

บทที่ 1
บทนำ



ที่มาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ามากที่สุด ชีวิตของแต่ละคนเป็นสิ่งน่าหวงแหนและรักษาไว้ให้ยืนยาวที่สุด จากคำนิยามนี้แต่ละประเทศจึงหันมาสนใจทำนุบำรุงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมนุษย์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว ซึ่งเป็นการสร้างทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของสังคมตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ที่เน้น "คน" เป็นจุดมุ่งหมายของการพัฒนาหรือเน้นการพัฒนาคน (Human Development) ให้ทุกคนได้รับการพัฒนาตามศักยภาพเพื่อให้มีส่วนร่วมในทุกมิติของการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้านรวมทั้งด้านการสาธารณสุขด้วย เพื่อช่วยสร้างเสริมความมั่นคงและความก้าวหน้าของประเทศชาติ

การพัฒนาสุขภาพของประชาชน รัฐบาลได้ยอมรับและกำหนดทิศทางตามแนวขององค์การอนามัยโลก คือ "Health For All By The Year 2000" หรือ "สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543" ซึ่งไม่ได้หมายความว่า การเพิ่มบริการทางการแพทย์และพยาบาลให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึงซึ่งย่อมเป็นไปได้ยาก แต่หมายถึง ระดับสุขภาพของทุกคนที่จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม โดยวิธีสอนประชาชนทุกคนให้มีความรู้และความสามารถช่วยตนเองทางด้านสุขภาพได้ (Self-Care) อย่างน้อยในระดับความต้องการขั้นพื้นฐาน ประชากรทุกคนสามารถดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะปกติและไม่ปกติ โดยใช้สื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อเฉพาะกิจมาช่วยในการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน การสื่อสารที่เกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความรู้ สร้างทัศนคติ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

พฤติกรรมด้านสุขภาพ เป็นเป้าหมายสำคัญที่จะนำพาให้บุคคลมีสุขภาพดีห่างจากโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรค ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีสถานะสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 อยู่ในภavnาวัดก โดยเฉพาะแบบแผนของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสภาวะเศรษฐกิจที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว สภาพการศึกษาที่ยังไม่พร้อมที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทุกๆ ด้านในยุคโลกาภิวัตน์ จะเห็นว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ค่อนข้างจะเกี่ยวโยงกัน จึงมีผลกระทบต่อสังคมทั้งในด้านระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว และระดับ

สังคมโดยรวมก่อให้เกิดปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อยและเป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชน และพบว่าปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชาชน ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคแขนงหนึ่งทางด้านการแพทย์ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก (Long 1989:332) สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ โดยการตัดส่วนที่เป็นโรคหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ โดยตรง (สมศรี รัตนปริยานุช และ สุทธิรัตน์ พิมพ์ครั้งที่ 2525:39) ผลของการผ่าตัด คือ ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่คุกคามต่อชีวิต (Long 1989:332)

การผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ หรือการผ่าตัดเล็ก หรือการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้ามาก่อนก็ตามมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ทุกราย ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้มักจะเกิดมาจากการขาดความรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ความเจ็บปวด การพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอน และอัตราเสี่ยงต่อความตาย ที่อาจเกิดจากการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัดที่เป็นช่วงระยะของความรู้สึกวิตกกังวลที่ผู้ป่วยมีต่อการผ่าตัดอย่างมาก ดังที่เคยมีผู้ศึกษาหลายราย ผลของการศึกษาต่างยืนยันว่า การผ่าตัดทำให้ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงมาก เช่น การ ศึกษาของ โวลีเชอร์ (Volicer 1974:238) พบว่าผู้ป่วยทางศัลยกรรม(รักษาด้วยการผ่าตัด)มี คะแนนความเครียดมากกว่า ผู้ป่วยอายุรกรรม(รักษาทางยา) และ จากการศึกษาของเกร์แฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley 1971:113-120) พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอันดับแรก คือ กลัวตาย กลัวดมยาสลบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดครั้งแรกนั้นจะรู้สึกกลัวมาก เพราะไม่ทราบว่า อะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง (Taylor 1977:69)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดและแสดงพฤติกรรมในลักษณะต่างๆออกมา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจจะกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ ลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมามีความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อการผ่าตัดซึ่งสามารถพิจารณาจากกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการป้องกัน (Rosenstock 1974:336) ซึ่งจะมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมบุคคล โดยบุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือมีการรับรู้ในเรื่องของ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง คือ บุคคลจะมีความเชื่อและยอมรับต่อสภาวะที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. การรับรู้ความรุนแรง คือ การตัดสินใจระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ เช่น ทำให้พิการ การสูญเสียชีวิต

3. การรับรู้ผลประโยชน์การปฏิบัติ โดยบุคคลจะมองเห็นประโยชน์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงว่าจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะคำนึงถึงความไม่สะดวกต่างๆในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่าย หรือ ความไม่สุขสบาย เป็นต้น

ปัจจัยรวมอื่นๆที่มีผลต่อการรับรู้และส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ฯลฯ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ภาวะเศรษฐกิจ ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้ หรือ ประสบการณ์เดิมของบุคคล และปัจจัยนำที่จะเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งมีทั้งการกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สภาพร่างกายตนเอง และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การได้รับความรู้ผ่านสื่อสารมวลชน หรือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และสิ่งที่การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยเพิ่มอีกประเด็นหนึ่ง คือ ระดับความเสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัดที่วงการแพทย์กำหนดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามที่ ASA (American Society of Anesthesiologists) กำหนดขึ้น

ระดับความวิตกกังวลที่สูงจะเป็นผลทำให้ร่างกายต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าจะกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ผลเสียเกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว ตลอดจนสังคม และประเทศชาติทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือ สถานบริการทางสุขภาพไม่สามารถหมุนเวียนจำนวนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยได้เพียงพอกับความต้องการ จากสถิติที่ตึกสามัญศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจพบว่า ตึกสามัญศัลยกรรมหญิงตั้งแต่เดือน มกราคม ปี 2540 ถึง เดือน มิถุนายน ปี พ.ศ.2541 ผู้ป่วยหญิงที่ต้องเข้ารับการรักษาคับด้วยการผ่าตัดประมาณ 67-78 คน ต่อ เดือน ตึกสามัญศัลยกรรมชายทั้งหมด 3 ตึก ผู้ป่วยชายที่ต้องเข้ารับการรักษาคับด้วยการผ่าตัดในแต่ละตึกประมาณ 40-60 คน ต่อ เดือน และผู้ป่วยแต่ละคนที่ได้รับการรักษาคับด้วยการผ่าตัดจะต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาประมาณ 4-30 วัน และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งอาจจะพักรักษาตัวนานอยู่ถึง 2-3 เดือน เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และได้รับการดูแลอย่างไม่เพียงพอ การผ่าตัดแต่ละครั้งต้องใช้งบประมาณต่ำสุด 5,000 บาท สูงสุดถึง 20,000 บาท ไม่รวมค่าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยที่ต้องใช้งบประมาณของรัฐบาล(ปรึกษาสังคมสงเคราะห์) ร้อยละ 60 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด ประมาณร้อยละ 20 มีผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 20

มีการศึกษาวิจัยมากมายเพื่อหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น และไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือมีน้อยที่สุด ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล และพิภูล วิทยญาเจือก (Hanucharumkul & Vinya-nguag 1991) ได้สรุปไว้ 3 วิธีดังนี้ 1)การสอนหรือการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด 2)การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น 3)การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งแต่ละวิธีล้วนมุ่งหมายให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดอาการเจ็บปวด และลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทั้งสิ้น แต่การใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดและทฤษฎีที่ผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทาง อย่างไรก็ตามลินเดอแมน(Lindeman cited in

Meleis 1985:116) สรุปว่าการที่ผู้ป่วยจะฟื้นคืนสู่สภาพหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ นโยบายของหน่วยงาน วิธีการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเอง แต่องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยเองกับการพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดทางการพยาบาลของโอเร็ม ที่เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล(Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533:3)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เรื่อง “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” เป็นคู่มือขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถศึกษาด้วยตนเอง และจุดประสงค์หลักเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ได้นำไปใช้เป็นคู่มือสำหรับเผยแพร่ให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยที่มา รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะทำการประเมินประสิทธิผลของสื่อสิ่งพิมพ์นี้ ว่า จะสามารถให้ความรู้การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ได้ดีขึ้น และให้ผู้ป่วยมีความเชื่อทางด้าน สุขภาพ ได้ถูกต้องขึ้นตลอดจนสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ทักษะต่อการผ่าตัดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างก่อนและหลังการเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การผ่าตัดและระดับความเลียงอันตรายจากการผ่าตัด กับ การเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการผ่าตัดและการเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ภายหลังการเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของ ระดับความรู้ ทักษะ ที่มีต่อระดับความวิตกกังวลภายหลังการเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
4. เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่มีต่อสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”

ปัญหาคำวิจัย

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ทักษะต่อการผ่าตัดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแตกต่างกันหรือไม่ ระหว่างก่อนและหลังการเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”

2. ตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดและระดับความเสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการผ่าตัดและการเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”หรือไม่อย่างไร
3. ระดับความรู้ และระดับทัศนคติดีมีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”หรือไม่
4. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่เปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” มีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสื่อคู่มือ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด เพิ่มขึ้น ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
2. ผู้ป่วยมีระดับทัศนคติต่อการผ่าตัดเหมาะสมมากขึ้น ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
3. ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดน้อยลง ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
4. ตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดและระดับความเสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัดของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
5. ตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดและระดับความเสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัดของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการผ่าตัด ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
6. ตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดและระดับความเสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัดของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ การเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวล ภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”
7. ระดับความรู้ และระดับทัศนคติดีมีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลภายหลังจากเปิดรับสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการพยาบาลในการนำคู่มือเรื่อง"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด"มาใช้ ในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพตนเองหลังผ่าตัดได้เร็วที่สุด
2. เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือที่เน้นการดูแลตนเองในโรคอื่นๆต่อไป
3. เป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำสื่อหลายประเภทมาผสมผสานกันในการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นิยามศัพท์ในการวิจัย

ประสิทธิผล หมายถึง ผลที่ได้รับจากการรับข่าวสาร ในที่นี้หมายถึง ระดับความรู้ทัศนคติ และความวิตกกังวลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายหลังการเปิดรับสื่อคู่มือ"การดูแลตนเองก่อนและ หลังผ่าตัด"

คู่มือ หมายถึง สิ่งพิมพ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นคู่มือ"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด"ซึ่ง เป็นสื่อเฉพาะกิจที่จัดทำขึ้น เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังจากที่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ความรู้เกี่ยวกับ"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด" หมายถึง ผลรวมของความสามารถใน การจำ หรือ ความเข้าใจ ในข้อเท็จจริงตามเนื้อหาความรู้เรื่อง"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด"

ทัศนคติเกี่ยวกับ"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด" หมายถึง ผลรวมของความเชื่อที่มีต่อ การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด" หมายถึง ผลรวมของความ วิตกกังวลที่มีต่อการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงก่อนทำการรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการ รักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตำรวจในระหว่างเดือน ธันวาคม 2541 ถึง กุมภาพันธ์ 2542 มีอายุตั้ง แต่ 15 ปีขึ้นไป