

ประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

THE EFFECTIVENESS OF DISCHARGE-PLANNING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AFTER BRAIN TUMOR SURGERY PATIENTS

สุดาสวรรค์ ตรีภทวิผล, เตือนใจ ลินอำไพสิทธิ์, ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, ยूपิน เรืองพิสิฐ
สถาบันประสาทวิทยา

Sudasawan takathaweephon, Tuanjai Sinumpaisit, Phuriphong Charoenphaet, Yupin Ruangpisit
Neurological Institute of Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นมาตรฐาน และประเมินประสิทธิผลของการใช้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันประสาทวิทยา ได้ผลการวิจัยดังนี้

1) ผลการศึกษาสถานการณ์โดยประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจำนวน 20 คนและสืบค้นจากเวชระเบียน 201 แพ้ม ได้ข้อสรุปคือยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือหรือแนวการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และวิถีทัศน์การให้ความรู้ไม่เหมาะสม จึงค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจนได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 32 เรื่อง เพื่อนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่าย 2) ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ได้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้แนวคิดของ McKeegan (1985) ร่วมกับ D-METHOD ของกองการพยาบาล (2539) จากนั้นดำเนินการประเมินประสิทธิผลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดในระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 ได้กลุ่มควบคุม 14 คน กลุ่มทดลอง 15 คน จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากแผนการสอนและสื่อการสอนตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลัก D-METHOD พร้อมกับได้รับการวางแผนการจำหน่าย 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับพร้อมกับให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเนื้องอกสมอง ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพร้อมกับทบทวนความรู้ก่อนผ่าตัดเนื้องอก ขั้นตอนที่ 3 ประเมินสภาพความต้องการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ขั้นตอนที่ 4 ประเมินสภาพ ทบทวนความรู้และทักษะตามปัญหาเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ขั้นตอนที่ 5 ติดตามสภาพ อาการผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และขั้นตอนที่ 6 ส่งต่อข้อมูลอาการปัจจุบันของผู้ป่วยในวันที่มาพบแพทย์ และประเมินผลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยเก็บข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 แรกรับ ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย 1-2 วัน และครั้งที่ 3 ติดตามประเมินซ้ำ 1 เดือนหลังจำหน่าย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA pair t-test และ independent t-test 3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแรกรับ ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 142.43(22.15), 138.00(19.40), 155.79(29.72) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มทดลอง เท่ากับ 130.80(20.08), 139.80(18.19), 160.60(13.85) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกคู่ ($p=0.00$) โดยที่ค่าเฉลี่ยแรกรับและก่อนจำหน่ายภายในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน จึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือการให้ความรู้และการประเมินทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง อาจขยายได้ถึงวันที่ 7 ขึ้นอยู่กับสภาพการรับรู้ของผู้ป่วย และหน่วยงานผู้ป่วยนอกควรมีการใช้ Application ไว้ส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานผู้ป่วยในเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างไร้รอยต่อในที่สุด

คำสำคัญ: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

Abstract

The Research and Development (R&D) study aimed to survey the discharge planning situation in patients after brain tumor surgery, developed a standardized discharge planning program, and examined its effectiveness. The study detail as follow:

1) After conducting focus groups with 20 neurosurgical nurses and investigating 201 patient files, it was observed that there was no clear discharge planning sheet flow or nursing guideline. Additionally, outdated brain surgery preparation videos were identified. Consequently, the researchers conducted a systematic review, analyzing 32 suitable articles to create a discharge planning program for brain tumor surgery patients 2) As the result, the researcher adapted a conceptual framework from McKeehan (1985) and the Nursing division's D-METHOD (1996) to develop a standardized discharge planning program for brain tumor surgery patients. The program, implemented between January and February 2024, involved 29 eligible patients divided into a Control group (14 patients) and an Intervention group (15 patients). The Intervention group received an educational guideline with up-to-date instructional media and a 6-step discharge planning process, including health and knowledge evaluation upon admission with pre-operation enlightenment, re-evaluation one day before operation with corrected misleading information, post-operation evaluation within 1-5 days after brain tumor surgery for assessing complications and providing self-care management knowledge, self and home care knowledge evaluated 1-2 days before discharge with corrected misleading information, health status follow-up 1 week after discharge with Tele-nursing, and handing patient's health status to their physician on the first follow-up date. The Health-Related Quality of Life for Brain Tumor (HRQOL-BT) served as the research evaluation tool at admission, 1-2 days before discharge, and 1 month after discharge. The data were analyzed using Repeated Measurement ANOVA, pair t-test, and independent t-test. 3) The effectiveness of the program as follow: the mean HRQOL-BT scores within the Control group at admission, 1-2 days before discharge, and 1 month after discharge were 142.43(22.15), 138.00(19.40), and 155.79(29.72) respectively. In the Intervention group, the scores were 130.80(20.08), 139.80(18.19), and 160.60(13.85) respectively. Repeated Measurement ANOVA revealed that at least two means were significantly different in both Control and Intervention groups. However, the mean score in

the Intervention group significantly increased each time ($p=0.00$), whereas the mean score in the Control group between admission and 1-2 days before discharge was not significantly different. Nevertheless, there were no significant differences between the two groups for HRQOL-BT mean scores at every evaluation time.

For future study, post-operation evaluation should be expanded to 7 days depending on patients' condition and OPD should have mobile application which can exchange patients' data for seamless care.

Keywords: Discharge planning model, Quality of life, After brain tumor surgery patients

บทนำ

เนื้องอกสมอง (Brain tumors) เป็นโรคที่มีก้อนเนื้องอกเซลล์ในระบบประสาทแบ่งตัวผิดปกติและเกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ (Louis et al., 2007) จากการสำรวจของ CBTRUS มีอุบัติการณ์เฉลี่ย 24.83 ต่อประชากร 100,000 ราย/ปี (Ostrom et al., 2023) สำหรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่รับไว้ในสถาบันประสาทวิทยา ในปี พ.ศ.2563-2565 มีจำนวน 421, 398, 403 รายตามลำดับ มีการผ่าตัดเนื้องอกสมองเฉลี่ย 15-30 ราย/เดือน (สถิติข้อมูลกลุ่มงานศัลยกรรม, 2566) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองทำให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานกับอาการของเนื้องอกสมองและอาการของระบบประสาทตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ณัฐธาดา เจียรนิลกุลชัย, 2559) การผ่าตัดสมองเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มากมาย อย่างไรก็ตามภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักมีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจจากสมรรถภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาคนอื่น (ปภัสนรา มุกดาประวัตติ และคณะ, 2555) โดยเฉพาะช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดที่อาจจะต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ทรมานจนทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Królikowska et al., 2022; ชนกพร จิตปัญญา และคณะ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเรื่องของการผ่าตัด และการให้การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพื่อทำให้ความวิตกกังวลของตนเองบรรเทาลง (วรรณวิศา ปะเสทะกั้ง และณิชาภัทร พุฒิกามิน, 2564) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และ

ประภาพร จินันทุยา, 2562) ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจึงควรมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลการเจ็บป่วยและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายไม่ใช่การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการได้เร็ว แต่หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่เป้าหมายผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (สุรีย์ ธรรมิกบวร, ม.ป.ป.) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายสามารถเริ่มได้ตั้งแต่เมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวางแผนการจำหน่าย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (กมนวรรณ นิลเอก และ รุ่งนภา จันทรา, 2562) ทำให้ญาติมีความพร้อมในการดูแล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชัยพิมล เกณสาคร และคณะ, 2563; คณิงนิจ ศรีษะโคตร และคณะ, 2565)

ปัจจุบันการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของสถาบันประสาทวิทยาถูกบรรจุสอดแทรกเป็นกิจกรรมย่อยไว้ใน Case management for brain surgery โดยที่ไม่มีรูปแบบหรือหัวข้อที่แสดงถึงกระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจึงให้คำแนะนำตามความรู้และความเข้าใจของตนเอง

ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่คงที่ของมาตรฐานทั้งในการให้ข้อมูลความรู้และข้อมูลในการดูแลตนเองที่บ้านตามกรอบที่กำหนดจากสภาการพยาบาล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ดังนั้นในฐานะรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา มีหน้าที่และบทบาทในการบริหารจัดการและควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล โดยเฉพากระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง จึงเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้หลักการดำเนินการในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อทำให้ทราบสถานการณ์และปัญหาที่แท้จริง มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อหาแนวทางการแก้ไขหรือพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย รวมถึงมีการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลที่สร้างขึ้นด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาในรูปแบบเดิม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ในสถาบันประสาทวิทยา ให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำถามการวิจัย

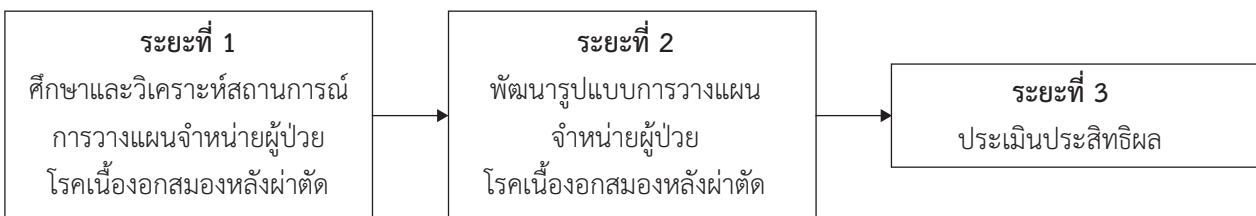
1. สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาแบบเดิมเป็นอย่างไร

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทของสถาบันประสาทวิทยาที่ ควรเป็นอย่างไร

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของการใช้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัดในรูปแบบเดิม โดยนำข้อมูลมาจากการศึกษาใน 2 องค์ประกอบคือ

- 1) การประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัด
- 2) สืบค้นข้อมูล ปัญหา จากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ คือปีงบประมาณ 2566

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัด โดยการนำปัญหาสถานการณ์ และอุปสรรคการปฏิบัติการพยาบาล ที่ได้จากการประชุมกลุ่มและการสืบค้นจากเวชระเบียน มาวางกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ คำค้น และฐานข้อมูล จากนั้นดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบโดยให้ผู้วิจัยคนที่ 3 (ภุริพงษ์ เจริญแพทย์) ดำเนินการสืบค้นตามกรอบที่ตั้งไว้ และให้ผู้วิจัยคนที่ 2 (เดือนใจ สีนอำไพสิทธิ์) และผู้วิจัยคนที่ 4 (ยุพิน เรืองพิลสิฐ) ประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ทั้งนี้ หากมีข้อโต้แย้ง หรือมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยคนที่ 1 (สุดาสวรรค์ ตรีกรทวิผล) เป็นผู้ตัดสินคนสุดท้าย เมื่อได้บทความวิจัยที่เหมาะสมตามเกณฑ์แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ออกมาเป็นร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ

เมื่อได้ร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯแล้ว จึงส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) ผู้วิจัยจัดทำแบบประเมินรายข้อสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและจัดทำเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 1-4 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าคะแนน 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องหรือไม่เหมาะสม คะแนน 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องมากที่สุด ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน ผู้วิจัยนำค่าคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านประเมินรายข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดที่ได้คะแนน 3 และ 4 และนำแบบสอบถามแต่ละชุดมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงในเนื้อหา โดยค่าความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ

ที่ยอมรับได้คือค่า CVI มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) โดยหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงในเนื้อหา จากสูตรคำนวณ

$$CVI = \frac{\sum R_{3,4}}{N}$$

เมื่อ CVI $\sum R_{3,4}$ N
ดัชนีความเที่ยงตรงในเนื้อหา
จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ
ทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3
และ 4
เป็นจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

จากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบการใช้งานกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนโดยแบ่งการทดสอบการใช้งาน 1 คนต่อ 1 หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เมื่อทดสอบการใช้งานเสร็จกลายเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัดฉบับสมบูรณ์ จึงนำไปประเมินประสิทธิผลต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล เป็นการนำรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายฯฉบับสมบูรณ์ มาทดลองใช้ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อพิสูจน์ว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้จริงหรือไม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มตามระยะของการดำเนินการวิจัยคือ

กลุ่มที่ 1 ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัด รวมถึงหัวหน้างานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 20 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรคือ แพทย์เวชระเบียนผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัดใน 1 ปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ 2566) โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1967) คือ $n = \frac{N}{1+Ne^2}$ เมื่อ N คือจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัดใน 1 ปีงบประมาณ เท่ากับ 404 คน, e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัย เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 201 แพทย์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สืบค้น บทความความความวิจัยที่เหมาะสมจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้คำค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ได้จากประเด็นในระยะที่ 1 ดำเนินการค้นหาจากฐานข้อมูลออนไลน์ และฐานข้อมูลจากเครือข่ายห้องสมุดศรีสังวาลย์ สถาบันประสาทวิทยา ในวันที่ 1-15 เดือนพฤศจิกายน 2566 นำบทความทั้งหมดที่ค้นหาได้ 1,129 บทความ มาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า/คัดออก คือ เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ เป็นงานที่เสร็จสมบูรณ์ไม่ใช่งานวิจัยนำร่อง ไม่ใช่งานวิจัยที่ซ้ำกัน เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเท่านั้น ไม่ใช่บทความวิชาการ ไม่ใช่บทในหนังสือ เหลือ 76 บทความ จากนั้นนำไปประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัย จนได้จำนวนบทความสุดท้าย 32 บทความ ในการนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดในระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 โดยคาดว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 30 คน แบ่งจากลำดับการเข้าผ่าตัดก่อนหลัง ด้วยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีนัดผ่าตัดก่อนเป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 15 คน และผู้ป่วยที่มีนัดผ่าตัดหลังจากนั้นเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัด 2) อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) เป็นผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัว และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอม ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต 2) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่สำเร็จ มีการงัดหรือเลื่อนการผ่าตัด 3) ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดด่วน 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยตลอดโครงการ 5) ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม หรือมีอาการอื่นใดที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จนจำหน่าย 6) ผู้ป่วยไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิดทั้งหมด หลังดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน 1) เครื่องมือที่ใช้

ในการทดลอง คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่า CVI=0.98 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล มีค่า CVI=1, แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Health-Related Quality of Life for Brain Tumor [HRQOL-BT]) ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดย Weitzner และคณะ (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยณัฐชญา เจียรนิลกุลชัย. (2559) ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายมีข้อความ 7 ข้อ 2) ด้านสังคมและครอบครัวมีข้อความ 7 ข้อ 3) ด้านจิตใจและอารมณ์มีข้อความ 6 ข้อ 4) ด้านการทำหน้าที่มีข้อความ 7 ข้อ และ 5) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องมีข้อความ 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนน 0-192 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนการรวมคะแนน มีค่า CVI=0.98 เมื่อมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ฉบับสมบูรณ์ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการคุณธรรมจริยธรรมของสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ลงวันที่ 3 มกราคม 2567 หมายเลขโครงการ 66069 และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้การพยาบาล การบริการหรือการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยจะได้แต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต หากมีภาวะทางสุขภาพ

ทั้งร่างกายและจิตที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบสอบถาม สามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะทำลายข้อมูลดิบทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

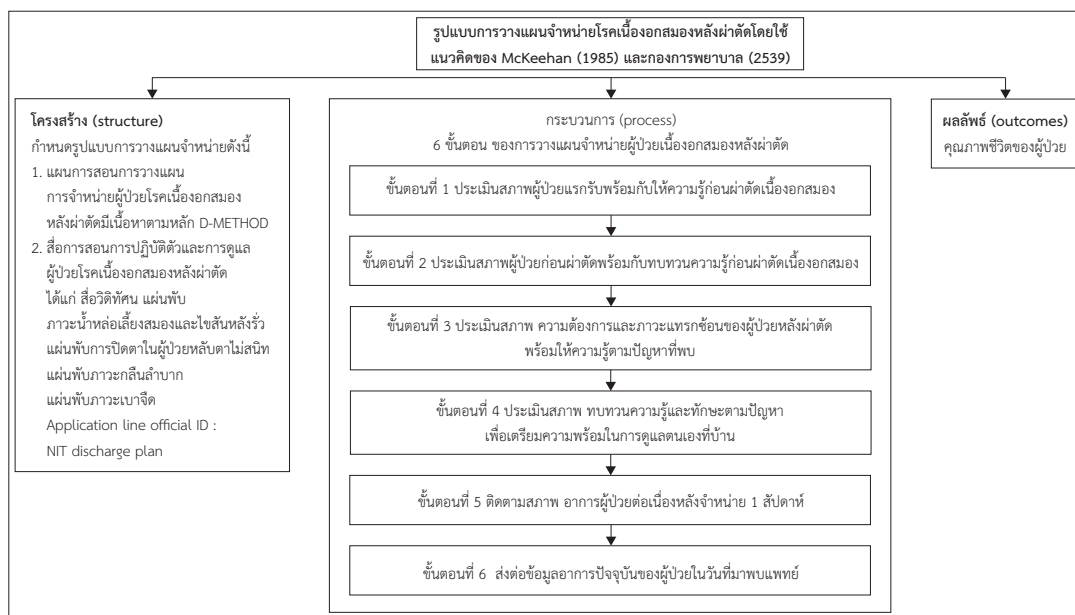
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test ดูการกระจายตัวของคะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้ Skewness test, Kurtosis test เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA pair t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองใช้สถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและการสืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วย มีผลสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง พิเศษศัลยกรรมพิเศษตึกเฉลิมพระเกียรติชั้น 6 ยังไม่มีรูปแบบการวางแผน

จำหน่ายที่ชัดเจน 2) ไม่มีคู่มือหรือแนวการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และ 3) วัตถุประสงค์การให้ความรู้ มีเนื้อหาทวนและซ้ำซ้อน รูปแบบไม่ทันสมัย มีความยาวเกิน 40 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เมื่อสรุปประเด็นจากการศึกษาสถานการณ์แล้ว ผู้วิจัยได้วางกรอบเพื่อดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนดังนี้ 1) คำค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ คุณภาพชีวิต, เนื้องอกสมอง, การวางแผนจำหน่าย, ภาวะแทรกซ้อนผ่าตัดสมอง, การพยาบาล, Quality of life, Brain tumor, Discharge planning, Brain surgery complication, Nursing care, Nursing intervention 2) ฐานข้อมูลเพื่อทำการสืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูลออนไลน์คือ Google scholar, SpringerLink, PubMed Central, ScienceDirect, Elsevier และฐานข้อมูลออฟไลน์จากเครือข่ายห้องสมุดของสถาบันประสาทยุทธศาสตร์ 3) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้บทความที่เหมาะสมตามเกณฑ์จำนวน 32 บทความ 4) ผลสรุปรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่พัฒนาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยคณะผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของ McKeehan (1985) ร่วมกับการพยาบาล (2539) กลายเป็นกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อนำไปทดสอบการใช้งาน (Pilot test) กับผู้ป่วย ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิต หลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 14.33 คะแนนจึงนำไป ทดสอบประสิทธิผลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผล ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแผน การจำหน่ายปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการ ผ่าตัดจะได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โครงสร้าง (structure) คือ 1) แผนการสอน การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ตามรูปแบบ D-METHOD 2) สื่อการสอนการปฏิบัติตัวและ การดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่ สื่อวิดีโอทัศน ความยาว 9.01 นาที แผ่นพับแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Application line official ID : NIT discharge plan

2.2 กระบวนการ (process) คือแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลการวางแผนจำหน่ายแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน โดยมีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 3 คนเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ผู้วิจัย เป็นผู้ควบคุมกำกับติดตามให้เป็นไปตามกระบวนการและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่ง 6 ขั้นตอนดังกล่าวประกอบไปด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้และประเมินสภาพ ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยดูสื่อวิดีโอทัศน ทาง NIT discharge plan ให้ความรู้เสริมจากสิ่งที่ผู้ป่วย บกพร่อง ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 หลังจากผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ ตามงานประจำของพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลแล้ว ประเมินความรู้ซ้ำอีกครั้ง ผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ คะแนนความรู้เดิม และให้ความรู้เสริมอีกครั้ง จนได้คะแนน จากการประเมินความรู้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 ถึง วันที่ 5 หลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองที่บ้าน แล้วให้ความรู้เสริมจากสิ่งที่บกพร่อง ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนความรู้ความรู้อีกเกี่ยวกับภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในการปฏิบัติตัว และดูแลตัวเองที่บ้านก่อนจำหน่าย 1-2 วัน ผ่านทาง NIT discharge plan ดำเนินการให้ความรู้เสริมอีกครั้งตามความรู้ ที่ผู้ป่วยยังคงบกพร่องอยู่ จนได้คะแนนจากการประเมิน ความรู้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ใช้เวลา 10-20 นาที

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยผู้ร่วมวิจัยจะทำการ โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชัน ติดตามสภาพอาการผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย พร้อมให้ คำแนะนำ ปรีกษา และการจัดการที่เหมาะสม โดยใช้แบบบันทึก ติดตามเพื่อทราบถึงปัญหาและอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการติดตาม อาการผู้ป่วยจากขั้นตอนที่ 5 ทำการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ในวันที่มาพบแพทย์

2.3 ผลลัพธ์ (outcomes) คือคุณภาพชีวิต เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการ ทั้งหมดจำนวน 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัว ADL โดยส่วนที่ 1 ดำเนินการเก็บครั้งแรกและครั้งเดียวเมื่อรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ดำเนินการเก็บจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 แรกรับ ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย 1-2 วัน และครั้งที่ 3 ติดตามประเมินซ้ำ 1 เดือนหลังจำหน่าย

4. ผลการดำเนินการทดลอง สามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้ามีจำนวน ทั้งหมด มีจำนวน 31 คน ถูกคัดออกระหว่างดำเนินการวิจัย เนื่องจากแพทย์งดการผ่าตัด 1 คน และถูกส่งต่อไปรักษาที่ โรงพยาบาลอื่นระหว่างการทำวิจัย 1 คน เหลือกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถนำมาคำนวณผลการทดลอง 29 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 14 คน กลุ่มทดลอง 15 คน

4.2 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1) กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.14 มีอายุเฉลี่ย 58.36 ปี เป็นเนื้องอกสมองชนิด

Pituitary adenoma มากที่สุด ร้อยละ 50 โดยตำแหน่งที่พบเนื้องอกมากที่สุดคือต่อมใต้สมอง ร้อยละ 64.28 ทุกคนมีความรู้สึกตัวดี (GCS= 15) และค่าเฉลี่ย ADL อยู่ที่ 93.93 คะแนน

2) กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 47.13 ปี เป็นเนื้องอกสมองชนิด Pituitary adenoma มากที่สุด ร้อยละ 40 เท่ากันกับ Meningioma ตำแหน่งที่พบเนื้องอกมากที่สุดคือต่อมใต้สมอง ร้อยละ 46.67 ทุกคนมีความรู้สึกตัวดี (GCS= 15) และค่าเฉลี่ย ADL อยู่ที่ 100 คะแนน

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน โดยเพศ (p=.597) สถานภาพสมรส (p=.434) ศาสนา (p=.292) ระดับการศึกษา (p=.110) สถานภาพในครอบครัว (p=.195) อาชีพ (p=.155) ชนิดของเนื้องอก (p=.926) ตำแหน่งที่พบเนื้องอก (p=.061) ADL (p=.196)

4.4 ทดสอบการกระจายตัวของคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่ามีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ โดย Skewness test เท่ากับ 0.47 และ Kurtosis test เท่ากับ -0.38

4.5 ทดสอบเพื่อหาความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ One-way repeated measurement ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 1

4.6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตภาพรวมภายในกลุ่มตามช่วงเวลาที่ได้รับข้อมูลพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จำนวน 1 คู่ ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้ง 3 คู่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบเพื่อหาความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามครั้งที่เก็บข้อมูล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มควบคุม					
ระหว่างครั้งที่เก็บข้อมูล	2400.33	2	1200.17	7.65	0.002*
ความคลาดเคลื่อน	4080.33	26	156.94		
ภายในกลุ่มทดลอง					
ระหว่างครั้งที่เก็บข้อมูล	7008.40	2	3504.20	40.79	0.000*
ความคลาดเคลื่อน	2405.60	28	85.91		

*p<.01

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มระหว่างครั้งที่เก็บข้อมูล

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต	คู่ที่ 1 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 (แรกกับก่อนจำหน่าย)			คู่ที่ 2 ครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 (ก่อนจำหน่าย กับหลังจำหน่าย 1 เดือน)			คู่ที่ 3 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 (แรกกับหลังจำหน่าย 1 เดือน)		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	p-value	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	p-value	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	
กลุ่มควบคุม (n=14)	142.43 (22.15)	138.00 (19.40)	0.163	138.00 (19.40)	155.79 (29.72)	0.004*	142.43 (22.15)	155.79 (29.72)	0.035
กลุ่มทดลอง (n=15)	130.80 (20.08)	139.80 (18.19)	0.000*	139.80 (18.19)	160.60 (13.85)	0.000*	130.80 (20.08)	160.60 (13.85)	0.000*

*p<.01

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มควบคุมแรกเริ่มและก่อนจำหน่ายไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มควบคุมแรกเริ่มและหลังจำหน่าย 1 เดือน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน

4.7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองแรกเริ่ม ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีแตกต่างกันในทุกช่วงเวลา

สรุปผล

ในการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยามีปัญหาหลัก 3 ประการคือไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือหรือแนวการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และ สื่อวีดิทัศน์ไม่เหมาะสม

2. จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้พัฒนาออกมาเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งใช้แนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของ McKeegan (1985)

ร่วมกับรูปแบบการวางแผนการจำหน่าย D-METHOD ของกองการพยาบาล (2539)

3. จากการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดประเมินผลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน ขณะที่ในกลุ่มควบคุมคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยระหว่างแรกเริ่มและเมื่อจำหน่าย กับระหว่างแรกเริ่มและ 1 เดือนหลังจำหน่ายไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัจจุบันของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการประชุมกลุ่มและการสืบค้นเวชระเบียนถึงรากของปัญหา มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการสร้างกรอบการค้นคว้างานไปสู่การวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกมนวรรณ นิลเอก และ รุ่งภา จันทรา (2562) นอกจากนี้การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ทำให้เกิดรูปแบบกระบวนการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีความรู้ การปฏิบัติตัวและมีทักษะในการดูแลตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองที่ได้รับการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม พร้อมกับให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเนื้องอกสมอง ประเมินสภาพความต้องการและภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มต่อครั้งที่เก็บข้อมูล

ค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
ครั้งที่ 1 แรกเริ่ม	142.43	22.15	130.80	20.08	1.48	27	0.149
ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย	138.00	19.40	139.80	18.19	-0.26	27	0.798
ครั้งที่ 3 หลังจำหน่าย 1 เดือน	155.79	29.72	160.60	13.85	-0.57	27	0.576

ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพร้อมให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ ประเมินสภาพทบทวนความรู้และทักษะตามปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน มีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย พร้อมให้คำแนะนำ ปรึกษา และการจัดการที่เหมาะสม ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกพร จิตปัญญา และคณะ (2551) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้พยาบาลภายในสถาบันประสาทวิทยา มีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ไปใช้ในการวางแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง
2. การให้ความรู้และการประเมินทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถขยายได้ถึงวันที่ 7 ขึ้นอยู่กับสภาพการรับรู้ของผู้ป่วย และหน่วยงานผู้ช่วยนอกควรมีการใช้ Application ไว้ส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานผู้ป่วยในเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างไร้รอยต่อในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น วันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เป็นต้น
2. ควรสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Chanokporn Jitpanya, Surachai Khaoroptham, & Amnauporn Arsanok. (2008). Selected Factors Related to Quality of Life in Adult Patients with Brain Tumor after the Operation. *Journal of Public Health Nursing*, 22(3), 45-47.

Chatkamon Prachuablarp, & Prapaporn Chinuntuya. (2019). Predictors of Quality of Life in Patients with Primary Brain Tumors after Surgery. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 194-210.

Kamonwan Nillake, & Rungnapa Chantra. (2019). The Effects of Discharge Planning Program for Burn Patients on Self-care ability and Quality of Life in Surgical 4 Department Suratthani Hospital Region 11. *Medical Journal*, 33(2), 143-156.

Khanuengnij Srisakhot, Potjane Kuleelung, Benchaporn Aungvanit, Boonmee Sondos, & Suwallaya Sriruksa. (2022). Development of Integrated Discharge-Planning Programmed for Stroke Patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(3), 20-43.

Królikowska, A., Filipka-Blejder, K., Jabłońska, R., Haor, B., Antczak-Komoterska, A., Biercewicz, M., et al. (2022). Quality of Life after Surgical Treatment of Brain Tumors. *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3733.

Louis, D.N., Ohgaki, H., Wiestler, O.D., Cavenee, W.K., Burger, P.C., Jouvett, A., et al. (2007). The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta neuropathologica*, 114, 97-109.

McKeehan, K.M., & Coulton, C.J. (1985). A system approach to program development for continuity of care in hospitals. In: McClelland KM, Kelly K, Buckwalter KC, editors. *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning*. (pp. 79-92). Orlando, FL: Grune & Stratton.

- Natthacha Chiannikulchai, Orapan Thosingha, Usavadee Asdornwised, Prasert Sarnvivad, & Chukiat Viwatwongkasem. (2016). Primary Brain Tumors in Thais: Symptom Experience and Predicting Factors. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 20(4), 275-292.
- Nursing Division. (1996). *Discharge planning from hospital*. Bangkok: Nursing Division Ministry Of Public Health
- Ostrom, Q.T., Price, M., Neff, C., Cioffi, G., Waite, K.A., Kruchko, C., et al. (2023). CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016—2020. *Neuro-Oncology*, 25(Supplement_4), iv1-iv99.
- Papusara Mukdaprawat, Suporn Danaidutsadeekul, Wallada Chanruangvanich, & Paranut Itthimathin. (2012). Relationships between Brain Tumor Grading, Severity of Neurological Deficit, Nutritional Status and Functional Status in Brain Tumor Patients during Hospital Stay. *Nursing Science Journal of Thailand*, 30(3), 46-54.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Statistics on neurosurgical department. (2023). *The annual statistical report 2023*. Bangkok: Medical record and statistics department of Neurological Institute of Thailand.
- Suree Trumikaborworn. (n.d.). New paradigms and concepts in distribution planning. [Internet]. [Date of Retrieved 2022, 10 Oct.] Retrieved from <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Plan.pdf>
- Thanpimol Kensakoo, Tuanjai Sinumpaisit, & Werayuth Srithumsuk. (2020). The Effectiveness of Discharge Planning's Clinical Nursing Practice Guideline on Activity Daily Livings, Hospital Readmission and Quality of Life in Ischemic Stroke Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 215-224.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation working party*. New JBI Levels of Evidence.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research*. (4 th ed.). New York: Springer.
- Wanwisa Pasethakung, & Nichapatr Phutthikhamin. (2021). Effect of Preparatory Information Provision Program on Anxiety in the Patients Undergoing Brain Tumor Surgery. *Thai Journal of Nursing Council*, 36(04), 80-93.
- Weitzner, M.A., Meyers, C.A., & Byrne, K. (1996). Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors. *Journal of Neurosurgery*, 84(1), 29-34.
- Yamane, T. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York : Harper and Row.