อยละ 13.2) และการดูแลรักษาร่างกายให้มีสุขอนามัยที่ดี (ร้อยละ 5.6) แต่ถ้ามีแผลกดทับแล้ว ร้อยละ 32 ของผู้ป่วยรักษาด้วยการไม่กดทับทับแผลนั้นโดยการนอนคว่ำหรือนอนตะแคง ร้อยละ 24 ปรึกษาแพทย์ หรือไปโรงพยาบาล/อนามัย และร้อยละ 17 ทำแผลเอง

บทวิจารณ์

จากการศึกษาคั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ ระดับพยาธิสภาพ ความรุนแรงของพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง ระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บ การเคลื่อนย้ายตัวลำบากหรือการต้องการผู้ช่วย และเวลานอนตอนกลางคืนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง ทั้งนี้ การนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง เป็นปัจจัย

เสี่ยงที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดต่อการเกิดแผลกดทับในการศึกษาคั้งนี้

สาเหตุที่การนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับนั้น อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยใช้เวลาส่วนที่ไม่ได้นอนในการนั่ง เป็นที่น่าสังเกตว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยอัมพาตหรืออ่อนแรงครึ่งท่อน ซึ่งส่วนใหญ่สามารถนั่งได้นาน แต่การนั่งนานติดต่อกัน ≥ 2 ชั่วโมงจากการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง แต่การศึกษานี้ไม่ได้สอบถามผู้ป่วยว่าทำไมจึงนอนน้อยและถ้าไม่ได้นอน ใช้เวลาทำอะไร ซึ่งในการศึกษาคั้งต่อไปน่าจะสอบถามเพิ่มเติม เมื่อพิจารณาถึงการเคลื่อนย้ายตัวพบว่าผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวได้เองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างกับการศึกษาของ Salzberg และคณะ (ค.ศ. 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายตัวได้เองเกิดแผลกดทับร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายตัวเองลำบากและ/หรือต้องการผู้ช่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 82⁽⁹⁾ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายตัวได้เองเกิดอุบัติเหตุขณะย้ายตัวมากกว่าจากการเสียดสีเนื่องจากใช้วิธีลากตัว หรือเป็นเพราะการย้ายตัวโดยมีคนช่วยทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัย	จำนวน	แผลกดทับ		p-value
		ไม่เคยมีแผล (คน)	มี/เคยมีแผล (คน)	
พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง				
ทำเป็นประจำ : ไม่ได้ทำ/ทำไม่สม่ำเสมอ	139	17 : 11	59 : 52	0.613
ใช้หมอนรองระหว่างปุ่มกระดูกเวลานอน				
ใช้เป็นประจำ : ไม่ได้ใช้/ใช้เป็นบางครั้ง	137	12 : 16	36 : 73	0.453
ยกหรือโยกตัว				
ทำสม่ำเสมอ : ไม่ได้ทำ/ทำไม่สม่ำเสมอ	138	17 : 10	71 : 40	0.999
เบาะรองนั่ง				
ใช้ : ไม่ได้ใช้	137	20 : 6	99 : 9	0.075
สวมรองเท้าเวลาออกนอกบ้าน				
สวมเป็นประจำ : ไม่ได้สวม/สวมเป็นบางครั้ง	130	9 : 17	50 : 54	0.311

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมการป้องกันและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมป้องกันกับการเกิดแผลกดทับ

ส่วนระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บซึ่งสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญเช่นกันนั้น การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีแผลมีระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บนาน 9.1 ± 8.4 ปี ส่วนผู้ที่ไม่มีแผลมีระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บนาน 6.1 ± 4.4 ปี นั่นคือ โอกาสเกิดแผลกดทับยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McKinley และคณะ (ค.ศ. 1999) ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลังในระยะยาวและพบว่า การเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามไป 20 ปี ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง การเกิดแผลกดทับเพิ่มจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 39 ส่วน กลุ่มที่บาดเจ็บไม่รุนแรง เพิ่มจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 26⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของ Garber และคณะ (ค.ศ. 2000) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงเพื่อใช้ทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บมีผลต่อการเกิดแผลกดทับในปัจจุบันและเมื่อติดตามไป 3 ปี⁽⁶⁾ และการศึกษาของ Fuhrer และคณะ (ค.ศ. 1993) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลมีระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บ (ค่าเฉลี่ย 12.2 ปี) นานกว่ากลุ่มที่ไม่มีแผล (ค่าเฉลี่ย 9.8 ปี)⁽¹¹⁾

เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่ได้รับบาดเจ็บออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fuhrer และคณะ ที่ใช้วิธีรวมคะแนนจาก American Spinal Injury Association (ASIA) Total Motor Index Score แล้วพบว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ควบคุมการเคลื่อนไหวได้น้อยมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่า เนื่องจากไม่สามารถทำพฤติกรรมป้องกัน เช่น การยกตัว หรือเปลี่ยนท่าเวลานอน เพื่อลดแรงกดได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีมวลกล้ามเนื้อที่อยู่ต่ำกว่าพยาธิสภาพลดลง ทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับเหนือบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกได้ง่าย⁽¹⁾ อนึ่ง การศึกษานี้กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตหมายถึงผู้ป่วยอัมพาตที่อาจไม่มีหรือมีความรู้สึกในส่วนที่เป็นอัมพาต (ASIA A หรือ B) และกลุ่มอ่อนแรง (ASIA C หรือ D) เข้าไว้ด้วยกัน เนื่องจากเป็นศึกษาที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม ไม่มีการตรวจประเมินระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่แท้จริง ดังนั้น ถ้ามีการศึกษาต่อเนื่องในอนาคต ควรแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อยตาม ASIA classification (A, B, C และ

D) ได้ อาจทำให้ผลการศึกษานี้มีน้ำหนักชัดเจนยิ่งขึ้นว่าระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ

ส่วนระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บนั้น การศึกษานี้พบว่าผู้ที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรงทั้งแขนและขาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Byrne และ Salzberg (ค.ศ.1996) ที่ระบุว่า ระดับพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดแผลกดทับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนใช้รถนั่งสำหรับผู้ป่วยมากกว่า จากตารางที่ 3 พบว่า 89 จาก 138 คน (ร้อยละ 78) เคลื่อนย้ายตัวได้เอง จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดการเสียดสีในขณะย้ายตัว อีกทั้งท่านั่งและสภาพของรถก็มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ระดับที่วางเท้าสูงทำให้เกิดแรงกระทำต่อกระดูกกันย้อย⁽¹¹⁾ เป็นที่น่าสังเกตว่า ร้อยละ 89 ของผู้ป่วยใช้เบาะรองนั่ง และร้อยละ 64 ยกโยกตัวขณะนั่งอย่างสม่ำเสมอ แต่แผลกดทับก็ยังคงเกิดขึ้นจากการสังเกตเบาะรองนั่งของผู้ป่วย พบว่าเบาะรองนั่งส่วนใหญ่หมดสภาพ ถูกใช้งานมานานไม่มีการเปลี่ยน ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้เปลี่ยนเบาะรองนั่งเมื่อสังเกตว่าเบาะรองนั่งเสื่อมสภาพแล้ว ส่วนการยกตัวหรือโยกตัวก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอยู่⁽¹²⁾ อนึ่งการศึกษานี้ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเป็นอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนและมีจำนวนผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งแขนและขามีจำนวนน้อย ดังนั้นผลการวิเคราะห์ทางสถิติอาจเปลี่ยน ถ้ามีจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น

ส่วนปัจจัยอื่นๆ จากการวิเคราะห์ในการศึกษานี้ครั้งนี้และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากอายุของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือที่มีแผลและไม่มีแผลอยู่ในวัยกลางคน (ตารางที่ 2) ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุหรืออายุน้อย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่า^(8,13) ส่วนปัญหาข้อติดจากการศึกษานี้ครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการติดแข็งของข้อไม่รุนแรง อนึ่ง ภาวะข้อติดแข็งมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งมากจนต้องได้รับการปลดเกร็ง⁽¹⁴⁾ แต่จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งและต้องได้รับการรักษาด้วยยา มีร้อยละ 36.5 และพบว่า ผู้ที่มีอาการเกร็งร่วมกับข้อติดแข็งและมีแผลมีเพียงร้อยละ 24.3 ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าข้อที่ติดแข็งมีความรุนแรงน้อยและไม่

เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายตัวที่ทำให้เกิดการเสียดสีที่ผิวหนังและเกิดแผลกดทับได้⁽¹⁴⁾

โรคประจำตัวที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญได้แก่โรคปอด โรคไต โรคเบาหวาน^(6,23) และโรคโลหิตจาง⁽⁸⁾ ทั้งนี้ Salzberg และคณะ (ค.ศ. 1996) พบว่าระดับฮีมาโตคริตในเลือดสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับระยะเวลาในการเป็นแผลกดทับ ความลึกของแผล จำนวนตำแหน่งที่เกิดแผล และพบว่าคนที่ระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่า 36% มีโอกาสเกิดแผลกดทับสูง ส่วนคนที่ระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 30 เกิดแผลกดทับทุกราย⁽⁹⁾ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ตรวจเลือดผู้ป่วยจึงทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางหรือไม่มากนักน้อยเพียงใด ส่วนรูปร่างผอมนั้น การศึกษานี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งๆที่จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบว่าคนผอมเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากมีแรงกระทำมากเหนือปุ่มกระดูกที่ยื่นออกมา ส่วนคนที่มีรูปร่างสมส่วนหรืออ้วนจะมีการกระจายของแรงกดได้ดีกว่าจึงเกิดแผลกดทับน้อยกว่า⁽¹⁵⁾ อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ไม่ได้กำหนดนิยามความอ้วน ผอมที่ชัดเจน ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก และไม่ได้วัดดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นข้อต่อของการศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม

ด้านระดับการศึกษานั้น จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ⁽⁸⁾ แต่จากการศึกษานี้พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษานี้ได้แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามระดับการศึกษา คือ ต่ำกว่าระดับมัธยมต้น และสูงกว่ามัธยมต้น อีกทั้งร้อยละ 95 ของผู้ป่วยในการศึกษานี้เคยได้รับความรู้เรื่องแผลกดทับ (ร้อยละ 95) อันหนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เรื่องแผลกดทับ แต่ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเคยมี/มีแผลกดทับ ซึ่งก็แสดงว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่ต้องประกอบกับมีเจตคติที่คิดจะป้องกันการเกิดแผล ซึ่ง Anderson และ Andberg (ค.ศ. 1979) พบว่า ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการดูแลผิวหนัง และความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรม (การได้เข้าเรียน การมีงานทำ งานอดิเรก งานสังคม การจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันและเพศสัมพันธ์) สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนที่ต้องการผู้ดูแล และผู้ป่วยอัมพาต

ครึ่งท่อนที่ไม่มีผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยอัมพาตทั้งแขนและขาไม่ว่ามีผู้ช่วยเหลือหรือไม่ ปัจจัยด้านจิตสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾ อันเนื่องจากการไม่มียานพาหนะซึ่งถึงการขาดความพึงพอใจ ในชีวิต แต่จากการศึกษานี้พบว่า การไม่มียานพาหนะ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดแผล ทั้งนี้ อาจจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้มีน้อยจึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่าง

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอซึ่งได้แก่ การดูแลผิวหนัง ลดแรงดัน แรงเสียดทาน แรงเฉือนที่มากกระทำ การอยู่ในท่าที่เหมาะสม การโยกหรือยกตัว และการใช้เบาะรองนั่งที่มีประสิทธิภาพนั้น การศึกษานี้ไม่สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมี/ปัจจุบันมีแผลนั้น นับรวมผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดขึ้นขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งแผลที่เกิดขึ้นเกิดจากการดูแลของทีมรักษาพยาบาลที่บกพร่อง ไม่ใช่เป็นเพราะไม่มีพฤติกรรมการป้องกัน

ส่วนของปัจจัยเสี่ยงอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของร่างกาย เช่น ปัสสาวะเล็ดราดนั้น การศึกษานี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดแผลกดทับ ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อน^(7,8,18) อาจเป็นเพราะว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาปัสสาวะซึมมีเพียงร้อยละ 19 ที่ปล่อยให้ปัสสาวะซึมออกมา โดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะเล็ดราด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ผ้ารอง หนุนหลังจึงไม่เปียกชื้นเป็นเวลานานๆ ส่วนอาการปวดและการใช้ยาลดปวดในการศึกษานี้ ไม่สัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับเช่นเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้วิจัยไม่ได้ระบุลักษณะอาการปวดที่ชัดเจน อีกทั้งอาการปวดที่เกิดขึ้นจากการนั่งกดทับมีส่วนช่วยทำให้เกิดแผลกดทับน้อยลง เพราะอาการปวดช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับเคลื่อนไหวตัวและเปลี่ยนท่า และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ศึกษานี้มีอาการเกร็งอาการปวดไม่มาก Krause (ค.ศ.2001) ได้อธิบายว่ายาลดอาการเกร็งหรืออาการปวดทำให้เกิดแผลกดทับเพราะยาทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้า ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จึงทำให้ผิวหนังเสียดต่อการเกิดแผลได้ง่าย⁽⁵⁾ ทำให้ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและความตึงตัว⁽⁵⁾

ส่วนการสูบบุหรี่ซึ่งมีรายงานว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดแผลกดทับนั้น^(5,9) คงเป็นเพราะการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดฝอยบีบตัว ออกซิเจนที่มายังเนื้อเยื่อและ

ผิวหนังลดน้อยลง จึงทำให้เกิดแผลกดทับง่ายขึ้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการมีแผล ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Lamid และ El Ghatit (ค.ศ. 1983) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังชายทั้งหมด 38 คนพบว่าจำนวนบุหรี่ที่สูบ (ซอง/ปี) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁹⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ในการศึกษาครั้งนี้เฉลี่ย 13 ปี ในขณะที่การศึกษาของ Salzberg และคณะ (ค.ศ.1996) ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีระยะเวลาสูบบุหรี่นาน 16 ปี⁽⁹⁾ และจากการศึกษาของ Mawson และคณะ (ค.ศ.1993) พบว่านอกจากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของผิวหนังแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดแผล ได้แก่ มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ และการไม่ได้ขยับเป็นเวลาานาน⁽²⁰⁾

อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้มีข้อบกพร่อง ได้แก่ แบบสอบถามประเมินจากความคิดเห็นของผู้ป่วย ไม่มีหลักฐานยืนยันทางการแพทย์ที่ชัดเจน มีข้อบกพร่องเนื่องจากไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด เช่น ขาดการประเมินทางด้านภาวะโภชนาการ ด้านจิตใจและสังคม รวมทั้งจำนวนผู้ที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีน้อยทำให้ปัจจัยหลายอย่างที่เคยศึกษาว่ามีนัยสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ ไม่มีผลต่อการเกิดแผลในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรปรับปรุงแบบสอบถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ตรวจสอบข้อมูลทางการแพทย์ที่ชัดเจน เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ

บทสรุป การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยไทยที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ/เป็นโรคนั้นได้แก่ ระดับและความรุนแรงของพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง ระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บ การเคลื่อนไหวลำบาก/ต้องมีคนช่วย และการนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าปัจจัยบางอย่างแก้ไขไม่ได้ ปัจจัยบางอย่างแก้ไขได้ แม้ว่าการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างพฤติกรรม การป้องกันและการเกิดแผลกดทับ แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าปัจจัยดังกล่าวไม่สำคัญ ทั้งนี้การเกิดแผลกดทับขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ความบกพร่องของสภาพร่างกาย ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมถึงเจตคติและพฤติกรรม ดังนั้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับต้องอาศัยตัวผู้ป่วยเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ และมีพฤติกรรม

การป้องกันที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ อนึ่ง เป็นหน้าที่ของทีมงานฟื้นฟูที่จะต้องสร้างเสริมเจตคติที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งให้รู้จักเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และแก้ไขปัญหามาได้ตั้งแต่เนิ่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณกิตติกา กาญจนรัตนกร ที่ให้คำแนะนำการใช้สถิติวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Fuhrer MJ, Garber SL, Rintala DH, Clearman R, Hart KA. Pressure ulcer in community - resident persons with spinal cord injury: prevalence and risk factors. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74: 1172 - 7.
2. อภิชนา โสภินทะ, กัลยาณี ยาวิลละ. สภาพและปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังภายหลังการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. เชียงใหม่เวชสาร 2541; 37 (3-4): 49-57.
3. Kovindha A. Spinal cord injuries in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: 5 years retrospective study. Chiang Mai Med Bull 1985; 24: 179-85.
4. Kovindha A. A retrospective study of spinal cord injuries at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, during 1985 - 1991. Chiang Mai Med Bull 1993; 32 (2): 85 - 92.
5. Krause JS, Vines CL, Farley TL, Sniezek J, Coker J. An exploratory study of pressure ulcer after spinal cord injury: relationship to protective behaviors and risk factors. Arch Phys Med Rehabil 2001; 82: 107-13.
6. Garber SL, Rintala DH, Hart KA, Fuhrer MJ. Pressure ulcer risk in spinal cord injury: predictors of ulcer status over 3 years. Arch Phy Med Rehabil 2000; 81: 465-71.
7. Munrasartsathorn P, Intharakamhaeng P, Khunadorn F. The study of factors correlated with pressure sore development in traumatic spinal cord injury patients. J Thai Rehabil 1995; 5 (2): 25-30.

8. Byrne DW, Salzberg CA. Major risk factors for pressure ulcers in the spinal cord disabled: a literature review. *Spinal Cord* 1996; 34: 255-63.
9. Salzberg CA, Byrne DW, Cayten CG, van Niewerburgh P, Murphy JG, Viehbeck M. A new pressure ulcer risk assessment scale for individuals with spinal cord injury. *Am J Phy Med Rehabil* 1996; 75 (2): 96-104.
10. McKinley WO, Jackson AB, Cardenas DD, DeVivo MJ. Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: a regional model systems analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 1402-1.
11. Bush CA. Study of pressures on skin under ischial tuberosities and thighs during sitting. *Arch Phy Med Rehabil* 1969; 50 (4): 207-13.
12. Souther SG, Carr SD, Vistnes LM. Wheelchair cushions to reduce pressure under bony prominences. *Arch Phys Med Rehabil* 1974; 55: 460-4.
13. Yarkony GM. Pressure ulcers: a review. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 908 - 17.
14. Dalyan M, Sherman A, Cardenas DD. Factors associated with contractures in acute spinal cord injury. *Spinal Cord* 1998; 36(6): 405-8.
15. Garber SL, Krouskop TA. Body build and its relationship to pressure distribution in the seated wheelchair patient. *Arch Phy Med Rehabil* 1982; 63: 17-20.
16. Anderson TP, Andberg MM. Psychosocial factors associated with pressure sores. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60(8): 341-6.
17. Jones ML, Mathewson CS, Adkins VK, Ayllon T. Use of behavioral contingencies to promote prevention of recurrent pressure ulcers. *Arch Phy Med Rehabil* 2003; 84: 796-802.
18. Sumiya T, Kawamura K, Tokuhira A, Takechi H., Ogata H. A survey of wheelchair use by paraplegic individuals in Japan. Part 2: prevalence of pressure sores. *Spinal Cord* 1997; 35: 595-8.
19. Lamid S, El Ghatit AZ. Smoking, spasticity and pressure sores in spinal cord injured patients. *Am J Phy Med Rehabil* 1983; 62(6): 300-6.
20. Mawson AR, Siddiqui FH, Connolly BJ, Sharp CJ, Summer WR, Biundo JJ, Jr. Sacral transcutaneous oxygen tension levels in spinal cord injured: risk factors for pressure ulcers. *Arch Phys Med Rehabil*; 1993; 74: 745-51.

A Study of Protective Behaviors and Risk Factors of Pressure Ulcers in Spinal Cord Injured Patients

Narin Wilekha, M.D.

Apichana Kovindha, M.D.

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.

Wilekha N, Kovindha A. A study of protective behaviors and risk factors of pressure ulcers in spinal cord injured patients. J Thai Rehabil 2005; 15(2): 101-112.

Abstract

Objective: To study protective behaviors and risk factors of pressure ulcer in patients with spinal cord injury (SCI)

Design: A descriptive study

Setting: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Subject: 142 non-ambulatory SCI with informed and consent

Method: Subjects were interviewed or completed the questionnaire. Data were analyzed to compare between those with ulcers and those without ulcers.

Results: There were 110 males and 32 females. Average age at the time of the study was 37.74 ± 11.47 years. Average age at onset was 29.07 ± 11.73 years. Post-injury duration was 102.43 months. Hundred and thirteen (80%) were paraplegic/paraparetic, 29 (20%) were tetraplegic/tetraparetic. During admission, 92% received patient education about pressure ulcers and how to prevent them. However, only 20% has had no pressure ulcers since injury, 80% had or have had ulcers. Forty percent of the latter has had ulcers for the first time. Average duration of having the present ulcer was 20.6 ± 38.5 months. The common sites of ulcers were coccyx (65.5%), ischium (27.6%) and sacrum (13.8%). Seventy-one percent thought that sitting or lying for a long period was a major cause of ulcers. Level of SCI ($p=0.001$), severity of SCI ($p=0.04$), post-injury duration ($p=0.01$) are significant factors that associated with ulcers. Sleep equal or less than 8 hours ($p=0.024$) and independent in transfer ($p=0.044$) are only significant risk factors. Concerning protective behaviors (bed mobility every 2 hours, frequency of weight-relieve, use of cushion) have no significant relations to get ulcers.

Conclusion: This study revealed that sleep equal or less than 8 hours is the most significant risk factor of developing pressure ulcer. Paraplegics are prone to develop ulcers more than tetraplegics. More subjects should be recruited in the future study to confirm whether other risk factors are also related to ulcers. Regarding protective behaviors, most patients in this study received patient education during admission. However, ulcers did occur at least once in their lives. These might reflect failure or insufficient patient education to prevention pressure ulcers. Therefore rehabilitation team have to emphasize better patient education so that SCI patients have the right attitude and protective behaviors. In addition, those with long-standing paralysis and risk factors should be suggested to use assistive devices such as cushion to prevent pressure ulcer.

Keywords: spinal cord injury, pressure ulcer, risk factor, protective behavior