

การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวทางการจัดการความรู้ โรงพยาบาลกระบี่

The Development of a Care Management Model for Femoral Fracture under
Internal Fixation through Applying Knowledge Management, Krabi Hospital

ฉัตรกมล บุญทอง กาญจนา ศรีสวัสดิ์* เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

Chatkamol Boonthong Kanjana Srisawad* Premruetai Noimuenwai

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี, ประเทศไทย 11120

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat open University, Nonthaburi, Thailand 11120,

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) สร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และ 2) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) สำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 11 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ และกลุ่มผู้รับบริการ 5 คน และ 2) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวทางการจัดการความรู้เชิงโมเดล มีการสร้าง 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินสภาพแรกเริ่ม (2) การเตรียมก่อนผ่าตัด (3) การดูแลระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง และ (4) การฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย และ 2) ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในภาพรวมมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 87.42 และร้อยละ 94.00

คำสำคัญ: การจัดการความรู้ การจัดการดูแล กระดูกต้นขาหัก การผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

Corresponding Author: *Email: kanjana.sri@stou.ac.th

วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration) Sukhothai Thammathirat Open University

วันที่รับ (received) 24 ก.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 มี.ค. 2565

Abstract

This descriptive research aims 1) to propose a care management model for femoral fracture patients undergone internal fixation surgery and 2) evaluate the appropriateness of such model which is developed. With purposive sampling methods, the samples are divided into 2 groups: the first one for the focus group is 11 members of interdisciplinary staff; Orthopedic surgeon, Physiatrist, Registered nurses, Physical therapist and Nutritionist and 5 caregivers, and the other for evaluation of the appropriateness of the model is 5 experts and 10 Registered nurses. The research instrument consists of questionnaires for the focus groups and evaluation forms of the model. The content validity index ranged from 0.67 to 1.00. The data was analyzed by descriptive statistics and content analysis. The research findings are as follows: firstly, proposing a care management model for femoral fracture patients undergone internal fixation surgery by applying knowledge management according to the SECI model has 4 stages, namely: (1) initial nursing assessment, (2) preoperative preparation, (3) post-operative care for a period of 24 to 72 hours, and (4) rehabilitation and discharge readiness; secondly, the results of the evaluation of the appropriateness of the model made by experts and Registered nurses suggests that the said method was overall 87.42 percent and 94 percent.

Keywords: Knowledge Management, Care Management, Femoral Fracture, Internal Fixation

บทนำ

กระดูกต้นขา (Femur) เป็นกระดูกที่มีขนาดใหญ่ และมีลักษณะเป็นท่อยาว (Tubular bone) มีน้ำหนักมากที่สุด ในร่างกาย ทำหน้าที่ในการรองรับน้ำหนัก ส่งผ่านไปยังกระดูก หน้าแข้งและเท้า¹ สาเหตุของการเกิดภาวะกระดูกต้นขาหักที่ พบได้บ่อย การประสบอุบัติเหตุ การประกอบอาชีพ และการเล่นกีฬา เป็นต้น กระดูกต้นขาหักส่วนใหญ่พบในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบผู้ป่วย กระดูกต้นขาหัก จำนวน 250,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่เกิดใน กลุ่มวัยรุ่นพบร้อยละ 90 สาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร พบ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด² เมื่อเกิดกระดูกต้นขาหักจะ มีอาการขาบวม ปวดมาก และกดเจ็บบริเวณที่มีกระดูกหัก และอาจเกิดการสูญเสียเลือด ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของ เส้นเลือดแดง ทำให้มีเลือดออกบริเวณที่มีกระดูกหัก โดยเลือด ที่ออกนั้นจะอยู่ภายในร่างกายหรือออกมาภายนอกก็ได้ หากมี การเสียเลือดมากกว่าปกติ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงหรือเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง โดยเฉพาะ สมองและหัวใจ อาจเกิดภาวะช็อกได้³ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วย กระดูกต้นขาหักมีทั้งการรักษาแบบวิธีการผ่าตัดและวิธีอนุรักษ นิยม การผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและได้ผลดีใน ปัจจุบัน ระหว่างรอการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการยึดตรึง

กระดูกที่หักภายนอกโดยการดัดง้างน้ำหนัก เพื่อให้ขาข้างที่ได้ รับบาดเจ็บอยู่นิ่ง ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการ ปวดและบวมกระดูกต้นขาหัก⁴ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วย ที่มีกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วย ฟื้นตัวได้เร็วและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าหลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงล้มเลือดไปอุดตันที่ปอดได้มากกว่า⁵ และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก่อนการผ่าตัดนานจะส่งผล ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เกิดแผลกดทับและข้อติดแข็ง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว อาจส่งผลให้เกิด ความล่าช้า ในการผ่าตัด ทำให้จำนวนวันนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

จังหวัดกระบี่ เป็นเมืองท่องเที่ยวที่ติดอันดับโลก และประเทศ ที่มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเป็น จำนวนมาก ทำให้เกิดอุบัติเหตุทั้งจากการจราจรทางบกและ ทางน้ำได้ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลกระบี่มีสถิติเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บ ทางออร์โธปิดิกส์พบมากเป็นอันดับ 2 จากสถิติผู้ป่วยกระดูก และข้อเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาล กระบี่ ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 1,425

ราย 1,505 ราย และ 1,490 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จำนวน 109 ราย, 197 ราย, และ 154 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 89 ราย, 137 ราย และ 131 ราย ตามลำดับ⁶ พบมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน คือ อัตราการเกิดภาวะความดันต่ำจากการเสียเลือดหรือน้ำในร่างกาย (Hypovolemic shock) ภาวะไขมันหลุดลอยเข้าสู่หลอดเลือด ความล้มเหลวของแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก (Fail plate) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจต้องใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น หรือส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁷ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลภายหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 341 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจหนึ่งขององค์กรที่จะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ เป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม⁸ การจัดการความรู้เป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำเนิการร่วมกันโดยผู้ปฏิบัติงานในองค์กรหรือหน่วยงานย่อยขององค์กร เพื่อสร้างและใช้ประสบการณ์ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้ในตัวบุคคล ในการพัฒนาการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ดีขึ้นกว่าเดิม โดยมีเป้าหมายพัฒนางานและคน⁹ การจัดการความรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรที่มองการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญในตัวบุคคลถ่ายทอดออกมาไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) หลักสำคัญของโมเดล SECI Model คือ เกลียวความรู้ จะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการยกระดับความรู้ และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์โดย SECI Model ประกอบด้วย 4 ขั้น โดยเริ่มจากขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(Socialization) คือการจัดให้คนมาปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล หลังจากนั้นจะตามมาด้วยขั้นที่ 2 การสกัดความรู้ (Externalization) เป็นกระบวนการสื่อสารความรู้จากประสบการณ์ในการทำงานออกมาเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียนเก็บรวบรวมความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในขั้นตอนนี้ เมื่อการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) หรือความรู้ที่เข้ารหัส (Codified Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้โดยง่ายผ่านวิธีการด้านเทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศ ขั้นที่ 3 การรวบรวมความรู้ (Combination) เป็นกระบวนการผนวกรวมความรู้ชัดแจ้งเข้าด้วยกัน และขั้นที่ 4 การฝึกฝังความรู้ (Internalization) กระบวนการนี้เป็นการสังเคราะห์หรือหลวมรวมความรู้ที่ชัดแจ้งกับความรู้ที่ฝังลึกและยกระดับให้สูงขึ้น ลึกซึ้งขึ้น ซึ่งรูปแบบนี้สุดท้ายแล้วจะทำให้เกิดความรู้ใหม่

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จึงมีความสนใจในการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยใช้แนวความคิดการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาเคชิ¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลกระบี่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพบว่ายังไม่ชัดเจนของแนวทาง และคู่มือยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติตัวและการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบให้เกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ การพัฒนาารูปแบบดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้กระบวนการจัดการความรู้ที่ได้ดำเนินการจะช่วยให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามพันธกิจของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

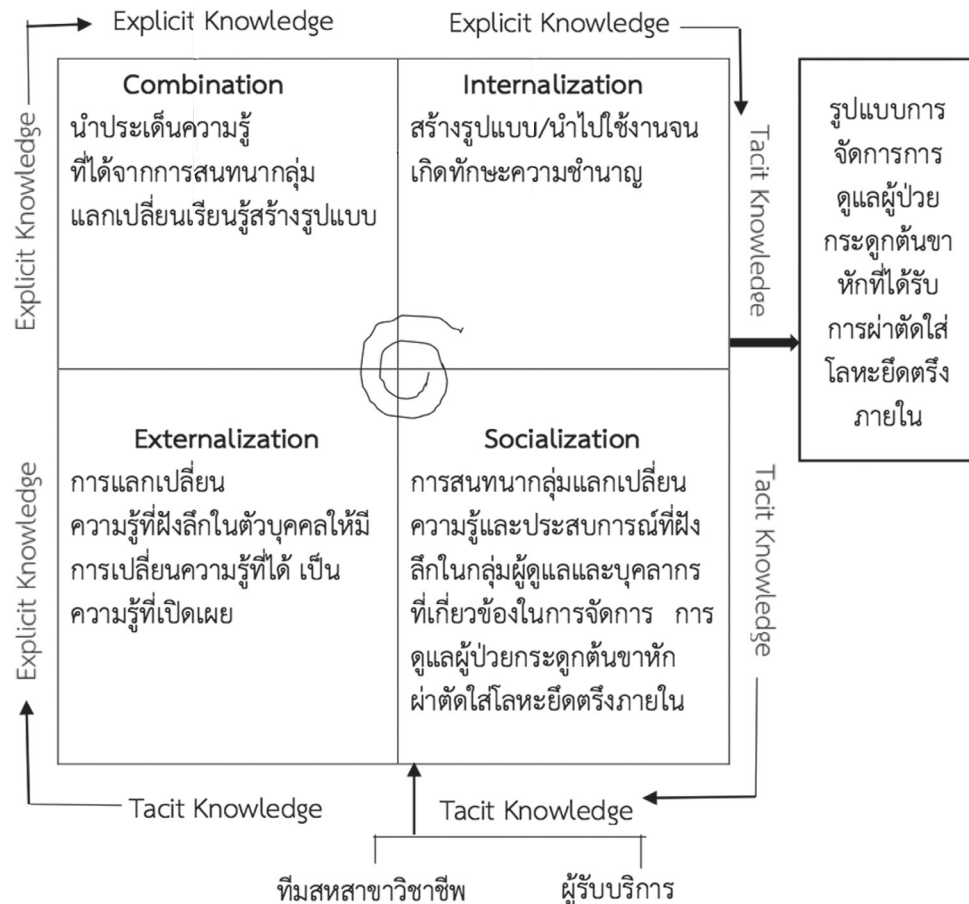
1. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 70

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระบี่

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) สำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 11 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกระบี่ และผู้รับบริการที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในจำนวน 5 คนที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระบี่ และ 2) สำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประเด็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ มีจำนวน 8 ข้อ ได้ตรวจสอบความตรงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ 1.00 3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ ได้ค่าดัชนีอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และ 4) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีจำนวน 15 ข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลกระบี่
2. สํารวจกลุ่มตัวอย่างทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการเพื่อเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย
4. การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยที่ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ และขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน และร้อยละ
2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
3. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หมายเลข NS 4/2563 วันที่ 18 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการทำงานหรือการรับบริการพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างถ้ามีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้การดูแลและช่วยเหลือโดยการส่งต่อพบแพทย์ทันที ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสภาพแรกรับ ประกอบด้วย การซักประวัติตามอักษรย่อ AMPLE และซักประวัติตามแบบแผนสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก โดยสามารถทำการซักประวัติพร้อมกับการตรวจร่างกาย ซึ่งตรวจตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าโดยใช้เทคนิค การดู การคลำ การขยับ และการวัด โดยใช้หลักการ Advanced Trauma Life Support (ATLS) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการเตรียมผ่าตัด

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด การเตรียมเอกสารยินยอมเพื่อทำการผ่าตัด นอกจากนี้ยังเตรียมความพร้อมจิตใจ

ระยะที่ 3 การดูแลหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินออกซิเจนในเลือด (SpO₂) เฝ้าระวังภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดดำ (Fat Embolism) และประเมินแผลผ่าตัด บันทึกรปริมาณเลือดออกในขวาระบายเลือด ภาวะความดันในช่องปิดของกล้ามเนื้อสูงขึ้น (Compartment Syndrome) และควรเฝ้าระวังภาวะการเกิดลิ่มเลือดดำอุดตัน (Venous Thrombo Embolism)

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูสภาพ-การวางแผนจำหน่าย
การฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ผิกรบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า การทำท่ากระดกปลายเท้าขึ้น-ลง (Ankle pumping exercise) ท่าการเหยียดขาขึ้นตรงเกร็งเข่าลง (Quadriceps exercise) เน้นการบริหารเพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ การฝึกหัดเดินด้วย เครื่องช่วยเดิน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วางแผน จำหน่ายโดยใช้ D-M-E-T-H-O-D พร้อมทั้งส่งข้อมูลการวางแผน จำหน่ายที่ต้องติดตามต่อเนื่องให้ศูนย์การดูแลต่อเนื่องผ่านกลุ่ม ไลน์ (LINE Group) หลังผ่าตัดวันแรก และส่งเอกสารข้อมูลการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ครบถ้วนแล้วให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ผ่านโปรแกรม COCKbi/info เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของ รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการ ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ จัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะ

ยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่ ประเมินความเหมาะสมโดย ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขา หักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 10 คน ประเมินความเหมาะสมโดย ใช้การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและ การประเมินผล¹¹ แบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 ขอบเขต และวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่ โลหะยึดตรึงภายใน โดยผู้เชี่ยวชาญตามรายหมวด (n = 5)

รายการประเมิน	ความเหมาะสมของรูปแบบ	
	ร้อยละ	แปลผล
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	86.66	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	86.66	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	87.14	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	85.71	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 5 การนำไปใช้	86.66	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	92.85	มีความเหมาะสม
รวม	87.42	มีความเหมาะสม

จากตารางที่ 1 พบว่า ร้อยละของคะแนนประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้น ขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยผู้เชี่ยวชาญ ตามรายหมวด จำแนกตามการประเมินความเหมาะสมเป็นราย หมวดทั้ง 6 หมวด โดยรวมรูปแบบมีความเหมาะสมคิดเป็น ร้อยละ 87.42 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความ เหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ โดยหมวดที่มีความเหมาะสม

มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระ ของบรรณาธิการ (ร้อยละ 92.85) รองลงมา คือ หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (ร้อยละ 87.14) และหมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 86.66), หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร้อยละ 86.66) และหมวดที่ 5 การนำไปใช้ (ร้อยละ 86.66)

ตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นรายหมวด (n = 10)

รายการประเมิน	ความเหมาะสมของรูปแบบ	
	ร้อยละ	แปลผล
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	93.80	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	93.57	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	93.92	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	92.85	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 5 การนำไปใช้	94.76	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	94.28	มีความเหมาะสม
ภาพรวม	94.00	มีความเหมาะสม

จากตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน การประเมินความเหมาะสมโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นรายหมวดทั้ง 6 หมวดในภาพรวมรูปแบบมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 94.00 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ โดยหมวดที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (ร้อยละ 94.76) รองลงมา คือ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (ร้อยละ 94.28) และหมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (ร้อยละ 93.92) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่

การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่ โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ ประกอบด้วย 1) ขั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) 2) ขั้นการสกัดความรู้ (Externalization) 3) ขั้นการรวบรวมความรู้ (Combination) และ 4) ขั้นการฝังความรู้ (Internalization) ซึ่งการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โดยตรงของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละคนนำความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ประสบการณ์

ที่ดี (Best Practice) ของแต่ละบุคคลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรที่มุ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในตัวบุคคลถ่ายทอดออกมาไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในอยู่ระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 36.36 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 36.36 และกลุ่มผู้รับบริการที่ดูแลผู้ป่วยมาสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วนำประเด็นความรู้มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่พบว่าการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการความรู้ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้มีการพัฒนาด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และได้กระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ มองการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในตัวบุคคลถ่ายทอดออกมาไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ซึ่ง SECI Model เป็นเกลียว ความรู้จะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการรวบรวมความรู้ (Combination) เป็นกระบวนการผนวกรวมความรู้ชัดแจ้ง เข้าด้วยกันได้ประเด็นความรู้ใหม่ (New Knowledge) ที่เป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบการจัดการ

การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสภาพแรกพบ พบประเด็นสำคัญในการประเมินสภาพแรกพบของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก เมื่อผู้ป่วยมาถึงควรได้รับการประเมิน (Primary survey) โดยใช้หลักการ Advanced Trauma Life Support (ATLS) ตามหลัก ABCDE เพื่อรับการช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วนและช่วยชีวิตผู้ป่วยทันที¹³ โดยประเมินสัญญาณชีพแรกพบได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร และประเมินค่าออกซิเจนในเลือด จากนั้นเป็นการซักประวัติตามอักษรย่อ AMPLE ได้แก่ A : Allergies ประวัติการแพ้ยาและการแพ้อาหาร, M : Medication ประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้เป็นประจำ, P : Past illness/ Pregnancy ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การได้รับวัคซีน และการตั้งครรภ์, L: Last meal ประวัติการรับประทานอาหารและดื่มน้ำครั้งสุดท้ายเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ครอบคลุม ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ว่า “การซักประวัติตามอักษรย่อ AMPLE โดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุ สามารถได้ข้อมูลที่ชัดเจนกระชับ โดยเฉพาะ E : Event /Environment จะช่วยบอกที่เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น ถ้าเกิดอุบัติเหตุตกลงไปในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพงหญ้า/น้ำคร่ำข้างถนน ควรให้ยาปฏิชีวนะ และวางแผนการรักษาแบบกระดูกต้นขาหักแบบเปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระดูกตามมาภายหลังได้

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พบประเด็นสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด การเตรียมเอกสารยินยอมเพื่อทำการผ่าตัด นอกจากนี้ยังเตรียมความพร้อมจิตใจโดยให้ข้อมูลเบื้องต้นของการทำผ่าตัด ส่งเอกสารใบเตรียมผ่าตัดก่อนเวลา 14.00 น. ในรายที่วางแผนการผ่าตัดล่วงหน้า (Elective case) เพื่อให้วิสัญญีเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังตัวอย่างข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “กรณีที่เป็น Elective case ให้ส่งเอกสารการ Set OR ก่อนเวลา 14.00 น. เพื่อวิสัญญีได้เตรียมเยี่ยมก่อนผ่าตัด” สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ พบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกก่อนได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับพยาบาลที่ให้การดูแลในระยะผ่าตัดและเกิดความมั่นใจในการช่วยเหลือจาก

พยาบาลในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด และได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด นอกจากนี้ก่อนผ่าตัด นอกจากการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ควรสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการประเมินความปวด

ระยะที่ 3 การดูแลระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบประเด็นสำคัญในการดูแลระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินออกซิเจนในเลือด (SpO2) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ พบว่า ภาวะไขมันหลุดลอยเข้าสู่ หลอดเลือดดำพบได้ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ระดับออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว โดยหลังผ่าตัดควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนสังเกตอาการและติด Monitor สัญญาณชีพ และออกซิเจนในเลือด (Spo2) ใน 24 ชั่วโมงแรก จัดทำนอนผู้ป่วยโดยการวางขาสูง และประคบเย็น เพื่อช่วยลดอาการปวดบวม และสอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ พบว่าการวางขาสูง 18 เซนติเมตรร่วมกับการทำ Ankle pumping ช่วยให้อาการปวดลดลง นอกจากนี้การดูแลระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดควรเฝ้าระวัง ภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดดำ (Fat Embolism) และประเมินแผลผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด บันทึกปริมาณเลือดออกในขวดระบายเลือดถ้าออกมากกว่า 200 ซีซีใน 1 ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ทันที¹⁷ ภาวะความดันในช่องปิดของกล้ามเนื้อสูงขึ้น (Compartment Syndrome)¹⁸ และควรเฝ้าระวังภาวะการเกิดลิ่มเลือดดำอุดตัน (Venous Thrombo Embolism)⁴

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย พบประเด็นสำคัญในการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในสามารถฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อหลังการผ่าตัดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันกับครอบครัวได้ โดยการฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ผิวกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า การฝึกหัดเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน พยาบาลต้องประเมินและสอนสาธิตเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเดินด้วยเครื่องช่วยเดินได้¹⁹ กล่าวว่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เน้นการฝึกกล้ามเนื้อ การทำท่ากระดูกปลายเท้าขึ้น-ลง

(Ankle pumping exercise) ทำการเหยียดขาขึ้นตรง
เกร็งเข่าลง (Quadriceps exercise) เน้นการบริหารเพื่อเพิ่ม
กำลังของกล้ามเนื้อ โดยปกติผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพอย่าง
สมบูรณ์ต้องใช้ ระยะเวลาโดยประมาณ 6 เดือน นอกจากนั้นก่อน
ที่จะจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลต้องมีการวางแผน
จำหน่ายโดยใช้ D-M-E-T-H-O-D โดยการให้ความรู้เรื่องการดูแล
ตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการ
ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในจำเป็นต้องมีการเรียนรู้การฟื้นฟู
สภาพ กล้ามเนื้อหลังการผ่าตัด การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว
ร่างกาย และการใช้อุปกรณ์ในการช่วยฝึกเดิน เพื่อฝึก
ให้ผู้ป่วย มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติหรือดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²⁰ พบว่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ไม่
เพียงพอหรือเหมาะสม พบร้อยละ 72 ที่ผู้ป่วยมีท่าเดินผิดปกติ
จากความพิการของข้อเท้าและอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
และร้อยละ 25 ที่ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกติดเชื้อหรือกระดูกไม่ติด
ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย ควรเริ่มวางแผน
จำหน่ายตั้งแต่แรกรับและบันทึกข้อมูลที่วางแผนจำหน่ายแล้ว
ในเอกสาร พร้อมทั้งส่งข้อมูลการวางแผนจำหน่ายที่ต้องติดตาม
ต่อเนื่อง ให้ศูนย์การดูแลต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ (LINE Group)
หลังผ่าตัดวันแรกและส่งเอกสารข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง
ที่บันทึกครบถ้วนแล้วให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ผ่านโปรแกรม
COCKbi/info เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว

2.2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ จัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะ ยึดตรึงภายใน

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง
ภายใน ซึ่งประเมินความเหมาะสมตามแนวทางการประเมิน
คุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล¹¹
มีการประเมิน 6 หมวด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 ขอบเขตและ
วัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม
ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement)
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (Rigour of
Development) หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ
(Clarity of Presentation) หมวดที่ 5 การนำไปใช้
(Applicability) และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ
(Editorial Assessment) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูก
ต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประเมิน

ความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ในภาพรวม พบว่ารูปแบบ
มีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 87.42 และผลการประเมิน
ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขา
หักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยพยาบาลวิชาชีพ
ในภาพรวม พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 94.00
ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสม
สามารถนำไปใช้ได้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ SECI model
ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
กระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²¹ การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง
เจนเนอร์ชั่นวัยพยาบาลที่จบใหม่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
พบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้
และประเมินความเหมาะสมโดยใช้ AGREE มีความเหมาะสม
สามารถนำไปใช้ได้ ลักษณะ ผ่องพุทธ²¹ ศึกษาการพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวทางการจัดการความรู้
พบว่าผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปใช้
กับบริบทโรงพยาบาลนภลัย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง
0.81-0.90 และการศึกษา^{22,23} ได้พัฒนารูปแบบการจัดการบริการ
แบบบูรณาการร่วมกับเครือข่ายโดยใช้นวัตกรรมในระบบ
สุขภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลร่วมกับ
เครือข่ายในระยะแรกมีความเหมาะสมเป็นไปได้ ดังนั้นรูปแบบ
การจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะ
ยึดตรึงภายใน โดยใช้การจัดการความรู้ โรงพยาบาลกระบี่
ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก
ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. นำรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูก
ต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เสนอผลต่อ
ที่ประชุมผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เพื่อปรับปรุงการบริการ
ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
และกำหนดนโยบายของการบริการผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้
รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และเตรียมความพร้อม
สำหรับการประชุมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับรู้เพื่อการนำ

รูปแบบการปฏิบัติการปฏิบัติ

2. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้ แต่ต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้
2. ควรมีการศึกษามูลค่าของการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่พัฒนาขึ้น และศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อไป
3. ควรพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้

References

1. Jason A.L. Femur Shaft Fractures (Broken Thighbone). American Academy of Orthopaedic Surgeons. Illinois; 2018.
2. Reynolds A. The Fracture Femur. Radiologic Technology J. 2013;84:273-91.
3. Limpapayom N. General principle of injury to bones and joints. In Sutthiphorn Jit Mittraphap S, Navicharoen P, editors. Textbook of Surgery. 13th ed. Bangkok: Pailin Book; 2015. p. 409-29. (in Thai)
4. Satyawiwat W. Textbook of Orthopedic Nursing. 7th ed. Bangkok: NP Press; 2010. (in Thai)
5. Byrne JP, Nathens AB, Gomez D, Pincus D, Jenkinson RJ. Timing of femoral shaft fracture fixation following major trauma: A retrospective cohort study of United States trauma centers. PLoS Med J. 2017;14:7.
6. Krabi Hospital. Statistics of Orthopedic patient in the year 2016, 2017, 2018. Krabi: Krabi Hospital; 2018. (in Thai)
7. Ziegler P, Schlemer D, Flesch I, Bahrs S, Stoeckle U, Werner S, Bahrs C. Quality of life and clinical-radiological long-term results after implant-associated infections in patients with ankle fracture: a retrospective matched-pair study. Orthop Surg J. 2017;12:114.
8. Unob P, Wisetsilpanon P. Knowledge management to a happy organization. Bangkok: P.A.Living; 2012. (in Thai)
9. Panich V. 21st Century Skills. Bangkok: Sodsri-Saritwong Foundation; 2012. (in Thai)
10. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University ; 1995.
11. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; (AGREE II). Canada: Canadian Institutes of Health Research; 2017.
12. Namkang K. The Development of the Knowledge Providing Manual for Patients prior to Respiratory System Investigation Through Knowledge Management. (Thesis). Bangkok: Christian University of Thailand; 2012. (in Thai)
13. Flynn S, Pugh H, Jester R. Clinical assessment in trauma and orthopaedic nursing. Orthop Trauma Nurs J. 2015;19:162-69.
14. Arunyavas D, Tribuddharat S, Sathitkarnmanee T, Palachewa K. The Effect of Systematic Anesthetic Informed Consent on Anxiety Level in Patients Undergoing General Anesthesia. Thai J Anesthesiology. 2012;38: 102-8. (in Thai)
15. Shareef K. AL., Asadullah M., Helal M. Fat Embolism Syndrome Due to Fracture Right Femur: A Case Report. The Egyptian Hospital Medicine J. 2017;68:55-62.

16. Jindapong N, Wongchaya S, Temkhiao S. Reduction of swelling in patients after ankle pumping of internal femur fixation surgery compared leg placement between 18 cm and 9 cm. nursing group Phrae Hospita. 2014. (in Thai)
17. Nakorn M. Nursing care of fracture femur with open reduction and internal fixation. 3rded. Chiang Mai: Faculty of Nursing; 2011. (in Thai)
18. Chaiwanichsiri D, Kitisomprayoonkul W. Rehabilitation. 3rded. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
19. Tay WH, de Steiger R, Richardson M, Gruen R, Balogh ZJ. Health outcomes of delayed union and nonunion of femoral and tibial shaft fractures. Injury J. 2014; 45:1653-58.
20. Wankaew B. The Development of a Nurse Preceptor Model for New Graduate Generation Y Nurses at Vajira Hostpital. (Thesis). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2017. (in Thai)
21. Pongput L. The Development of a Care Management Model for Stroke Patients at Napali Hostpital Based on Knowledge Management. (Thesis). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2007. (in Thai)
22. Maillet, L et al. Integrated Care Pathways and Networks: Implementing Governance Innovations in Quebec's Health and Social Services System. International Journal of Integrated Care. 2019;19:1-8.