

การพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

สุภิดา สุวรรณพันธ์*	พย.บ.
มะลิวรรณ อังคณิตย**	ปร.ด (วิจัยและประเมินผลการศึกษา)
เครือวัลย์ กุมพล**	พย.บ.
อารียา สอนบุญ***	ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาสถานการณ์บริการพยาบาลจัดการอาการบวมน พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาล 40 คน ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก 84 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ 3) ประเมินผลลัพธ์รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบที่พัฒนาและคู่มือการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล 2) แบบประเมินผลการนิเทศการจัดการอาการบวมน 3) แบบประเมินความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และ 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่าคุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.72 0.82 0.95 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา, t-test, Mann-whitney u test และ Spearman rank correlation และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ประกอบด้วย 1) นโยบายในการขับเคลื่อน 2) ผู้จัดการและนิเทศ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการใช้ 4) แผนการนิเทศทางคลินิก 5) วิดีโอ แผ่นพับและคู่มือสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล 6) แผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผลลัพธ์ พบว่า ผู้รับบริการปลอดภัยร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีอาการบวมนลดลงและมีความร่วมมือในการผ่าตัดและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม การเลื่อนผ่าตัดลดลง ด้านพยาบาลเห็นว่าการนำใช้รูปแบบ มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ มีสมรรถนะในการจัดการสูงกว่าก่อนพัฒนา มีทักษะในการประเมินและจัดการร้อยละ 86.55 ประเมินผลพบว่าการนิเทศทางคลินิกมีการปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 87.44 พยาบาลพึงพอใจและยอมรับในรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบบริการพยาบาล การจัดการอาการบวมน ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of nursing service model for symptom distress management in older persons undergo cataract surgery

Suphida Suwannaphan* B.N.S.

Maliwan Angkhanit** Ph.D. (Educational Research and Evaluation)

Kueawan Kumphon** B.N.S.

Ariya Sornboon*** Ph.D. (Nursing)

Abstract

An action research aimed to study situation, develop and study the outcomes of a nursing service model for the management of disturbances in the elderly under cataract surgery. The purposive samples consisted of 40 nurses and 84 cataract surgery elderly. The research was conducted in 3 phases; 1) study the situation 2) develop and test the model and 3) evaluate. Research tools were the developed model and the model manual. Data collection tools were 1) a competency assessment form, 2) a disturbance supervision evaluation form, and 3) an opinion assessment form. 4) the questionnaire on the satisfaction of nurses in the second group on the model and 5) the clinical outcome record form. The tool quality values were 0.72 0.82 0.95 0.96 and 0.90 respectively. Descriptive statistics, the t-test, the Mann-Whitney U test, Spearman Rank Correlation, and content analysis were used to analyze the data.

The results revealed that the nursing service model for symptom distress management in older persons under cataract surgery consisted of 1) driving policies 2) nursing management managers and supervising nurses 3) nursing practice policies and procedures, as well as user manuals 4) clinical supervision strategy 5) videos, brochures, and handbooks for older persons and caregivers 6) plan for nursing competency development. The results showed that all patients in the experimental group had fewer symptom distress and cooperated in surgery and treatment, satisfaction was higher in the experimental group than in the control group ($p.05$), and the rate of postponement was lower. The nurses reported that the use of the model was feasible, appropriate, correct, helpful; competency in management was higher than before ($p.05$); and skills in assessment and management was 86.55%. The clinical supervision showed that the nurses used the model at 87.44%. The nurses were satisfied with the model and accepted at a high level.

keywords: nursing service model; disturbance management; cataract surgery; older persons

* Director of Nurse, Roi Et Hospital

** Professional Nurse, Roi Et Hospital

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

บทนำ

ต่อกระจกเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลต่อประชาคมโลกมานานและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาสั้นทั่วโลก WHO ประมาณการณ์ว่าในจำนวนประชากรทั่วโลกนั้นจะมีประชากรที่ตาบอดประมาณ 37 ล้านคน¹ สถิติของไทยปี 2014 พบว่า อัตราตาบอดของประชากรอยู่ที่ 0.59% สาเหตุจากต่อกระจก 51.6% และมีต่อกระจกเกิดใหม่ที่จะต้องทำผ่าตัดปีละ 65,000 คน หรือ 0.1% ของจำนวนประชากรต่อ 1 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์² เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเสื่อมลงโดยเฉพาะแก้วตาก่อให้เกิดโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุได้สูงถึงร้อยละ 95

ปัจจุบันการรักษาโรคต่อกระจกด้วยการผ่าตัดและใส่เลนส์แก้วตาเทียมถือว่าการรักษาที่ดีที่สุด ช่วยลดปัญหาสายตาเสียได้มาก ทำให้การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้น เพราะเทคนิคการผ่าตัดที่ทันสมัย ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย ลดระยะเวลานอน ลดการติดเชื้อ และลดค่ารักษาพยาบาล ทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลง และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย³

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดจึงมีความจำเป็น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการผ่าตัดได้ เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับอันตรายเฉพาะหน้าที่ใกล้จะมาถึง การศึกษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้รับการผ่าตัดตา⁴ พบว่า มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและจะสูงขึ้นเมื่อถึงวันผ่าตัด และขณะรอผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการหยอดยาทำให้การมองเห็นลดลง และในขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาทำให้เสริมความวิตกกังวลให้เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย หวาดกลัว ตื่นตกใจ ไม่มีสมาธิ ทำให้การตัดสินใจไม่ดี ไม่ให้ความร่วมมือในขณะผ่าตัด เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัด ต้องเลื่อนหรืองดผ่าตัด สุดท้ายอาจสูญเสียดวงตาได้ เมื่อมีการงดผ่าตัด จะมีผลกระทบต่อบุคคลและญาติ ต่อการบริหารจัดการในห้องผ่าตัด จาก

การศึกษาเรื่องของการงดผ่าตัดในผู้ป่วยโรคต่อกระจกพบว่า สาเหตุจากมีความดันโลหิตสูง นอนคลุมโปงขณะผ่าตัดไม่ได้ น้ำตาลในเลือดสูง เครื่องมือการผ่าตัดชำรุด ไม่ได้ดยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยกระพริบตาบ่อย การฉีดยาชาเพื่อหยุดการเคลื่อนไหวและระงับความรู้สึกของลูกตาแล้วมีเลือดออก มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง การติดเชื้อตาแดง ความดันลูกตาสูงและไอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคต่อกระจกมีอาการอื่นไม่พึงประสงค์

บทบาทหลักทางคลินิกของพยาบาลในการจัดการกับอาการรบกวนตาม 7 Aspects of care⁵ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระจกสามารถปรับตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากอาการรบกวนที่อาจเกิดขึ้นในทุกระยะของการผ่าตัดได้ จะเห็นได้ว่าอาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัดเป็นปัญหาที่ต้องหาทางแก้ไขก่อนที่จะทำผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้นเป็นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงและสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ⁷ เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล

สถิติผู้รับบริการของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2561-2563 พบว่า ผู้สูงอายุโรคต่อกระจกที่มาใช้บริการมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้เป็นผู้เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก 1,409 คน, 2,097 คน และ 2,259 คน ตามลำดับ จากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางจักษุทั้งหมด ในขณะที่ยังมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกแล้วไม่ได้รับการผ่าตัดตามวันและเวลาที่กำหนดในปีงบประมาณ 2561-2563

วาระสารกองการพยาบาล

จำนวน 65 คน 49 คน และ 42 คน ตามลำดับ^๖ ซึ่งเกิดจากความไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัด การปฏิเสธการผ่าตัด ความกลัว การไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด จึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้สำเร็จตลอดกระบวนการ มีความปลอดภัย และการผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

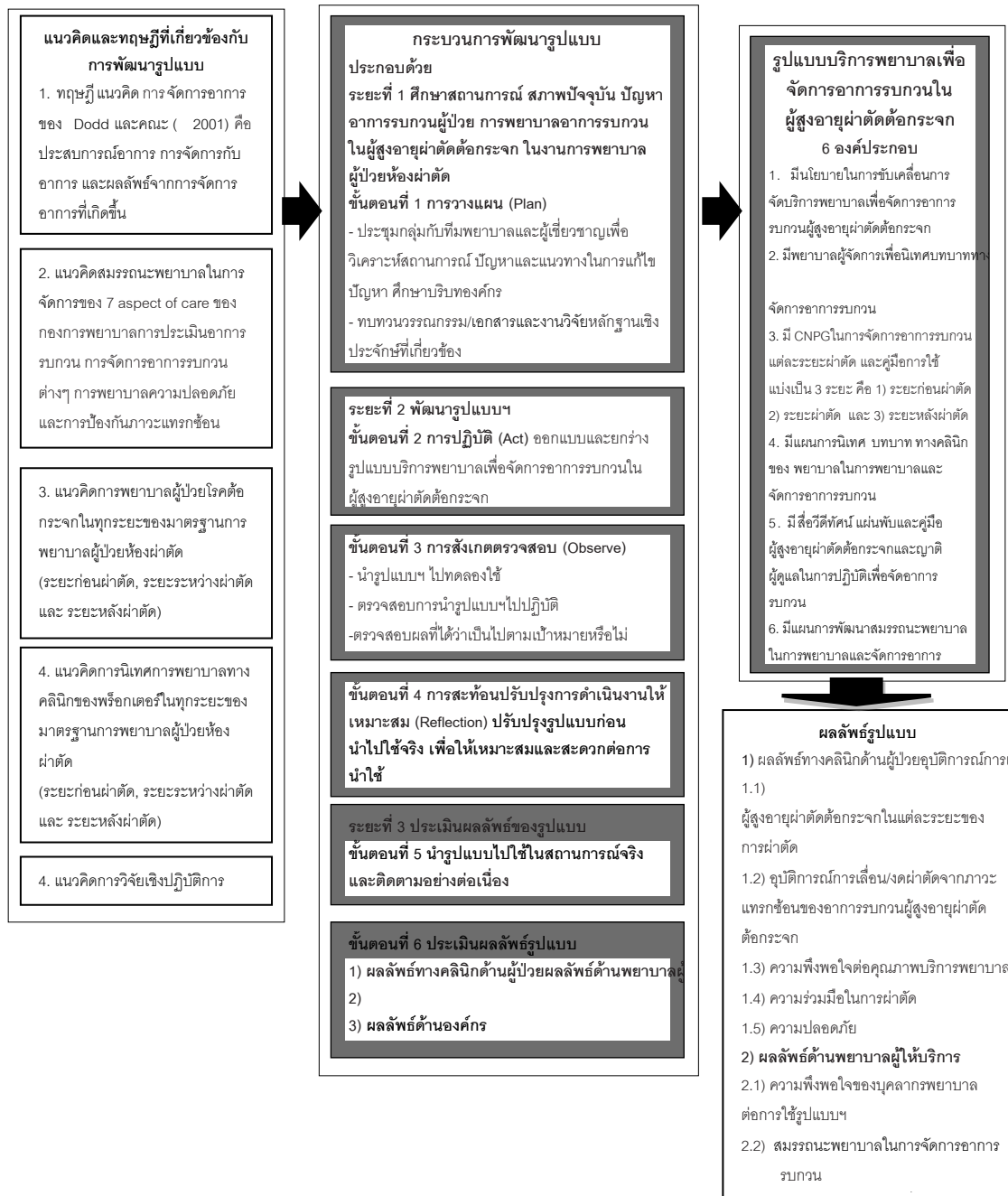
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์บริการพยาบาลการจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก
2. พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

3. ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของแคมมิสและเมกทากาด^๖ ร่วมกับวิธีการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd และคณะ^๗ แนวคิดการส่งเสริมความรู้ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน^{๑๐} บทบาททางคลินิกของพยาบาลในการจัดการอาการรบกวน หรือ 7 aspect of care ของกองการพยาบาล^๖ และแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของฟร็อคเตอร์^{๑๑} รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระจก ดำเนินการวิจัยเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือน

วารสารกองการพยาบาล

กันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564
จำนวน 40 คน

2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกใน
โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึง
เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มี
2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มี 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการศึกษาครั้งนี้
1 ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอ
ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อกระดูก พยาบาลผู้
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และพยาบาลห้องผ่าตัด
จำนวน 20 คน

2) กลุ่มผู้ประเมินรูปแบบฯ ได้แก่ พยาบาล
วิชาชีพในหอผู้ป่วยจักษุ ห้องผ่าตัด และห้องตรวจตา
จำนวน 20 คน มีคุณสมบัติ คือ (1) เป็นพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2)
มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเวชปฏิบัติตาหรือ
ผู้สูงอายุต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดอย่างน้อย 1
เดือน และ (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระดูก
คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทดสอบความต่างของ
ค่าเฉลี่ย ประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน^๑ ได้
จำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นการศึกษารั้งที่ 1 จำนวน
42 คน และการศึกษาครั้งที่ 2 จำนวน 42 คน กำหนด
เกณฑ์คุณสมบัติคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้ป่วยเพศชาย
และหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการผ่าตัดต่อ
กระดูกครั้งแรก และ (3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ทั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกันใน
ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้ยาและ
การแพ้ยา และประวัติโรคประจำตัว และมีเกณฑ์คัด
ออก คือ (1) ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (2) ไม่สมัคร

ใจเข้าร่วมการวิจัย (3) ไม่รู้สึกตัว และ (4) ไม่สามารถ
สื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย
ผ่าตัดตา พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยตา และอาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการ
พยาบาล รายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบบริการ
พยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัด
ต่อกระดูก และคู่มือการใช้รูปแบบผ่านการตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหา ค่า CVI 1.0

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (1) แบบวัดความรู้ จำนวน 30 ข้อ
ค่า CVI 0.7 (2) แบบประเมินทักษะการจัดการอาการ
รบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก 35 ข้อ ค่า CVI 0.80
ความสอดคล้องภายใน KR 20 มีค่า 0.72

2. แบบประเมินผลการนิเทศตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาลฯ 30 ข้อ มีค่า CVI 0.8

3. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการใช้
รูปแบบ 10 ข้อ มีค่า CVI 0.82

4. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน
ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกที่มีอาการรบกวนและได้
เลื่อนหรืองดการผ่าตัด ผลลัพธ์ทางคลินิกในการ
จัดการอาการรบกวน ได้ค่า CVI 1.0

5. แบบสอบถามประสิทธิผลของการนำใช้
รูปแบบที่พัฒนา และความพึงพอใจของพยาบาล
กลุ่มที่ 2 ต่อรูปแบบฯ มีข้อคำถาม 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ
พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2

ตอนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย (2) แบบประเมินประสิทธิผลการอาการบรรเทา 9 อาการ และวิธีการจัดการอาการบรรเทาของผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ดัดแปลงจาก ESAS¹² ทดสอบความเชื่อมั่นด้านความถี่ของอาการ และความรุนแรงของอาการ ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่า .89 และ .90 ตามลำดับ (3) แบบสอบถามการจัดการอาการบรรเทาของผู้สูงอายุ (4) แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้ป่วย (5) แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในระหว่างการผ่าตัด

ตอนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกด้านคุณภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ดำเนินการ 3 ระยะ ระหว่างกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์บริการพยาบาล การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการประเมินและจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ขั้นตอนการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

1) ประชุมกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 63 คน เพื่อวิเคราะห์รูปแบบเดิม ปัญหาและความต้องการด้านการประเมินและจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาล

2) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 22 เวชระเบียน ผลการวิเคราะห์ พบว่า (1) ด้านการประเมิน และจัดการอาการบรรเทายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการบรรเทา (2) ด้านสมรรถนะการพยาบาลเพื่อประเมินและจัดการอาการบรรเทายังไม่มีกำหนดสมรรถนะการพยาบาลที่ชัดเจนที่จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะที่ตอบสนอง

ต่อการปฏิบัติการพยาบาลจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก และ (3) ด้านการนิเทศทางคลินิก ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมการประเมินและจัดการอาการ บรรเทาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบรรเทา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ นำข้อมูลใน ระยะที่ 1 ออกแบบรูปแบบในการสร้างแนวทาง เพื่อเป็นคู่มือการใช้รูปแบบ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับแก้รูปแบบครั้งที่ 1 นำรูปแบบไปทดลองใช้เพื่อประเมินผลเบื้องต้น ปรับปรุงรูปแบบ ครั้งที่ 2 ให้เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก และทำการทดสอบซ้ำ ในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์รูปแบบ ทั้งด้านผู้รับบริการ และด้านผู้ให้บริการ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 012/2564 การดำเนินการวิจัยปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด การตัดสินใจตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ นำเสนอ และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์โดย ใช้วิธีการจัดกลุ่มคำตอบ

2. ข้อมูลทั่วไป ทักษะการประเมิน การจัดการอาการบรรเทา และการนิเทศ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบสมรรถนะ และความรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

5. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน และ

หลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Independent t-test, Mann-whitney u test และหาความสัมพันธ์ Spearman rank correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

การศึกษาศถานการณ์บริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก พบประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ ดังนี้

1. ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก
2. ไม่มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อประเมิน และจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองการจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก
3. ไม่มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน และการนิเทศไม่ครอบคลุมการประเมิน และจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก
4. สภาพปัญหาที่เกิดจากการพยาบาลผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ (1) ระบบการดูแลที่แตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย (2) พยาบาลขาดคู่มือในการพยาบาลผู้ป่วย (3) วิธีการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน เช่น การปิดที่ครอบตา eye pad การครอบ eye shield การปิดพลาสติก จึงควรมีมาตรฐานการปฏิบัติที่เหมือนกัน (4) การให้คำแนะนำต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย (5) ไม่มีการประเมิน และจัดการกับกลุ่มอาการรบกวน (6) การมีพยาบาลใหม่ และพยาบาลในหอผู้ป่วย และในทุกจุดบริการขาดประสบการณ์ และทักษะในการพยาบาลผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก และ (7) ระบบบริการพยาบาลขาดการสนับสนุนอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ไม่มีสื่อที่เป็นรูปธรรมและทันสมัย
5. ปัญหาด้านผู้ป่วย และผู้ดูแลในหอผู้ป่วย และห้องผ่าตัดตา จากพบผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อ

กระดูก 1 ราย ขี้ตาแล้วเลนส์หลุด 1 ราย งัดผ่าตัด หรือเลื่อนนัดผ่าตัด เนื่องจากมีอาการรบกวน 5 ราย ผู้ป่วย/ผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายขับเคลื่อนการจัดการบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ตามแนวคิดของดอดด์และคณะ⁷ เป็นวิธีการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการรบกวนก่อนผ่าตัดต่อกระดูกของผู้สูงอายุที่นัดมาผ่าตัดต่อกระดูก 3 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินประสบการณ์อาการกลุ่มอาการรบกวนด้วยแบบประเมิน ESAS ก่อนผ่าตัด (2) การจัดการอาการในกลุ่มอาการรบกวนก่อนผ่าตัด และ (3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการรบกวนก่อนผ่าตัด

องค์ประกอบที่ 2 มีพยาบาลผู้จัดการเพื่อนิเทศบทบาททางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวน ที่เป็นผู้บริหาร เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าตึก หรือรองหัวหน้าตึก เพื่อสามารถประเมินบทบาททางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวน ดังนี้ (1) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (2) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (3) การดูแลความปลอดภัย (4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มอาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาลต่อกระดูก (5) การให้การดูแลต่อเนื่อง (6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และ (7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการใช้ที่พัฒนาตามแนวคิดของดอดด์และคณะ⁷ มี 3 ส่วน คือ (1) การประเมินอาการรบกวนในระยะก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการรบกวน ESAS (2) การพยาบาลในการจัดการอาการรบกวนใน

แต่ละระยะของการผ่าตัดต่อกระดูกที่ต่อเนื่อง (3) การประเมินผลการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรอบกวนหรือตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพระบบบริการพยาบาลวัดผลจาก (1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลในการจัดการอาการรอบกวน และสมรรถนะผู้ให้ทางคลินิกหรือผู้จัดการรายกรณี (2) ระบบบริการ คือ ผลการนิเทศคลินิกเกี่ยวกับการจัดการอาการรอบกวนตาม CNPG โดยประเมินความแปรปรวน 3 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านระบบงาน และด้านผู้ให้บริการ และ (3) ด้านคลินิก เช่น อุบัติการณ์การเกิดอาการรอบกวน อุบัติการณ์งด/เลื่อนผ่าตัดจากอาการรอบกวนแต่ละระยะ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลในการจัดการอาการรอบกวน และ ความร่วมมือในผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างผ่าตัด รายละเอียดในภาพที่ 2

องค์ประกอบที่ 4 แผนการนิเทศทางคลินิก 7 ขั้นตอน คือ (1) พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบเป็นกันเอง (2) ให้ผู้รับการนิเทศบอกการประเมินกลุ่มอาการรอบกวนและจัดการ (3) สังเกตขั้นตอนการการประเมินกลุ่มอาการรอบกวนและจัดการอาการ รวมทั้งการบันทึกผลการประเมิน (4) กล่าวชมเชยในขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ชี้แนะและร่วมปฏิบัติในขั้นตอนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (5) ฝึกทักษะโดยผู้ให้ทางคลินิกทำให้อุณหภูมิและให้ผู้รับการนิเทศฝึกปฏิบัติ (6) สังเกตความกระตือรือร้นในการนิเทศ และ (7) เสริมพลังอำนาจให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และคู่มือผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกและญาติผู้ดูแลในการ

ปฏิบัติเพื่อจัดการอาการรอบกวน 5 อาการ (1) แผนการสอนเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ในระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด (2) แผ่นภาพการปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด (3) แผ่นพับให้ความรู้สำหรับโรคต่อกระดูก การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด (4) แบบฝึกบริหารดวงตา และ (5) ผ้าเจาะรูตาสำหรับคลุมโปง

องค์ประกอบที่ 6 แผนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาล และจัดการอาการรอบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มี 9 มาตรฐาน (1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการรักษา (2) ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในการรักษาด้วยการผ่าตัด (3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อของตาข้างที่ทำผ่าตัด (4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันลูกตาสูง (5) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตา (6) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะม่านตายื่นน้อย (7) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุเนื่องจากการบิดตาทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง (8) ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายภายหลังการผ่าตัด (9) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ผลการใช้รูปแบบการจัดบริการการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรอบกวน ประเมินผลลัพธ์ 2 ส่วน คือ (1) ประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนา และ (2) ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรอบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

วารสารกองการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระดูก	
1. การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด	
1.1 วันแรกที่ผู้ป่วยมาตรวจและมีแผนการรักษานัดเข้ารับการผ่าตัด ดังนี้	
พยาบาลห้องตรวจตา	1) นัดหมายวันและเวลาการผ่าตัด 2) เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ 3) ประเมินกลุ่มอาการบวมผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล เครียด)
พยาบาลห้องผ่าตัดตา (หน่วยผ่าตัด3)	เยี่ยมผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดต่อกระดูกที่ห้องตรวจตา สร้างสัมพันธภาพ อธิบายสถานที่และการปฏิบัติตัวภายในห้องผ่าตัด และประเมินอาการบวมด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล เครียด) จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก โดยใช้แผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดโดยใช้รูปภาพ วิธีการคลายความวิตกกังวลและกลุ่มอาการบวม โดยใช้แผ่นพับ วีดิทัศน์ การฝึกบริหารตา และการหายใจได้ผ่านลมหน้า และวางแผนการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการบวมร่วมกัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เน้นวันนัดหมาย และเวลาเข้าอนโรงพยาบาล
1.2 วันนอนอนโรงพยาบาลและผ่าตัด ดังนี้	
พยาบาลห้องตรวจตา	ผู้ป่วยมารายงานตัวที่ห้องตรวจตาตามนัดเพื่อทำเรื่อง Admit ที่ตึกตา เปลี่ยนเสื้อผ้า ชักประวัติต่างๆ ส่งผู้ป่วยมายังตึกตา
พยาบาลหอผู้ป่วย IPD ตา	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก โดยใช้แผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด โดยใช้รูปภาพ วิธีการคลายความวิตกกังวล และกลุ่มอาการบวม โดยใช้แผ่นพับ วีดิทัศน์ การฝึกบริหารตา และการหายใจได้ผ่านลมหน้า และวางแผนการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการบวมร่วมกัน ประเมินกลุ่มอาการบวมผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล เครียด) -ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามมาตรฐานของ WHO Surgical Safety Checklist (2009) และตรวจสอบการยินยอมในใบผ่าตัดและส่งผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด (หน่วยผ่าตัด 3)
พยาบาลห้องผ่าตัดตา (หน่วยผ่าตัด3)	1) เยี่ยมผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดต่อกระดูกที่หอผู้ป่วย IPD ตา สร้างสัมพันธภาพ อธิบายสถานที่และการปฏิบัติตัวภายในห้องผ่าตัด ประเมินกลุ่มอาการบวมด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล กลัว เครียด อาการแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว นอนไม่หลับ ท้องผูก) และ 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก โดยใช้แผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดโดยใช้รูปภาพ วิธีการคลายความวิตกกังวล และกลุ่มอาการบวม โดยใช้แผ่นพับ วีดิทัศน์ การฝึกบริหารตา และการหายใจได้ผ่านลมหน้า และวางแผนการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการบวมร่วมกัน และแจกคู่มือ แผ่นพับ และควิอาร์โค้ด เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เทคนิคในการจัดการอาการบวมด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา
2. การพยาบาลในระยะผ่าตัด	
2.1 ขณะรอผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ดังนี้	
พยาบาลประจำห้องผ่าตัด	-ขณะนั่งรอผ่าตัดสร้างสัมพันธภาพ -ตรวจสอบสัญญาณชีพ การทำ Mask site -ชักประวัติทั่วไป อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ประเมินกลุ่มอาการบวมผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (อาการกลัว วิตกกังวล เครียด ปวดตา) และให้ข้อมูลและให้การพยาบาลจัดการอาการบวมต่างๆตามอาการที่ประเมินพบ
2.2 ระหว่างผ่าตัดในห้องผ่าตัด	
พยาบาลประจำห้องผ่าตัดปฏิบัติ ดังนี้ 1) ดูแลและจัดท่านอนให้เหมาะสมและสุขสบาย 2) อธิบายเน้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างผ่าตัด 3) ตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด (Surgical safety checklist) ของโรงพยาบาล ทั้งก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ก่อนลงมีด (Time out) ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) 4) ประเมินกลุ่มอาการบวมผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (อาการกลัว ไม่ให้ความร่วมมือ วิตกกังวล เครียด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สิ้น ท้องเสีย อาการไอ) 5) ประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดเพราะผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือเพราะรู้ตัวตลอดเนื่องจากไม่ได้รับการดมยาหลับทำให้การทำงานยากขึ้น และ 6) อยู่ใกล้ชิด สัมผัส และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นระยะด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลและจัดการอาการบวมต่างๆตามอาการที่ประเมินพบ	
3. การพยาบาลในระยะหลังการผ่าตัด	
3.1 หลังผ่าตัดก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign Out) ดังนี้	
พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติ ดังนี้ 1) ปิดตาด้วย Eye pad 2) เน้นย้ำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด 3) ประเมินกลุ่มอาการบวมผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (ปวดตา ไอ จาม อาเจียน ท้องผูก) 4) พยาบาลประเมินความร่วมมือในการผ่าตัด ละ 5) ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย	
3.2 หลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมง ในห้องพักฟื้น ดังนี้	
พยาบาลห้องพักฟื้น และพยาบาลวิสัญญี ปฏิบัติ ดังนี้ 1) ประเมินความรู้สึกตัวซึ่งควรมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้นภายใน 60-90 นาทีและดูแลสัญญาณชีพ จนกว่าจะมีอาการคงที่ตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี 2) ประเมินกลุ่มอาการบวมผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (อาการปวดตาจากการผ่าตัดและความดันลูกตาสูง คลื่นไส้ อาเจียน ไอจาม และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก) และ 3) จานำหน้าผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยโดยใช้ Modified aldrete score ต้องมีคะแนน ≥ 9 จะสามารถจำหน่ายออกได้ และดูแลส่งผู้ป่วยกลับตึกตา	
3.3 หลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยตาและวันรอจำหน่าย (24 ชั่วโมงถึง 2 วัน) ดังนี้	
พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยตา ปฏิบัติ ดังนี้ ประเมินกลุ่มอาการบวม จากอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก คือ อาการ ความดันลูกตาสูง การตั้งรังของแผลเย็บ เลือดออกในช่องหน้าม่านตา การติดเชื้อ และ ท่อทางเดินน้ำตาเกิดการติดเชื้อ	
3.4 ระยะหลังผ่าตัดในวันที่มาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจตา (หลังจำหน่ายแพทย์จะนัดมาตรวจหลังผ่าตัด 1 วัน 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และทุก ๆ ปีหลังผ่าตัด) ดังนี้	
พยาบาลประจำห้องตรวจตา ปฏิบัติ ดังนี้ ประเมินกลุ่มอาการบวมจากอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก คือ อาการความดันลูกตาสูง การตั้งรังของแผลเย็บ เลือดออกในช่องหน้าม่านตา การติดเชื้อ และวิตกกังวลในการปฏิบัติตัว	

ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมผู้สูงอายุมาผ่าตัดต่อกระดูก

การประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาฯ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.70, SD .78) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านความถูกต้องอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความเป็นประโยชน์ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีระดับการยอมรับขององค์กรพยาบาลผู้ใช้รูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย และหญิง จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 64.30 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับต่อกระเจก ร้อยละ 47.60 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 42.90 ใช้วิธีดมยาแบบ LA ร้อยละ 97.80 เป็นการผ่าตัดต่อกระเจกแบบ PE ร้อยละ 90.50 รองลงมา คือ การผ่านตัดแบบ ECCE และ ICCE ร้อยละ 4.80 ไม่มีงดผ่าตัด ร้อยละ 97.60 มีงดผ่าตัด 1 ราย ร้อยละ 2.40 สาเหตุจากมีความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัด ซึ่งร้อยละ 60.50 ไม่เคยได้รับข้อมูลการประเมินและมีอาการรบกวนด้วยตนเอง

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.10 เป็นเพศหญิงร้อยละ 42.90 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 64.30 มีโรคร่วม ร้อยละ 95.24 คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและไขมันในเลือดสูง ใช้วิธีดมยาแบบ LA ร้อยละ 100 เป็นการผ่าตัดต่อกระเจกแบบ PE ร้อยละ 100 ไม่มีงดผ่าตัดจากการเกิดอาการรบกวน ร้อยละ 100 และ ไม่เคยได้รับข้อมูลการประเมินและมีอาการรบกวนด้วยตนเอง ร้อยละ 59.50

ประสบการณ์อาการรบกวน พบว่า ผู้ป่วยต่อกระเจกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.70 ไม่มีอาการรบกวนอื่นๆ แต่ร้อยละ 14.30 มีอาการรบกวนหลัก คือ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก มีอาการกลัวสั่น ก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด มีความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด มีความเครียดก่อนและหลังผ่าตัด ร้อยละ 90.50, 95.20, 97.60, 76.20 ตามลำดับ ส่วนความถี่ของอาการรบกวน

ตารางที่ 1 การนิเทศการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก

ที่พบมากและบ่อยครั้งที่สุด ดังนี้ อาการกลัว/ สั่น ความเครียด บ่อยครั้ง และอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 73.80, 61.90, 50.00 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงของอาการรบกวนที่เผชิญขณะนั้น พบว่า อาการวิตกกังวล ร้อยละ 64.30 มีความรุนแรงมาก อาการเครียดร้อยละ 52.40 ประเมินว่ามีความรุนแรงมาก และอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ซึ่งผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระเจกที่มีอาการรบกวนเหล่านี้ กลุ่มควบคุมร้อยละ 97.60 ไม่มีวิธีการจัดการกับอาการรบกวนที่เป็นอยู่ และระดับอาการรบกวนไม่ลดลง ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ได้รับการจัดการกับอาการรบกวนที่เป็นอยู่ และระดับอาการรบกวนลดลง

ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาฯ มี 2 ด้าน คือ ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบ อาการรบกวนก่อนเข้าผ่าตัดกับความร่วมมือในการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์แบบผกผันอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.717$, $p<.00$) อาการรบกวนลดลงกว่าก่อนการพัฒนาฯ ($t=8.37$, $p<.05$) ความร่วมมือในการผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=5.77$, $p<.05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดร้อยละ 100 และผู้ป่วยกลุ่มทดลองพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.49$, $p<.05$) อัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงเป็นศูนย์

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า การนำรูปแบบฯ ไปใช้มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ สมรรถนะของพยาบาลในการประเมินและจัดการอาการรบกวนสูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ มีทักษะในการประเมินและจัดการอาการรบกวน ร้อยละ 86.55 การนิเทศทางคลินิก พบปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 88.22 พยาบาลผู้ใช้มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุด ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

วารสารกองการพยาบาล

ทักษะการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต	จำนวนข้อ	Mean	SD	Min	Max	%
ด้านการประเมินอาการรบกวน	17	15.00	1.12	13.00	17.00	88.24
ด้านการจัดการทางการพยาบาล	6	5.65	.49	5.00	6.00	94.12
ด้านการรายงานอาการรบกวนเพื่อจัดการอาการรบกวน	4	3.47	.62	2.00	4.00	86.76
ด้านการบันทึกผลการจัดการอาการรบกวน	3	2.35	.49	2.00	3.00	78.43
ภาพรวมทั้งหมด	26.47	.87	25.00	28.00	28.00	88.22

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก (N 20)

ลำดับ	หัวข้อการประเมินรูปแบบ	Mean	SD	แปลผล
1	รูปแบบมีความครอบคลุมด้านเนื้อหาการจัดการอาการรบกวน	4.59	0.51	มากที่สุด
2	รูปแบบมีความชัดเจนในการปฏิบัติ	4.47	0.62	มาก
3	รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.53	0.51	มากที่สุด
4	รูปแบบสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้	4.82	0.51	มากที่สุด
5	รูปแบบสามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางได้	4.41	0.39	มาก
6	รูปแบบการปฏิบัติงานทันสมัยและมีการใช้หลักฐานการวิจัย	4.71	0.47	มากที่สุด
7	รูปแบบทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอาการรบกวนมากขึ้น	4.76	0.44	มากที่สุด
8	รูปแบบทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติปลอดภัยและลดการฟ้องร้อง	4.47	0.51	มาก
9	รูปแบบทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น	4.53	0.51	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจของท่านต่อการใช้รูปแบบนี้		4.59	0.51	มากที่สุด

อภิปรายผล

สถานการณ์บริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ผลการศึกษาสถานการณ์ การวิเคราะห์พบประเด็นที่น่าสู่การพัฒนาแบบฯ มีดังนี้ (1) ด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและขาดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (2) ด้านสมรรถนะการพยาบาล ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลที่ชัดเจนที่ตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก (3) ด้านการนิเทศทางคลินิก ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการนิเทศไม่ครอบคลุมการประเมินและจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกจะมีความรู้สึกกลัว และกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด อาการปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลัวว่าไม่สามารถทำงานได้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว สอดคล้อง

การศึกษาของเอื้องพร พิทักษ์สังข์และคณะ¹³ ที่ศึกษาระดับความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางและความเครียดอยู่ในระดับสูง จึงมักก่อให้เกิดอาการรบกวน คือ มีความวิตกกังวลในทุกระยะของการผ่าตัด ความวิตกกังวลรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยความเสียงขณะผ่าตัด เช่น การขยับตัวขณะผ่าตัดซึ่งอาจมีผลต่อการทำหัตถการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้¹⁴ ความวิตกกังวลส่งผลขัดขวางการรับรู้ข้อมูล การเรียนรู้และการจดจำข้อมูลลดลง เช่น ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัด และคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัว⁶ ความวิตกกังวลระดับสูงเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และทำให้ใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น ในระยะหลังผ่าตัดทำให้มี

ความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้น และยังเป็นสาเหตุให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นด้วย ความไม่รู้ข้อมูลเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด รองลงมาได้แก่ กลัวการเสียชีวิต กลัวการดมยาสลบ ไม่มั่นใจในความชำนาญของแพทย์ผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล การปวดและไม่สุขสบายหลังผ่าตัด⁶

การพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ผลการพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนา มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินและจัดการอาการรบกวนแก่ผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก ผลวิจัยนี้สอดคล้องภารกิจการของกองการพยาบาล⁶ ที่กำหนดบทบาททางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวน (7 aspect of care) ไว้ชัดเจน และเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ⁸ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเน้นการจัดการอาการที่คำนึงถึงประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถเดิมของผู้ป่วยเป็นฐาน รวมถึงแสวงหาการดูแลของตนเองจากการได้รับความรู้ ข้อเสนอแนะ หรือทางเลือกต่าง ๆ จากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจนกว่าจะพึงพอใจเพื่อให้มีการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและตรงกับความต้องการ เกิดทักษะและสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างยั่งยืน การศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกยังไม่มี แต่สอดคล้องการศึกษาของอัญติมา กิจศรีนาคล ประทุมสร้อยวงศ์ และพิบูล พรพิบูลย์¹⁵ พบว่า ปัจจุบันมีรูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่จะช่วยบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ หลายรูปแบบ และการจัดการอาการที่มี การผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยบรรเทาอาการรบกวนของผู้ป่วยได้ เพื่อให้บรรเทาอาการรบกวนมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จึงควรบูรณาการวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดอาการรบกวนและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการนำแนวทางการจัดการอาการรบกวนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินสภาวะผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรายงานความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทันทีแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย การร่วมมือกันแก้ปัญหาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการบันทึก รายงานการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วน¹⁶ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนขณะได้รับการผ่าตัด มีหลักในการดูแล ได้แก่ การตระหนักว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความวิตกกังวล การแสดงท่าทียอมรับ ไม่ตำหนิพฤติกรรม ดูแลผู้ป่วยและรับฟัง ด้วยความสงบ อยู่เป็นเพื่อนในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ สอดคล้องการศึกษาของ วารุณี กุลราช, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง¹⁷ ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรพัฒนาแนวทางในการจัดการอาการรบกวนลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และลดระยะเวลารอผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ในการศึกษา กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า การจัดการอาการ ตามแนวคิดการจัดการอาการเป็นรูปแบบวิธีการให้ข้อมูลที่เป็นการสื่อสารแบบสองทางจึงสามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการบรรเทาอาการได้เหมาะสมกับการรับรู้ และเป็นรูปแบบการจัดการอาการที่มีการกำกับ ติดตามผลการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการกระตุ้นการเรียนรู้และมีการนำวิธีการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปใช้อย่างต่อเนื่อง¹⁸ มีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การใช้วิถีทัศนภาพลึกลับ คู่มือ เพื่อเป็นสื่อในการให้ข้อมูลจะทำให้

ผู้ป่วยเกิดการรับรู้แล้วสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ จัดเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้อย่างเป็นระบบระเบียบ ทำให้คาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกละ และลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ ซึ่งบทบาทอิสระทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวนของกองการการพยาบาล⁶ ประกอบด้วย การประเมินสภาวะผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรายงานความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทันทีแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมให้บริการผู้ป่วย การร่วมมือกันแก้ปัญหาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการบันทึกรายงานที่ถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ นำแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพร็อคเตอร์⁹ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การนิเทศตามมาตรฐาน โดยการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถโดยการสอนการชี้แนะเป็นรายบุคคล และการนิเทศเพื่อธำรงรักษา โดยการให้คำปรึกษาและประชุมปรึกษาทางการพยาบาลมาใช้ในพัฒนารูปแบบฯ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการรบกวนในทุกระยะของการผ่าตัด ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด นอกจากนี้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นยังระบุถึงกิจกรรมของทีมพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากองค์การอนามัยโลก¹⁰ และมีขั้นตอนการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของกองการพยาบาล²⁰ ซึ่งทำให้เกิดความชัดเจนและมีแนวปฏิบัติในการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินผลลัพธ์รูปแบบบริการพยาบาล เพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ผลลัพธ์ในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบพัฒนาฯ มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ

ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินและจัดการอาการรบกวนแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก อาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วยลดลง เพิ่มความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อเสนอแนะควรมีการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลในการจัดการอาการรบกวนในระดับองค์กรพยาบาล ตรวจสอบผลลัพธ์ซ้ำ และส่งเสริมการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้อย่างต่อเนื่องตามบริบท ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการส่งเสริมการจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ⁷ เป็นแนวคิดที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคล จึงสามารถช่วยจัดการกับอาการที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการปฏิบัติการจัดการอาการของตนเองและบุคลากรพยาบาล จึงทำให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความร่วมมือในการจัดการอาการรบกวนได้อย่างต่อเนื่อง²¹ สอดคล้องการศึกษาของอัญติมา กิจศรีนาคดล ประทุมสร้อยวงศ์ และพิกุล พรพิบูลย์¹² เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำแนวคิดการจัดการอาการไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หากเป็นพยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณีจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สามารถวางแผนการจัดการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการ รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นพยาบาลคนเดิมที่รับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโดยตลอด รวมถึงมีทักษะในการใช้แนวคิดการจัดการอาการ จึงจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุมกับปัญหาสุขภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

แม้ว่าการศึกษารูปแบบบริการเพื่อจัดการ
อาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกโดยตรงยัง
ไม่มี แต่สอดคล้องการศึกษาของศิริธร สุทธิสนธิ²²
เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยใช้
แนวคิดการบรรลุจุดมุ่งหมายต่อความวิตกกังวลและ
ความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้อตาที่โรงพยาบาล
ระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยใช้แนวคิดการบรรลุ
จุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อให้
การพยาบาลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
เพื่อลดอาการรบกวนจากความวิตกกังวลและเกิด
ความร่วมมือในการผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยความ
วิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม ก่อน
เข้าผ่าตัด และหลังได้รับโปรแกรม ลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยความ
ร่วมมือในการผ่าตัดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องการศึกษา
ของรัชดา จันทิวาส¹⁰ เรื่องผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรม
การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการฉีดยาเข้าในน้ำตาใน
ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา พบว่า ภายหลังให้โปรแกรม
เตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับคะแนน
เฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการให้โปรแกรม
เตรียมความพร้อม และสอดคล้องการศึกษาของละเมียด
ปึกขาว²³ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร โรงพยาบาล
ปทุมธานี พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม
และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล
หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p<0.05$) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก
ลดลงเป็นศูนย์

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก
อย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านโครงสร้าง
การเรียนรู้ การอบรม การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การ
จัดทำสื่อการสอน บุคลากร (2) ปัจจัยด้านกระบวนการ
พยาบาล 5 ด้านของ Swanson 3 ปัจจัยด้านผลลัพธ์

รูปแบบฯ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐาน
แนวคิดแบบวัดของ AGREE 2 ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก
แบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson
โรงพยาบาลปทุมธานี มีความเหมาะสม สามารถ
นำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ²³ เช่นเดียวกับการศึกษา
ของสมภาร ไวยลา²⁴ พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการได้รับการ
พัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
ต่อกระดูกสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มี
ระบบงานที่ดีขึ้นโดยการพัฒนาระบบงานที่มุ่ง
ผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการ มีการทำงานแบบสห
สาขาวิชาชีพ ทำให้การประสานงานสะดวก รวดเร็ว และ
ดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ กลุ่มผู้รับบริการ
ประเมินประสิทธิผลการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 (SD
.42) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่พบ
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ใช้เลนส์ผิดเบอร์
ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก และ
ใส่เลนส์เทียม หลายการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ
โปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้และการจัดการ
ตนเองเพิ่มขึ้น อาการรบกวนต่าง ๆ ลดลง พยาบาล
สามารถประยุกต์ใช้การจัดการอาการรบกวนนี้ในการ
ดูแลผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม²⁵ ส่งผลต่อคุณภาพการบริหาร
ความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการ
พยาบาลผู้ป่วยและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น²⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนานี้ไปใช้
เพื่อจัดการอาการรบกวน สามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้กับ
การพัฒนาบริการพยาบาลในบริบทอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้
ควรศึกษาวิธีการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นอย่างชัดเจนเพื่อให้
การนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติได้ดี
2. รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนานี้ สามารถ
นำไปใช้ในการบริหารจัดการ การกำหนดปัจจัยที่
เหมาะสม และครอบคลุม เพื่อการสร้างแนวปฏิบัติ

วารสารกองการพยาบาล

พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการอาการ
รบกวน และบรรเทาความทุกข์ทรมานอาการรบกวนใน
แต่ละด้านได้

3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
ควรกำหนดเป็นนโยบาย ประกาศใช้ และเผยแพร่
รูปแบบฯ อย่างจริงจัง ร่วมกับนิเทศแบบเสริมพลัง
อำนาจและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพ
บริการ และเกิดประโยชน์สูงสุด และทำคู่มือการนำใช้
รูปแบบฯ พร้อมเผยแพร่ขยายผลให้บุคลากรในกลุ่ม
งานการพยาบาลและผู้ป่วยห้องผ่าตัดรับทราบ และมี
แนวทางพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่
ให้นำรูปแบบฯ ไปใช้ได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการนำใช้รูปแบบฯ
อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ
ให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบขึ้นใหม่ตาม
บริบทของการให้บริการของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรทำการวิจัยการจัดการอาการรบกวน
แต่ละด้านในรายโรคสำคัญในกลุ่มงานการพยาบาล
อื่นๆ ตามบริบทแต่ละหน่วยงานและวิเคราะห์รูปแบบ
อย่างเป็นระบบ เพราะรูปแบบที่มีลักษณะ
แตกต่างกันอาจมีการพยาบาลที่ต่างกัน

References

1. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site Infection. Geneva WHO; 2016.
2. Chunharas, S. Annual report. Situation of the elderly in Thailand 2010. Bangkok: Foundation of the Thai Gerontology Research and Development Institute (KMUTT). 2012.
3. Tinley CG, Frost A, HkinKN, Mcdermott W, Ewings P. Is visual outcome compromised when next day review isomitted after phacoemulsificationsurgery?. A randomised control trial. Br J Ophthalmol 2003; 87(11): 1350-5.
4. Nijkamp P, Jacques PV. Meta-analysis of the impact of Fiscal policies on long-run growth, Tinbergen Institute Discussion Paper, No. 02-028/3, Tinbergen Institute, Amsterdam and Rotterdam; 2004.
5. Boonyanuwat J, Theppanomrat K. Incidence and causes of cataract surgery cancellation at Jainard Narendra Hospital. 2016.
6. Bureau of Nursing, Department of medical services, Ministry of public health. Nursing standards in hospitals. 2nd update. Bangkok: Veterans Relief Organization; 2007. Thai.
8. Roi Et hospital information center. Statistics of the elderly with cataract surgery operating room Nursing care group for operating room patients; 2020.
7. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research reader. Victoria: Deakin University; 1990.
10. Matsee C, Waratwichit C. Promotion of health literacy: From concept to practice. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(2): 96-111. Thai.
11. Proctor B. (2001). Training for the Supervision Alliance Attitude, Skill and Intention. In Fundamental Themes in Clinical Supervision Cutcliffe, J.R., Butterworth, T., and Proctor, B., eds.London : Routledge, 25-46.
12. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton symptom assessment Scale.Cancer 2000; 88(9): 2164-71.
13. Pitukung, A., Tanterothum, J., Supharerx, S., Waranukulsak, O. The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. Siriraj Nursing Journal 2011; 4(1): 39-42. Thai.
14. Khan F, Nazir S.,(2007). Khan F, Nazir S. Assessment of preoperative anxiety in patients for elective surgery.J Anesth Clin Pharmacology 2007; 23(3): 259-62.
15. Gidsrinopdon, A., Soivong, P., & Phornphibul, P. Application of symptom management model in nursing clinical practice: A case study of lung cancer patients. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2019; 11(1): 98-110.
16. Yodkaew, M., Kongsuwan, V., Vanaleesin, S. Nursing practical guideline for reducing anxiety

- during operation with spinal block: A review of the literature. Nursing practical guideline for reducing anxiety during operation with spinal block: A review of the literature. Princess of Narathiwas University Journal 2019; 35(3):13-23.
17. Gulrach, V., Kunsongkeit, W., Duangpaeng, S. Factors related to preoperative anxiety among patients with eye surgery. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(1): 1-12.
18. Kaeotawee, A., Bunmas, N. & Chomthony, W. Incidence and Causes of Elective Surgery Careellations in Songklanagarind Hospital Songkla Med J 2014; 32(5): 327-338.
19. Gilmartin, J. and Wright, K. (2008). Day surgery: Patients' felt abandoned during the preoperative wait. Journal of Clinical Nursing, 17(18), 2418-25.
20. Chantiwas, R. The Outcome of Preparation Program for intravitreal Injection in diabetic retinopathy patient. Master of Nursing Thesis Advanced Adult Nursing graduate school Christian University. 2014.
22. Chanthaboon, N., Udomkijpipat, J., & Rongmuang, D. The Effects of Education Program on Knowledge for Pain Management and Attitude for Non-pharmacological Interventions among Nurse Mentor Worked in Boromarajonai College of nursing Suratthani. Journal of Nursing and Health Care 2018; 36(3):168-176.
23. Sutthison, S. The results of readiness program before undergone surgery for goal attainment towards anxiety and cooperation in pterygium surgery at a secondary level hospital. Major : Adult Nursing ; M.S.N. (Adult Nursing). 2017.
24. Pukkhaow, L., Saenprasarn, P., & Huttrungsri, K.. Developing model of generosity participatory nursing among cataract surgery patients as of Swanson's Theory, Pathum thani hospital. Journal of Health Science 2020; 29(5): 864-875.
25. Waiyalap, S. Development of integrated cataract care system in Seka hospital. Nakhonphanom hospital Journal 2019; 4(1):71-85.
26. Ounsrimuang K, Siriwatanamethanon J, Buatee S. Effects of Self-Management Program on Knowledge, Self-Management, and Health Indicators among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31(2):
27. Choengsa-ard N, Promarak T, Eamratsameekool W. Development of quality model for clinical risk management based on in-patient nursing care standard in atsamat hospital Roi-Et province. Journal of Nursing and Health Care 2018; 36(3):147-56. (in Thai)