

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

อภิชาติ สุนทร, พย.บ.* สุภาวดี เทียงธรรม, ประ.ด.**¹

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังยังคงรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด และมักเผชิญความวิตกกังวลและความไม่สบายในระยยะผ่าตัด แต่แนวปฏิบัติของหน่วยงานยังเน้นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเป็นหลัก การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงคุณภาพนำร่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดำเนินการ 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาโปรแกรมภายใต้แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) และการพยาบาลระยะผ่าตัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (PCPON) ร่วมกับการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง 10 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกครั้งแรก ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2569 เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม ร่วมกับสถิติเชิงพรรณนา

โปรแกรมดำเนินการได้ครบทั้ง 3 ระยะในผู้เข้าร่วมทุกราย ไม่มีผู้ถอนตัวระหว่างการศึกษา ผู้เข้าร่วมให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการลดเสียงรบกวนและการแจ้งเตือนก่อนเกิดเสียงจากอุปกรณ์ ซึ่งถูกนำไปปรับปรุงโปรแกรมก่อนสิ้นสุดการทดลองใช้ คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยลดลงจาก 8.60 คะแนน (S.D. = 1.07) ก่อนโปรแกรม เหลือ 2.40 คะแนน (S.D. = 0.84) หลังโปรแกรม และคะแนนความสบายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 53.50 คะแนน (S.D. = 5.02) เป็น 133.20 คะแนน (S.D. = 3.36)

โปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของหน่วยงาน และให้แนวโน้มเชิงบวกต่อความวิตกกังวลและความสบายของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานำร่องขนาดเล็กแบบก่อน-หลังในหน่วยงานเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้จึงควรใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับปรับปรุงโปรแกรมและออกแบบการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบขนาดใหญ่ขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก, การดูแลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, ความวิตกกังวล, ความสุขสบายระยะผ่าตัด

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สุภาวดี เทียงธรรม, E-mail: supathi@kku.ac.th

ส่งเรื่อง: 25 พฤษภาคม 2569

แก้ไข: 7 สิงหาคม 2569

อนุมัติตีพิมพ์: 19 สิงหาคม 2569

Development of a Person-Centered Perioperative Care Program for Older Adults Undergoing Total Hip Arthroplasty

Apichat Suntron, B.N.S.*

Supavadee Thiengham, Ph.D.**¹

Abstract

Older adults undergoing hip arthroplasty under spinal anesthesia remain conscious throughout surgery and commonly experience anxiety and reduced comfort, yet existing unit practice emphasized physical preparation only. This qualitative pilot action research aimed to develop a person-centered perioperative care program and evaluate its feasibility in this population. The study proceeded through three phases: situational analysis, program development guided by Patient-Centered Care (PCC) and Person-Centered Perioperative Nursing (PCPON) frameworks with expert review, and feasibility testing with a purposively selected target group of 10 older adults undergoing first-time hip arthroplasty in April 2026. Data were collected through observation and participant feedback alongside descriptive statistics.

The program was delivered in full across all three phases for every participant, with no withdrawals. Participants gave feedback on reducing equipment noise and providing advance warning before instrument sounds, which was incorporated before the trial concluded. Mean anxiety scores decreased from 8.60 (S.D. = 1.07) before the program to 2.40 (S.D. = 0.84) after, and mean comfort scores increased from 53.50 (S.D. = 5.02) to 133.20 (S.D. = 3.36).

The person-centered perioperative care program was practically implementable in this setting and showed a favorable trend in anxiety and comfort among older adults undergoing hip arthroplasty. However, as a small single-site pilot study using a pre-post design without a comparison group, these changes cannot be attributed to the program alone. The findings should therefore serve as preliminary evidence to guide program refinement and the design of a larger controlled study before conclusions on clinical effectiveness can be drawn.

Keywords : Older adults, Hip surgery, Person-centered care, Anxiety, Perioperative comfort

*Master's student of Gerontological Nurse Practitioner, Khon Kaen University

**Lecturer of Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

¹Corresponding author: Supavadee Thiengham, E-mail: supathi@kku.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อสะโพกเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ ทำให้ปวดเรื้อรัง ข้อฝืด เคลื่อนไหวลำบาก และสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม⁽¹⁻²⁾ สำหรับประเทศไทย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Arthroplasty: THA) จึงเป็นวิธีรักษามาตรฐานที่ช่วยลดอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽³⁻⁴⁾ สอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลเลยที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 147 เป็น 155 และ 185 ราย ในปี พ.ศ. 2565-2567⁽⁵⁾

การพยาบาลระยะผ่าตัดมุ่งเน้นความปลอดภัยและประสิทธิภาพการรักษเป็นหลัก แต่ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังยังคงมีสัทธิรับรู้สิ่งแวดล้อมระหว่างการผ่าตัด⁽⁶⁻⁷⁾ ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งเสียง เครื่องมือแพทย์ ความเย็นของห้องผ่าตัด กลิ่นจากการจี้ไฟฟ้า และความไม่สบายจากการจัดท่า ก่อให้เกิดความกลัว ความไม่มั่นใจ และความรู้สึกโดดเดี่ยว⁽⁷⁻⁸⁾ สอดคล้องกับข้อมูลเวชระเบียนห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเลยระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 35 นอกไม่หลับก่อนผ่าตัด ร้อยละ 60 ขาดความเข้าใจ

ขั้นตอนการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกอย่างชัดเจน และบางรายร้องขอการดมยาสลับแทนการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน⁽⁵⁾ ในภาพรวม ความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมเช่นนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ทีมวิสัญญีต้องใช้ยาคลายกังวลหรือยาระงับความรู้สึกเพิ่มเติมกว่าที่วางแผนไว้ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงและยืดระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุได้⁽⁶⁾

นอกจากความวิตกกังวล ความสุขสบายระหว่างผ่าตัด (perioperative comfort) ก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการพิจารณาคุณภาพการดูแลระหว่างผ่าตัด⁽⁹⁾ การดูแลระหว่างผ่าตัดจึงควรเน้นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care: PCC) ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ เนื่องจากมุ่งเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ลดความวิตกกังวล และเพิ่มผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น⁽¹⁰⁾ การขาดการดูแลลักษณะนี้ในระยะผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและไม่สุขสบายในระดับสูง กระทบความร่วมมือและผลลัพธ์หลังผ่าตัด⁽¹¹⁾ ด้วยเหตุนี้จึงมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้มากขึ้นในปัจจุบัน เช่น แนวคิดการพยาบาลระยะผ่าตัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Perioperative Nursing: PCPON) ของ Shin และ Kang (2019) ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยความเอื้ออาทร การให้ข้อมูล การให้ความเคารพ การดูแลความสุขสบาย และการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ⁽¹²⁾ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ และลดความวิตกกังวล⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่ผ่านมามักเน้น

เฉพาะระยะก่อนผ่าตัดหรือเน้นการให้ข้อมูลเป็นหลัก ขาดกระบวนการดูแลที่ชัดเจนในระยะผ่าตัด ขณะที่ผู้สูงอายุที่ยังรู้สึกตัวขณะผ่าตัดนั้น ยังมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและความสุขสบายอย่างต่อเนื่องตลอดระยะผ่าตัด แต่การดูแลในปัจจุบันไม่ครอบคลุมระยะผ่าตัด ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลด้านจิตใจ การประเมินความต้องการเฉพาะบุคคล และการส่งเสริมความสุขสบายอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และดำเนินการศึกษานำร่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ความเหมาะสมของกระบวนการดำเนินโปรแกรม การยอมรับของผู้เข้าร่วม และความพร้อมของเครื่องมือวิจัย ก่อนนำไปศึกษาประสิทธิผลในงานวิจัยที่มีขนาดใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ รวมทั้งศึกษาแนวโน้มของคะแนนความวิตกกังวลและความสุขสบายระยะผ่าตัด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในขั้นตอนของการวิจัยนำร่อง (Pilot study)⁽¹⁴⁾ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยมุ่งประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินโปรแกรม ความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรม การยอมรับของผู้เข้าร่วม และแนวโน้มของผลลัพธ์ ก่อนนำไปศึกษาประสิทธิผลในงานวิจัยขนาดใหญ่ต่อไป

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบนัดหมายล่วงหน้าในระยะผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่วิจัย คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบนัดหมายล่วงหน้า มีแผนการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก การได้ยินปกติ การมองเห็นเพียงพอสำหรับการอ่านหรือรับรู้ข้อมูล สามารถเข้าใจเนื้อหาและตอบแบบประเมินได้อย่างเหมาะสม สื่อสารภาษาไทยได้ การรู้คิดปกติ และมีความสมัครใจ

ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือไม่สมัครใจผ่าตัด และเกณฑ์การถอนตัวจากการวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมขอถอนตัวจากการศึกษา ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบถ้วนทั้ง 3 ครั้งด้วยเหตุผลใดก็ตาม หรือมีการเปลี่ยนแปลงการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia)

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 ราย ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในขั้นตอนของการศึกษานำร่อง ที่มุ่งทำความเข้าใจกระบวนการดำเนินโปรแกรม ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ การยอมรับของผู้เข้าร่วม และแนวโน้มของผลลัพธ์อย่างลึกซึ้งเป็นรายกรณีมากกว่าการมุ่งอ้างอิงเชิงสถิติไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ จำนวนผู้เข้าร่วมดังกล่าวจึงเพียงพอต่อการเก็บข้อมูลเชิงลึกในบริบทเฉพาะของหน่วยงาน และเพียงพอต่อวัตถุประสงค์ของการประเมินความเป็นไปได้ในขั้นตอนนำร่องก่อนนำไปขยายผลในการศึกษาขนาดใหญ่ต่อไป⁽¹⁴⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ระยะ มีกระบวนการดังนี้

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในบริบทห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย โดยผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในบริบทดังกล่าวได้สังเกตเห็นประเด็นปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อนในเบื้องต้น จึงดำเนินการทบทวนเวช

ระเบียนย้อนหลังและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่ในหน่วยงาน เพื่อยืนยันขอบเขตและลักษณะของปัญหาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในภาพรวมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ระยะที่ 2: ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เชิงลึกต่อเนื่อง โดยเลือกใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care: PCC) และแนวคิดการพยาบาลระยะผ่าตัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Perioperative Nursing: PCPON) ของ Shin และ Kang⁽¹²⁾ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรม เนื่องจากสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 จากนั้นจึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

ภายหลังการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด จำนวน 2 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และ 4) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลปริศัลยกรรม (ห้องผ่าตัด) จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความ

เหมาะสม ความครอบคลุม ความสอดคล้องของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้จริง ในลักษณะของการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพเป็นรายประเด็น (qualitative expert review) ผู้วิจัยรวบรวมและสังเคราะห์ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและองค์ประกอบของโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3: การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง จำนวน 10 ราย โดยดำเนินโปรแกรมครบทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรอก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระยะรอผ่าตัด และระยะขณะผ่าตัด การศึกษาระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ในเชิงลึก ได้แก่ ความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม (intervention fidelity) การยอมรับของผู้เข้าร่วม (acceptability) และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยระหว่างดำเนินโปรแกรม ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ควบคู่กับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาอย่างง่ายในรูปความถี่และร้อยละ เพื่อสะท้อนแนวโน้มเบื้องต้นของคะแนนความวิตกกังวลและความสุขสบายระยะผ่าตัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศัชนีมวลกาย ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน ชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัดทั้งหมด โดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และในระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเลย (KPHIS)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล Numerical Anxiety Rating Scale (NRS-A) ของ Kumar และคณะ⁽¹⁵⁾ และ Prokopowicz และคณะ⁽¹⁶⁾ เป็นเครื่องมือสาธารณะ ใช้ตามต้นฉบับเป็นมาตรวัด 0-10 คะแนน แปลผล 5 ระดับ คือ 0 = ไม่มี, 1-3 = น้อย, 4-6 = ปานกลาง, 7-9 = มาก, 10 = มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุขสบายระยะผ่าตัด (Perioperative Comfort Scale: PCS) พัฒนาจาก Kolcaba's General Comfort Questionnaire แปลไทยโดยปิยะฉัตร กาศแสง⁽¹⁷⁾ (CVI = 0.86, Cronbach's alpha = 0.856) มีข้อความ 24 ข้อ 4 ด้าน (ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม) มาตราส่วนลิเคิร์ต 6 ระดับ คะแนนรวม 24-144 คะแนน แปลผล 3 ระดับ คือ 24-64 = น้อย, 65-105 = ปานกลาง, 106-144 = มาก ผู้วิจัยทดลองใช้กับผู้ป่วยลักษณะใกล้เคียงกลุ่มเป้าหมาย 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76 ซึ่งผ่านเกณฑ์ยอมรับที่มากกว่า 0.70⁽¹⁸⁾

โปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการข้างต้น ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ตาม

แนวคิด PCC และ PCPON ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องตลอด 3 ระยะของการผ่าตัด ดังสรุปใน Table 1

Table 1: Patient-Centered Operating Room Care Program Activities Classified by Component and Surgical Phase

องค์ประกอบ	รอก่อนเข้าห้องผ่าตัด (~20 นาที)	รอผ่าตัด (~30 นาที)	ขณะผ่าตัด (~1-3 ชม.)
ปฏิสัมพันธ์ด้วยความเอื้ออาทร	ทักทาย สร้างสัมพันธภาพ	เปิดโอกาสแสดงความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ	ให้กำลังใจต่อเนื่อง
การให้ข้อมูล	แจ้งขั้นตอนถัดไป	ให้ข้อมูลสิ่งที่จะพบในห้องผ่าตัด	อธิบายขั้นตอนสำคัญเป็นระยะ
การให้ความเคารพ	ประเมินความต้องการรายบุคคล	ทบทวนความต้องการ รักษาความเป็นส่วนตัว	รักษาความเป็นส่วนตัว ตลอดการผ่าตัด
การส่งเสริมความสุขสบาย	ลดปวด ให้ความอบอุ่น จัดท่า	จัดสิ่งแวดล้อม สอนเทคนิค ผ่อนคลาย	ปรับผ้าห่ม/ท่า ลดเสียงรบกวน
การพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญวิชาชีพ	ประเมินสัญญาณชีพและความวิตกกังวลเบื้องต้น	ตรวจสอบความพร้อมก่อนผ่าตัด	ติดตามสัญญาณชีพและสภาวะจิตใจต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการชี้แจงขั้นตอนและการใช้เครื่องมือ ดำเนินการเก็บข้อมูลสอดคล้องกับแต่ละระยะของการวิจัยดังกล่าวข้างต้น โดยระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาโปรแกรมเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง แนวปฏิบัติของหน่วยงาน และความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนระยะทดลองใช้โปรแกรม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเลย ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม จากนั้นผู้ช่วย

วิจัยประเมินความวิตกกังวลและความสุขสบายก่อนเริ่มโปรแกรม และประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดิมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยบันทึกไว้เพื่อใช้ปรับปรุงโปรแกรมในการศึกษาระยะต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นวิธีหลักตลอดกระบวนการวิจัย โดยในระยะพัฒนาโปรแกรม นำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การทบทวนวรรณกรรม และข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดกลุ่มประเด็นสำคัญที่

สอดคล้องกัน (thematic clustering) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงองค์ประกอบของโปรแกรมในแต่ละระยะ ส่วนในระยะทดลองใช้โปรแกรม นำข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยระหว่างดำเนินโปรแกรมร่วมกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปประเด็นด้านความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรม (intervention fidelity) การยอมรับของผู้เข้าร่วม (acceptability) และความเหมาะสมของขั้นตอนดำเนินงาน (feasibility of procedures) ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษานำร่องเชิงคุณภาพครั้งนี้

สำหรับข้อมูลเชิงตัวเลข ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย และระดับคะแนนความวิตกกังวลและความสุขสบายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนาอย่างง่าย ได้แก่ ความถี่และร้อยละเป็นหลัก ประกอบกับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉพาะข้อมูลต่อเนื่อง เช่น อายุและระยะเวลาผ่าตัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการบรรยายแนวโน้มเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนจำกัด จึงไม่มีการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์หรือสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการพัฒนาโปรแกรม

และการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา และผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 ร่วมกับการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่ในหน่วยงานและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าแนวทางการพยาบาลในระยะผ่าตัดของหน่วยงานให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ความปลอดภัย และการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นหลัก ขณะที่การประเมินความต้องการเป็นรายบุคคล การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านจิตใจ และการส่งเสริมความสบายตลอดระยะผ่าตัด ยังไม่มีแนวทางที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงถูกใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการกำหนดทิศทางของโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในระยะถัดไป

ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยบูรณาการผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้ากับแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) และแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะผ่าตัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (PCPON) ของ Shin และ Kang ได้โปรแกรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน คือ การมีปฏิสัมพันธ์ด้วยความเอาใจหา การให้ข้อมูล การให้ความเคารพ การ

ส่งเสริมความสุขสบาย และการพยาบาลด้วย
ความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ดำเนินกิจกรรม

ต่อเนื่องตลอด 3 ระยะของการผ่าตัด ดังสรุปใน
Table 2

Table 2: Summary of Activities in the Patient-Centered Operating Room Care Program Classified by Surgical Phase

ระยะ	จุดเน้นของกิจกรรม	ระยะเวลา โดยประมาณ
1. รอก่อนเข้าห้อง ผ่าตัด	ซักถามและบันทึกข้อมูล ดูแลความสุขสบายพื้นฐาน ให้ข้อมูลขั้นตอนถัดไป ประเมินความต้องการ	~20 นาที
2. รอผ่าตัด	เปิดโอกาสแสดงความรู้สึก ทบทวนความต้องการ จัดสิ่งแวดล้อม/สอนเทคนิค ผ่อนคลาย ให้ข้อมูลก่อนเข้าห้องผ่าตัด ตอบสนองรายบุคคล	~30 นาที
3. ขณะผ่าตัด	สื่อสารและประเมินความรู้สึกเป็นระยะ ให้ความเคารพและความเป็นส่วนตัว ดูแลความสุขสบาย อธิบายขั้นตอนสำคัญ ติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง	~1-3 ชั่วโมง

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผ่านการพิจารณา
จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากสาขาศัลยแพทย์ออร์
โธปิดิกส์ การพยาบาลผู้สูงอายุ และการพยาบาล
ปริศัลยกรรม ด้วยการทบทวนเชิงคุณภาพเป็นราย
ประเด็น ผลการพิจารณาโดยรวมเห็นว่าโปรแกรม
มีความเหมาะสม ครอบคลุมองค์ประกอบของ
การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีความ
เป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ข้อเสนอแนะ
หลักเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาให้เข้าใจง่ายสำหรับ
ผู้สูงอายุ การเพิ่มรายละเอียดกิจกรรมในบาง
ขั้นตอน และความเหมาะสมของระยะเวลาดำเนิน

กิจกรรม ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะทั้งหมดมา
ปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะ
ที่ 3

**ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำ
โปรแกรมไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย**

กลุ่มเป้าหมายในระยะทดลองใช้
โปรแกรมมีอายุเฉลี่ย 68.40 ปี (S.D. = 4.87) และ
ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 1.83 ชั่วโมง (S.D. = 0.36)
รายละเอียดลักษณะทั่วไปแสดงใน Table 3

Table 3: General Characteristics of the Target Group (n = 10)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศชาย / เพศหญิง	5/5	50.0 / 50.0
นับถือศาสนาพุทธ	10	100.0
ดัชนีมวลกายปกติ	7	70.0
สถานภาพสมรสคู่	4	40.0
การศึกษาระดับประถมศึกษา	9	90.0
อาชีพเกษตรกร	9	90.0
มีโรคประจำตัว	7	70.0
วินิจฉัย Intertrochanteric fracture	5	50.0
วินิจฉัย Fracture neck of femur	4	40.0
ผ่าตัด Proximal femoral nail antirotation	5	50.0
ผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty	4	40.0

ด้านความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ผลการสังเกตของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตลอดกระบวนการทดลองใช้ พบว่าโปรแกรมสามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทั้ง 3 ระยะตามที่ออกแบบไว้ในทุกราย ไม่มีการยกเลิกหรือข้ามกิจกรรมสำคัญ สะท้อนความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม (intervention fidelity) ด้านการยอมรับของผู้เข้าร่วม (acceptability) กลุ่มเป้าหมายทั้ง 10 รายให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการศึกษาและไม่มีผู้ใดถอนตัว ระหว่างดำเนินโปรแกรม ผู้เข้าร่วมบางรายสะท้อนว่าการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดและการสื่อสารอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างความมั่นใจมากขึ้น ขณะที่บางรายเสนอให้เพิ่มการแจ้งเตือนก่อนเกิดเสียงจากเครื่องมือและลดเสียงรบกวนที่ไม่จำเป็นระหว่างผ่าตัด ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะเหล่านี้ไปปรับปรุงโปรแกรมโดยเพิ่มการลดเสียงรบกวน การแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนเกิดเสียงจากอุปกรณ์ และการ

สื่อสารระหว่างผ่าตัดให้ต่อเนื่องยิ่งขึ้น สำหรับความครบถ้วนของการเก็บข้อมูลและความเหมาะสมของขั้นตอนดำเนินการวิจัย พบว่าสามารถเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมได้ครบถ้วนทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยไม่มีข้อมูลสูญหาย และกระบวนการดำเนินโปรแกรมสามารถสอดแทรกอยู่ในกระบวนการให้บริการปกติของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย ได้ครบตามแผนที่กำหนด

ด้านแนวโน้มของผลลัพธ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 80 และ 20 ตามลำดับ) และมีความสุขสบายอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ภายหลังได้รับโปรแกรม ความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) และมีความสุขสบายเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทั้งหมด (ร้อยละ 100) ดังแสดงใน Table 4

Table 4: Intraoperative Anxiety and Comfort Levels Before and After Program Implementation (n = 10)

ระดับ	ก่อน (ราย)	ก่อน (%)	หลัง (ราย)	หลัง (%)
ความวิตกกังวล				
ไม่มี	0	0.0	0	0.0
น้อย	0	0.0	9	90.0
ปานกลาง	0	0.0	1	10.0
มาก	8	80.0	0	0.0
มากที่สุด	2	20.0	0	0.0
ความสุขสบาย				
น้อย	10	100.0	0	0.0
ปานกลาง	0	0.0	0	0.0
มาก	0	0.0	10	100.0

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นข้อมูลประกอบ พบว่าคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยลดลงจาก 8.60 คะแนน (S.D. = 1.07) เหลือ 2.40 คะแนน (S.D. = 0.84) ขณะที่คะแนนความสุข

สบายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 53.50 คะแนน (S.D. = 5.02) เป็น 133.20 คะแนน (S.D. = 3.36) ดังแสดงใน Figure 1

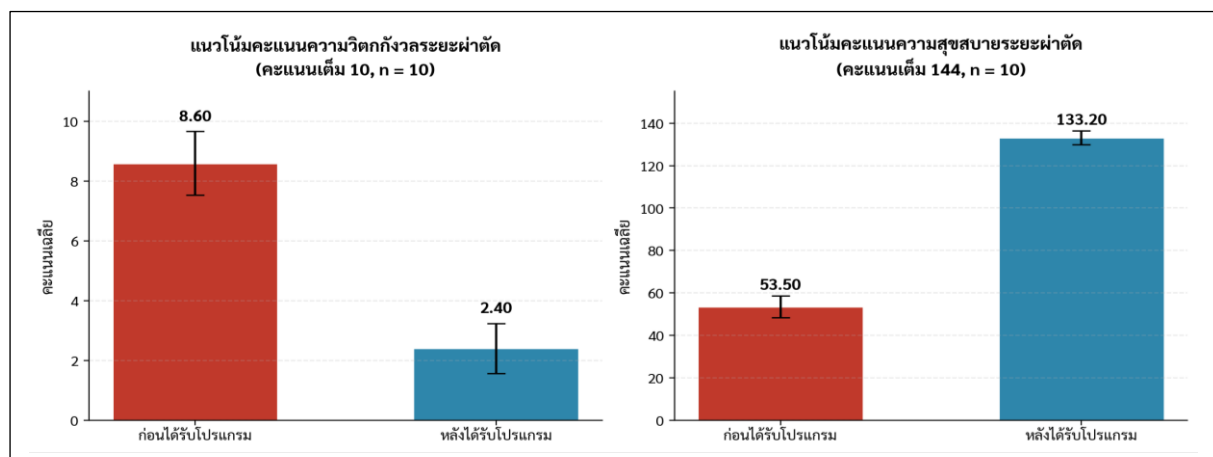


Figure 1: Trends in Intraoperative Anxiety and Comfort Scores Before and After Program Implementation

อภิปรายและสรุปผล

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงพรรณนาจากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 ราย ในรูปแบบ

ก่อน-หลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงขอเสนอการอภิปรายในลักษณะของ "สิ่งที่สังเกตได้" มากกว่า "สิ่งที่พิสูจน์ได้" โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ ความเป็นไปได้ของการนำ

โปรแกรมไปใช้ในทางปฏิบัติ และแนวโน้มเบื้องต้นของคะแนนความวิตกกังวลและความสุขสบาย

ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

สิ่งที่พอกกล่าวได้อย่างมั่นใจจากข้อมูลคือ โปรแกรมสามารถดำเนินการได้ครบทั้ง 3 ระยะในผู้เข้าร่วมทุกราย โดยไม่มีการถอนตัวหรือข้ามกิจกรรมสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมที่ออกแบบไว้ "ทำได้จริง" ภายใต้กระบวนการให้บริการปกติของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเลย แต่ไม่ได้บ่งชี้ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพหรือเหมาะสมกว่าการดูแลรูปแบบเดิม ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับหลักการทั่วไปของการศึกษานำร่องที่ Kunselman อธิบายไว้ว่ามีเป้าหมายจำกัดอยู่ที่การตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเท่านั้น มิใช่การยืนยันผลลัพธ์⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาและดำเนินโปรแกรมด้วยตนเอง ผลด้าน "ความครบถ้วนของกิจกรรม" และ "การยอมรับของผู้เข้าร่วม" จึงอาจได้รับอิทธิพลจากการที่ผู้ให้บริการรู้เป้าหมายของการศึกษา (researcher-as-implementer) ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ควรระบุนำไว้อย่างชัดเจน มากกว่าจะตีความว่าเป็นเครื่องยืนยันคุณภาพของโปรแกรม

แนวโน้มของคะแนนความวิตกกังวลและความสุขสบาย

ข้อมูลก่อน-หลังแสดงแนวโน้มไปในทิศทางที่คะแนนความวิตกกังวลลดลงและคะแนนความสุขสบายเพิ่มขึ้น ซึ่ง "สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน" กับกรอบแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง^(10, 12) และ Comfort Theory ของ Kolcaba⁽¹⁹⁾ แต่ด้วยข้อจำกัดของรูปแบบ

การศึกษา จึงไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากองค์ประกอบของโปรแกรมเพียงอย่างเดียว เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่อาจมีผลร่วมด้วย เช่น การได้พบพยาบาลและผู้ช่วยวิจัยซ้ำหลายครั้งตลอดกระบวนการ (attention effect) ธรรมชาติของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่มักลดลงเองเมื่อใกล้หรือผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยาวที่สุดไปแล้ว (regression to the mean) และการที่ผู้ประเมินคือผู้ช่วยวิจัยที่ทราบว่าผู้เข้าร่วมได้รับโปรแกรมแล้ว ซึ่งอาจมีผลต่อการรายงานผลของผู้เข้าร่วมโดยไม่ตั้งใจ (social desirability) ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุที่ยังรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะของการศึกษานี้ ก็เป็นมิติที่วรรณกรรมในต่างประเทศเริ่มให้ความสนใจมากขึ้น เช่น การศึกษานำร่องของ Früh และคณะ⁽²⁰⁾ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยรู้สึกตัว แต่ควรระมัดระวังในการอธิบายเนื่องจากไม่ใช่หลักฐานที่ยืนยันแนวทางของการศึกษานี้โดยตรง จากเหตุผลกลุ่มประชากร หักดการ และเครื่องมือวัดผลแตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. กลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อยเพียง 10 ราย และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากหน่วยงานเดียว ผลที่ได้จึงไม่สามารถอ้างอิงในวงกว้างได้
2. รูปแบบการศึกษาเป็นแบบวัดก่อน-หลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการสุ่ม จึงไม่สามารถแยกผลของโปรแกรมออกจากปัจจัยรบกวนอื่น เช่น ธรรมชาติของ

อาการที่เปลี่ยนแปลงไปเอง หรือผลจากการได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากทีมผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยทำหน้าที่ทั้งพัฒนาโปรแกรมดำเนินกิจกรรม และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินผล ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติของผู้ประเมิน

4. เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลและความสุขสบายที่ใช้ยังไม่มีรายงานการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ (psychometric properties) ในบริบทผู้สูงอายุไทยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยเฉพาะ

5. ระยะเวลาติดตามผลจำกัดอยู่เพียงช่วงก่อนและหลังผ่าตัดทันที ไม่มีข้อมูลระยะยาว และ

6. เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว ผลที่ได้จึงสะท้อนบริบทเฉพาะของหน่วยงานนี้เป็นหลัก

ด้วยข้อจำกัดทั้งหมดนี้ ผลการศึกษาจึงควรถูกใช้ในฐานะข้อมูลตั้งต้นสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมและออกแบบการศึกษาที่รัดกุมยิ่งขึ้น มิใช่ข้อสรุปเรื่องประสิทธิผล

คุณค่าบางประการของงานวิจัย

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว งานวิจัยนี้มีความค่าที่พอกกล่าวได้อย่างมีเหตุผลอยู่บ้าง คือเป็นตัวอย่างของกระบวนการพัฒนาโปรแกรมที่เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาจริงในหน่วยงาน (ระยะที่ 1) แทนที่จะนำรูปแบบจากที่อื่นมาใช้ตรง ๆ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์เชิงกระบวนการสำหรับหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงและต้องการเริ่มพัฒนางานลักษณะเดียวกัน⁽²¹⁾ และเป็นการรายงานผลอย่างตรงไปตรงมาว่าเป็นเพียงขั้นตอนนำร่องที่ยังไม่ยืนยันประสิทธิผล ซึ่งถือเป็นแนว

ปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักการของการศึกษานำร่อง⁽¹⁴⁾ มากกว่าจะเป็นการอ้างความโดดเด่นเชิงนวัตกรรมหรือความสำเร็จของโปรแกรม

สรุปผล

การศึกษานำร่องเชิงคุณภาพครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลในห้อยผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่พัฒนาขึ้นสามารถดำเนินการได้จริงในบริบทห้อยผ่าตัดโรงพยาบาล และกลุ่มเป้าหมายทั้ง 10 ราย ให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการ ข้อมูลเชิงพรรณนาแสดงแนวโน้มของคะแนนความวิตกกังวลที่ลดลงและคะแนนความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และบทบาทของผู้วิจัยที่ทับซ้อนกันในหลายหน้าที่ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลหรือเพิ่มความสุขสบายจริง ผลการศึกษานี้ควรถูกพิจารณาเป็นข้อมูลขั้นต้นสำหรับการปรับปรุงรายละเอียดโปรแกรมเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ หน่วยงานที่สนใจอาจทดลองนำองค์ประกอบของโปรแกรมไปปรับใช้ได้ในลักษณะการพัฒนาคุณภาพงานประจำ (quality improvement) โดยเน้นปรับตามข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เข้าร่วม เช่น การลดเสียงรบกวนและการแจ้งเตือนก่อนเกิดเสียงจากอุปกรณ์ แต่ยังไม่ควรอ้างอิงผลการศึกษา

นี้เพื่อสนับสนุนว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการดูแลปกติ

ด้านการวิจัยในระยะต่อไป จำเป็นต้องออกแบบการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการสุ่ม เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ แยกบทบาทผู้พัฒนาโปรแกรมออกจากผู้ประเมินผลเพื่อลดอคติ และควรตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของเครื่องมือประเมินในกลุ่มประชากรเป้าหมายก่อนนำไปใช้ในการศึกษาขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สอดคล้องกับข้อเสนอของ Kunselman เกี่ยวกับการใช้ผลจากการศึกษานำร่องเป็นฐานในการออกแบบการศึกษาที่รัดกุมยิ่งขึ้นในระยะถัดไป⁽¹⁵⁾

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE692028 เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2569

เอกสารอ้างอิง

1. Global Burden of Disease (GBD). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396(10258):1204-22. DOI:[10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
2. World Health Organization. Musculoskeletal health. [Internet]. 2023. [cited 2026 May 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://stream.nhso.go.th/assets/portals/1/files/report_2567_F.pdf
4. Khalifa AA, Bakr HM. Updates in biomaterials of bearing surfaces in total hip arthroplasty. Arthroplasty 2021;3(1):32. DOI:[10.1186/s42836-021-00092-6](https://doi.org/10.1186/s42836-021-00092-6)
5. โรงพยาบาลเลย. รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพก โรงพยาบาลเลย พ.ศ. 2565-2567. เลย : เวชระเบียน โรงพยาบาลเลย, 2567.
6. Memtsoudis SG, Cozowicz C, Bekeris J, Bekere D, Liu J, Soffin EM, et al. Anaesthetic care of patients undergoing primary hip and knee arthroplasty: consensus recommendations from the International Consensus on Anaesthesia-Related Outcomes after Surgery group (ICAROS) based on a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth 2019;123(3):269-87. DOI:[10.1016/j.bja.2019.05.042](https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.05.042)

7. Chen R, Chen Y, Yang M, Liu Y, Zhang X, Li J, et al. Patients' caring experience during procedures under regional anesthesia in Mainland China: a phenomenology study. *Heliyon* 2023;9(10):e20330.
DOI:[10.1016/j.heliyon.2023.e20330](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20330)
8. Pritchard MJ. Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nurs Stand* 2009;23(51):35-40.
DOI:[10.7748/ns2009.08.23.51.35.c7222](https://doi.org/10.7748/ns2009.08.23.51.35.c7222)
9. Alharbi K. Creating a healing environment: The role of comfort in nursing care. *Holist Nurs Pract* 2025;39(4):224-9.
DOI:[10.1097/HNP.0000000000000731](https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000731)
10. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, [editors]. *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco : Jossey-Bass, 1993.
11. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: A systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain* 2012;28(9):819-41.
DOI:[10.1097/AJP.0b013e31824549d6](https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31824549d6)
12. Shin S, Kang J. Development and validation of a person-centered perioperative nursing scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2019;13(3):221-7.
DOI:[10.1016/j.anr.2019.07.002](https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.07.002)
13. Gobbo M, Saldaña R, Rodríguez M, Jiménez J, García-Vega MI, de Pedro JM, et al. Patients' experience and needs during perioperative care: a focus group study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:891–902.
DOI:[10.2147/PPA.S252670](https://doi.org/10.2147/PPA.S252670)
14. Kunselman AR. A brief overview of pilot studies and their sample size justification. *Fertil Steril* 2024;121(6):899-901.
DOI:[10.1016/j.fertnstert.2024.01.040](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.040)
15. Nath RK, Thapliyal H. Machine learning based anxiety detection in older adults using wristband sensors and context feature. *SN COMPUT SCI* 2021;2(359).
<https://doi.org/10.1007/s42979-021-00744-z>
16. Prokopowicz A, Stanczykiewicz B, Uchmanowicz I. Validation of the numerical anxiety rating scale in postpartum females: A prospective observational study. *Ginekol Pol* 2022;93(9):686-94.
DOI:[10.5603/GP.a2021.0197](https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0197)
17. ปิยะฉัตร กาศแสง. ผลของการใช้พลาสติกปิดขอบหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) ขณะผ่าตัดต่อความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2565;30(1):1-14.
<https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/12610>

18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health, 2017.
19. Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York : Springer Pub. Co, 2003.
20. Früh A, Wetzel-Yalelis A, Jelgersma C, Wasilewski D, Weber CF, Truckenmueller P, et al. Spinal anesthesia and digital anxiolysis (SPIDA) for the treatment of lumbar spinal stenosis - a feasibility study. Neurosurg Rev 2025;48(1):316. DOI:[10.1007/s10143-025-03433-0](https://doi.org/10.1007/s10143-025-03433-0)
21. Yan P, Wang C, Singphandy L, Shi Y, Chen X, Li Y, et al. Strengthening surgical outcomes through nursing education: an evidence-based training model in Laos. Front Public Health 2026;14:1756562. DOI:[10.3389/fpubh.2026.1756562](https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1756562)