

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

สิรินาถ เรืองเผ่าพันธุ์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์** Ph.D. (Nursing)

อิราภรณ์ จันทรธาดา*** Ph.D. (Nursing)

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์*** พย.ด. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ก่อนและหลังได้รับอุบัติเหตุ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 36 คน อายุมากกว่า 15 ปี มีความรุนแรงของแผลไหม้ระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่โรงพยาบาลรามารักษ์และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแบบเฉพาะโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบที่ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี แต่ระยะหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ พบว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมอยู่ในระดับดี สำหรับรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย ความกระฉับกระเฉง บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกายและปัญหาทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับไม่ดี คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุสูงกว่าหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแบบเฉพาะโรคโดยรวมหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้อยู่ในระดับดี แต่รายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้น การทำงานและการประกอบอาชีพ ความไวต่อความร้อน อยู่ในระดับไม่ดี ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการวางแผนการพยาบาล การส่งเสริมฟื้นฟูคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะและข้อจำกัดของผู้ป่วยแผลไหม้ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเจ็บปวด ความกระฉับกระเฉง ผู้ป่วยแผลไหม้

*พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุไฟไหม้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามารักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: kusuma.khu@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามารักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าลัดวงจรเป็นอุบัติเหตุที่นับวันจะยิ่งมากขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง บางรายเกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุแผลไหม้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น การมีชีวิตรอดอย่างเดียวไม่ใช่สิ่งสำคัญ แต่สิ่งสำคัญกว่านั้นคือการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Taylor, 1994) ในช่วงชีวิตที่ต้องดำรงอยู่ในสังคมสิ่งแวดล้อมเดิมของตนต่อไปได้ ซึ่งผู้ป่วยระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ มักมีภาวะสุขภาพตามพัฒนาการ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่เมื่อได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ ผู้ป่วยต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ ตามมาจากการได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ตั้งแต่ระยะวิกฤตจนกระทั่งระยะฟื้นฟูสภาพหลังออกสู่สังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิต (Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman, & Willebrand, 2008)

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของแผลไหม้ระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก มักต้องเผชิญกับปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จากแผลเป็น แผลเป็นดิ่งรั้ง และข้อยึดติด ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านภาวะสุขภาพและจิตใจ (Mustoe et al., 2002) กล่าวคือในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นระยะท้ายที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้านหรือเข้าสังคมเดิมอีกครั้ง (Munster, Horowitz, & Tudahl, 1987) ปัญหาของผู้ป่วยแผลไหม้ที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ไม่เหมือนเดิม เกิดปัญหาต่อการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง (ปริตากรณ สิปากดี, 2546; อรพรรณ โตสิงห์, 2550) ผู้ป่วยแผลไหม้ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จนไม่สามารถรักษาให้หายเหมือนเดิมได้ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมลดลง (Fauerbach et al., 2000) มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (พรณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538)

มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือเข้าสังคมเดิมของตนเอง (อรพรรณ โตสิงห์, 2550)

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) มีหลายองค์ประกอบรวมกัน ซึ่งเป็นทั้งภาวะสุขภาพที่วัดได้โดยตรง (objective measure) และเป็นการรับรู้ของบุคคล (subjective perception) ต่อภาวะสุขภาพจากความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย การรับรู้ต่อตนเองและอาการตลอดจนผลของการ (Wiklund, Lindvall, & Swedberg, 1986) ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปประกอบด้วย ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย บทบาทหน้าที่ทางสังคม สุขภาพจิตทั่วไป บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ ความกระฉับกระเฉง และความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (Ware & Kosinski, 1996)

อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุม และไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลไหม้หลังได้รับอุบัติเหตุ เช่น ด้านภาพลักษณ์ ประสิทธิภาพการทำงานของมือ และความไวต่อความร้อน เป็นต้น (Munster et al., 1987) ในทางตรงข้าม การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคอย่างเดียวก็ไม่สามารถครอบคลุมถึงปัญหาของคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพได้ ดังนั้น เพื่อติดตามปัญหาของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ให้ครอบคลุมทุกมิติ จึงนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปและแบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลไหม้มาประเมินร่วมกัน (National Quality Measures Clearinghouse: NQMC, 2007) และผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแผลไหม้หลังอุบัติเหตุได้แสดงความรู้สึก/ความนึกคิดของผู้ป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริม

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลใหม่

ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะสุขภาพที่มีข้อจำกัดของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษา

1. คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลใหม่ก่อนได้รับอุบัติเหตุและหลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพ
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลใหม่ก่อนได้รับอุบัติเหตุและหลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพ
3. คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลใหม่หลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Health-related quality of life) เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล ซึ่งเดิมก่อนได้รับอุบัติเหตุผู้ป่วยแผลใหม่มีพัฒนาการตามวัย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำหน้าที่การงานตามบทบาทของแต่ละคน แต่หลังได้รับอุบัติเหตุแผลใหม่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยจะพบปัญหาตามมาเนื่องจากพยาธิสภาพของแผลใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ มีแผลเป็น ปูดูน แผลเป็นดิ่ง รัง ข้อยึดติด ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลำบากมากขึ้น เช่น การหยิบของ การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำงานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น (วิชัย ศรีมนรินทร์ นิमित, 2550) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย ด้านความสามารถในการทำหน้าที่

ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย บทบาทหน้าที่ทางสังคม สุขภาพจิตทั่วไป บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ ความกระฉับกระเฉง และความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (Ware & Kosinski, 1996) อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปยังไม่เพียงพอเนื่องจากมีข้อจำกัด คือ ขาดความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือภาวะสุขภาพ (Hughes & Thomas, 1998) ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควรมีการศึกษาทั้ง 2 วิธีร่วมกันจึงจะช่วยให้เข้าใจคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลใหม่อย่างรอบด้าน

แบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภทที่สำคัญ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป (generic health status measures) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรค (disease-specific health status measures) (NQMC, 2007) อีกทั้งจากการศึกษาเชิงปริมาณที่ผ่านมา ยังไม่ได้อธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพในด้านทัศนคติของผู้ป่วยแผลใหม่ ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงตั้งคำถามปลายเปิด ซึ่งจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงจากสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อสถานการณ์ที่ตนเองประสบ โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยในการวางแผนการพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมฟื้นฟูคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะสุขภาพที่มีข้อจำกัดของแต่ละบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยแผลใหม่ที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลนพรัตน์

รพช. ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีหน่วยรักษาเฉพาะผู้ป่วยแผลไหม้โดยตรง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 36 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ มีอายุมากกว่า 15 ปี มีความรุนแรงของแผลไหม้ระดับปานกลางถึงรุนแรง อยู่ในช่วงระยะฟื้นฟูสภาพหลังออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 เดือน ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย เพื่ออธิบายลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้หลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความพอเพียงของรายได้ภายในครอบครัวก่อนและหลังเกิดแผลไหม้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การประกอบอาชีพก่อนและหลังเกิดแผลไหม้ สาเหตุการเกิดแผลไหม้ ขนาดของร่องรอยแผลไหม้และระดับความรุนแรงของแผลไหม้ ประเมินโดยภาพ burn percentage in adults: rule of nines (Benjamin & Wedro, 2011) ประกอบในการวาดตำแหน่งระยะเวลาที่เจ็บป่วย การได้รับการปลูกถ่ายผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์หลังเกิดบาดแผลไหม้ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้สึกผลกระทบจากแผลไหม้ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตหลังเกิดแผลไหม้

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป (Generic Health-Related quality of life) โดยประเมินจากแบบสอบถาม Short Form-36 Version 2 (SF-36V2) (Ware & Kosinski, 1996) ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ทางกาย บทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย ความคิดเห็นสุขภาพทั่วไป ความกระฉับกระเฉง บทบาทหน้าที่ทางสังคม บทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และสุขภาพจิต แปลโดย กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, สุรัชย์ แซ่จิ่ง, ชัช สุมนานนท์, และสุกิจ แสงนิพนธ์กุล

(2548) มีข้อคำถาม 36 ข้อ คำถามประเภทมาตรวัดประเมินค่า (Likert scale) คะแนน 0-100 คะแนน โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่า 55 ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี (healthy) มีการทดสอบค่าความเที่ยงในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านสุขภาพทางกายเท่ากับ .93 และด้านสุขภาพทางจิตเท่ากับ .92 โดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาทั้ง 8 ด้าน อยู่ระหว่าง .72-.93 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามของแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปให้มีความชัดเจน สอดคล้องตรงกับภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ หลังการปรับแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยแผลไหม้ จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .84 และในการศึกษานี้จากกลุ่มตัวอย่าง 36 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .87

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลไหม้ (Disease specific Health-Related quality of life) โดยประเมินจากแบบสอบถาม Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) (Kildal, Andersson, Fugl-Meyer, Lannerstam, & Gerdin, 2001) มีองค์ประกอบ 9 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกรู้สึกถึงความร้อน 5 ข้อ เท่ากับ 0-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (12 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านความรู้สึกรู้สึกทางอารมณ์ 7 ข้อ เท่ากับ 0-28 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (16 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านการทำงานของมือ 5 ข้อ เท่ากับ 0-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (12 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านการปฏิบัติดูแลตามแผนการรักษา 5 ข้อ เท่ากับ 0-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (12 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านการทำงาน 4 ข้อ เท่ากับ 0-16 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (10 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพ

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

ชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ 3 ข้อ เท่ากับ 0-12 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (8 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านการปฏิสัมพันธ์ ในครอบครัว 4 ข้อ เท่ากับ 0-16 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (10 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ด้านการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง 3 ข้อ เท่ากับ 0-12 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (8 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี และด้านภาพลักษณ์ 4 ข้อ เท่ากับ 0-16 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรายด้าน (10 คะแนน) ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี แพลโดย อุไรวรรณ บุญพันธ์ (2548) มีข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Likert scale) 5 อันดับ รวมคะแนนมีค่าเท่ากับ 0-160 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกด้านมากกว่า 84 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Kvannli, Finlay, Edgar, Wu, & Wood, 2011) มีการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ จำนวน 96 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .94 ในการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 36 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .94

4. แบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยในช่วงระยะก่อน และหลังได้รับอุบัติเหตุ เป็นคำถามประเภท Numeric scale กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-100 โดย 0 คะแนน หมายถึง แย่ที่สุด และ 100 คะแนน หมายถึง ดีที่สุด

5. คำถามปลายเปิด โดยเปิดให้โอกาสผู้ป่วยแผลไหม้พูดหรือเขียนแสดงทัศนคติต่อผลกระทบจากร่องรอยของแผลไหม้ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตหลังเกิดแผลไหม้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (เลขที่ 2552/1641 ID 09-52-08ย และ 29/2552 ID 53-2-001-0 ตามลำดับ) โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าพยาบาล/แพทย์ของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุแผลไหม้ และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และรวบรวมสำรวจรายชื่อผู้ป่วยแผลไหม้ที่ได้มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และสำรวจจนเวลาในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ร่วมเข้าโครงการ จากนั้นสอบถามถึงความพร้อมในการตอบข้อมูลในวันนั้น โดยปฏิบัติตามเกณฑ์การวิจัยในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ จึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามนั้นผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถซักถามได้ทันที เมื่อมีข้อสงสัย ในรายที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ หรือเขียนไม่ได้เนื่องจากมีปัญหาวินิจฉัยติดบริเวณมือ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟังและทำเครื่องหมายข้อที่กลุ่มตัวอย่างเลือก

หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบคำถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย (จำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลไหม้ และความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สำหรับคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้สึกผลกระทบจากแผลไหม้ต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยนำข้อมูลจากการตอบคำถามมาลงรหัส ทีละข้อความ แยกประเภทและจัดรหัสหมวดหมู่ของข้อมูลที่มีลักษณะเชิงบรรยายที่ได้จากการตอบคำถาม โดยการนำรหัสข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่รวบรวม จัดหมวดหมู่แยกประเภท ตามความเหมือนหรือความต่างของข้อมูล โดยจัดกลุ่มที่มีความหมายเหมือนกันไว้ด้วยกันและนำมาตีความเขียนรายงานผล (content analysis) โดยมีการตรวจสอบผลข้อมูลและการวิเคราะห์ความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน และใช้สถิติที (paired t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะก่อนและหลังได้รับอุบัติเหตุ จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า การกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติซึ่งสามารถใช้สถิตินี้ได้

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (เพศชาย ร้อยละ 75) มีอายุระหว่าง 15-71 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 63.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.6) จบชั้นประถม (ร้อยละ 33.3) ระยะเวลาหลังจากออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ช่วง 2-6 เดือน (ร้อยละ 55.6) มีความรุนแรงของแผลไหม้โดยประเมินจากกฎแห่งเก้า (Rule of Nines) พบว่า ระดับรุนแรง (ร้อยละ 63.1) และระดับรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 36.1) มีรอยแผลเป็น/แผลเป็นปูดูน (ร้อยละ 52.8) และมีทั้งแผลเป็นปูดูนและข้อยึดติด (ร้อยละ 41.7) ตำแหน่งที่เกิดแผลไหม้ ส่วนใหญ่เกิดบริเวณแขน (ร้อยละ 88.8) มือ (ร้อยละ 75) ขา (ร้อยละ 69.44) ลำตัว (ร้อยละ 63.8) และใบหน้า (ร้อยละ 41.6) ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง (ร้อยละ 58.3) ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 44.4) อาชีพที่ได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้บ่อยที่สุดคือ อาชีพรับจ้างก่อสร้าง (ร้อยละ 50) รองลงมาอาชีพเกี่ยวกับการประกอบอาหาร (ร้อยละ 13.8) หลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลับไปประกอบอาชีพเดิมของตน (ร้อยละ 75) และเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25) (ตารางที่ 1)

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยด้านประชากรของผู้ป่วยแผลไหม้ (N = 36)

ข้อมูลทั่วไป	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
ชาย				27	75
หญิง				9	25
อายุ					
	15 - 71	39.08	15.74		
15-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)				23	63.9
41-65 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)				9	25
มากกว่า 65 ปี (วัยสูงอายุ)				4	11.1
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา				12	33.3
มัธยมศึกษา				11	30.6
อนุปริญญา /ประกาศนียบัตร				4	11.1
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า				9	25
สาเหตุการเกิดแผลไหม้					
ไฟไหม้				18	50
กระแสไฟฟ้าลัดวงจร				10	27.8
น้ำร้อนลวก				7	19.4
สารเคมี				1	2.8
อาชีพก่อนเกิดแผลไหม้					
ข้าราชการ				2	5.6
พนักงานรัฐวิสาหกิจ				1	2.8
ธุรกิจส่วนตัว				3	8.3
เกี่ยวกับการประกอบอาหาร				5	13.8
รับจ้าง/ลูกจ้าง (ก่อสร้าง)				18	50
ทำนา ทำไร่ ทำสวน				2	5.6
ทำงานบ้าน				3	8.3
นักเรียน/นักศึกษา				2	5.6

สิรินาถ เรื่องผ่าพินทุ์ และคณะ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยด้านประชากรของผู้ป่วยแผลไหม้ (N=36) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลังเกิดแผลไหม้					
ข้าราชการ				2	5.6
พนักงานรัฐวิสาหกิจ				1	2.8
ธุรกิจส่วนตัว				3	8.3
เกี่ยวกับการประกอบอาหาร				3	13.8
รับจ้าง/ลูกจ้าง (ก่อสร้าง)				11	30.5
ทำนา ทำไร่ ทำสวน				2	5.6
ทำงานบ้าน				3	8.3
นักเรียน/นักศึกษา				2	5.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				9	25
ระยะเวลาหลังได้รับอุบัติเหตุ	2 – 37	10.28	10.78		
2-6 เดือน				20	55.6
มากกว่า 6-12 เดือน				7	19.4
มากกว่า 12-24 เดือน				2	5.6
มากกว่า 24-36 เดือน				5	13.9
มากกว่า 36 เดือน				2	5.6
ขนาดของร่องรอยแผลไหม้ *					
มากกว่า 15%(ระดับรุนแรงปานกลาง)				13	36.7
มากกว่า 20%(ระดับความรุนแรงมาก)				23	63.3
ตำแหน่งที่มีร่องรอยแผลไหม้					
ใบหน้า				15	41.6
มือ				27	75
แขน				32	88.8
ขา				25	69.4
ลำตัว				23	63.8
อวัยวะสืบพันธุ์				1	2.7

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยด้านประชากรของผู้ป่วยแผลไหม้ (N=36) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์					
รอยแผลเป็น/แผลพุพอง				19	52.8
แผลดิ่งรั้ง/ข้อยึดติด				2	5.6
มีทั้งรอยแผลเป็น/แผลพุพอง/ แผลดิ่งรั้ง/ข้อยึดติด				15	41.6

*Burn percentage in adults: Rule of nines ที่มา: Benjamin & Wedro (2011)

คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้สึกจากการรับรู้ต่อผลกระทบของแผลไหม้ต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านต่าง ๆ มีกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามจำนวน 25 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกรับรู้หลายด้านซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้เขียนบรรยายออกมาถึงการรับรู้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่า 1 ด้านในลักษณะที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน แบ่งได้เป็นด้านหลัก ๆ ดังนี้

- 1) ปัญหาทางด้านสุขภาพทางกาย กลุ่มตัวอย่างจะเน้นในเรื่องร่องรอยของแผลไหม้ได้แก่ อาการคัน แสบร้อน (ร้อยละ 36) เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายเมื่อสัมผัสอากาศร้อนทำให้รู้สึกไม่สบาย ข้อยึดติด/แผลดิ่งรั้ง (ร้อยละ 32) มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น หยิบจับของไม่สะดวก เดินไม่คล่อง และอาการปวด/ชา (ร้อยละ 20) เป็นผลจากการเกิดข้อยึดติด แผลเป็นดิ่งรั้ง ทำให้มีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อและกระดูกส่วนที่มีข้อยึดติด
- 2) ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและสังคม เกี่ยวโยงกับอาการทางกายที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ส่วนใหญ่จะเน้นที่วิตกกังวลเรื่องแผลเป็น (ร้อยละ 72) แผลเป็นดิ่งรั้ง (ร้อยละ 32) และภาพลักษณ์ (ร้อยละ 28) โดยเฉพาะแผลเป็นบริเวณใบหน้า ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในความสามารถของตน และไม่กล้าเข้าสังคม และ
- 3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 8) เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว และ

ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน บางรายต้องรับการผ่าตัดแก้ไขความพิการ

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุ โดยใช้แบบประเมิน SF-36V2 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมเท่ากับ 87.60 (SD = 7.64) แบ่งเป็นด้านสุขภาพทางกายโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.63 (SD = 8.49) และด้านสุขภาพทางจิตโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.56 (SD = 8.49) สูงกว่ามาตรฐานเกณฑ์เฉลี่ยคุณภาพชีวิต แสดงว่า ในระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุผู้ป่วยแผลไหม้มีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปดี (ตารางที่ 2)

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะหลังได้รับอุบัติเหตุ โดยใช้เกณฑ์ของกิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย และคณะ (2548) ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 55 คะแนน หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 55.30 (SD = 15.26) หมายถึง มีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพดี เมื่อแยกเป็นรายด้านสุขภาพทางกาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.22 คะแนน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานเกณฑ์เฉลี่ยคุณภาพชีวิต แสดงว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายไม่ดี เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย ความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป ความกระฉับกระเฉง และบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ามาตรฐานเกณฑ์คุณภาพชีวิต แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ดี และด้านสุขภาพทางจิต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.37 คะแนน ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานเกณฑ์เฉลี่ยคุณภาพชีวิต แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตดี เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่าความคิดเห็นด้านสุขภาพจิต และด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ามาตรฐานเกณฑ์คุณภาพชีวิต แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพทางจิตดี (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะก่อนและหลังได้รับอุบัติเหตุระยะฟื้นฟูสภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุสูงกว่าหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ระยะฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อวิเคราะห์แยกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย ความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป ความกระฉับกระเฉง บทบาทหน้าที่ทางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้สูงกว่าหลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแผลไหม้ ในระยะก่อนและหลังได้รับอุบัติเหตุ โดยสถิติ Paired t-test (N=36)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (SF-36V2)*	ก่อนเกิดแผลไหม้		หลังเกิดแผลไหม้		Paired t- test	
	Mean	SD	Mean	SD	t-value	p-value
สุขภาพทางกาย						
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	89.58	12.67	52.36	26.07	8.214	<.001
2. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	91.32	14.35	53.30	24.06	7.748	<.001
3. ความเจ็บปวดทางกาย	92.50	14.88	54.51	22.61	8.862	<.001
4. ความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป	85.14	6.71	48.74	18.23	10.844	<.001
สุขภาพทางจิต						
5. ความกระฉับกระเฉง	90.97	14.82	53.13	14.21	10.776	<.001
6. บทบาทหน้าที่ทางสังคม	77.26	13.62	56.07	16.93	7.313	<.001
7. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	93.06	11.70	50.02	24.91	7.507	<.001
8. สุขภาพจิต	80.97	10.06	65.27	17.72	4.981	<.001
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน	87.60	7.640	55.30	15.26	11.188	<.001
สุขภาพทางกายโดยรวม	89.63	8.49	52.22	17.82	10.750	<.001
สุขภาพทางจิตโดยรวม	85.56	8.49	58.37	15.34	10.013	<.001

*SF-36V2 = Short Form-36 Version 2

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลไหม้หลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยใช้แบบประเมิน BSBS-B พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคโดยรวมเท่ากับ 107.30 (SD = 25.17) แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี เมื่อ

แยกเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านการทำงาน ด้านความไวต่อความร้อน และด้านความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้น มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สถิติบรรยายคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยแผลไหม้หลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพ (N=36)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (BSHS-B)*	ช่วงคะแนนแบบประเมิน		ช่วงคะแนนกลุ่มตัวอย่าง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด		
1. ความไวต่อความร้อน	0	20	0	20	8.69	5.03
2. ภาวะทางอารมณ์	0	28	8	28	22.97	4.83
3. ประสิทธิภาพของมือ	0	20	0	20	12.58	6.84
4. ทักษะคิดต่อรูปแบบการรักษา	0	20	2	20	12.52	4.97
5. การทำงาน	0	16	0	14	7.27	3.83
6. สุขภาพทางเพศ	0	12	6	12	11.02	1.68
7. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	0	16	9	16	14.94	1.08
8. ความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้น	0	12	0	12	7.14	4.03
9. ภาพลักษณ์	0	16	1	16	10.13	4.22
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน	0	160	31	156	107.30	25.23

*BSHS-B= Burn Specific Health Scale-Brief

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างแผลไหม้ จำนวน 36 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75) เนื่องจากในสังคมไทยเพศชายมักจะเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องไปทำงาน หรือทำกิจกรรมที่มีปัจจัยความเสี่ยงกับสิ่งแวดล้อมที่มักเกิดอุบัติเหตุแผลไหม้มากกว่าเพศหญิง (Islam et al., 2000) และมักเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยทำงาน (อรพรรณ

โตสิงห์, 2550; อุไรวรรณ บุญพัฒน์, 2548; Moi, Wentzel-Larsen, Salemark, & Hanestad, 2007) จากการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.08 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-40 ปี (ร้อยละ 63.9) ช่วงวัยนี้เป็นวัยทำงานที่มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและมีวุฒิภาวะสมบูรณ์ (Moi et al., 2007) สอดคล้องกับพฤติการณ์การได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ในประเทศไทยพบว่าประชากรส่วนใหญ่ที่ได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้รุนแรง

มีอายุระหว่าง 21-40 ปี (Thai National Safety Council, 1997) เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอุบัติเหตุ แผลไหม้มักเกิดขณะทำงาน (Dyster-Aas, Kidal, & Willebrand, 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่เกิด แผลไหม้รุนแรงจนต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติงานมากกว่าอุบัติเหตุภายใน ครัวเรือน (อรพรรณ โตสิงห์, 2550; อุไรวรรณ บุญพัฒน์, 2548) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่า การเกิดอุบัติเหตุแผล ไหม้มักเกิดขณะทำงานเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ ระดับรุนแรง (ร้อยละ 63.3) มีรอยแผลเป็นปูดูน แผลเป็นดิ่งรัง ข้อยึดติด (ร้อยละ 41.6) ทำให้เกิดข้อ บกพร่องด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และเกิด ความพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ จากการ ศึกษาพบว่า หลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเดิมของตน แต่มีร้อยละ 25 ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า หลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังเดิม จำเป็น ต้องเปลี่ยนงานใหม่เพื่อความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ของตน (Dyster-Aas, Kidal, Willebrand, Gerdin, & Ekselius, 2004) ส่งผลต่อปัญหารายได้ภายในครอบครัว ของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับอุบัติเหตุ แผลไหม้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ภายในครอบครัว เพียงพอ (ร้อยละ 94.4) แต่หลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ภายในครอบครัวเพียงพอลดลง (ร้อยละ 58.3) มีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 33.3) มักพบผู้ป่วยแผลไหม้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเป็น เวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง อีกทั้งหลังแผลหายแล้วต้องรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษามากยิ่งขึ้น (อรพรรณ โตสิงห์, 2550) จากข้อมูลคำถามปลายเปิดในการศึกษา ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

(ร้อยละ 8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ภายในครอบครัว และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานและบ่อย บางรายต้องรับการผ่าตัดแก้ไขความพิการ ดังเช่นตัวอย่าง บรรยายว่า “ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากสภาพร่างกายเกิดรอย แผลเป็นทำงานไม่ถนัด ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่ พอเพียง” และ “ต้องเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง รักษา ตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากสิทธิ การรักษามาก” กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกัน สุขภาพ (ร้อยละ 44.4) ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานประกันสุขภาพ ของประชากรที่รัฐบาลออกให้สำหรับเข้ารับบริการ สาธารณสุขจากโรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่าง ๆ แต่จากการรักษามีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่สูงทำให้ผู้ป่วย บางรายไม่สามารถชดเชยค่ารักษาพยาบาลได้ โรงพยาบาล สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยแนะนำในเรื่องสิทธิประโยชน์ ของผู้พิการหรือติดต่อประสานงานต่อศูนย์สิรินธรเพื่อ ช่วยฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตและการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และศูนย์ฝึกอาชีพหรือศูนย์พัฒนาแรงงานเพื่อฝึกทักษะ การทำงานตามข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปหลังได้รับ อุบัติเหตุของผู้ป่วยแผลไหม้ ในระยะฟื้นฟูสภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพทั่วไปโดยรวมดี เมื่อแยกตามองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปทั้ง 8 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ไม่ดี ซึ่งได้แก่ ด้านความเจ็บปวดทางกาย ความสามารถในการ ทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจาก ปัญหาด้านร่างกายและปัญหาทางด้านอารมณ์ ความ กระฉับกระเฉง และความคิดเห็นสุขภาพทั่วไป เช่นเดียว กับการศึกษาของมอยด์และคณะ (Moi, Wentzel- Larsen, Salemark, Wahl, & Henestad, 2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้หลังได้รับอุบัติเหตุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิต เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี ทั้งในด้านความสามารถ ในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจาก

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

ปัญหาด้านร่างกายและปัญหาทางด้านอารมณ์ ความคิด เห็นด้านสุขภาพทั่วไป และบทบาททางสังคม อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในด้านบทบาททางสังคม และด้านสุขภาพจิตทั่วไปอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ มีส่วนสำคัญต่อการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านบทบาททางสังคมและด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผลไหม้อย่างยิ่ง อีกทั้งสังคมไทยมีความผูกพันภายในเครือญาติค่อนข้างเหนียวแน่นทำให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันซึ่งกัน ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (อรพรรณ โตสิงห์, 2550) นอกจากนี้การรับรู้ถึงการช่วยเหลือและการได้รับการช่วยเหลือจากสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Anzarut, Chen, Shankowsky, & Tredget, 2005)

จากข้อมูลคำถามปลายเปิดในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยแผลไหม้มีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดีได้ ดังเช่นกลุ่มตัวอย่าง บรรยายว่า “การดำรงชีวิตที่ผ่านมา ไม่เต็ม 100% ติดขัดไม่สะดวกอะไรหลาย ๆ อย่าง แต่โชคดีที่ทางบริษัทและครอบครัว ให้กำลังใจดีมาก ทำให้ตนมีกำลังใจ มีแรงต่อสู้ชีวิตต่อไป” และ “มีแผลเป็นที่หน้าดูน่ากลัวแต่ครอบครัว และคนรอบข้าง สังคมให้การยอมรับ อีกทั้งทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยกระตุ้นให้ตนต่อสู้เพื่อลูก ทำให้ตนมีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิตขึ้นมาก ตอนนี้มีกำลังใจเกิน 100 ค่ะ” ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้งสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยฟื้นฟูภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยแผลไหม้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปทั้งโดยรวมและ

รายด้านในระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้สูงกว่าหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ ทั้งนี้เนื่องจากระยะก่อนได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง มีความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมตามพัฒนาการ แต่หลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันทำให้เกิดความเจ็บป่วยโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้า ภาวะสุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง เกิดอาการเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ สูงกว่าหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ที่มีความพึงพอใจคุณภาพชีวิตโดยรวมของตนเองลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป ในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และด้านสุขภาพทั่วไป (Anzarut et al., 2005; Leblebici et al., 2006; Moi et al., 2006) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลเป็น (ร้อยละ 72) และแผลเป็นดิ่งรั้ง (ร้อยละ 32) ซึ่งเป็นผลเชื่อมโยงจากอาการทางกายต่ออาการทางจิตสังคมทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตามมา (ร้อยละ 28)

จากข้อมูลคำถามปลายเปิดพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างบรรยายถึงผลกระทบจากแผลไหม้ต่อภาวะสุขภาพทางจิต ในเรื่องร่องรอยของแผลไหม้ทำให้รู้สึกไม่กล้าเข้าสังคม ไม่มั่นใจในตนเองและไม่มั่นใจในความสามารถของตน ตัวอย่างเช่น มีแผลบริเวณศีรษะและใบหน้าขนาดใหญ่ทำให้น่ากลัว ทำให้ขาดความมั่นใจที่จะพบปะผู้คน อายุในรูปลักษณะของตนเอง และจากรอยแผลเป็นที่เกิดขึ้น ทำให้อายเพื่อน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ลำบาก ไม่อยากออกจากบ้านรู้สึกอายคนอื่น เห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป

จากแผลใหม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางด้านบทบาททางสังคมตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยแผลใหม่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fauerbach et al., 2000; Leblebici, et al., 2006; Moi et al., 2007)

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคโดยรวมของผู้ป่วยแผลใหม่หลังได้รับอุบัติเหตุในระยะฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับดี แต่เมื่อแยกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับด้านความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นการทำงาน และความไวต่อความร้อนในระดับต่ำ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของอวัยวะที่ถูกแผลใหม่ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตของผู้ป่วย (Monahan & Neighbors, 2000) และการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ บกพร่อง จึงมีผลให้ผู้ป่วยแผลใหม่มีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคไม่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแผลใหม่อยู่ในระดับความรุนแรงมาก เกิดรอยแผลเป็นปูดนูน แผลเป็นดิ่งรัง และข้อยึดติด กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง บรรยายว่า “มีปัญหาข้อติดที่นิ้วมือ 2 ข้าง และข้อเท้าซ้ายทำให้เวลาทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลำบาก ต้องมาเข้ารับการรักษาผ่าตัดแก้ไขข้อติดยึดหลายครั้ง อีกทั้งมีการคันผิวหนังมากบริเวณรอยแผลเป็น พอเกาก็เกิดแผลง่ายเป็น ๆ หาย ๆ” จากปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังเกิดแผลใหม่ ส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะที่ถูกแผลใหม่ และมีระยะเวลาหลังได้รับอุบัติเหตุแผลใหม่อยู่ในช่วง 2-6 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้เป็นปกติเนื่องจากสภาพร่างกายยังมีการเปลี่ยนแปลงและจะเริ่มคงที่ในช่วงระยะเวลา 6-12 เดือน (Cromes, Holavanahalli, Kowalske, & Helm, 2002) ดังนั้น พยาบาลควรประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกต้องพึ่งพา

นอกจากความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นลดลงยังพบว่าผู้ป่วยแผลใหม่มีการรับรู้ต่อสถานะภาพการทำงานที่ไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยแผลใหม่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ทำให้มีความวิตกกังวล ผู้ป่วยบางรายอายุที่จะออกสังคม กลัวที่จะไปทำงานไม่กล้าเผชิญกับบุคคลในสังคม อีกทั้งข้อจำกัดของร่างกายจากแผลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่เหมือนเดิม ต้องเปลี่ยนงานเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง บางรายมีความพิการไม่สามารถทำงานได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จนไม่สามารถรักษาให้หายเหมือนเดิมมีผลทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Fauerbach et al., 2000) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของกลุ่มการดูแลแผลใหม่แห่งชาติของประเทศอังกฤษพบว่า การให้บริการผู้ป่วยแผลใหม่ยังตอบสนองต่อความต้องการการดูแลด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติไม่เพียงพอ (Corry, Pruzinsky, & Rumsey, 2009) ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพควรตระหนักและมีความไวต่อปัญหาการปรับตัวด้านบทบาททางสังคมของผู้ป่วยแผลใหม่ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ คอรัรี และคณะ (Corry et al., 2009) เสนอว่าการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวด้านจิตใจควรมีการดำเนินการต่อเนื่องในระยะยาวตั้งแต่ให้ความรู้ การใช้สื่อประกอบวีดิโอ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยแผลใหม่แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยแผลใหม่ การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การจัดโปรแกรมปรับตัวด้านบวกกับปัญหาภาพลักษณ์ และการส่งต่อบุคลากรที่มีความชำนาญด้านการดูแลเกี่ยวกับจิตใจโดยเฉพาะจะช่วยให้ผู้ป่วยแผลใหม่ปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจได้ด้วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกลัวผิวหนังทนต่อความร้อนต่ำ เนื่องจากมีระดับความรุนแรงของแผลใหม่รุนแรงมาก แสดงว่าบาดแผลมีความกว้างและลึกมากจึงมีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกของผิวหนังค่อนข้างมาก เนื่องจากผิวหนังเป็นอวัยวะที่สำคัญและ

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลใหม่

ใหญ่ที่สุดในร่างกาย มีหน้าที่ในการปกป้องร่างกายจากสิ่งแวดล้อม ป้องกันการสูญเสียน้ำ รับความรู้สึก และควบคุมอุณหภูมิร่างกาย เมื่อผิวหนังได้รับอันตรายจากความร้อน ย่อมทำให้หน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งรูปร่างของผิวหนังเปลี่ยนไป (จอมจักร จันทรสกุล, 2544) และยังทำลายการรับความรู้สึก (Falkel, as cited in Luckmann & Sorensen, 2000) อีกทั้งประเทศไทยอยู่ในเขตร้อนจึงมีอุณหภูมิของอากาศค่อนข้างร้อนถึงร้อนมาก ทำให้มีผลต่อผู้ป่วยแผลใหม่ที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมเมื่อสัมผัสกับแสงแดดเป็นอย่างมาก จากการศึกษาี้ กลุ่มตัวอย่างบรรยายถึงการรับรู้ผลกระทบจากแผลใหม่ต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า “แผลเป็นตามร่างกาย เกิดแผลใหม่ได้ง่าย รู้สึกผิวแห้ง ร้อนมากและมีอาการคันร่วมด้วย เวลาออกไปทำงานที่ต้องสัมผัสแสงแดดจะต้องใส่เสื้อแขนยาว ขาวยาวตลอด ยิ่งเมื่อต้องทำงานกลางแจ้งที่สัมผัสกับแสงแดดโดยตรงจะมีอาการมากยิ่งขึ้น”

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลใหม่ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังออกจากโรงพยาบาล ในด้านการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทั้งคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรค ซึ่งผู้ป่วยแผลใหม่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะวิกฤตจนกระทั่งระยะฟื้นฟูสภาพหลังออกจากโรงพยาบาล และประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มาสนับสนุนฟื้นฟูคุณภาพชีวิตเพื่อเตรียมพร้อมก่อนออกสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย อีกทั้งส่งเสริมผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขณะอยู่โรงพยาบาลจนกลับบ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลด้านการประสาน

งานกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

- ปัญหาความพิการ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทีมสุขภาพต้องแนะนำหรือติดต่อประสานงานส่งต่อศูนย์สิรินธร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพฝึกทักษะการดำรงชีวิตและขึ้นทะเบียนผู้พิการ

- ปัญหาการว่างงาน ทีมสุขภาพต้องเป็นที่ปรึกษาให้แนะนำหรือติดต่อประสานงานไปยังศูนย์ฝึกอาชีพหรือศูนย์พัฒนาแรงงาน เพื่อฝึกทักษะการทำงานตามข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

2. ผลจากการศึกษาสามารถนำไปสนับสนุนโครงการเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้ป่วยแผลใหม่ที่ทางหอผู้ป่วยอุบัติเหตุแผลไหม้จัดขึ้น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยแผลใหม่อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่ยังคงเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง รับฟังแลกเปลี่ยนปัญหา และชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลใหม่โดยการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เป็นระยะ ตั้งแต่ได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อทราบถึงปัญหาคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับด้านภาวะสุขภาพในแต่ละระยะหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเพื่อลดความบกพร่องทางด้านร่างกายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามศักยภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างนึกย้อนเหตุการณ์ที่ผ่านมา (recall) การได้ข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่สนับสนุนการทำวิจัยบางส่วน และขอขอบคุณผู้ป่วยแผลไหม้ทุกท่าน รวมทั้งแพทย์ พยาบาลทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, สุรัชย์ แซ่จึ้ง, ชัช สุมนานนท์, และสุกัญญา นีพันธ์กุล. (2548). Reliability of the medical outcomes study Short-Form Survey Version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(10), 1355-61.

จอมจักร จันทรสกุล (2544). Pathophysiology of burns. Burn care in 2001. *ชมรมแพทย์อุบัติเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย*, 1, 1-13.

วิชัย ศรีมนัสนิพนธ์มิตร. (2550). Management of burn wounds. *การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง “พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ตกแต่ง” ครั้งที่ 6. หน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*

ปรีดาภรณ์ สีปากดี. (2546). Burn wound management and psychosocial support, Clinical practice in burn. *ชมรมแพทย์อุบัติเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย*, 1, 140-156.

พรณิ ชัยโพธิ์ศรี. (2538). *ภาวะเครียดและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของผู้ป่วยแผลไหม้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ โตสิงห์. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฉุกเฉิน และระยะวิกฤต*. Retrieved January 25, 2008 from, <http://www.cnethai.org/nurse/article.php>

อุไรวรรณ บุญพัฒน์. (2548). ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Anzarut, A., Chen, M., Shankowsky, H., & Tredget, E. E. (2005). Quality of life and outcome predictors following massive burn injury. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(3), 791-797.

Benjamin, C., & Wedro, M. D. (2011). *Burn percentage in adults: Rule of nines*. Retrieved March 28, 2011, from: http://www.emedicinehealth.com/burn_percentage_in_adults_rule_of_nines/article_em.htm

Corry, N., Pruzinsky, T., & Rumsey, N. (2009). Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning; body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 539-548.

Cromes, G. F., Holavanahalli, R., Kowalske, K., & Helm, P. (2002). Predictors of quality of life as measured by the Burn Specific Health Scale in person with major burn injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 23(3), 229-234.

Dyster-Aas, J., Kidal, M., Willebrand, M., Gerdin B., & Ekselius, L. (2004). Work status and burn specific health after work-related burn injury. *Burns*, 30(8), 839-842.

Dyster-Aas, J., Kidal, M., & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 49-55.

Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., Lawrence, J. W., Munster, A. M., Palombo, D. A. & Richter, D., et al. (2000). Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 576-582.

Hughes, M., & Thomas, M. E. (1998). The continuing significance of race revisited: A study of race, class, and quality of life in America, 1972 to 1996. *American Sociological Review*, 63(6), 785-795.

Islam, S. S, Nambiar, A. M., Doyle, E. J. Velilla, A. M., Biswas, R. S., & Ducatman, A. M., et al. (2000). Epidemiology of work-related burn injury: Experience of a state-managed workers' compensation system. *Journal of Trauma- Injury Infection, and Critical Care*, 49(6), 1045-1051.

Kildal, M., Andersson, G., Fugl-Meyer, A. R., Lannerstam, K., & Gerdin, B. (2001). Development of a brief version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). *The Journal of Trauma-Injury Infection, and Critical Care*, 51(4), 740-746.

Kvannli, L., Finlay, V., Edgar, D. W., Wu, A., & Wood, F. M. (2011). Using the Burn Specific Health Scale-Brief as a measure of quality of life after a burn-what score should clinicians expect?, *Burns*, 37(1), 54-60.

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้

- Leblebici, B., Adam, M., Bagis, S., Tarim, A. M., Noyan, T., Akman, M. N., et al. (2006). Quality of life after burn injury: The impact of joint contracture. *Journal of Burn Care & Research*, 27(6), 864-868.
- Luckmann, J., & Sorensen, K. (2000). *Medical-surgical nursing: A psychophysiology approach* (4th ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Moi, A. L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L., & Hanestad, B. R. (2007). Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burn*, 33(1), 37-45.
- Moi, A. L., Wentzel-Larsen, T., Salemark L., Wahl, A. K., & Henestad, B. R. (2006). Impaired generic health status but perception of good quality of life in survivors of burn injury. *Journal of Trauma*, 61(4), 961-968.
- Monahan, F. D., & Neighbors, M. (2000). Medical-surgical nursing foundations. *Clinical practice* (2nd Ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Munster, A. M., Horowitz, G. L., & Tudahl, L. A. (1987). The abbreviated burn specific scale. *Journal of Trauma*, 27(4), 425-428.
- Mustoe, T. A., Cooter, R. D., Gold, M. H., Hobbs, F. D., Ramelet, A. A., Shakespeare, P. G., et al. (2002). International clinical recommendations on scar management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 110(2), 560-571.
- National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). (2007). *Interventional technique: Evidence-based practice guidelines in the management of chronic spinal pain*. Retrieved March 14, 2008, from: <http://www.guidelines.gov/summary/summary>
- Taylor, G. M. (1994). *Anxiety one response to stress in essentials of psychiatric nursing*. (pp. 200-213). Saint Louis: The C.V. Mosby-Year Book.
- Thai National Safety Council. (1997). *Accident statistics*. Office of Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, Bangkok, Thailand.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (1996). The SF-36 Health Survey (version 2.0) technical note. Boston, MA: *Health Assessment Lab*, September 20, 1996 (updates September 27, 1997).
- Wiklund, I., Lindvall, K., & Swedberg, K. (1986). Assessment of quality of life in clinical trials. *Acta Medica Scandinavia*, 220(1), 1-3.
- Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S., & Willebrand, M. (2008). Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1923-1929.

Health-Related Quality of Life in Burn Patients

Sirinad Ruangpowpun M.N.S. (Adult Nursing)*

*Kusuma Khuwatsamrit** Ph.D. (Nursing)*

*Tiraporn Junda*** Ph.D. (Nursing)*

*Nirobol Kanogsunthrrat*** Ph.D. (Adult Nursing)*

Abstract: The purpose of this descriptive research was to explore health-related quality of life in burn patients, before and after the burn injury. The health-related quality of life was used as the conceptual framework of this study. A purposive sample was selected consisting of 36 patients, who were over 15 years of age and were diagnosed with moderate to severe burns. Data were obtained by surveying patients at Ramathibodi Hospital and Nopparat Rajathanee Hospital in Bangkok. Instruments used for data collection including the Demographic Data Form, the Short Form-36 Version 2 (SF-36V2) and the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B). The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The main finding of this study showed that the overall generic health-related quality of life (SF-36V2) was good before the burn injury, but poor after the burn injury. Each domain of generic health-related quality of life including physical function, bodily pain, vitality, general health, and role limitation due to physical and emotional problems was poor after burn injury. In addition, the results revealed that the generic health-related quality of life before burn injury was significantly higher than after burn injury. Moreover, this study also found that after burn injury overall disease-specific health-related quality of life (BSHS-B) was good. However, the domains of BSHS-B including simple ability, work, and heat sensitivity were poor. Based on these findings, nurses could use the data for developing a care plan to improve quality of life in burn patients.

Keywords: Health-related quality of life, Physical function, Bodily pain, Vitality, Burn patients

**Professional Nurse, Burn Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

***Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: kusuma.khu@mahidol.ac.th*

**** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*