

Comparisons of Body Mass Index, Chronic Stress, Health Literacy, Patient Engagement and Perception of Person-Centred Care between Recurrent and Non-Recurrent Urolithiasis Patients*

Thimaporn Suetrong*, Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS¹, Napaporn Vanitkun, RN, PhD¹,
Tree Hanprasertpong, MD²

Abstract

Purposes: To compare body mass index, chronic stress, health literacy, patient engagement and perception of person-centred care between recurrent and non-recurrent urolithiasis patients.

Design: Comparative descriptive research design.

Methods: The samples consisted of patients with urolithiasis after complete removal of stone at least six months, 150 recurrent and 150 non-recurrent. Data were collected using 5 questionnaires: Personal data record form, Perceived Stress scale, Health Literacy Questionnaire, Patient Activation Measure, and the Consultation Care Measure. Data were analyzed using descriptive statistics and a comparison Z-test.

Main Findings: The findings showed that non-recurrent urolithiasis patients perceived chronic stress at low level ($\bar{X} = 6.25$, $SD = 4.86$); an average score of health literacy was 439.21 ($SD = 39.78$), patient engagement was high level ($\bar{X} = 63.88$, $SD = 12.90$) while those with recurrent urolithiasis perceived chronic stress at medium level ($\bar{X} = 12.75$, $SD = 5.23$), an average score of health literacy was 336.07 ($SD = 41.22$), patient engagement was low level ($\bar{X} = 40.33$, $SD = 9.44$). All of the three factors were significant different ($p < .05$) between two groups. While body mass index and the perception of a person-centred care were not significant different between two groups.

Conclusion and recommendations: Nurses should organize health-promoting activities for urolithiasis patients during and after stone removal using various methods to reduce chronic stress, promote health literacy and patient engagement in order to prevent recurrent urolithiasis.

Keywords: body mass index, chronic stress, health literacy, patient engagement, person-centred care, urolithiasis patients

J Nurs Sci. 2016;34(2):80-91

Corresponding Author: Associate Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand

เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยที่เป็นนิวในระบบทางเดินปัสสาวะเข้าและผู้ที่ไม่เป็นเข้า*

ธิดาภรณ์ ช่อตรง* สุพร ดนัยคุชฎีกุล, พย.ด.¹, นภาพร วาณิชย์กุล, PhD¹, ศรี ทาญประเสริฐวงษ์, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ระหว่างผู้ป่วยที่เป็นนิวในระบบทางเดินปัสสาวะเข้าและผู้ที่ไม่เป็นเข้า

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงบรรยายเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ป่วยนิวในระบบทางเดินปัสสาวะที่มาติดตามอาการภายหลังรักษาเป็นครั้งแรกออกหมดมีระยะเวลาห่างจากการรักษาครั้งแรกไม่ต่ำกว่า 6 เดือน กลุ่มที่เป็นนิวเข้าและไม่เป็นเข้ากลุ่มละ 150 ราย รวมทั้งหมด 300 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบประเมินความรับผิดชอบของผู้ป่วย และแบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นนิวเข้ามีความเครียดเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 6.25, SD = 4.86$) มีความแตกฉานทางสุขภาพเท่ากับ 439.21 ($SD = 39.78$) มีความรับผิดชอบของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 63.88, SD = 12.90$) ในขณะที่กลุ่มที่เป็นนิวเข้ามีความเครียดเรื้อรังระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.75, SD = 5.23$) มีความแตกฉานทางสุขภาพเท่ากับ 336.07 ($SD = 41.22$) มีความรับผิดชอบของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 40.33, SD = 9.44$) ซึ่งทั้งสามปัจจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มเป็นนิวเข้าและไม่เป็นเข้า สำหรับดัชนีมวลกายและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างกลุ่มเป็นนิวเข้าและไม่เป็นเข้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและขอเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนัก และให้การดูแลผู้ป่วยโดยลดความเครียดเรื้อรัง ส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพ และความรับผิดชอบของผู้ป่วย ทั้งขณะและภายหลังการรักษาเอานิวออกเพื่อป้องกันการกลับเป็นนิวเข้า

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง นิวในระบบทางเดินปัสสาวะ

J Nurs Sci. 2016;34(2):80-91

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุชฎีกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ความสำคัญของปัญหา

โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urolithiasis) เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์โรคนิ่วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 เป็นร้อยละ 5.2¹ สำหรับประเทศไทยสำหรับในประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการเกิดโรคนิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 99.25 ต่อประชากร 100,000 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 122.46 ในปี พ.ศ. 2553 พบมากที่สุดประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในอัตรา 174.67² จากการศึกษาโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะจำแนกตามครอบครัว และหมู่บ้านในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยนิ่วทางเดินปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 48 ตำแหน่งที่พบนิ่วมากที่สุด คือ นิ่วในไต ประมาณร้อยละ 80 และพบว่าครอบครัวจำนวน 116 ครอบครัว (ร้อยละ 21.05) และ 23 หมู่บ้าน (ร้อยละ 6.61) เป็นนิ่วในไต³

โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะมีอุบัติการณ์เกิดนิ่วซ้ำสูงมาก ในประเทศแถบทวีปอเมริกาเหนือมีอุบัติการณ์เกิดนิ่วซ้ำถึงร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี⁴ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 10 ภายในปีแรก ร้อยละ 35 ในระยะเวลา 5 ปี และร้อยละ 50 ในระยะเวลา 10 ปี⁵ จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ⁶ กล่าวคือ การมีนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ตั้งแต่ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงและอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคไตระยะสุดท้ายซึ่งทำให้เสียชีวิตได้⁷ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยของการเป็นโรคนิ่วซ้ำกับไม่เป็นซ้ำในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบอุบัติการณ์ของโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุดในประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลของ Donabedian model เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ตามระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแล⁸ จำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ

เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) โครงสร้าง (structure) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ 2) กระบวนการ (process) ได้แก่ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง 3) ผลลัพธ์ (outcome) คือ การกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดนิ่วและการเกิดนิ่วซ้ำในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน หลายปัจจัยมีงานวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่ว แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดนิ่วซ้ำ ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่ว ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงเกินค่ามาตรฐานทำให้มีภาวะแคลเซียมและออกซาเลตในปัสสาวะสูง⁹ นอกจากนี้ความอ้วนที่ประเมินโดยน้ำหนักตัว และรอบเอวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดซ้ำของนิ่วเช่นกัน และยังพบอีกว่าผู้ชายที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² มีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่ว (Relative Risk, RR = 1.33) เมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีดัชนีมวลกาย 21-22.9 kg/m² ผู้ชายที่มีรอบเอวมมากกว่า 43 นิ้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่ว (RR = 1.48) เมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีรอบเอวน้อยกว่า 34 นิ้ว¹⁰ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าดัชนีมวลกายที่สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่ว แต่ยังไม่มีการศึกษาดัชนีมวลกายกับปรากฏการณ์เกิดนิ่วซ้ำ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบดัชนีมวลกายระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ

ความเครียดเรื้อรัง มีการศึกษาที่ยืนยันว่าเมื่อมีความเครียดผู้ป่วยจะมีความเข้มข้นของแคลเซียมออกซาเลตและกรดยูริกในปัสสาวะเพิ่มขึ้นอย่างมาก และส่งผลให้ปริมาตรของปัสสาวะ (urine volume) และระดับแมกนีเซียมต่ำลง และระดับแคลเซียมในปัสสาวะสูงขึ้น นอกจากนี้ภาวะเครียดเรื้อรังยังมีผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่วชนิดแคลเซียมออกซาเลต มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วย

ทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็น Multiple stone¹¹

ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง การค้นหาทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจดูแลรักษาภาวะสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพน้อย จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลสูงกว่าถึง 4 เท่า และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่น้อยกว่าประมาณ 1.5-3 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพมาก และมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการผิดปกติซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพระดับมากถึง 2 เท่า¹² ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพมากจะมีส่วนร่วมในแผนการรักษากับบุคลากรทางการแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี¹³ การกำจัดนิ่วด้วยวิธีการสลายนิ่วหรือวิธีผ่าตัดไม่ได้เปลี่ยนแนวโน้มของการเกิดนิ่วซ้ำ ผู้ป่วยยังต้องการคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของนิ่ว ความแตกฉานทางสุขภาพ รวมทั้งการให้คำแนะนำอื่นๆ เป็นการเพิ่มความสามารถและเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแลตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเป็นหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญที่จะทำให้เกิดนิ่วซ้ำระยะยาวลดลง⁵

ความรับผิดชอบของผู้ป่วย เป็นบริบทสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาสุขภาพของประชาชน และการมีระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง¹⁴ มีการศึกษาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อกระบวนการดูแลรักษา การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยเองพบว่าการเพิ่มขึ้นของความรับผิดชอบของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกที่พึงประสงค์¹⁵ ความรับผิดชอบของผู้ป่วยสามารถเพิ่มการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และเพิ่มคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ และยังมีอิทธิพลต่อการค้นหาและการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการอาการของผู้ป่วยทำให้เกิดสุขภาพที่ดีตามมา¹⁵

การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการให้ความรู้แบบรายบุคคล พบว่าช่วยเพิ่มความสามารถและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ เพิ่มภาวะสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย¹⁶ การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคลแต่ละคน ภายใต้การเคารพความเป็นตัวตน และอำนาจการตัดสินใจของบุคคล¹⁷ ยังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ รูปแบบการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องการการศึกษาในครั้งนี้

จากความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลของ Donabedian model

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ

สมมติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิวในระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ที่ไม่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลของ Donabedian model ตามระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแล⁸ จำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพได้เป็น 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) โครงสร้าง (structure) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ 2) กระบวนการ (process) ได้แก่ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) คือ การกลับเป็นซ้ำของนิวในระบบทางเดินปัสสาวะ

โรคนิวในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นโรคที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงภายหลังการรักษา โดยเฉพาะนิวในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน สาเหตุสำคัญอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อไต เช่น การอักเสบ การบวมและการบาดเจ็บภายในเนื้อไต อีกทั้งยังรวมถึงปัจจัยส่งเสริมภายในตัวผู้ป่วยแต่ละราย ความแตกฉานทางสุขภาพ วินัยของความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และรวมถึงระบบการให้การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากระบบสุขภาพ เมื่อจำแนกปัจจัยส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของนิวในระบบทางเดินปัสสาวะเป็น 3 องค์ประกอบหลักตามแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพการดูแล Donabedian model พบว่าปัจจัยด้านโครงสร้าง (structure) ซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าหรือปัจจัยส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยแต่ละรายตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วย และความเครียดเรื้อรังของผู้ป่วยซึ่งอาจจะมีผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของนิว ปัจจัยด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย (process) ได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองภายใต้กรอบ Person-centred care nursing framework ปัจจัยด้านกระบวนการทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมการ

กลับเป็นซ้ำของนิวในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) ได้แก่ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย สำหรับผลลัพธ์ (outcome) ที่ประเมินในที่นี้ไม่ใช่คุณภาพการบริการโดยตรง แต่เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่จะสะท้อนถึงการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนิวในระบบทางเดินปัสสาวะได้เป็นอย่างดี ได้แก่ การกลับเป็นซ้ำของนิวในระบบทางเดินปัสสาวะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเปรียบเทียบ (comparative descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคนิวในระบบทางเดินปัสสาวะทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคนิวในระบบทางเดินปัสสาวะที่มาติดตามภายหลังรักษาแล้วเสร็จสิ้นมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน หรือมีประวัติของการเป็นนิ่วมากกว่า 1 ครั้ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) เกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ได้รับการรักษาเอานิวในครั้งแรกออกหมดไม่มีการเหลือค้าง โดยมีระยะเวลาห่างจากการรักษาครั้งแรกไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) ไม่มีประวัติอาการผิดปกติทางจิต 3) มีความสามารถในการสื่อสารพูดคุยแสดงความคิดเห็นของตนเองได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีต้องเป็นผู้ผ่านการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) โดยมีคะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*Power ใช้สถิติ Z-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 ให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนดขนาดอิทธิพล

จากงานวิจัยที่บทวน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (d เท่ากับ .30) ตามข้อเสนอแนะการวิจัยทางการพยาบาลหรือทางสังคมศาสตร์สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 141 ราย ผู้วิจัยเก็บเพิ่มเป็นกลุ่มละ 150 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 300 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยจำนวน 5 ชุด ประกอบไปด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา

2. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของโคเฮนและคณะ พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ณพทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของฉบับภาษาไทย (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85¹⁹ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับ (0-4) ตามคะแนนความถี่ของความรู้สึก โดย 0 หมายถึง ไม่เคย 1 หมายถึง เกือบไม่เคย 2 หมายถึง บางครั้ง 3 หมายถึง บ่อย 4 หมายถึง บ่อยมาก คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งชุดมีค่าระหว่าง 10-40 คะแนน แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน ช่วง 10-20 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 21- 31 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 32-40 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

3. แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy Questionnaires) พัฒนาโดย เจเร วิชไทย และคณะ ตามคำนิยามของ American Medical Association, the Institute of Medicine และองค์การอนามัยโลก สำหรับคนไทย 5 กลุ่ม ประกอบด้วย คนไทยที่มีสุขภาพดี คนพิการทางการมองเห็น การเคลื่อนไหว การได้ยิน และ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดผิดปกติ) โดยการคัดเลือกจังหวัดเข้าร่วมเพื่อเป็นตัวแทน 4 ภาค รวมทุกพื้นที่ในประเทศไทยเป็นจำนวน 205 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89²⁰ แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 68 ข้อ ให้คะแนนตามระดับความเห็นด้วยกับข้อคำถาม มีทั้งหมด 11 ระดับ แบ่งเป็นระดับ 0-10 คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 0 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 10 คะแนน ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือ

4. แบบประเมินความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Patient Activation Measure: PAM) พัฒนาโดย Hibbard และคณะ โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 1-4 ตามระดับของพฤติกรรมการแสดงออกในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และได้มีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .80-.90¹⁵ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่มีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีจำนวน 13 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ตามประสบการณ์การมีพฤติกรรมของผู้ป่วย โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เห็นด้วย 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนอยู่ระหว่าง 0 และ 100 แบ่งระดับคะแนน ระดับ 1 (คะแนน < 47.0) หมายถึง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยระดับต่ำ ระดับ 2 (คะแนน 47.1-55.1) หมายถึง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยระดับปานกลาง ระดับ 3 (คะแนน 55.2-67.0) หมายถึง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยระดับสูง ระดับ 4 (คะแนน > 67.1) หมายถึง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยระดับสูงมาก ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนา แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยใช้หลักการแปลแบบสมมาตร (systematic translation approach) และตรวจสอบเครื่องมือฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

5. แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The Consultation Care Measure; CCM) พัฒนาโดย Little และคณะ ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Stewart และคณะ เครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .84 - .96 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 หัวข้อย่อย คือ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (communication and partnership) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (personal relationship) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (positive and clear approach to problem) ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย (interest in effect on life)²¹ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตามประสบการณ์การรับรู้การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ คะแนนอยู่ระหว่าง 21 และ 147 ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาและได้นำแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่แปลโดย สิรินันท์ ชูชิต มาให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

สำหรับแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบประเมินการรับรู้ความเครียด และแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นเครื่องมือมาตรฐานและใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 4 ชุด ได้แก่ เครื่องมือวัดการรับรู้ความเครียด แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ แบบประเมินความรับผิดชอบของผู้ป่วย และแบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความสอดคล้องภายใน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .82 .98 .90 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2015/08.0601 และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์จาก โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล รหัสโครงการ 006/2558 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์พยาบาลที่แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย และดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอเชิญเข้าร่วมโครงการ หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการ และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-50 นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามในแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ นำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยกลับเป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (independent sample Z-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ชายร้อยละ 55 หญิงร้อยละ 45) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 55.61 ปี (SD = 11.10) และกลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 56.96 ปี (SD = 11.20) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 51-60 ปี (ร้อยละ 36) ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 83.34) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 80) มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 69.33)

ในกลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำ เป็นนิ่วในไตมากที่สุด (ร้อยละ 89.33) การรักษาที่ได้รับ ได้แก่ รักษาโดยการสลายนิ่วด้วยคลื่นเสียงร้อยละ 68 ผ่าตัดเปิดร้อยละ 20.67 ส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะร้อยละ 6.67 และการเจาะผ่านผิวหนังเพื่อสลายนิ่วร้อยละ 4.66 เป็นนิ่วซ้ำครั้งที่ 2 ร้อยละ 95.33 และเป็นนิ่วซ้ำครั้งที่ 3 ร้อยละ 4 โดยระยะเวลาห่างจากการรักษาครั้งก่อนเสร็จสิ้น 5-10 ปี ร้อยละ 29.34 รองลงมาเป็นเวลาห่าง 1-5 ปี ร้อยละ 26 และห่างมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 17.33 ระยะเวลาที่เกิดนิ่วซ้ำโดยเฉลี่ย 5.82 ปี (SD = 8.80) ระยะเวลาห่างน้อยที่สุดที่เกิดนิ่วซ้ำ คือ 6 เดือน และระยะเวลาห่างมากที่สุดที่เกิดนิ่วซ้ำ คือ 40 ปี

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ที่ไม่กลับเป็นซ้ำ (n = 300)

ตัวแปร	กลุ่มไม่เป็นนิ่วซ้ำ (n = 150)		กลุ่มเป็นนิ่วซ้ำ (n = 150)		Z	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ดัชนีมวลกาย	23.78	3.91	23.73	4.62	14.95	.245
ความเครียดเรื้อรัง	6.25	4.86	12.75	5.23	10.76	.000*
ความแตกฉานทางสุขภาพ	439.21	39.78	336.07	41.22	16.08	.000*
ความรับผิดชอบของผู้ป่วย	63.88	12.90	40.33	9.44	13.39	.000*
การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	101.40	14.28	98.68	15.72	8.38	.218

*p < .05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยของการกลับ

ศูนย์กลาง ระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ที่ไม่กลับเป็นซ้ำ

ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 23.78 kg/m² (SD = 3.91) และกลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 23.73 kg/m² (SD = 4.62) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 14.95, p > .05) คะแนนเฉลี่ยความเครียดเรื้อรังกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 6.25 (SD = 4.86) และกลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 12.75 (SD = 5.23) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 10.76, p < .05) คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 439.21 (SD = 39.78) กลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 336.07 (SD = 41.22) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 16.08, p < .05) คะแนนเฉลี่ยความรับผิดชอบของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 63.88 (SD = 12.90) กลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 40.33 (SD = 9.44) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 13.39, p < .05) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 101.40 (SD = 14.28) กลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำเท่ากับ 98.68 (SD = 15.72) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 8.38, p > .05) (ตารางที่ 1)

เป็นนิ่วซ้ำ ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลของ Donabedian model โดยจำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับคุณภาพได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1) โครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกต่างทางสุขภาพ ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มเป็นนิ่วซ้ำและไม่เป็นซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นศึกษาที่พบในต่างประเทศ แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นคนไทยและส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งต่างประเทศกับคนไทยมีอาชีพ และอาหารที่รับประทานมีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ชอบรับประทานอาหารจำพวกพืชผัก โดยเฉพาะผักที่มีรสขม เช่น ผักเม็ก ผักกระโดน ซึ่งมีสารออกซาเลตสูง จากการศึกษาของ ซ็ชรินทร์ และคณะ พบว่าคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ที่ทำได้ในท้องถิ่นในสัดส่วนที่เท่ากันร้อยละ 40.31²⁴ แต่คนไทยรับประทานอาหารจำพวกแป้งและเนื้อสัตว์ ทำให้มีดัชนีมวลกายสูงกว่าคนไทย ผลการศึกษาในต่างประเทศและในไทยจึงมีความแตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษานี้ศึกษาเพียงค่าดัชนีมวลกายโดยไม่ได้ศึกษารอบเอว หรือการประเมินภาวะโภชนาการแบบอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างด้วย จึงทำให้การวัดและการประเมินยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

คะแนนเฉลี่ยความเครียดเรื้อรังระหว่างกลุ่มเป็นนิ่วซ้ำและไม่เป็นซ้ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 10.76, p < .05$) สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เป็นนิ่วซ้ำไม่มีความเครียดเรื้อรัง หรืออาจมีความเครียดปริมาณเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน แต่ร่างกายก็มีการตอบสนองต่อความเครียดไม่ให้ความเครียดที่พบคงอยู่ต่อเนื่องเรื้อรังและยากต่อการแก้ไข ร่างกายสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติ และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่เป็นนิ่วซ้ำมีการรับรู้ความเครียดเรื้อรังในระดับที่สูงกว่า จะเห็นว่าความเครียดเรื้อรังอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยของการเกิดซ้ำของนิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วซ้ำๆ ต้องเข้ารับการรักษาหลายครั้งก็มักมีความเครียดสะสมจนเกิดเป็นความเครียดเรื้อรังว่านิ่วจะหายขาดเมื่อไร อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ก็อาจไม่

สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนได้ว่านิ่วที่เกิดขึ้นนั้นจะหมดไปหรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ การให้ข้อมูลความรู้ควรมีความเจาะจงกับสภาพบุคคลและการดำเนินของโรคในแต่ละรายบุคคล ไม่เป็นเพียงการให้คำแนะนำทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miyaoka และคณะ ที่ได้ทำการวัดระดับความเครียดเรื้อรังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในไต จำนวน 200 คน โดยใช้แบบวัดความเครียด (perceived stress scale-10) พบว่าความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่วอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)²² และพบว่าเมื่อมีความเครียดผู้ป่วยจะมีความเข้มข้นของแคลเซียมออกซาเลตและกรดยูริกในปัสสาวะเพิ่มขึ้นอย่างมาก¹¹

ความแตกต่างทางสุขภาพระหว่างกลุ่มเป็นนิ่วซ้ำและไม่เป็นซ้ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 16.08, p < .05$) สามารถอภิปรายได้ว่า นอกจากการรักษาทางการแพทย์เพื่อกำจัดเอานิ่วออกอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว หากผู้ป่วยมีความเข้าใจทางสุขภาพก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้กลับมาเป็นนิ่วซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพน้อย จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลสูงกว่าถึง 4 เท่า และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ด้อยกว่าประมาณ 1.5-3 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพมาก¹¹ และมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการผิดปกติซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางสุขภาพระดับมากถึง 2 เท่า¹² ผู้ที่มีความแตกต่างทางสุขภาพมากจะมีส่วนร่วมในแผนการรักษา กับบุคลากรทางการแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อย¹³ รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความแตกต่างทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของ Berkman และคณะ พบว่าความแตกต่างทางสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน²³

2) กระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่เป็นส่วนประกอบทางปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

กับผู้ป่วยได้แก่ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มเป็นนิวซ์้าและไม่เป็นนิวซ์้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 13.39, p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นนิวซ์้าและไม่เป็นนิวซ์้ามีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองแตกต่างกัน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นนิวซ์้ามีพฤติกรรมการแสดงออกเกี่ยวกับการดูแลจัดการภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี มีการปรับแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำ มาตรวจรับการรักษาตามนัดสม่ำเสมอ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นนิวซ์้าที่ส่วนใหญ่มีความเชื่อในบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้ป่วย และแสดงออกถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ แต่ขาดความมั่นใจและความรู้ที่จำเป็นในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง ขาดพฤติกรรมการแสดงออกเกี่ยวกับการดูแลจัดการภาวะสุขภาพและพัฒนาภาวะสุขภาพที่ดีของตนเอง และยังขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและการจัดการปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดซ้ำของนิวซ์้าในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งหากผู้ป่วยมีระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับสูง และมีพฤติกรรมแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และมีการพัฒนาภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี รวมไปถึงมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเองได้แล้ว จะส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของนิวซ์้าในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ผ่านมามากกว่า การเพิ่มขึ้นของความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรูของผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกที่พึงประสงค์¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดนิวซ์้าในไตและท่อไตมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่า และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมดูแลตนเอง²⁵ เนื่องจากความรับผิดชอบต่อ

ของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการค้นหาและการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ซึ่งความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการอาการของผู้ป่วยทำให้เกิดสุขภาพที่ดีตามมา¹⁵

นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้พบว่า การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างกลุ่มที่กลับเป็นนิวซ์้าและไม่กลับเป็นนิวซ์้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 8.38, p > .05$) ซึ่งมีความขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมา สามารถอธิบายได้ว่า วิกฤติการณ์ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยที่มีความรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มิติของการดูแลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยจึงเป็นเพียงการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเท่านั้น ยังไม่ได้เป็นการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่มองผู้ป่วยเป็นบุคคลเฉพาะเจาะจงกับบุคคล การดูแลนั้นจะไม่เพียงเพื่อลดการเกิดโรคเพียงอย่างเดียว แต่ดูแลรวมไปถึงสมาชิกครอบครัวและบูรณาการกับสภาพแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ เพื่อวางแผนการดูแลในอนาคต และบริบทของผู้ป่วยที่ศึกษาในคั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยนิวซ์้าเป็นกลุ่มการเจ็บป่วยเรื้อรังหลังทำการรักษาที่กลับไปใช้ชีวิตปกติที่บ้านยาวนานมากกว่า 6 เดือน เว้นระยะเวลาจากการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์นาน การรับรู้การดูแลที่ได้รับจึงแตกต่างกันไป

การศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลของ Donabedian model ที่ว่าการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะจะต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) โครงสร้าง ได้แก่ ความเครียดเรื้อรัง ความแตกต่างทางสุขภาพ 2) กระบวนการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย และ 3) ผลลัพธ์ คือ การกลับเป็นซ้ำของนิวซ์้าในระบบทางเดินปัสสาวะหรือไม่กลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยนิวซ์้าในระบบ

ทางเดินปัสสาวะภายหลังการรักษาเอานิวออก โดยการส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และการลดความเครียดเรื้อรังของผู้ป่วยในขณะและภายหลังการรักษาเอานิวออกด้วยวิธีต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นนิ่วซ้ำ

ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อไปเกี่ยวกับการศึกษาอำนาจการทำนายของความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ และความรับผิดชอบของผู้ป่วย ต่อการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ และเพื่อนำข้อมูลไปสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มที่เป็นนิ่วซ้ำ เพื่อป้องกันหรือลดการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Boyce CJ, Pickhardt PJ, Lawrence EM, Kim DH, Bruce RJ. Prevalence of urolithiasis in asymptomatic adults: objective determination using low dose noncontrast computerized tomography. *J Urol.* 2010;183(3):1017-21.
2. Kongkiatkul S, Banhansupawat T, Khamsiri A, Sukaprassong P, Chattan N. Statistical Report 2011 [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2012 [cited 2015 Nov 5]. Available from: <http://203.157.32.40/statreport/Static2554.pdf>. (in Thai).
3. Sritippayawan S, Borvornpadungkitti S, Paemanee A, Predanon C, Susaengrat W, Chuawattana D, et al. Evidence suggesting a genetic contribution to kidney stone in northeastern Thai population. *Urol Res.* 2009;37(3):141-6.

4. Curhan GC. Epidemiology of stone disease. *Urol Clin North Am.* 2007;34(3):287-93.
5. Tosukhowong P, Yachantha C, Sasivongsbhakdi T, Boonla C, Tungsanga K. Nephrolithiasis: pathophysiology, therapeutic approach and health promotion. *Chulalongkorn Medical Journal.* 2006;50(2):103-26. (in Thai).
6. Bryant M, Angell J, Tu H, Goodman M, Pattaras J, Ogan K. Health related quality of life for stone formers. *J Urol.* 2012;188(2):436-40.
7. Rule AD, Bergstralh EJ, Melton LJ 3rd, Li X, Weaver AL, Lieske JC. Kidney stones and the risk for chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(4):804-11.
8. Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis (explorations in quality assessment and monitoring, Vol 3). Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1985.
9. Siener R, Glatz S, Nicolay C, Hesse A. The role of overweight and obesity in calcium oxalate stone formation. *Obes Res.* 2004;12(1):106-13.
10. Flagg LR. Dietary and holistic treatment of recurrent calcium oxalate kidney stones: review of literature to guide patient education. *Urol Nurs.* 2007;27(2):113-22.
11. Arzoz-Fabregas M1, Ibarz-Servio L, Edo-Izquierdo S, Doladé-Botías M, Fernandez-Castro J, Roca-Antonio J. Chronic stress and calcium oxalate stone disease: is it a potential recurrence risk factor? *Urolithiasis.* 2013;41(2):119-27.

12. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1809-16.
13. Lubetkin EI, Lu WH, Gold MR. Levels and correlates of patient activation in health center settings: building strategies for improving health outcomes. *J Health Care Poor Underserved*. 2010;21(3):796-808.
14. Board Directors of the National Health Development Plan. National health development plan, the national economic and social development plan 11th 2012-2016. Bangkok: WVO Nationals Publishing; 2012. (in Thai).
15. Nijiman J, Hendriks M, Brabers A, de Jong J, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *J Health Commun*. 2014;19(8):955-69.
16. Marchini GS, Ortiz-Alvarado O, Miyaoka R, Kriedberg C, Moeding A, Stessman M, et al. Patient-centered medical therapy for nephrolithiasis. *Urology*. 2013;81(3):511-6.
17. Nursing Alliance for Quality Care. Guiding principles for patient engagement [Internet]. Silver Spring, MD: Nursing Alliance for Quality Care; 2009 [cited 2014 Sep 4]. Available from: <http://www.aone.org/resources/patient-engagement.pdf>
18. Polit D, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med*. 2010 Jun 12;4:6. doi: 10.1186/1751-0759-4-6. PubMed PMID: 20540784. PubMed Central PMCID: PMC2905320.
20. Wichathai J, Petchrung B, Kloyaium S, Wanitkun N, Pattramongkonrit S, Betterham R. Health literacy in Thai peoples 2013. Bangkok: Faculty of nursing, Mahidol University; 2013. p.1-34. (in Thai).
21. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322 (7284):468-72.
22. Miyaoka R. Correlation between stress and kidney stone disease. *J Endourol*. 2012;26(5):551-5.
23. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
24. Pinsuwan C, Tangcharuen S, Tartarporn R. Urinary stone disease in Kalasin Hospital. *Srinagarind Medical Journal*. 2001;16(3):181-6. (in Thai).
25. Malahom A. The effect of encouraging patients engagement in self-care after kidney and ureteric stone removal surgery and satisfaction in nursing received [master's thesis]. Mahidol University; 1991. 138 p. (in Thai).