

ความคาดหวังในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มารับการรักษา โรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Expectations of Osteoarthritis patients underwent Total Knee Arthroplasty Surgery

รังสิมา เกียรติยุทธชาติ^{1*}, พิมพ์รัตน์ ชาญปรีชญานันท์¹, ธนพล จันทระพร¹ และ ชลภัสสรณ์ เอื้ออนิกกานนท์²

Rungsima Kiatyuttachai^{1*}, Pimrutt Chanpreechaya¹, Thanaphon Chantharaphon¹ and Cholpatsorn Euathanikannon²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยในกระบวนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty :TKA) ผู้ร่วมให้ข้อมูลคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าความเสื่อมระดับรุนแรง Level 4 และต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : Total Knee Arthroplasty และมีประสบการณ์มาใช้บริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูก ตั้งแต่เข้ารับบริการ พบแพทย์ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดและมาพบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัด 2 สัปดาห์ ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 8 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กระบวนการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi- Structured interview) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังในกระบวนการเข้ารับบริการทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) ความคาดหวังด้านบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผู้ป่วยคาดหวังให้แพทย์และบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษา กับผู้ป่วย ต้องการรักษากับแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และคาดหวังการได้รับบริการที่ดีผ่านทางพฤติกรรม วาจา กิริยาท่าทางที่เหมาะสม 2) การเตรียมตัวผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม ที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้วันรับการผ่าตัดที่รวดเร็วและแน่นอน รวมไปถึงการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่ครบถ้วนถูกต้อง 3) การดูแลช่วยเหลือและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องการรับฟังข้อมูลและวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน 4) ผลลัพธ์ทางการรักษา คือ การหายจากโรคและไม่มีผลข้างเคียงหลังการผ่าตัด ตลอดจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : ประสบการณ์ของผู้ป่วย, ความคาดหวังของผู้ป่วย, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

^{1*} งานพัฒนาคุณภาพงาน ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² งานวิเคราะห์และจัดการฐานข้อมูลคุณภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

^{1*} Quality Development Section, Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² Quality and Knowledge Development Division Phyathai – Paolo Hospital Group

* Corresponding Author: rungsima.kia@mahidol.ac.th

Abstract

The purpose of Qualitative Research was to study regarding the expectation of patients in the patient's care system in Total Knee Arthroplasty health care process. The participants of this study were patients who were diagnosed to be osteoarthritis with Level 4 severity who required treatment with Total Knee Arthroplasty Surgery (TKA). The participants had experienced at the orthopedics outpatient in all care process until the post-operative 2-week appointment. There were eight patients in this group of study. In the data collecting process, the researcher uses methods of Purposive sampling, Semi- Structured interview, and Thematic analysis.

From the research, patience expectation in health care process in 4 aspects; (1) Good Relationship and service minded Medical staff, (2) Comprehensive information and Definite timeline in Pre-operation process, (3) Discharge Planning Information in Post-operative care, (4) Good surgical results, no complication and return to normal life. This article contains expectations of patients who had negative experiences with the patient care process which could lead to improvement in the future.

Keywords: Experience, Expectation, Total Knee Arthroplasty

หลักการและเหตุผล

รัฐบาลกำหนดให้สังคมสูงอายุในประเทศไทย เป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากภายในปี พ.ศ.2564 จะมี ผู้สูงอายุในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ที่จะส่งผลกระทบต่อประเทศทั้งด้านการเติบโตของเศรษฐกิจ จำนวนแรงงานที่ลดลง รายได้ประชาทาน้อยลง งบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้น รวมไปถึงปัญหาเฉพาะบุคคลที่ตามมา คือ ความเสื่อมโทรมทางร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ (จิราภรณ์ ภาระเกตุ, 2562) โรคที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคสมองเสื่อม เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส], 2562)

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่

ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากกว่า 6 ล้านคน ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปพบได้ถึงร้อยละ 50 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากน้ำหนักตัวที่มาก การใช้เข่ามาก อาจใช้นานกว่าปกติ หรือใช้ผิดท่า (วิโรจน์ กวินวงศ์, 2556) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านเศรษฐกิจ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และความสูญเสียที่เกิดจากความสามารถในการทำงานที่ลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ (2) ด้านสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสถาบันครอบครัว เป็นผลกระทบมาจากด้านเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัวหรือมีความจำเป็นต้องเป็นหนี้สินเพื่อนำมาใช้ในการรักษา และหากไม่สามารถชำระหนี้ได้อาจนำไปสู่ปัญหาครอบครัวได้ และเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าสังคมที่ลดลงอันเป็นผลจากข้อเสื่อม โดยเฉพาะกรณีที่ข้อเสื่อม

รุนแรง (3) ด้านจิตใจ ข้อเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือดำรงชีวิตได้เช่นเดิม ทำให้เปลี่ยนแปลงจากที่พึ่งตนเองเป็นต้องพึ่งผู้อื่น สภาพจิตใจจะเสื่อมถอย เกิดภาวะซึมเศร้าและท้อแท้ (วินัย ศิริชาติวาปี, 2546)

ปัจจุบันการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมของแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดศัลยกรรมรักษาผู้ป่วยด้วยการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty :TKA) ทำให้ความต้องการใช้ข้อเข่าเทียมในประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ.2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อเข่าเทียมจำนวนมากถึง 16,600 ราย (สุขเกษม วัชรมัยสกุล และคณะ, 2561) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นองค์กรชั้นนำระดับประเทศที่ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่าสี่หมื่นรายในทุก ๆ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 และเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 769 ราย 761 ราย และ 779 รายตามลำดับ (Ramathibodi Hospital Information System, 2019) มีการศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุพบว่ามีความคาดหวังว่า“การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะเพิ่มความสามารถในการเดินในระยะสั้น” “มีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น”และ“การยังคงถูกจ้างงานและได้รับเงินชดเชย” (สุทธิวรรณ เชวงเกียรติกุล และคณะ, 2562). ซึ่งการพัฒนาส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การค้นหาสิ่งที่จับต้องได้ เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาเทคนิควิธีการผ่าตัด การเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่การศึกษาวิจัยสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยหรือความคาดหวังทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพยังมีน้อยมาก การวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการรับฟังเสียงของผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนา

คุณภาพการรักษา การจัดระบบการดูแลสุขภาพที่ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม อันเป็นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ระเบียบวิธีวิจัย Phenomenology โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์แบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์นำเข้า คือข้อมูลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าความเสื่อมระดับรุนแรง Level 4 ตามเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคด้วยระบบขั้นเคแอล; Kellgren-Lawrence radiographic grading scale (Kellgren & Lawrence, 1957) ผู้ป่วยมีอาการของข้อเข่าเสื่อมรุนแรงขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจากข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของข้อเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงเป็นการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูการทำงานของข้อเข่า ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุรรัตน์ กุลสุทธิ และคณะ, 2560) และต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและยินยอมให้สัมภาษณ์ บันทึกเทป ประสพการณ์การรับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูก มีข้อมูลสมบูรณ์ในทุกตัวแปรคือ อายุ เพศ ประเภทผู้ป่วย กระบวนการให้บริการในทุกขั้นตอน (Process Flow : Entry to Discharge) กำหนดให้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และติดตามขั้นตอนการมารับบริการ สำหรับเกณฑ์คัดออกเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เป็นบุคลากรในงานพัฒนาคุณภาพงาน ซึ่งได้รับการฝึกให้สามารถ

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที กำหนดให้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มที่นัดพบแพทย์หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ (กำหนดให้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และติดตามขั้นตอนการมารับบริการ) ไปจนพบว่าข้อมูลที่ได้นั้นเริ่มซ้ำหรือไม่มีความแตกต่างกัน (data saturation) กำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าความเสื่อมระดับรุนแรง Level 4 และต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก

2. ผู้ป่วยที่นัดพบแพทย์หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีประสบการณ์มาใช้บริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกตั้งแต่เข้ารับบริการ พบแพทย์ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดและมาพบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัด 2 สัปดาห์

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยตรงกับผู้วิจัยได้อย่างดี

4. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบการขอความช่วยเหลือ และคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อคำถามการสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi- Structured interview) ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้แนวคำถาม (รายการหัวข้อและคำถามที่นักวิจัยสร้างขึ้นและจัดลำดับไว้ : Interview Guide) ที่เตรียมมา เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ให้ทีมผู้วิจัยโดยใช้พื้นฐานแนวคิดของกระบวนการมารับบริการ และทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพซึ่งคำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Berntsen et al., 2022) ค้นหาความคาดหวังจากประสบการณ์ของผู้ป่วย กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย โดยไม่กำหนดจำนวนคำถามย่อย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึก และครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ข้อคำถาม	คำถามเจาะลึก
1. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องมาโรงพยาบาล	อะไรทำให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น
2. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อรู้ว่าต้องทำผ่าตัด	อะไรทำให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น
3. อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจผ่าตัด	อะไรทำให้ท่านตัดสินใจอย่างนั้น
4. ท่านมีความกังวลอะไรบ้างเกี่ยวกับการผ่าตัด	อะไรทำให้ท่านรู้สึกกังวล
5. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	อะไรทำให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น

ผู้สัมภาษณ์

งานวิจัยครั้งนี้มีผู้สัมภาษณ์จำนวน 3 คน ตำแหน่งนักวิชาการคุณภาพ 2 คนและนักบริหารความเสี่ยง 1 คน สังกัดศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ด้านการพัฒนาศูนย์การแพทย์และการบริหาร

ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผ่านการอบรมการสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้รับการอบรมถึงระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการสัมภาษณ์ การถอดเทป การหาคำสำคัญเพื่อจัดกลุ่ม/ประเภทของข้อมูล ก่อนการลงสัมภาษณ์เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 1 มิถุนายน 2561 - วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 โดยใช้ข้อคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำบันทึกขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว เลขที่ ID ๐๒-๖๑-๘๐ ทำบันทึกเสนอผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2. การรวบรวมข้อมูลจะใช้วิธีการสัมภาษณ์และบันทึกเทป ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 40 นาทีต่อการสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์ในสถานที่ส่วนตัว ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและไม่มีผลกระทบต่อตัวเอง

3. ติดต่อประสานงานผู้ที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการและทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมที่สมัครใจ

4. ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และการบันทึกเทป พร้อมทั้งบันทึกแบบยินยอมการเข้าร่วมโครงการ

5. สัมภาษณ์ข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 20-40 นาทีต่อคน โดยสร้างความเป็นกันเอง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์สามารถใช้คำพูดของตัวเองได้อย่างอิสระ

6. ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 ราย ตามโครงสร้างแนวคำถามที่ได้จัดเตรียมไว้ โดยจะสิ้นสุดการสอบถามเมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้เริ่มซ้ำ (data saturation) หรือมีความนิ่ง ไม่มีความแตกต่างกัน และในระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการบันทึกลักษณะท่าทาง น้ำเสียง และอารมณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการอ้างอิง

7. นำเทปที่บันทึกไว้มาถอดเทปคำต่อคำ ประกอบกับการระบุข้อมูลลักษณะท่าทาง น้ำเสียง และอารมณ์ ที่บันทึกไว้ระหว่างการสัมภาษณ์ในข้อคำถามแต่ละข้อเพื่อนำมาประกอบการพิจารณา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยกำหนดหัวข้อและตั้งชื่อชุดรูปแบบและการสร้างรายงาน (Braun & Clarke, 2006) การวิเคราะห์ข้อมูลมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน คือ 1.ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (familiarization) 2. จับประเด็นสำคัญและให้รหัส (coding) 3. จัดหมวดหมู่หัวข้อย่อยหรือการกำหนดแก่นสาระ (searching for themes) 4. ตีความและดูความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญ (Interpret) 5. สร้างข้อสรุปจากชุดข้อมูลที่ได้เพื่อกำหนดชื่อแก่นสาระ (defining and naming themes) และ 6. การจัดทำรายงาน (producing the report) จากนั้นร่วมกับทีมที่ทำการศึกษา ทบทวนเพื่อสรุปและยอมรับในประเด็นหลัก (theme)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าความเสื่อมระดับรุนแรง Level 4 และต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อให้ทราบความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อกระบวนการเข้ารับบริการ และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วยในครั้งต่อไป คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง โดยผู้สัมภาษณ์จะแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และบันทึกเทป กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-40 นาที ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 8 ราย ใช้เวลา

สัมภาษณ์น้อยที่สุด 15.34 นาที และมากที่สุด 38.00 นาที สถานที่สัมภาษณ์เป็นห้องสัมภาษณ์ที่ทางผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามอย่างอิสระ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวน 8 ราย เป็นเพศหญิง ทั้งหมดมีอายุระหว่าง 57 – 78 ปี รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 2

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ในปัจจุบันการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการให้บริการกับผู้ป่วยยังมีประเด็นในด้านระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) ที่สัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวนน้อย และเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเจาะจง ยังมีความเข้าใจที่อาจ

คลาดเคลื่อน ในการอ้างอิงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นได้ (Harper & Kuh, 2007; Polit & Beck, 2010) การออกแบบจึงออกแบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพจริงมากที่สุด (Bogdan & Biklen, 1992; Lichtman, 2013; Mertler, 2014; Taylor & Bogdan, 1998) และต้องพิจารณาถึงภาพรวม (holistic) ของกลุ่มที่กำลังศึกษาและศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย รวมทั้งต้องออกแบบกระบวนการวิจัยให้มีความยืดหยุ่น (Podhisita, 2009) ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ นักวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลเชิงลึก มีรายละเอียดและอธิบายได้ (Lichtman, 2013)

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย	อายุ (ปี)	อาชีพ	ระยะเวลาที่รอการผ่าตัด หลังการวินิจฉัย (เดือน)	ภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (ผู้ป่วย)	56	ทำสวน	4 เดือน	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 (ผู้ป่วย)	72	ทำสวน	3 เดือน	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 (ผู้ป่วย)	56	ทำสวน	1.5 ปี	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (ผู้ป่วย)	73	ค้าขาย	1 เดือน	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 (ผู้ป่วย)	72	แม่บ้าน	3 เดือน	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 (ผู้ป่วย)	73	พยาบาล	9 เดือน	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 (ผู้ป่วย)	67	แม่บ้าน	3 เดือน	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 (ผู้ป่วย)	78	แม่บ้าน	2 เดือน	ไม่มี

ผลจากการสัมภาษณ์เพื่อการค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นและแบ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ป่วยได้ดัง รูปที่ 1



รูปที่ 1 ความคาดหวังของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลจากการศึกษาทำให้ทราบถึงความคาดหวังในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความคาดหวังด้านบุคลากรทาง

การแพทย์ (เก่ง ดี มีกัลยาณมิตร)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 8 ราย พบว่า ความคาดหวังด้านบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกออกเป็น 3 มุมมอง ได้แก่

1.1 การแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ดีของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย ในมิตินี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังมีความรู้สึกเชิงลบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับมา ความคาดหวังของผู้เข้าร่วมการวิจัย คืออยากให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ ให้ความสำคัญของการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดของการเจ็บป่วย ผ่านการให้เวลาในการพูดคุย ปรีกษา ตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...รู้ว่าหมอมีคนไข้เยอะ ไม่อยากมานั่งถามเรื่องการปฏิบัติตัว...”

แสดงให้เห็นว่าแพทย์ไม่มีเวลาในการรักษามากพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ตลอดจนการแนะนำแนวทางในการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยหรือญาติให้เข้าใจและอยู่กับสภาวะของโรคที่ยังคงดำเนินอยู่ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...ไม่กลัวเพราะหมอเขาไปดูตอนเช้า หมอเขาก็บอก คุณบ้ำแข็งแรง...” แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูล ให้กำลังใจผู้ป่วย อยากรู้ให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจตนเองมากกว่าการเห็นใจ สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการ คือ การได้รับกำลังใจจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ชี้ให้เห็นถึงว่าตนยังคงมีศักยภาพในการคงอยู่กับโรคได้ เพราะช่วยให้คลายกังวลจากสภาวะที่เป็นอยู่ได้ ซึ่งตรงกับทฤษฎีทางการพยาบาลของออร์แลนโด (Orlando, 1990) อธิบายถึงการติดต่อสื่อสารหรือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการและยังได้รวมถึงพฤติกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาขึ้นและแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุของความยุ่งยากในชีวิต

ประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมของบุคลากรในสถานพยาบาลที่แสดงออกขณะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจึงมีความหมายต่อผู้ป่วยมาก และเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

1.2 การแสดงออกถึงความเชี่ยวชาญ หรือการรับรู้ถึงความสามารถของบุคลากร ในมิตินี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้สึกเชิงบวกจากประสบการณ์ที่เคยได้รับมา แต่ก็มีคามคาดหวังว่าหากทีมสามารถสร้างการรับรู้ถึงความเชี่ยวชาญ/ความสามารถของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปราศจากข้อกังขา หรือข้อโต้แย้งใด ๆ จะช่วยให้ตนมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถพูด บอกต่อ หรือแนะนำได้อย่างเต็มที่ ลดภาวะทางความคิดที่ขัดแย้งในตนเอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...เขาก็แนะนำมา บอกเนี่ยเดี๋ยวมาผ่ากับอาจารย์... เหมือนกัน เก่ง...” และ “...ก็ยังไม่รู้ แต่ก็คงไม่เป็นไร เพราะหมอท่านก็เก่งอะเนอะ...” ซึ่งสอดคล้องกับสภารับรองคุณภาพสถานพยาบาลแคนาดา (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 1999) ที่กล่าวว่า ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการมีความเหมาะสมกับภาระหน้าที่และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอ กล่าวคือ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะที่ดีและเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะเป็สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

1.3 พฤติกรรมการบริการ ในมิตินี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้สึกเชิงบวกในส่วนของการสื่อสารภายใต้ประสบการณ์ที่เคยได้รับมา ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...แต่วันนั้นหมอคุณหมอชื่ออะไรไม่ทราบ ผู้หญิงอะเนอะเขาเข้าไปตรวจเสร็จ เขาบอกเป็นเอดส์หรือเปล่า เอ้อหมอพูดได้ไง...” ความคาดหวังของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ อยากได้รับการบริการที่แสดงออกกับผู้รับบริการเป็นไปในรูปแบบของการยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ให้ความสำคัญทั้งภาษาทางกาย วาจา และใจ การมองผู้ป่วยเสมือนคนในครอบครัวเดียวกัน แสดงถึงความเมตตา ความเอื้ออาทร ลดการใช้อารมณ์

ความรู้สึก การสร้างการรับรู้ถึงความปลอดภัย ตลอดจนการสื่อสารการให้ข้อมูลต่าง ๆ ขอให้เป็นการสื่อสารเชิงบวก ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งสอดคล้องกับ เบิร์คเฮด (Birkhead, 1989) อธิบายว่า การสร้างความรู้สึกรอบในขณะติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด ควรใช้น้ำเสียง สายตา ท่าทาง การสัมผัสที่นุ่มนวล สุภาพเป็นกันเอง แสดงถึงความเมตตา เอื้ออาทร ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการตามที่ให้ข้อมูล ส่วนเรื่องจิตบริการ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเชิงบวก แต่ก็อยากให้มีการพัฒนาการบริการให้เสมือนการบริการของโรงพยาบาลเอกชนในมุมมองของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกในที่ต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...มีอะไรเขาก็จะบริการให้ทั้งนั้น พอเราเรียกเขาก็จะมา...” และ “...ซึ่งต้องเข้าใจอะว่ามันเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล ไม่มีเจ้าหน้าที่พาไปแผนกต่าง ๆ...” ซึ่งสอดคล้องกับ คุณลักษณะของคุณภาพบริการสุขภาพ 7 ประการโดยยึดหลัก SERVICE ในด้าน C = Courtesy คือ กิริยาอาการอ่อนโยน สุภาพและมีมารยาทดี อ่อนน้อม ถ่อมตน และ E = Enthusiasm คือ มีความกระฉับกระเฉงและกระตือรือร้นขณะบริการ จะให้บริการมากกว่าที่คาดหวังเสมอ (Dickens, 1994)

2. การเตรียมตัวผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม (รวดเร็วและเข้าใจ)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า การเตรียมตัวผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม จำแนกออกเป็น 2 มุมมอง คือ

2.1 แผนการผ่าตัดที่แน่นอนและรวดเร็ว ในมิตินี้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้คิวการผ่าตัดที่แน่นอนและรวดเร็วมากที่สุด เพราะความต้องการสูงสุดของผู้ป่วย คือการหายจากอาการป่วยได้เร็วและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เสมือนตอนก่อนป่วย ไม่ต้องการให้อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทวีความรุนแรง การอยู่กับอาการปวดที่ทรมานตามระยะเวลาจนอาจจะเป็นภาระของคนในครอบครัว ตลอดจนคุณภาพชีวิตหรืออิสระของการใช้ชีวิตที่ลดลง ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...มันก็ไม่นานมากนะ ก็ทนไหวอะ ก็กินยาไป

เรื่อย ๆ...” และ “...ความมันไม่ได้ไม่รู้ต้องทำยังไงในขณะเออ ปวดก็ต้องทน...” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องอดทนกับอาการเจ็บป่วยเพราะต้องรอคิวในการผ่าตัด ซึ่งหากได้ทราบแผนการผ่าตัดที่แน่นอนและรวดเร็ว จะได้วางแผนในการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ชีวิตในระยะพักฟื้นหลังเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพการบริการสุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในด้าน timely คือ ระยะเวลาการรอคอย มีความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้แก่ผู้ใช้บริการได้ทันทั่วถึง ลดความล่าช้าที่อาจก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และ people-centred คือ การบริการที่จัดให้เหมาะสมสอดคล้อง ตรงตามความต้องการ ความจำเป็น และค่านิยมที่แตกต่างกันของผู้ป่วย (World Health Organization [WHO], 2020)

2.2 การได้รับข้อมูลครบถ้วน ในมิตินี้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด-ระหว่างผ่าตัด-หลังผ่าตัด เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงขั้นตอนวิธีการรักษา ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระดับความเจ็บปวด การดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน อะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ และที่สำคัญผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิตปกติเมื่อใด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Kiyohara et al., 2004) โดยการให้ข้อมูลทั้งหมดต้องอยู่ในสถานะที่เหมาะสม และผู้ป่วยต้องพร้อมที่จะรับข้อมูล (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทานอง, 2557) ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...เราก็จะจำไม่ได้ว่าคุณหมอพูดมัย เขาอาจจะพูดนะ ตอนนั้นตื่นตื่นใจ...” นอกจากนี้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถที่จะดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...ภาพรวม

เนี่ย คือ ถ้าเรารู้กระบวนการทั้งหมด มันดี ก็โอเค...” ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูสภาพ และกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Ali, 1993; Stergiopoulou & Vlachos, 2010; Walker, 2007)

3. การดูแลช่วยเหลือและการดูแลตนเอง (สอนบริหาร อยู่บ้านสบายใจ)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า การดูแลช่วยเหลือและการดูแลตนเอง จำแนกออกเป็น 2 มุมมอง คือ

3.1 บริการที่ต้องการหลังการผ่าตัด ในมิตินี้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลหลังการผ่าตัดเมื่อต้องกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เนื่องจากมีความกังวลเรื่องวิธีการดูแลโดยเฉพาะเมื่อต้องกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน หากผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมใดทำได้ กิจกรรมใดทำไม่ได้ ข้อห้ามทำ อาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ตลอดจนเบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีคำถาม หรือเกิดปัญหาที่ต้องการคำตอบทั้งในกรณีเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน

3.2 การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ในมิตินี้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ตลอดจนได้รับการสอนการบริหารเพื่อฟื้นฟูร่างกายจากพยาบาลก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวล ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...ที่เขาเริ่มมีสอน exercise เนี่ยดี...” ซึ่งตรงกับ แฟเกอร์สตรอม และคณะ (Fagerstrom et al., 1998) ที่ใช้แบบสัมภาษณ์ ทำการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย รู้สึกไม่สบาย มีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการรักษา ตลอดจนรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยในการรักษาพยาบาล และสอดคล้องกับ

ผลการวิจัยเรื่อง ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระຈ (ปิยะนุช เพชรศิริ, 2550) ความเป็นว่า การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลแก่ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระຈมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนที่ได้รับการให้ความรู้

4. ผลลัพธ์ทางการรักษา (หายปวดและปลอดภัย)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในมุมมองของการหายปวดและปลอดภัย จำแนกออกเป็น 2 มุมมอง คือ

4.1 ผลลัพธ์ทางการรักษาโดยตรง พบว่า ผลการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง แม้จะมีความกังวลในเรื่องความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แต่เมื่อได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยสามารถคลายความกังวลและพึงพอใจกับผลรักษาที่ได้รับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...จริง ๆ แล้วผ่าตัดมันไม่ได้น่ากลัวอย่างที่กังวล...” และ “...แต่ว่า ดีมากเลยนะ หลังผ่าตัด...” ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจะทำให้มีความสุขกายและสุขใจ คลายความกลัวและวิตกกังวลลง มีความมั่นใจในการรักษาพยาบาลและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติสุข (Craven & Hirnle, 2002)

4.2 ผลข้างเคียงจากการผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คาดหวังว่าหลังการรักษาเสร็จสิ้นแล้วจะไม่มีอาการปวดจากแผลที่ผ่าตัดและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่รบกวนผู้อื่น ผู้เข้าร่วมการวิจัยกล่าวว่า “...กังวลเรื่องหลังผ่าตัด จะทำอะไรเองไม่ได้ไง กลัวปวด มันต้องบริหาร...” ซึ่งตรงกับวิจัยของเฮนเดอร์สัน และเช็ง (Henderson & Chien, 2004) ได้ใช้แบบสัมภาษณ์ทำการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นการศึกษาแบบพรรณนา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 83 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการแสดงของตนเองหลังผ่าตัด การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลัง

ผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งตรงกับวิจัยของ มูโรลา และคณะ (Murola et al., 2007) ที่ได้ใช้แบบสอบถามศึกษาความต้องการของผู้ป่วย หลังผ่าตัดจำนวน 102 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการให้บุคลากรทางการพยาบาลดูแลในการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ต้องการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ต้องการให้บุคลากรพูดคุยให้กำลังใจ ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการแล้ว ทำให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ทั้งยังลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

สรุปผลการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้สรุปความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความคาดหวังด้านบุคลากรทางการแพทย การเตรียมตัวผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม การดูแลช่วยเหลือและการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางการรักษา เมื่อพิจารณาในภาพรวมของความคาดหวังของผู้ป่วยจะพบว่า 3 ประเด็นแรกจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะที่อีก 1 ประเด็นเป็นเรื่องของผลลัพธ์ทางการรักษาของแพทย ผลจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยไม่ได้มุ่งหวังที่จะรักษาแล้วหาย แต่กระบวนการทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะความสำคัญเรื่องการให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น นอกจากการมุ่งเน้นที่ผลการรักษาในระดับดีเยี่ยมแล้ว โรงพยาบาลจำเป็นต้องมุ่งเน้นทั้งในด้านการบริการรักษาที่รวดเร็วฉับไว ไม่ต้องรอนาน มีการให้ข้อมูลทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับสภาพโรค

ที่เป็นอยู่ ระดับความรุนแรง อาการ วิธีการปฏิบัติตัว เมื่อต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านผ่านการสอนและฝึกปฏิบัติ ใช้ภาษาที่ง่ายในการสื่อสาร และสื่อสารในเชิงบวก ผ่านพฤติกรรมบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บริการดูญาติมิตร สุภาพทั้งกาย วาจา และใจ และพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเรียกร้อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถกำหนดแนวทางการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบคลุมกระบวนการทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษา ดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ :

1.1 การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ควรเน้นย้ำการพัฒนาทีมบุคลากรทาง การแพทย์ ในการให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยยึดหลักของความเข้าใจ ความครบถ้วนถูกต้องของ ข้อมูล การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้หลักการ สื่อสารเชิงบวก และมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจและ สบายใจทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการรักษา

1.2 พฤติกรรมการบริการ มุ่งเน้นการพัฒนา ในรูปแบบของการยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง Welcome Package, Multidisciplinary Team Walk-round ให้ ความสำเร็จทั้งภาษาทางกาย วาจา และใจ ผ่านหลักสูตร เกี่ยวกับการให้บริการที่ยอดเยี่ยม และยกย่องชมเชยผู้ ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี ค้นหา Role Model เพื่อ เป็นแบบอย่างและเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้ บุคลากร

2. พัฒนาระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง:

2.1 ปรับปรุงกระบวนการให้บริการ ได้แก่ ลด ขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (Decreasing unnecessary process), พัฒนารูปแบบการเข้าถึงที่รวดเร็ว (Entry to intensive service: rapid progressive bone loss)

2.2 ความเชี่ยวชาญ หรือการรับรู้ ถึง ความสามารถของบุคลากร มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์

เผยแพร่ความรู้ความสามารถของบุคลากรให้เป็นที่ ตระหนักแก่สาธารณะ เพื่อสร้างความไว้วางใจในการ เข้ามารักษากับทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ

3. พัฒนา Information System ที่ครอบคลุมทุก กระบวนการดูแลผู้ป่วย:

3.1 RAMA Application, Information about the surgery by Nurse Manager/QR Code/Discharge Planning: การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในการเตรียมตัว ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผ่านการพัฒนากระบวนการ ให้ข้อมูลในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการก่อนผ่าตัด โดยการสร้างระบบการจัดการตารางห้องผ่าตัดของ แพทย์ เพื่อความรวดเร็วและแน่นอนของลำดับการ ผ่าตัดของผู้ป่วย ตลอดจนการฟิงคิวออนไลน์เพื่อสร้าง ความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการ เตรียมตัวก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลการดูแลตนเองหลัง การผ่าตัด เป็นต้น

3.2 Discharge package and online class learn how to safely transfer in and out of both the bed and the car: สร้างสื่อการสอนในการดูแล ช่วยเหลือและการดูแลตนเองที่บ้าน ผ่านการจัดทำสื่อ ประเภทวิดีโอและอีพ็อดผ่านทางโซเชียลมีเดีย เช่น Youtube เพราะง่ายต่อการเข้าถึงและสามารถเข้าใจได้ ง่ายมากกว่าสื่อรูปแบบอื่น ๆ

3.3 การดูแลต่อเนื่อง Home Healthcare Team, Self-help Group, ติดตามอาการทาง Line official และ Telehealth, Follow -up office visit. (HSS is the one orthopedic hospital in the U.S.): เพิ่มกระบวนการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากที่ ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว สถานที่ขอคำปรึกษา จากแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และควรมีสถานที่พักผ่อนที่ สามารถรองรับผู้ป่วยที่ที่พักอาศัยอยู่ไกลหลังจาก ออกจาก โรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือ และสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้จัดทำงานวิจัยรู้สึก

ซาบซึ่งเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนให้การสนับสนุน ให้โอกาสให้ผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาค้นคว้าการทำวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อร่าม โรจนสกุล ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตติมา มโนชัย บาร์ทเล็ทท์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน

3. คุณศิริลักษณ์ เกี่ยวข้อง ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน ฝ่ายนโยบายและพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยตรวจ ผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก ผู้ตรวจการพยาบาลของศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน ที่กรุณาให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาใช้สำหรับจัดทำงานวิจัย ผู้ตรวจทาน พลเรือตรีหญิงพนอ ศรีสอ้าน อักษรศาสตร- บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบคุณผู้มารับ บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและญาติที่กรุณาสละเวลาและให้ ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและ

ความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการ*

ขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคม

ผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). อัมรินทร์.

[https://region4.anamai.moph.go.th/kn](https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=330)

[nowledge/mapping/paper/view?id=330](https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=330)

จิราภรณ์ การะเกตุ. (2562, 15 พฤษภาคม). *ประเทศ*

ไทยกับสังคมผู้สูงอายุ. สถาบันนวัตกรรมการ

เรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล.

[https://il.mahidol.ac.th/upload/img/20](https://il.mahidol.ac.th/upload/img/2019-05-15-052430.pdf)

[19-05-15-052430.pdf](https://il.mahidol.ac.th/upload/img/2019-05-15-052430.pdf)

ปิยะนุช เพชรศิริ. (2550). *ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อ กระดูก*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

พรเพ็ญ วงศ์คำแนน. (2552). *ความต้องการและการ ได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง ห่อผู้ป่วยพิเศษเมตตา โรงพยาบาลลำปาง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

ยุวเรศ เสนาธรรม. (2555). *การพัฒนาคุณภาพ กระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่* [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

วินัย ศิริชาติวาปี. (2546). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเสื่อม*.

วารสารศูนย์บริการวิชาการ, 11(1), 51-54.

วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (2556, 9 เมษายน). *คู่มือข้อเข่า เสื่อม*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล- รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชา- ออร์โธปิดิกส์.

[https://www.rama.mahidol.ac.th/ortho/ sites/default/files/public/file/pdf/knee_ book_0.pdf](https://www.rama.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_0.pdf)

สมรรถชัย จำนงค์กิจ. (2549). *ชนิดของข้อเข่าเทียม และการทำงานของข้อเข่าภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าทั้งข้อ*. *วารสารเทคนิค การแพทย์เชียงใหม่*, 39(3), 2-9.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

(2562, 10 มิถุนายน). *สถานการณ์ของ*

ผู้สูงอายุ ในปี 2562. สสส. (สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) :

ThaiHealth.

[https://www.facebook.com/thaihealth /posts/10156374334323106/](https://www.facebook.com/thaihealth/posts/10156374334323106/)

- สุขเกษม วัชรชัยสกุล, สุภกิจ รูปจันทร์, และ รัตนบริสุทธิกุล.
(2561, เมษายน). *การออกแบบและพัฒนา*
ข้อเข้าเทียมเชิงพาณิชย์เพื่อคนไทย.
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4887>
- สุจิตรา ลิ้มอานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. (2557).
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
(พิมพ์ครั้งที่ 8). สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิวรรณ เขวงเกียรติกุล, สุภาพ อารีเอื้อ, พิชญ์ประอร
ยังเจริญ, และ วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (2562).
ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อ
เข้าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.
วารสารพยาบาลตำรวจ, 11(2), 361–373.
- สุรรัตน์ กุลสุทธิ, พรทิพย์ วงษา, และ กฤตพัทธ์ ผักฝน.
(2560). ผลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพ
ชีวิต และการทำงานของข้อในผู้ป่วยที่ได้รับการ
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม โรงพยาบาล
เชียงใหม่ประชานุเคราะห์. *วารสารการ*
พยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.
18(3), 63-72.
- Ali, N. S. (1993). Preparing student nurses for
patient education. *Nurse*
educator, 18(2), 27–29.
<https://doi.org/10.1097/00006223-199303000-00012>
- Berntsen, G., Chetty, M., Ako-Egbe, L., Yaron,
S., Phan, P., Curran, C., Castro, I.,
Canfield, C., & Lachman, P. (2022).
Person-Centred Care Systems: From
Theory to Practice. A White paper for
ISQUA. The International Society for
Quality in Health Care (ISQUA).
https://isqua.org/media/attachments/2022/10/03/person-centred-care-systems_from-theory-to-practice.pdf.
- Birkhead, L. M. (1989). *Psychiatry/mental*
health nursing: the therapeutic use of
self / Loretta M. Brickhead.
Lippincott.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1992). *Qualitative*
Research for Education: An
Introduction to Theory and Methods
(2nd ed.). MA.: Allyn and Bacon.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic
analysis in psychology. *Qualitative*
Research in Psychology. 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Canadian Institute for Health Information.
(1999, May 4). *National Consensus*
Conference on Population Health
Indicators Final Report. Cih.ca.
https://secure.cih.ca/free_products/p-hi.pdf
- Craven, R. F. & Hirnle, C. J. (2002).
Fundamental of nursing: Human
health and functions (4th ed.).
Philadelphia: Lippincott Williams &
Wilkins.
- Dickens, P. (1994). *Quality and excellence in*
human services. John Wiley & Sons.
- Fagerström, L., Eriksson, K. and Bergbom
Engberg, I. (1998), The patient's
perceived caring needs as a message
of suffering. *Journal of Advanced*
Nursing, 28(5), 978-987.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00822.x>

- Harper, S. R., & Kuh, G. D. (2007). Myths and misconceptions about using qualitative methods in assessment. *New Directions for Institutional Research*, 2007(136), 5-14. <https://doi.org/10.1002/ir.227>
- Henderson, A., & Chien, W. T. (2004). Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of clinical nursing*, 13(8), 960-966. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01004.x>
- Kellgren, J. H., & Lawrence, J. S. (1957). Radiological assessment of osteoarthrosis. *Annals of the rheumatic diseases*, 16(4), 494-502. <https://doi.org/10.1136/ard.16.4.494>
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., Gonzales, P. E., Mandelbaum, R., Okubo, S. T., Watanuki, T., & Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clinicas*, 59(2), 51-56. <https://doi.org/10.1590/s0041-87812004000200001>
- Lichtman, M. (2013). Qualitative research in education: A user's guide (3rd ed.). SAGE.
- Mertler, C. (2014). *Action research: Improving schools and empowering educators* (4th ed.). SAGE.
- Murola, N. L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., & Niemi, T. T. (2007). Patient satisfaction with postoperative pain management--effect of preoperative factors. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 8(3), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.05.003>
- Orlando, I. Jean. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. National League for Nursing.
- Podhisita, C. (2009). *Science and art of qualitative research* (4th ed.). Amarin
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: *Myths and strategies*. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451-1458. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>
- Ramathibodi Hospital Information System. (2019). *Patients with total knee replacement in 2016-2018*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Stergiopoulou, A., & Vlachos, G. (2010). The preoperative education effect on the reduction of patient anxiety. *Nosileftiki*, 49(1), 26-30.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1998). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- World Health Organization, (2020, July 20). *Quality health services*. World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Walker, J. A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?. *British journal of nursing*, 16(1), 27-32.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.1.22712>