

การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

สมบุญ ชัยมานะการ *	วทม.(สาธารณสุขศาสตร์)
ประกริต รัชวัตร**	วทม.(การพยาบาลแม่และเด็ก)
เกศรินทร์ สุรัชชัยสกุล***	พยบ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 35 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 105 คน ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน: (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาโปรแกรม (3) ใช้โปรแกรม (4) ประเมินผล เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ คู่มือพยาบาล และตารางการฝึกอบรม เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้พยาบาล (2) แบบประเมินทักษะพยาบาล (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล (4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย (5) แบบบันทึกระยะเวลาในการผ่าตัด (6) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด (7) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด (8) แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ตรวจคุณภาพของเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71, 0.94, 0.96, 0.87, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ Mann-Whitney U-Test.

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มี 4 กิจกรรม: (1) สร้างมโนทัศน์ของผู้เข้าอบรม (2) เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม (3) เตรียมความพร้อมที่จะเรียน (4) สร้างแนวทางการเรียนรู้ ผลลัพธ์การใช้โปรแกรม พบว่า ความรู้ของพยาบาลหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลทุกคนปฏิบัติการพยาบาลครบทุกขั้นตอน พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด, ปริมาณการเสียเลือด และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด

คำสำคัญ : โปรแกรมความรู้, การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่, พยาบาลห้องผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

Corresponding e-mail: somboonsim@gmail.com

Development of Learning Program for Knowledge and Abilities Construction for Scrub Nurses in Nursing Care for Patients Who Received Hip Fracture Surgery

Somboon Chaimanakarn* MSc. (Public Health)
 Prakrit Rachwat** MSc. (Nursing of Maternal and child)
 Kessarin Surachaisatikul* BNS.

Abstract

The purposes of this research and development design were develop and evaluate results of the learning program of scrub nurses using adult learning concept. Purposive sampling method was use to recruit 35 scrub nurses and 105 patients, who received hip fracture surgery. The study was divided into 4 steps: (1) situation analysis (2) program development (3) program implementation (4) program evaluation. Research instruments include handbook for scrub nurses and a training schedule. Data collecting tools consisted of (1) nursing knowledge assessment form (2) nursing skill assessment form (3) scrub nurses' satisfaction questionnaire (4) patient satisfaction questionnaire (5) surgical time record form (6) total blood loss record form (7) the incidence form of postponed surgery (8) length of stay in the hospital record form. The quality of those tools were assessed using reliability yielding the number of 0.71, 0.94, 0.96, 0.87, 1, 1, 1 and 1 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic, t-test and Mann-Whitney U-Test.

The findings revealed that the learning program for knowledge and abilities construction for scrub nurses in nursing care for patient who received hip fracture surgery consisted of 4 activities: (1) creating the participants' self-concept (2) enhancing their experience (3) preparing to learn (4) Create the learning guidelines. The outcomes of using this learning program included the knowledge score after the program implementation was significant higher than before participated in the program ($p < .05$). All of the scrub nurses also were able to perform all essential skills. The scrub nurses and the patients were satisfied with the program at a high level. Length of surgery time, amount of blood loss and the number of hospital stay in the experimental group were significantly less than the control group ($p < .05$). There was no incidence of postponement the surgery due to the nursing team.

Key words: Knowledge program, Adult learning, Scrub nurses

* Registered nurse ,Senior Professional Level, Saraburi Hospital

** Registered nurse , Professional Level (Nurse instructor), Boromarajajonani Colledge of Nursing, Saraburi.

*** Registered nurse , Professional Level, Saraburi Hospital

Corresponding e-mail: somboonsim@gmail.com

บทนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อน แผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564¹ สาขาออร์โธปิดิกส์ กำหนดให้มีการบริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักแบบเร่งด่วน (Fast track Hip fracture) ในโครงการ Capture the Fracture ผู้ป่วยที่มีสะโพกหักในโครงการ Capture the Fracture ต้องได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึงผู้ป่วย ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง การผ่าตัดที่ล่าช้า มีผลกับความทรمانจากอาการปวดที่ตำแหน่ง กระดูกหัก เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้ ในระยะเวลารอผ่าตัด มีการฟื้นฟูสภาพ หลังการผ่าตัดไม่ดี มีระยะเวลาเวลาในการนอน โรงพยาบาลนานขึ้น

การศึกษาศถานการณ์การให้บริการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พบว่า หลังจาก ที่ โรงพยาบาลสระบุรีเข้าร่วมโครงการ Capture the Fracture ทำให้มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต้องได้รับการ ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ที่ ไม่ใช่ห้องผ่าตัดเฉพาะทาง ออร์โธปิดิกส์ ได้แก่ ห้อง ผ่าตัดฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดสาขาอื่น ๆ ที่ว่าง และมีผู้ป่วย กระดูกสะโพกหักต้องทำผ่าตัดนอกเวลาราชการมากขึ้น โดยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักปี 2561, 2562 และ 2563 เท่ากับ 191, 184 และ 172 ราย ตามลำดับ การผ่าตัด เพื่อรักษากระดูกสะโพกหัก เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีการผ่าตัดหลายหัตถการ ได้แก่ การการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก และ การผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก ซึ่ง โลหะที่ใส่ตามกระดูกมีหลายชนิด การผ่าตัดแต่ละชนิด มีการใช้เครื่องมือที่ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความ

หลากหลาย นอกจากนี้ แต่ละการผ่าตัดจะมีการจัดทำ ผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง หรือการใช้เตียงพิเศษทางออร์โธปิดิกส์ (fracture table) พร้อมกับการใช้เครื่องเอกซเรย์ fluoroscope

การนิเทศติดตามงานด้วยการสังเกตการเรียนรู้ การสอนพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียนเข้าไป ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ และ พยาบาลในห้องผ่าตัดสาขาอื่น ๆ พบว่า ขาดความ ชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก ใช้เวลาในการผ่าตัดนานมากกว่าพยาบาลที่ ผ่านการอบรมเฉพาะทางห้องผ่าตัดสาขาออร์โธปิดิกส์ คือ ใช้เวลาเฉลี่ย 151.52 นาที ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการ เสียเลือดมากเฉลี่ย 217.30 ซีซี ต่อคน และมีจำนวนวัน นอนเฉลี่ย 20.52 วัน นอกจากนี้ การประเมินความรู้ของ พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 35 คน พบว่า มีความรู้ใน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 61.81 การทบทวนตัวชี้วัดปี 2561, 2562 และ 2563 พบปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเนื่องจากทีมพยาบาลห้อง ผ่าตัดไม่พร้อม เท่ากับ 6, 4 และ 5 ครั้ง ตามลำดับ การ พัฒนาความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด พบข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเรียนรู้ขณะปฏิบัติงานได้ เนื่องจากสถานการณ์การเรียนรู้หน้างานทำได้ยาก การ พัฒนาความรู้และความสามารถ รูปแบบเดิม ทำได้โดย การส่งพยาบาลห้องผ่าตัดไปเรียนจากหน่วยงาน ภายนอก ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 2-4 เดือน มีผลกระทบ ต่องานห้องผ่าตัด เนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลังด้าน การพยาบาลเป็นจำนวนมาก มีอัตรากำลังเพียงร้อยละ 60 การเรียนการสอนพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียนเข้า ไปปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัดเฉพาะทาง ออร์โธปิดิกส์

พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ จะเป็นผู้พัฒนาความรู้และความสามารถ พยาบาลสมาชิกทีม ให้มีความรู้และมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งมีแนวทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย ไม่มีการเตรียมพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนที่จะหมุนเวียนเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย ใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงานในการเรียนการสอน ไม่มีโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้พยาบาลสมาชิกทีมที่หมุนเวียนเข้าไปปฏิบัติงาน จดจำเนื้อหาได้น้อย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่จบการศึกษาแล้ว มีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์น้อย รวมถึงความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในขั้นเริ่มต้น จึงจำเป็นต้องได้รับพัฒนาความรู้และความสามารถเนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่และมีประสบการณ์การเรียนรู้มาบ้าง จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับบริบท การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์² โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย (1) สร้างมโนทัศน์ของผู้เข้าอบรม (2) เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม (3) เตรียมพร้อมที่จะเรียน และ (4) สร้างแนวทางการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าว เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคำนึงถึงความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นสำคัญ ทำให้ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ที่ดี ด้วยเหตุผล

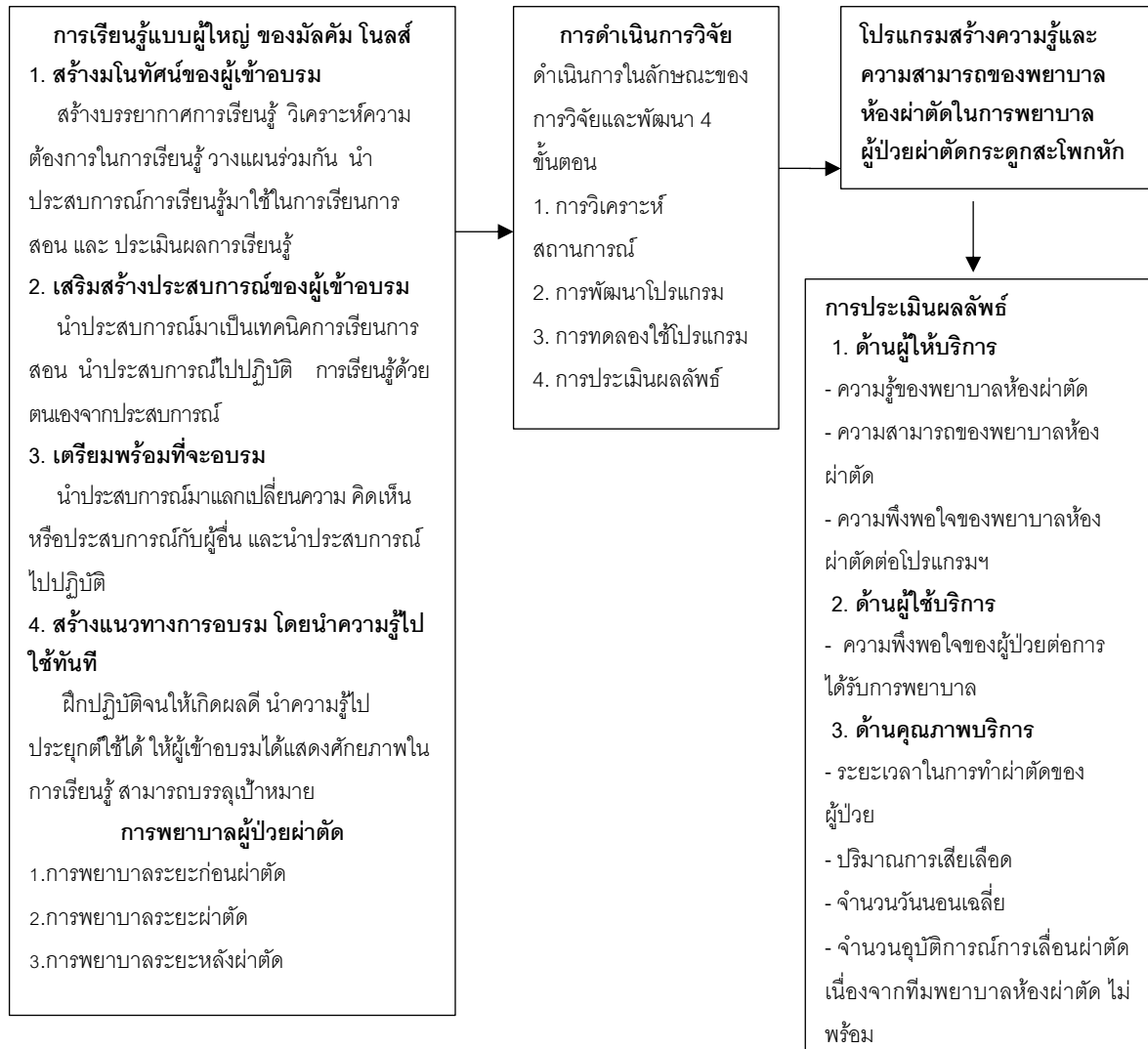
ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยการนำแนวทางการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์² มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีความรู้ และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ดังนี้ ด้านผู้ให้บริการประกอบด้วย (1) ความรู้ และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (2) ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล และด้านคุณภาพบริการประกอบด้วย (1) ระยะเวลาในการทำผ่าตัด (2) ปริมาณการเสียเลือด (3) จำนวนอุบัติเหตุการเคลื่อนผ่าตัด เนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม และ (4) จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา³⁻⁴ (Research and Development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก

สะโพกหัก เริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือน กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลสระบุรี มีจำนวน 41 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานห้องผ่าตัด 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผ่าตัด 4 คน และพยาบาลห้องผ่าตัด 36 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (2) มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี (3) ไม่ได้เป็นคณะผู้วิจัย (4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย (5) ปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และ (6) ไม่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด สาขาออร์โธปิดิกส์

2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรี ด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วย Proximal Femoral Nail (PFN) และได้รับการผ่าตัดแบบกำหนดไว้ล่วงหน้า (elective case) โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มควบคุมที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนระหว่าง เดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 ได้เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 115 เวชระเบียน และ (2) กลุ่มทดลอง คัดเลือกจากผู้มารับบริการในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ประกอบด้วย คู่มือพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และตารางฝึกอบรมพยาบาลห้องผ่าตัด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และ สำนวนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการพยาบาลจากกองการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัด สาขาออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี 1 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (2) แบบประเมินความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล (5) แบบบันทึกระยะเวลาในการทำผ่าตัด (6) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด (total blood loss) (7) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม และ (8) แบบบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก CVI 0.89 (2) แบบประเมินความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก CVI 0.92 (3)แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

วารสารกองการพยาบาล

CVI 0.93 (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล CVI 0.95 (5) แบบบันทึกระยะเวลาในการทำผ่าตัด CVI 1.0 (6) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด (total blood loss) CVI 1.0 (7) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลือนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม CVI 1.0 (8) แบบบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก CVI 1.0

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ได้ค่า 0.71 (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.96 (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.87 (4) แบบประเมินความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก แบบบันทึกระยะเวลาในการทำผ่าตัด แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลือนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม และแบบบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก นำไปหาค่าความ

เชื่อมั่นของการสังเกต ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 1.0 1.0 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (1-10 พฤษภาคม 2563) มีรายละเอียดดังนี้ (1) การวิเคราะห์สภาพ/วิธีการสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีอยู่เดิม โดยการนิเทศติดตามด้วยการสังเกต และสอบถามหัวหน้าห้องผ่าตัดสาขา ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ (2) ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2563 (3) ทบทวนตัวชี้วัดปี 2561, 2562 และ 2563 จากใบรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลสระบุรี (4) ประชุมระดมสมองพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และพยาบาลหัวหน้าห้องสาขาอื่นๆ และ (5) ศึกษาวิเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (11-31 พฤษภาคม 2563) ประกอบด้วย (1) ตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (2) คณะทำงานร่วมกันพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และ (3) กำหนดองค์ประกอบของโปรแกรม และชุดของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์² รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

องค์ประกอบของโปรแกรม	กิจกรรมการปฏิบัติ
1.สร้างมโนทัศน์ของผู้เข้าอบรม	- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ โดยการระดมสมอง วิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ วางแผนร่วมกัน และนำประสบการณ์การเรียนรู้มาใช้ในการเรียนการสอน
2.เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม	- จัดอบรมตามตารางฝึกอบรม แบ่งเป็นทฤษฎีเรื่อง กายวิภาค โรค การผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และฝึกปฏิบัติ จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 จำนวน 18 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 17 คน โดยนำประสบการณ์มาเป็นเทคนิคการเรียนการสอน และนำประสบการณ์ไปปฏิบัติ
3.เตรียมความพร้อมที่จะเรียน	- จัดทีมพี่เลี้ยง ได้แก่ หัวหน้าห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ และทีม จำนวน 3 คน มาเป็นพี่เลี้ยงขณะผู้อบรมให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พี่เลี้ยงนำความรู้ และประสบการณ์มาเป็นเทคนิคการเรียนการสอน และนำประสบการณ์ไปปฏิบัติ
4.สร้างแนวทางการเรียนรู้	- ฝึกให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักกับพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 3 คน ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยรอกนอก โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 3 ครั้ง หลังปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้งที่เลี้ยงสรุป ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรม (เดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2564) นำโปรแกรมไปทดลองใช้ และแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (เดือนกรกฎาคม 2564) โดยใช้โปรแกรมฉบับปรับปรุงจากขั้นตอนที่ 3

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี หนังสือเลขที่ EC2563/010 วันที่ 18 มีนาคม 2563 และได้รับการรับรองต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 5 มีนาคม 2564 ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการตอบแบบสอบถาม การตอบรับ หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และมี

สิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ หรือการรักษาพยาบาลใด ๆ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือการพิจารณาความดีความชอบ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสร้างความรู้ความสามารถแบบเดิมและแบบใหม่

กระบวนการสร้าง ความรู้	แบบเดิม การสร้างความรู้และความสามารถ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก	แบบใหม่ โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
การเตรียมผู้เรียน	ขาดการเตรียมผู้เรียนเกี่ยวกับการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเฉพาะสาขาก่อน ไปปฏิบัติงานจริง ไม่มีคู่มือพยาบาล	มีการอบรมตามตารางฝึกอบรม แบ่งเป็นทฤษฎีเรื่อง กายวิภาค โรค การผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และ ฝึก ปฏิบัติในห้องเรียน
การวางแผน	ขาดการวางแผนการสร้างความรู้และ ความ สามารถอย่างเป็นรูปธรรม ใช้ เวลาว่างจากการปฏิบัติงานในการ เรียนการสอน	มีส่วนร่วมในระดับสมอง วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะแนวทางในการ แก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดทำตารางฝึกอบรมและฝึก ปฏิบัติ
การปฏิบัติการเรียนรู้	พยาบาลหัวหน้าห้องสาขาศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ให้ความรู้ และฝึก ปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียน เข้าไปปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ใช้เวลาว่าง จากการปฏิบัติงานในการเรียนการ สอน	มีการกำหนดขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมตามตารางการฝึกอบรม จัดให้มี พี่เลี้ยงซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าห้องสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ ฝึกสอนและฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดใน การปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบ นอก
การประเมินผล	ขาดการประเมินผลที่ชัดเจน	มีการประเมินผลการใช้โปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก หัก ด้วยการสนทนากลุ่มครอบคลุมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน องค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรม ด้านกระบวนการนำโปรแกรม ไปใช้ ด้านผลการใช้โปรแกรม และด้านความพึงพอใจโดยรวม

2. ผลลัพธ์การศึกษานำโปรแกรมไปใช้ในการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมี 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ

2.1.1 ความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ก่อนการใช้
โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 19.78 (SD 1.85)
หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 28.29 (SD
1.32) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและ
หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย
ความรู้หลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ก่อนและหลังใช้โปรแกรม (N 35)

คะแนนความรู้เฉลี่ย	Mean	SD	t	p
ก่อนใช้โปรแกรม	19.78	1.85	-20.94	.000
หลังใช้โปรแกรม	28.29	1.32		

2.2.2 ความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ (1) ในระยะก่อนผ่าตัด (2) ในระยะผ่าตัด คือ การทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ (scrub nurse) และการทำหน้าที่ช่วยรอบนอก (circulating nurse) และ (3) ในระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่พัฒนาขึ้น กล่าวคือ จำนวนครั้งในการปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอนของพยาบาลทุกคนในการติดตามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีจำนวนลดลง และการติดตามครั้งที่ 3 พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนสามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนปฏิบัติ และร้อยละความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ความสามารถในการปฏิบัติ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1.การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	195 (55.71)	155 (44.29)	344 (98.29)	6 (1.71)	350 (100)	0 (0)
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด						
2.1 ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ (scrub nurse)	1198 (68.46)	552 (31.54)	1648 (94.17)	102 (5.83)	1750 (100)	0 (0)
2.2 ทำหน้าที่ช่วยรอบนอก (circulating nurse)	444 (84.57)	81 (15.43)	502 (95.62)	23 (4.38)	525 (100)	0 (0)
3.การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	98 (56)	77 (44)	170 (97.14)	5 (2.86)	175 (100)	0 (0)

2.1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อโปรแกรมฯ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.32, SD 1.4) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับความ

วารสารกองการพยาบาล

พึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ (1) ความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่ดี ค่าเฉลี่ย 4.71, SD.46 (2) การพัฒนาความรู้และความสามารถการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ค่าเฉลี่ย 4.69, SD.53 และ (3) การพัฒนาความรู้และความสามารถมีขั้นตอนกระบวนการถ่ายทอดความรู้ และฝึกปฏิบัติที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ย 4.54, SD.56

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.49, SD .09) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ในการดูแล ค่าเฉลี่ย 4.60,

SD .04 (2) ด้านความต่อเนื่องในการบริการ ค่าเฉลี่ย 4.51, SD .02 และ (3) ด้านศิลปะการดูแล ค่าเฉลี่ย 4.48, SD .10)

2.3 ด้านคุณภาพ

2.3.1 ระยะเวลาในการทำผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 151.52 นาที (SD 61.62) ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 109.10 นาที (SD 34.40) การเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดในกลุ่มควบคุมมากกว่าในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด (นาที)	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	z	p
กลุ่มควบคุม (n 115)	151.52	61.62	124.51	14318.5	-3.421	.001
กลุ่มทดลอง (n 105)	109.10	34.40	95.16	9991.5		

2.3.2 ปริมาณการเสียเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และจากบันทึกปริมาณการเสียเลือดในแบบบันทึกของงานวิสัญญี พบว่า ปริมาณการเสียเลือดโดยเฉลี่ยในการผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 217.30 ซีซี (SD 175.24) ส่วนปริมาณการเสียเลือดโดยเฉลี่ยของ

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 128.86 ซีซี (SD 73.08) การเปรียบเทียบปริมาณการเสียเลือดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test พบว่า ปริมาณการเสียเลือด ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบปริมาณการเสียเลือดโดยเฉลี่ยในการทำผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในควบคุมและกลุ่มทดลอง

ปริมาณการเสียเลือด (ซีซี)	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p
กลุ่มควบคุม (n115)	217.30	175.24	127.11	14618.00	-4.137	.000
กลุ่มทดลอง (n105)	128.86	73.08	92.3	9692.00		

2.3.3 อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม จำนวน 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.35 ส่วนในกลุ่มทดลอง ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม

2.3.4 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัด

กระดูกสะโพกหัก พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 20.52 วัน (SD 10.05) ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 15.54 วัน (SD 4.97) การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ย ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

จำนวนวันนอน (วัน)	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p
กลุ่มควบคุม (n 115)	20.52	10.05	121.10	13927.00	-2.589	.010
กลุ่มทดลอง (n 105)	15.54	4.97	98.89	10383.00		

อภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ทำให้ได้โปรแกรมพัฒนาบุคลากรให้มีรู้ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

² พบว่า ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีการเตรียมสื่อที่เหมาะสม ได้แก่คู่มือพยาบาล คู่มือการเยี่ยมผู้ป่วย ผ่าตัดและคู่มือการจัดทำผู้ป่วย ร่วมกับการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ด้วยการระดมสมอง การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ การวางแผนร่วมกัน มีการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักก่อนไปปฏิบัติจริง ขณะไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยมีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาช่วยให้เกิดความมั่นใจ สามารถกระตุ้น ผู้เรียน ให้เกิดความกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเนื่องมาจากการสอน ประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติ⁶ ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของ สมจิตร์ พิริยะประภากุล ,อุษา ชะโนภาษ ,จำรัส วงศ์จำเริญ ,บังอรรัตน์ บุญคง และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม⁵ ได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่ สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการปฏิบัติ ตามรูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นทำให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติและสามารถ ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอุบัติการณ์การติด เชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี จักรไพศาล ,จินตนันท์ สิทธิประธาราชภูร ,ชฎาภรณ์ เปรมปรางอมร และ ณัฐนันท์ มาลา⁷ ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้และ ความสามารถในการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วย ดูกเงินโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาล วิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ สามารถพัฒนา ความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการคัด กรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยดูกเงินได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

2. ผลการศึกษาการนำโปรแกรมสร้างความรู้ และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พบว่า ความรู้ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กระดูกสะโพกหักหลังการใช้โปรแกรมมีมากขึ้น เมื่อ เปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ส่วนความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดมีการ พัฒนาขึ้นจากปฏิบัติไม่ได้ เป็นสามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เป็นกลยุทธ์เพื่อช่วยให้ ผู้เรียนมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคำนึงถึง ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้เรียน จะ ช่วยทำให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ที่ดี

ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้อง ผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของ พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจใน ระดับมาก เนื่องจากระบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่² ที่มีการ พัฒนาขึ้นเน้นการมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนรู้ ในการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นผู้เรียน ความ ต้องการที่จะเรียน เมื่อหัวข้อนั้นมีประโยชน์ที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เมตตา ถาดทอง,ธนชญา รัตนารมย์ ,กัณฑ์กณัฐ สุวรรณ รัชภูมิ⁸ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบ ผู้ใหญ่ต่อสมรรถนะของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม ซึ่งการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ให้บุคลากรมีส่วน

ร่วมออกแบบการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของสมจิตร พิริยะประภากุล, อุษา ชะโนภาส, จำรัส รงค์จำเริญ, บัณฑิตรัตน์ บุญคง และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม⁵ เรื่องการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจใน เนื้อหากิจกรรมการจัดรูปแบบการเรียนรู้ เครื่องมือ วัดผล การให้คำแนะนำ ภาพรวมของรูปแบบการเรียนรู้ และการยอมรับรูปแบบการเรียนรู้ เพื่อนำความรู้ไปสู่การ ปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการ เรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่พยาบาลพึงพอใจและต้องการนำไปใช้ในการเรียนรู้ สามารถนำไปใช้ ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในการ ได้รับการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับ มาก ซึ่งในโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของ พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก ที่พัฒนาขึ้นกำหนดให้มีการให้การพยาบาล ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลัง ผ่าตัด การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยใช้สติปัญญาในการ ประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของ สุภาพร เลิศรวมวัฒนา¹⁰ ซึ่งได้ศึกษาการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าความพึงพอใจ ของผู้ป่วยผ่าตัด ต่อการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดย

พยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดี การเยี่ยมผู้ป่วยก่อน ผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับพยาบาล รู้สึกอบอุ่นที่ได้พบ ผู้ที่จะให้การดูแลตนเองในระยะผ่าตัด และเกิดความ รู้สึกมั่นใจในการที่จะได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ที่มาจากห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาด้านคุณภาพบริการได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด เนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ ในการทำผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด และจำนวนวัน นอนเฉลี่ย หลังใช้โปรแกรม น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้โปรแกรมสร้างความรู้ และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ทำให้พยาบาล ห้องผ่าตัดมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการ พยาบาล รู้ขั้นตอนและบทบาทในการให้การพยาบาล สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการผ่าตัด ส่ง เครื่องมือผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้พยาบาลห้อง ผ่าตัดสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดหลังใช้โปรแกรมน้อยกว่า ก่อนใช้โปรแกรม การใช้เวลาในการทำผ่าตัดที่น้อยลงจะ ทำให้ มีปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดน้อยลง¹¹⁻¹² Venkat B, Michael CF, Bendict UN, et al¹³ ศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดกับจำนวนวันนอน โรงพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัด เอ็นไขว้หน้า พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับจำนวน วันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดน้อยลง จะทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยลง และ กนกพร จิวประสา¹⁴ พบว่าการใช้เวลาในการทำผ่าตัดที่น้อยลง จะทำให้มีปริมาณการเสียเลือดขณะทำผ่าตัดน้อยลง

วารสารกองการพยาบาล

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี ทำ
ให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนด
นโยบายพัฒนาความรู้และความสามารถ ด้วยการเรียนรู้
แบบผู้ใหญ่ และนำโปรแกรมใช้ในการพัฒนา ให้
พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และความสามารถในการ
ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มี
คุณภาพและปลอดภัย

1.2 เผยแพร่โปรแกรมสร้างความรู้และ
ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยประยุกต์ใช้แนวคิด
การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) ไปยังห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพเขตอื่น ๆ ที่มีการ
ผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

2. เชิงบริหาร

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้
บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาการ
ให้บริการพยาบาลต่าง ๆ ในหน่วยงาน

2.2 ควรจัดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์หรือมี
ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสาขาต่าง ๆ
เป็นที่เลื่อง เพื่อคอยให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูล
เพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ในแบบ
ต่าง ๆ เช่น โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบสื่อวีดิ
ทัศน์ หรือคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ในการให้การพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง

2. ควรติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมใน
ระยะยาว เช่นทุกปี และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
และพัฒนาต่อยอดการพัฒนาต่อไป

References

1. Health Administration Division Ministry of Public Health. Service Plan 2017-2021. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Ltd.; 2017. Thai.
2. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. New York: The Adult Education Company;1980 .
3. Luangrattamas. Research & Development. [Internet]. 2017. [cited 2021 Feb 11]. [Available from: <http://60.41.115.164knowledge/?p=431>. Thai.
4. Choosornsai S. Research Methodology. [Internet]. 2018. [cited 2020 Jan 4]. Available from: URL:www.gotoknow.org/posts/399476. Thai.
5. Piriyaaparakul S, Chanopas U, Rongjumroen J, Bunkong B, Thongtanunam Y. Development of an adult learning model for nurses regarding prevention of ventilator- associated pneumonia. Journal of Health Science Research. 2014;8(1),35-45. Thai.
6. Suwan P, Suwan S. Behavioral Science and Health Education. Bangkok: Chao Phraya Printing; 1993. Thai.
7. Jakpaisan S. Development of Learning Program for Knowledge and Ability Construction in Emergency Severity Triage by Adult Learning Theory for Registered Nurses in Emergency Department of Saraburi Hospital. Journal of Nursing Division. 2017;44(2),46-68. Thai.
8. Thardthong M, Rattanaom T, Suwannaratchapoo K. Effectiveness of adult learning program of surgical nurses' performance for hip replacement, Lerdsin Hospital. Department Of Health Service Support Journal. 2014;10(1),22-34. Thai.
9. Auerbach,SM, Martelli MF, Mercuri LG. Anxiety, information, interpersonal impacts, and Adjustment to a stressful health care situation. Journal of Personality and Social Psychology. 1983;44(3),1248-96.
10. Lerduampattana S. Pre-operative visiting by perioperative nurse on anxiety and satisfaction of patients at health science center, Burapha University. [Internet]. 2001. [cited 2021 March 31]. Available from: <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/71>. Thai.
11. Saejung U. Fracture associated with Excessive Blood Loss and Blood Transfusion in Abdominal Hysterectomy for Benign Gynecological Diseases. Nakhon Rat Med Bull. 2010;34(1):51-61. Thai.
12. Sheridan G, Hughes H, Storeme J, Kelleher U, Curtin P, Hurson C. Intramedullary Nailing and Prolonged Operative Time Increase Transfusion Rate In Hip Fracture Surgery. Irish Medical Journal.

2019; 114 (1): 234-241.

13. Venkat B , Michael CF, Bendict UN, et al. Procedure length is independently associated with overnight hospital stay and 30-day readmission following anterior cruciate ligament reconstruction. Journal of Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2019;28(2):432-38.
14. Jiewprasat K. Rehabilitation after surgery for hip fracture in older person: Challenge issue in nursing. Vajira Nursing Journal. 2019;21(1):51-6. Thai.