

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผลใหม่ที่มาติดตามการรักษา ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล*

สุมิตรา แป้นคุ้มญาติ พย.ม.**
สุพร ดนัยดุชฎีกุล พย.ด.***
อรพรรณ ไตสิงห์ พย.ด.****
พรพรรณ เมืองแมน พย.*****
อังคณา ตันวัฒนากุล พย.*****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของแผลใหม่ อาการปวดแผล อาการคันแผล และภาวะนอนไม่หลับ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ ที่มาติดตามการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การดำเนินการวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รายตามเกณฑ์จากผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีประวัติมีแผลใหม่ลึกตั้งแต่ระดับ 2 ชนิดลึก และมีแผลใหม่กว้างตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรักษาเฉพาะทางผู้ป่วยแผลใหม่ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ แบบประเมินอาการปวดแผล แบบประเมินอาการคันแผล และแบบประเมินภาวะนอนไม่หลับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 43.10 ปี (SD= 14.19) มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=122.83$, SD=26.09) คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกรู้สึกถึงความร้อนในระดับปานกลาง ($\bar{x}=10.87$, SD=6.12) คุณภาพชีวิตด้านการทำงานในระดับปานกลาง ($\bar{x}=8.25$, SD=5.63) มีระดับความรุนแรงของแผลใหม่ระดับมากที่สุดร้อยละ 70 มีอาการคันแผลร้อยละ 96.67 มีภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 48.33 และอาการปวดแผลร้อยละ 40 เฉพาะภาวะนอนไม่หลับที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ ($r=-0.48$, $p<0.01$) ความรุนแรงของแผลใหม่ อาการปวดแผล และอาการคันแผลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r=-0.13$, $p=0.32$, $r=-0.08$, $p=0.55$, $r=0.04$, $p=0.77$, ตามลำดับ) อาการปวดแผล และอาการคันแผลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ภาวะนอนไม่หลับ ($r=0.30$, $p<0.05$, $r=0.32$ $p<0.05$, ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการประสานงานกับแพทย์เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยแผลใหม่โดยเน้นการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาที่ส่งเสริมการนอนหลับในระยะแรกเพื่อให้ผู้ป่วยแผลใหม่สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

วารสารสภากาชาด 2563; 35(2) 99-115

คำสำคัญ: ผู้ป่วยแผลใหม่ / คุณภาพชีวิต / ปัจจัยที่สัมพันธ์ / ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
วันที่ได้รับ 18 มี.ค. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 มี.ค. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 17 เม.ย. 63

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล;

E-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****ศาสตราจารย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*****แพทย์ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Factors Related to Burn Patients' Post-Discharge Quality of Life*

Sumittra Pancumyard M.N.S.**

Suporn Danaidutsadeekul D.N.S.***

Orapan Thosingha D.N.S.****

Pornprom Muangman M.D.*****

Angkana Tanvatanagul M.D.*****

Abstract:

Objective: To study the correlation between burn patients' post-discharge quality of life and the factors of burn injury severity, burn injury pain, wound itchiness, and sleeplessness, during the patients' follow-up visits to the hospital.

Design: Descriptive correlational research.

Methodology: Based on pre-set criteria, 60 burn patients aged 18 years and older were recruited, each with a history of deep second-degree burns covering at least 10% of the total body surface area. The patients were receiving post-discharge follow-up treatment at two tertiary hospitals in Bangkok. Data were collected from October 2016 to December 2017 by means of a demographic data questionnaire, a brief version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B), the pain numeric rating scale, the itch numeric rating scale, and the Insomnia Severity Index (ISI). The data were analysed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: According to the findings, most of the subjects were males (63.33%) with a mean age of 43.10 years (SD = +14.19). The sample registered a high average overall quality of life score of 122.83 (= 122.83, SD = 26.09). In the domains of heat sensitivity and work, the subjects showed moderate scores of 10.87 (= 10.87, SD = 6.12) and 8.25 (= 8.25, SD = 5.63), respectively. Most of the subjects (70%) had severe burns, with nearly all (96.67%) suffering from wound itchiness, nearly half (48.33%) from sleeplessness, and 40% from wound pain. Sleeplessness was found to be in a negative correlation with the subjects' quality of life ($r = -0.48, p < 0.01$). Burn injury severity, wound pain, and wound itchiness were not found to have any significant correlation with the subjects' post-discharge quality of life ($r = -0.13, p = 0.32$; $r = -0.08, p = 0.55$; and $r = 0.04, p = 0.77$, respectively). Wound pain and wound itchiness, by contrast, had a positive correlation with the subjects' sleeplessness ($r = 0.30, p < 0.05$; and $r = 0.32, p < 0.05$, respectively).

Recommendations: The findings can be used as a guideline for nurses to coordinate with physicians in promoting sleep in burn patients, with an emphasis on behaviour adjustment and administration of sleep-inducing medications, in order to help burn patients gain sufficient rest and improve their quality of life.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(2) 99-115

Keywords: burn patients; quality of life; factors related to; post-discharge

Received 18 March 2019, Revised 28 March 2020, Accepted 17 April 2020

*Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

**Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Corresponding Author: Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University,

E-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*****Professor, Division of Traumatology Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

***** Medical physician, Burn Center, Nopparat Rajathanee Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเป็นการบาดเจ็บอย่างหนึ่งที่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นไม่น้อยในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย การบาดเจ็บจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกก่อให้เกิดทั้งการเสียชีวิตและมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปีค.ศ.2013 มีผู้ป่วยแผลไหม้มากกว่า 7.1 ล้านรายและมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 250,000 ราย จากทั่วโลก¹ อุบัติการณ์ผู้ป่วยแผลไหม้จากทั่วโลกในปีค.ศ.2010 มีผู้ป่วยแผลไหม้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 6 ล้านราย² ในประเทศไทย ปีพ.ศ.2557 พบว่า มีผู้ป่วยแผลไหม้ที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้ สูดสำลักควัน สัมผัสกับของเหลวร้อน สัมผัสกระแสไฟฟ้า และสัมผัสวัสดุที่เป็นจำนวน 21,246 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 515 ราย³ ผู้ป่วยแผลไหม้ที่รอดชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีระดับความรุนแรงของแผลไหม้ตั้งแต่ปานกลางจนถึงมาก จะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งในระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลที่มีแผนกเฉพาะทางแผลไหม้ หรือหอผู้ป่วยวิกฤต²

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยแผลไหม้มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีระดับความรุนแรงมาก มีอัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 50⁴ เมื่อผู้ป่วยแผลไหม้เหล่านี้รอดชีวิตและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านารับความรู้สึกของผิวหนัง เช่น อาการปวด อาการคัน ความรู้สึกผิวแห้ง หรือร้อนมาก⁵ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม⁶ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้า กลุ่มอาการ

เครียดภายหลังได้รับอุบัติเหตุ (post-traumatic stress disorders: PTSD) ภาวะไม่สมดุลของการนอนหลับ (sleep disturbance) การปรับเปลี่ยนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นภายหลังเป็นผู้ป่วยแผลไหม้ การกลับคืนสู่สังคม การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมการทำงาน การฟื้นคืนคุณภาพชีวิต เป็นต้น ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยแผลไหม้จะมีความแตกต่างกัน บางรายใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน⁷ จนถึง 2 ปี ภายหลังได้รับบาดเจ็บแผลไหม้ ในขณะที่บางรายใช้ระยะเวลา 5-10 ปีภายหลังได้รับบาดเจ็บแผลไหม้⁸ จากผลกระทบของการบาดเจ็บแผลไหม้ ร่วมกับระยะเวลาฟื้นฟูสภาพดังกล่าว ผู้ป่วยแผลไหม้ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่นี้ กล่าวคือ การดูแลแผลและผิวหนัง การดำรงชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป การกลับเข้าสู่สังคม การติดตามการตรวจรักษา การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นภาระของผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฟื้นฟูสภาพนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแผลไหม้ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึกพึงพอใจตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ในช่วงหลังที่ได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในหลายมิติ⁹ ได้แก่ ความรู้สึกไวต่อความร้อน (heat sensitivity) ความรู้สึกทางอารมณ์ การทำงานของมือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การทำงาน ความสัมพันธ์ทางเพศ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสามารถทั่วไป และภาพลักษณ์ (body image) จากการ

ทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีประวัติมีแผลไหม้ระดับความรุนแรงปานกลางเมื่อได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติที่มีเพศและอายุในกลุ่มเดียวกัน โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตในด้านการนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน/กิจกรรมปกติ อาการและความไม่สบาย และกิจกรรมเกี่ยวกับเพศ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังจำหน่ายในระยะ 1 เดือน ผู้ป่วยมีระดับความเหนื่อยล้าที่สูงและมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁷ และเมื่อติดตามประเมินที่ระยะเวลา 3, 6, 12 เดือนภายหลังจำหน่าย พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นแต่ยังต่ำกว่าคนปกติ¹⁰ จากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฟื้นฟูสภาพ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติของผู้ป่วย ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้เหล่านั้นพร่องไป จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่จะเป็นตัวส่งเสริมหรือขัดขวางการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ ซึ่งจะกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ที่สนใจในการศึกษานี้

ความรุนแรงของแผลไหม้ ประเมินจากความกว้างและความลึกของแผลไหม้ ในผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีระดับความรุนแรงปานกลางจนถึงมาก มีแผลไหม้ระดับ 2 ชนิดลึก จนถึงระดับ 3 มีการทำลายของชั้นหนังกำพร้า หนังแท้ skin appendage ถูกทำลาย และอาจลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือกระดูก ซึ่งเส้นประสาทส่วนปลายที่อยู่บริเวณผิวหนังจะถูกทำลายด้วย เมื่อถึงระยะที่แผลหายเส้นประสาทของเซลล์ประสาทที่เสียหายบางส่วนจะมีการฟื้นฟูและการเกิดใหม่ของเซลล์ประสาทแต่ไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาใน metabolism ของ sensory neuron และ membrane receptor ของเซลล์ประสาทนั้น เป็นผล

ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ที่ผิดไป ทำให้เกิดอาการปวดจากการมีกระแสประสาทผิดปกติ (neuropathic pain) ได้¹¹ และความผิดปกติของ sensory neuron นี้ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการคันในผู้ป่วยแผลไหม้ นอกจากนี้แผลไหม้ระดับ 2 ชนิดลึกจนถึงระดับ 3 ที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก มีแผลบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดการติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กระบวนการหายของแผลมีความผิดปกติไม่เกิดกระบวนการหยุดสร้างเนื้อเยื่อและ collagen ในระยะเวลาที่เหมาะสม แผลหายช้ากว่า 3 สัปดาห์ทำให้เกิดแผลเป็นนูนเกิน (hypertrophic scar) ซึ่งเป็นแผลเป็นที่มีความผิดปกติและก่อให้เกิดอาการปวดและอาการคันได้ นอกจากนี้อาการปวดและคันยังอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นในระยะ REM ของการนอนหลับปกติทำให้เกิดการนอนไม่หลับเฉียบพลันได้⁶ อาการคันนับเป็นสิ่งรบกวนชีวิตประจำวันที่ส่งผลการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ได้

แผลไหม้ระดับ 2 ชนิดลึกจนถึงระดับ 3 ที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก มีแผลบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดแผลเป็นบริเวณภายนอกर्मผ้าทำให้มีแผลเป็นหดรั้งบริเวณใบหน้าและข้อพับต่างของร่างกาย อาจถูกตัดอวัยวะแขน-ขา ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือทำงานได้ตามปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับต่ำ⁷ โดยที่ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีแผลไหม้กว้าง จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีแผลไหม้น้อยกว่า ในช่วงระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระยะ 1 ปี¹⁰

จากความรุนแรงของแผลไหม้ ที่ทำให้ผิวหนังผิดปกติ เกิดอาการปวดและอาการคันที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย และรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย อาจ

ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ เกิดภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ⁵ เป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่ทำให้ร่างกายหลั่งสาร epinephrine และ norepinephrine จากต่อมหมวกไต ชั้นในและสาร cortisol จากต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะนอนไม่หลับได้²

ในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล⁴ ได้แก่ อายุ เพศ เศรษฐฐานะ อาชีพ เป็นต้น อาการทางคลินิกของผู้ป่วย^{5,6} ได้แก่ ความรุนแรงของแผลไหม้ ความกว้างของแผลไหม้ แผลไหม้บริเวณใบหน้า การผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง จำนวนวันที่พักรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะยาวตั้งแต่ 1 เดือนไปจนถึง 2 ปี ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยแผลไหม้¹⁰ เกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ) ปัจจัยด้านร่างกาย (ร่องรอยแผลไหม้ ระดับความพิการ การทำหน้าที่ของร่างกาย) ปัจจัยด้านจิตสังคม (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ ความโดดเดี่ยวทางสังคม ภาวะเครียดและความวิตกกังวล) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฟื้นฟูสภาพ และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ในภาพรวม ซึ่งในบริบทของประเทศไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ยังพบการศึกษาในจำนวนไม่มาก ยังมีปัจจัยด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วยอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยและเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เจาะจงสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่

เฉพาะเจาะจงและสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ได้ตรงประเด็นของปัญหา

คำถามการวิจัย

ความรุนแรงของแผลไหม้ อาการปวดแผล อาการคันแผล และภาวะนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของแผลไหม้ อาการปวดแผล อาการคันแผล และภาวะนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของแผลไหม้ อาการปวดแผล อาการคันแผล และภาวะนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ที่มาติดตามการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยได้จากกรอบแนวคิดทฤษฎีทางพยาธิสรีรวิทยา กล่าวคือเมื่อบุคคลได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ ผิวหนังจะถูกทำลายถาวร แผลไหม้ที่ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ส่วนใหญ่เกิดจากแผลไหม้ระดับ 2 ชนิดลึกและระดับ 3 มีการทำลายของชั้นหนังกำพร้า หนังแท้ skin appendage ถูกทำลาย และอาจลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือกระดูก ซึ่งเส้นประสาทส่วนปลายที่อยู่บริเวณผิวหนังจะถูกทำลายด้วย เมื่อถึงระยะที่แผลหายเส้นประสาทของ

เซลล์ประสาทที่เสียหายบางส่วนจะมีการฟื้นฟูและการเกิดใหม่ของเซลล์ประสาทแต่ไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาใน metabolism ของ sensory neuron และ membrane receptor ของเซลล์ประสาทนั้น เป็นผลทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ที่ผิดไป (non-noxious impulse) ทำให้เกิดอาการปวดจากการมีกระแสประสาทผิดปกติ (neuropathic pain) ได้¹¹ และความผิดปกติของ sensory neuron นี้ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการคันในผู้ป่วยแผลไหม้ นอกจากนี้แผลไหม้ระดับ 2 ชนิดลึกจนถึงระดับ 3 ที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก มีแผลบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดการติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กระบวนการหายของแผลมีความผิดปกติ ไม่เกิดกระบวนการหยุดสร้างเนื้อเยื่อและ collagen ในระยะเวลาที่เหมาะสม แผลหายช้ากว่า 3 สัปดาห์ ทำให้เกิดแผลเป็นนูนเกิน (hypertrophic scar) ซึ่งเป็นแผลเป็นที่มีความผิดปกติและก่อให้เกิดอาการปวดและอาการคันได้ นอกจากนี้การปวดและคัน ยังอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นในระยะ REM ของการนอนหลับปกติทำให้เกิดการนอนไม่หลับเฉียบพลันได้⁶

แผลไหม้ระดับ 2 ชนิดลึกจนถึงระดับ 3 ที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก มีแผลบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดแผลเป็นบริเวณภายนอกกร่มผ้าทำให้มีแผลหดรั้งบริเวณข้อพับต่างๆของร่างกาย หรือหากถูกตัดด้วยอะแซน-ชา ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ เกิดภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ ทำให้ร่างกายหลั่งสาร epinephrine และ norepinephrine จากต่อมหมวกไตชั้นใน และสาร cortisol จากต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะนอนไม่หลับได้¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่มาติดตามการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประชากร คือ ผู้ป่วยแผลไหม้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เลือกรุ่นตัวอย่างตามเกณฑ์ 60 ราย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติมีแผลไหม้ลึกตั้งแต่ระดับ 2 คือลึกระดับ deep second degree burn และมีแผลไหม้กว้างตั้งแต่ร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวหนังทั้งหมดขึ้นไป มารับการตรวจติดตามการรักษา มีกระบวนการรู้คิดดี ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองความรู้ความเข้าใจที่ค็อกฉบับภาษาไทย¹³ มีคะแนน ตั้งแต่ 9 ขึ้นไป ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถพูดเขียนและเข้าใจภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (power analysis) ตามการวิเคราะห์ correlation analysis กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และงานวิจัยทางการแพทย์กำหนดขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ขนาดกลาง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 88 ราย แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดหมาย ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลวิจัย

ได้ครบตามจำนวน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมใหม่พบงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) ตามการวิเคราะห์ correlation analysis กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) ที่ระดับ 0.05 และจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ($r = -0.52$)¹⁴ โดยมีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1¹⁵ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลวิจัยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ประวัติการบาดเจ็บและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สถานที่เกิดเหตุแผลไหม้ สาเหตุการบาดเจ็บแผลไหม้ ระดับความรุนแรงของแผลไหม้ การได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ลักษณะผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงภายหลังมีแผลไหม้และตำแหน่งของแผลไหม้ ยาทาแผลหรือผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่ใช้ ยารับประทานที่มีในปัจจุบัน และโรคประจำตัว

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ (Burn Specific Health Scale-Brief

-BSHS-B) พัฒนาขึ้น โดยคิวตอลและคณะ⁹ แปลเป็นภาษาไทย โดยอุไรวรรณ บุญพัฒนา¹⁶ มีคำถามจำนวน 40 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 9 ด้านได้แก่ ด้านความรู้สึกต่อความร้อน (heat sensitivity) 5 ข้อ ด้านความรู้สึกทางอารมณ์ (affect) 7 ข้อ ด้านการทำงานของมือ (hand function) 5 ข้อ ด้านการปฏิบัติดูแลตามแผนการรักษา (treatment regimens) 5 ข้อ ด้านการทำงาน (work) 4 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ (sexuality) 3 ข้อ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) 4 ข้อ ด้านความสามารถทั่วไป (simple ability) 3 ข้อ และด้านภาพลักษณ์ (body image) 4 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นประเภทมาตราส่วน (Likert scale) 5 อันดับ ระดับคะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึงไม่รู้สึกลำบากเลยในการปฏิบัติกิจกรรม จนถึง 4 หมายถึงรู้สึกลำบากมากที่สุดในการปฏิบัติกิจกรรม คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ

3. แบบประเมินอาการปวดแผล ประเมินโดยใช้แบบวัดอาการปวดแผลชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale)¹⁷ เริ่มจากซ้ายมือเป็นคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลย จนถึงขวามือสุดเป็นคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

4. แบบประเมินอาการคันแผล ประเมินโดยใช้แบบวัดอาการคันแผลชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale)¹⁷ เริ่มจากซ้ายมือเป็นคะแนน 0 หมายถึงไม่คันเลย จนถึงขวามือสุดเป็นคะแนน 10 หมายถึงคันมากที่สุด

5. แบบประเมินภาวะนอนไม่หลับ ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Insomnia Severity Index (ISI) พัฒนาโดยมอรินและคณะ¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา

(forward translator) แปลคำถามย้อนกลับเป็นภาษาต่างประเทศโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสองภาษา (backward translator) และตรวจสอบความถูกต้องของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสองภาษา (review team) ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับภาวะนอนไม่หลับ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือกเป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 อันดับ กล่าวคือ คะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่มีปัญหา) จนถึง 4 คะแนน (มีปัญหารุนแรงมาก) คะแนนรวมของแบบประเมินที่ค่า 0-28 คะแนน คะแนนน้อย (0-7) หมายถึง ไม่มีภาวะนอนไม่หลับ คะแนนมาก (22-28) หมายถึง มีภาวะนอนไม่หลับรุนแรง

6. แบบคัดกรองความรู้ความเข้าใจพีค็อกฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยจิรนนท์ กริพพิณส์และคณะ¹³ แปลมาจากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognition: GP-COG)¹⁹ มีคำถามจำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ปกติของคะแนนรวมเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์อุบัติเหตุและแผลใหม่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ 1 ท่าน ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะนอนไม่หลับ เท่ากับ 1 ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ และแบบคัดกรองความรู้ความเข้าใจพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) และ ส่วนแบบประเมินอาการปวดแผลและแบบประเมินอาการคัน

แผลซึ่งเป็น Numeric Rating Scale เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะนอนไม่หลับและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการหาความสอดคล้องภายในโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะนอนไม่หลับเท่ากับ .95 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่เท่ากับ .94 ส่วนแบบประเมินอาการปวดแผลและแบบประเมินอาการคันแผลได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาค่าความคงที่โดยใช้การทำ test-retest reliability คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ได้เท่ากับ .87 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ 589/2559 (EC3) หมายเลข Si 632/2016 ลงวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2559 และจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รหัสโครงการวิจัย 59-2-035-0 เลขที่ใบรับรอง 6/2560 ลงวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2559

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทำการสอบถามรายชื่อผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีนัดมารับการตรวจติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง เพื่อวางแผนในการเก็บข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ วันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์หากมีผู้ป่วยรายใดสนใจเข้าร่วมการวิจัย ให้พยาบาลแนะนำผู้ป่วยพบกับผู้วิจัย ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย แนวทางการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลโดยเริ่มจากการตอบแบบคัดกรองความรู้ความเข้าใจที่คือฉบับภาษาไทย เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ(9 คะแนน) จึงให้ตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียน ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลอายุใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ คะแนนอาการปวดแผล คะแนนอาการคันแผล และคะแนนภาวะนอนไม่หลับ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของแผลใหม่ อาการปวดแผล อาการคันแผล และภาวะนอนไม่หลับ กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่กำหนดไว้ ผู้วิจัย

ได้ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลพบว่าตัวแปร 2 ตัวแปร คืออาการปวดแผล อาการคันแผล มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ ซึ่งไม่ตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิติพาราเมตริกซ์ จึงเปลี่ยนเป็นใช้สถิตินอนพาราเมตริกซ์ ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน โดยตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าไม่ต่อเนื่องมีค่าในมาตราวัดอันดับมาตราและความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 43.10 ปี (SD=14.19) มีอายุ 18-44 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 55) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.67) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.33) ก่อนได้รับบาดเจ็บแผลใหม่ ร้อยละ 31.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง แต่หลังได้รับบาดเจ็บแผลใหม่ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 35 ก่อนได้รับบาดเจ็บแผลใหม่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน แต่หลังได้รับบาดเจ็บแผลใหม่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 33.33) มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการมารับการรักษา (ร้อยละ 86.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 81.67) และมีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 81.67) สถานที่เกิดเหตุแผลใหม่ส่วนใหญ่เป็นบ้านหรือที่พักอาศัย (ร้อยละ 46.67) สาเหตุเกิดจากไฟไหม้ (ร้อยละ 58.33) ความรุนแรงของแผลใหม่ส่วนใหญ่เป็นระดับความรุนแรงมาก (ร้อยละ 70) ได้รับการ

รักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง ร้อยละ 38.33 ลักษณะผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงภายหลังมีแผลไหม้ส่วนใหญ่แผลเป็น (ร้อยละ 85) กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านปรอทเป็นยาบรรเทาอาการปวด (ร้อยละ 45) ยาบรรเทาอาการคัน (ร้อยละ 55) ยานอนหลับ(ร้อยละ 6.67) ยาบรรเทาอาการปวดจากเส้นประสาท (ร้อยละ

55) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.33 มีระยะเวลาภายหลังเกิดเหตุได้รับบาดเจ็บเฉลี่ย 180 วัน (SD=300.67) มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 35.03 วัน (SD=50.64) มีระยะเวลาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 139.65 วัน (SD=290.89) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของแผลไหม้		
ระดับความรุนแรงมาก	42	70
ระดับความรุนแรงปานกลาง	18	30
ระดับความลึกของแผลไหม้		
ระดับที่ 2	51	85
ระดับที่ 3	18	30
การผ่าตัดที่ได้รับ		
ปลูกถ่ายผิวหนัง	23	38.33
ปลูกถ่ายผิวหนังสังเคราะห์	2	3.33
การตัดอวัยวะ	2	3.33
ลักษณะผิวหนังที่เปลี่ยนแปลง(มีมากกว่า 1 ชนิด)		
แผลเป็น	51	85
แผลไหม้ที่ยังไม่หาย	27	45
แผลจากการรักษา	24	40
แผลเป็นที่มีการหดรั้ง	12	20
แผลเป็นนูนเกิน	11	18.33
แผลเป็นนูนชนิดคีลอยด์	4	6.67

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 122.83 (SD=26.09) จัดอยู่ในคุณภาพชีวิตระดับสูง ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านที่สูงที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านภาวะทางอารมณ์ เท่ากับ 23.95 (SD=5.57)

ด้านประสิทธิภาพของมือ เท่ากับ 16.12 (SD=6.06) ด้านทัศนคติต่อรูปแบบการรักษาเท่ากับ 16.15 (SD=3.94) ด้านสุขภาพทางเพศ เท่ากับ 11.08 (SD=2.07) และด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เท่ากับ 14.75 (SD=2.87) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านที่

ต่ำกว่าด้านอื่นๆ คือ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกต่อความร้อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.87 (SD=6.12) และคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.25 (SD=5.63) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ของข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (n=60)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด		Mean	S.D.	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-160	68-160	122.83	26.09	ระดับสูง
1. ภาวะทางอารมณ์	0-28	3-28	23.95	5.57	ระดับสูงมาก
2. ประสิทธิภาพของมือ	0-20	0-20	16.12	6.06	ระดับสูงมาก
3. ทักษะคิดต่อรูปแบบการรักษา	0-20	5-20	16.15	3.94	ระดับสูงมาก
4. สุขภาพทางเพศ	0-12	3-12	11.08	2.07	ระดับสูงมาก
5. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	0-16	4-16	14.75	2.87	ระดับสูงมาก
6. ความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้น	0-12	0-12	9.42	3.72	ระดับสูง
7. ภาพลักษณ์	0-16	0-16	12.25	3.79	ระดับสูง
8. ด้านความรู้สึกต่อความร้อน	0-20	0-20	10.87	6.12	ระดับปานกลาง
9. การทำงาน	0-16	0-16	8.25	5.63	ระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดแผล ร้อยละ 40 มีระดับคะแนนความปวดแผลเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 คะแนน (SD=1.88) ส่วนใหญ่มีอาการปวดแผลระดับความปวดเล็กน้อย ร้อยละ 25 มีอาการคันแผลร้อยละ 96.67 มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความคันแผลเท่ากับ 4.27

คะแนน (SD=2.28) ส่วนใหญ่มีอาการคันระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะนอนไม่หลับ ร้อยละ 48.33 มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 (SD=6.59) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนน อาการปวดแผลใหม่ อาการคันแผลใหม่ และภาวะนอนไม่หลับ (n=60)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดแผลใหม่ (=1.30, SD=1.88)		
ไม่ปวดแผล (0คะแนน)	36	60
ปวดเล็กน้อย (1-3คะแนน)	15	25
ปวดปานกลาง (4-6คะแนน)	8	13.33
ปวดมาก (7-10คะแนน)	1	1.67
อาการคันแผลใหม่ (=4.27, SD=2.28)		
ไม่คันแผล (0คะแนน)	2	3.33
คันเล็กน้อย (1-3คะแนน)	21	35
คันปานกลาง (4-7คะแนน)	30	50
คันมาก (8-10คะแนน)	7	11.67
ภาวะนอนไม่หลับ (=8.33, SD=6.59)		
ไม่มีภาวะนอนไม่หลับ (0-7คะแนน)	31	51.67
ภาวะนอนไม่หลับเล็กน้อย (8-14คะแนน)	18	30
ภาวะนอนไม่หลับปานกลาง (15-21คะแนน)	9	15
ภาวะนอนไม่หลับรุนแรง (22-28คะแนน)	2	3.33

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของแผลใหม่ อาการปวดแผล อาการคันแผล และภาวะนอนไม่หลับ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r) ระหว่างภาวะนอนไม่หลับ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลใหม่ เท่ากับ 0.48 โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ความรุนแรงของแผลใหม่ อาการปวดแผล และอาการคันแผล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยแผลใหม่ นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r) ระหว่างอาการปวดแผล กับอาการคันแผล เท่ากับ .30 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างอาการปวดแผล กับภาวะนอนไม่หลับ เท่ากับ .32 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่าง ความรุนแรงของแผลไหม้ อาการปวดแผล อาการคันแผล ภาวะนอนไม่หลับ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ (n=60)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรุนแรงของแผลไหม้	1.00				
2. อาการปวดแผล	0.22	1.00			
3. อาการคันแผล	0.14	0.30*	1.00		
4. ภาวะนอนไม่หลับ	0.09	0.32*	0.10	1.00	
5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	-0.13	-0.08	0.04	-0.48**	1.00

*p <.05, **p <.01

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 43.10 ปี จัดเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ของทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยแผลไหม้จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น^{4,6} โดยกลุ่มตัวอย่างมักเกิดเหตุได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ที่บ้านหรือที่พักอาศัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ¹⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ ชาวเอเชีย มักเกิดอุบัติเหตุที่บ้านและบริเวณบ้านเป็นส่วนใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุการบาดเจ็บจากไฟไหม้มากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแผลไหม้มักได้รับบาดเจ็บจากไฟหรือเปลวไฟ แผลไหม้ที่เกิดจากเปลวไฟหรือไฟไหม้ มักจะเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงมาก ผู้ป่วยมีแผลไหม้ขนาดกว้างและมีระดับความลึกมากต้องได้รับการรักษาในหน่วยเฉพาะทางที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้และใช้ระยะเวลาในการรักษา² เมื่อผู้ป่วยแผลไหม้กลุ่มนี้รอดชีวิตแล้ว ทำให้เกิดแผลเป็นอวัยวะผิดรูปและความพิการถาวรได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายทำกิจกรรมต่าง ๆ และทำงานได้ปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแผลไหม้อยู่ในระดับรุนแรงมาก มีแผลไหม้ลึกระดับที่ 2 และ 3 มีแผลไหม้ทั้งหมดกว้าง ต้องได้รับการดูแลจากหน่วยเฉพาะทางและสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะผู้ป่วยแผลไหม้ เพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ก่อนได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ แต่หลังได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stergiou-Kita และคณะ²⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงต้องพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านยังไม่สามารถไปทำงานเดิมได้ บางรายอาจต้องถูกออกจากการงาน เพราะมีแผลเป็นหดรั้งเกิดอุปสรรคในการเคลื่อนไหวร่างกายทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยบางรายที่แผลไหม้มีความลึกระดับ 3 จำเป็นต้องถูกตัดอวัยวะแขนขาบางส่วนของร่างกายออกทำให้เกิดความพิการไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้เหล่านี้ต้องขาดรายได้จากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนลดลงหลังได้รับบาดเจ็บมีแผลไหม้ ถึงแม้ในประเทศไทยจะมีการให้เงินช่วยเหลือผู้พิการแต่ก็มีข้อกำหนดและมีขั้นตอนระยะเวลาดำเนินการและเป็นจำนวนเงินที่ไม่มากพอในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการมารับการรักษา สอดคล้องกับการรักษาผู้ป่วยแผลไหม้ในปัจจุบัน ที่มีความก้าวหน้าในการรักษาด้วยยาและผลิตภัณฑ์สำหรับรักษาแผลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีราคาที่สูง แต่ในระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ต้องจ่ายค่ารักษาเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครอบคลุมหรืออุปกรณ์บางอย่างที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีแผลลึกระดับ 2 ลงไป ซึ่งต้องใส่อุปกรณ์ตลอดเวลาเพื่อป้องกันและรักษาแผลเป็นนูนเกิน เช่น ผ้ายัดรัดแผล เป็นต้น เป็นอุปกรณ์ที่มีค่าใช้จ่ายไม่ครอบคลุมตามสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในส่วนนี้ด้วยตนเอง นอกจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยบางรายต้องเดินทางเพื่อมารับการรักษาด้วยระยะทางไกล เนื่องจากโรงพยาบาลที่มีหน่วยเฉพาะทางที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้มักจะอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงตามระยะทาง และอาจทำให้มีปัญหาในการที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการมารับการรักษา การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง กล่าวคือคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกต่อความร้อนอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีแผลไหม้รุนแรงมากเป็นส่วนใหญ่ จึงอภิปรายได้ว่า ภายหลังการรักษาและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ

และผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทนต่อความร้อนไม่ได้ถึงระดับลดลง เนื่องจากผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีระดับความรุนแรงมาก มักจะมีการทำลายต่อมเหงื่อ ต่อมไขมัน รากขน ซึ่งช่วยในการระบายความร้อนของร่างกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยแผลไหม้ที่แผลหายแล้ว ร่างกายสูญเสียการระบายความร้อนที่ดี จึงเกิดปัญหารู้สึกร้อนมากกว่าผู้ที่ผิวหนังปกติ และไม่สามารถทนต่อความร้อนเมื่อต้องออกไปกลางแจ้งหรือไปทำงาน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินาถ เรืองเผ่าพันธุ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ด้านความรู้สึกต่อความร้อน อยู่ในระดับไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษา Xie และคณะ²² ที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีระดับความรุนแรงมาก จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกต่อความร้อน อยู่ในระดับต่ำ ในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ในด้านการทำงานมีอยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแผลเป็นจึงอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ทั้งความรุนแรงระดับปานกลางและมาก อาจมีแผลบางส่วนที่ยังไม่หาย บางส่วนมีแผลเป็นนูนและแผลหดรั้ง เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆได้⁸ กลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านการทำงานที่ลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านการทำงานต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavoni และคณะ⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีระดับความรุนแรงมาก จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บในช่วงระยะเวลามากกว่า 1 ปี และมีระยะเวลาภายหลังเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บมากที่สุด 1,520 วัน และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลที่มีหน่วยดูแลเฉพาะทางแผลไหม้ รักษาผู้ป่วยตั้งแต่ภายหลังเกิดอุบัติเหตุได้รับ

บาดเจ็บแผลไหม้ จนกระทั่งจำหน่าย และมีการตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เมื่อระยะเวลาผ่านไปสภาพร่างกายและจิตใจจะมีการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยส่วนใหญ่ในช่วงเวลา 1 ปีแรกหลังได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยแผลไหม้จะมีการฟื้นฟูสภาพทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยที่ผู้ป่วยแผลไหม้จะกลับสู่ภาวะสุขภาพใกล้เคียงคนปกติภายหลังได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาการปวดแผลและอาการคันแผล จนกระทั่งอาการทุเลาลง ส่งผลให้ระดับของคุณภาพชีวิตสูงขึ้น แต่ภาวะนอนไม่หลับเกิดจากการวิตกกังวลและความเครียดกับสภาพของแผลเป็นนูนเกินและหดรั้ง ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านลบสอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ.2554 ของสิรินทร เรื่องเผ่าพันธุ์และคณะ²¹ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคโดยรวมหลังได้รับอุบัติเหตุแผลไหม้อยู่ในระดับดี

สำหรับภาวะนอนไม่หลับ พบว่าภาวะนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ หมายความว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีภาวะนอนไม่หลับมากขึ้นจะทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย ดังจะเห็นได้ว่า ความไม่สบายด้านร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยแผลไหม้ มีภาวะนอนไม่หลับ ได้แก่ อาการปวดมีความสัมพันธ์กับอาการคัน และอาการคันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะนอนไม่หลับ กล่าวคือ ผู้ป่วยแผลไหม้มีอาการคันยิ่งมาก อาการนอนไม่หลับยิ่งสูงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจาก

เดิมดังได้กล่าวข้างต้น ส่งผลต่อภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางลบ อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยด้วย ทำให้เกิดความตึงเครียดและมีภาวะนอนไม่หลับ⁶ ซึ่งทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง

ความรุนแรงของแผลไหม้ พบว่าความรุนแรงของแผลไหม้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่าย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ Xie และคณะ²² ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ระดับรุนแรงมาก มีแผลกว้างร้อยละ 70 ขึ้นไปจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บ 2 ปี อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซึ่งอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแผลไหม้ที่มีระดับรุนแรงมาก แต่มีความกว้างมีแผลไหม้ โดยเฉลี่ยร้อยละ 23.23 ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้กว้างมากกว่าร้อยละ 80⁴ ส่งผลให้การศึกษานี้พบว่า ความรุนแรงของแผลไฟไหม้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ Koljonen และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ระดับความรุนแรงปานกลางเมื่อจำหน่ายจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป และภายหลังจากจำหน่ายระยะ 6, 12 และ 24 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งจำนวนน้อย ทำให้การเก็บข้อมูลไม่ได้ตามกำหนดเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพียง 60 รายซึ่งอาจมีผลต่อความเที่ยงตรงภายในของผลการวิจัย และมีเพียงตัวแปรภาวะนอนไม่หลับที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการจัดการความปวดและลดอาการคัน เพื่อส่งเสริมการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ได้พักผ่อนได้เพียงพอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และฟื้นคืนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะนอนไม่หลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

References

1. World Health Organization. WHO health estimates 2014 summary tables: deaths and global burden of disease [Internet]. 2014. [cited 2016 Nov 21] Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
2. Brusselaers N, Monstrey S, Vogelaers D, Hoste E, Blot S. Severe burn injury in Europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Crit care* 2010;14(5):1-12.
3. Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Epidemiology. Annual epidemiology surveillance report 2014. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2015 (in Thai)
4. Pavoni V, Gianesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2010;18(24):1-8.
5. Goutos I. Neuropathic mechanisms in the pathophysiology of burns pruritus: redefining directions for therapy and research. *J Burn Care Res.* 2013;34(1):82-93.
6. Lee AF, Ryan CM, Schneider JC, Kazis LE, Li NC, Rose M, et al. Quantifying risk factors for long-term sleep problems after burn injury in young adults. *Journal of Burn Care & Research.* 2017;38(2):e510-e20.
7. Gabbe BJ, Cleland H, Watterson D, Schrale R, McRae S, Taggart S, et al. Predictors of moderate to severe fatigue 12 months following admission to hospital for burn: results from the burns registry of Australia and New Zealand (BRANZ) long term outcomes project. *Burns.* 2016;42(8):1652-61.
8. Stavrou D, Weissman O, Tessone A, Zilinsky I, Holloway S, Boyd J, et al. Health related quality of life in burn patients- a review of the literature. *Burns.* 2014;40(5):788-96.
9. Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, Lannerstam K, Gerdin B. Development of a brief version of the burn specific health scale (BSHS-B). *J Trauma.* 2001;51(4):740-6
10. Koljonen V, Laitila M, Sintonen H, Roine RP. Health-related quality of life of hospitalized patients with burns-comparison with general population and a 2-year follow-up. *Burns.* 2013;39:451-7.
11. Nedelec B, Calva V, Chouinard A, Couture M-A, Godbout E, de Oliveira A, et al. Somatosensory rehabilitation for neuropathic pain in burn survivors: a case series. *J Burn Care Res.* 2016;37(1):e37-e46.
12. Attarian HP, Schuman C. *Clinical handbook of insomnia.* New York: SpringerWien; 2010.

13. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. In: 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum 21st Annual Congress of Gerontology; 2014 November 29-30; Hong Kong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; 2014. pp. B65.
14. Zhang L-J, Cao J, Feng P, Huang J, Lu J, Lu X-Y, et al. Influencing factors of the quality of life in Chinese burn patients: Investigation with adapted Chinese version of the BSHS-B. *Burns*. 2014; 40(4):731-6.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.
16. Boonphadh U. Transition conditions related to health status among burn patients in rehabilitation phase [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2005
17. Nedelec B, Carrougher G. Pain and pruritus postburn injury. *J Burn Care Res*. 2017;38(3):142-5.
18. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011;34(5):601-8.
19. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):530-4.
20. Stergiou-Kita M, Grigorovich A, Gomez M. Development of an inter-professional clinical practice guideline for vocational evaluation following severe burn. *Burns*. 2014;40(6):1149-63.
21. Ruangpowpun S, Khuwatsamrit K, Junda T, Kanog-sunthnrat N. Health-related quality of life in burn patients. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2011; 18(1):134-51. (in Thai)
22. Xie B, Xiao SC, Zhu SH, Xia ZF. Evaluation of long-term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center. *Burns*. 2012;38(3):348-55.