



PMJCS

ISSN 2895 - 2420 (Online)

Phrae Medical Journal and Clinical Sciences

Volume 32 Number 1 January - June 2024



วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านการแพทย์ แพทยศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานเพื่อเป้าหมาย การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ</p>	
ที่ปรึกษา	<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่</p> <p>รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์</p> <p>รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล</p> <p>รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร</p>	
บรรณาธิการ	<p>ผศ.(พิเศษ) พญ.ปาริชาติ นิยมทอง</p>	
รองบรรณาธิการ	<p>พญ.ปิยฉัตร ดีสุวรรณ</p>	
กองบรรณาธิการภายใน	<p>พญ.ศรียรัตน์ มากมาย</p> <p>นพ.วันชนะ จินดาคำ</p> <p>พญ.จิณา ตีระวณิชย์</p> <p>พญ.นวลอนงค์ วงศ์ขันแก้ว</p> <p>พญ.ภิญญาดา ฐานะวุฒิมงคล</p> <p>ภญ.ธราณี สิริชยานุกูล</p> <p>นายพนาทัตชนะเวทิน</p> <p>นางสาวสุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์</p>	<p>นพ.จักรพันธ์ ธรรมเมธากาญจน์</p> <p>พญ.ตติพร ทศนาพิทักษ์</p> <p>พญ.รรินธร ธีัญญาวัตติ</p> <p>พญ.กุลภัสสร ลีสมุทพรเพชร</p> <p>ทญ.ชาตยา ฤตวิรุฬห์</p> <p>นางสาวชนิษฐา แก้วพรม</p> <p>นางการะเกด พันธุ์รัตน์</p> <p>นางสาวสุทิวา สุริยนต์</p>
กองบรรณาธิการภายนอก	<p>ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย</p> <p>ดร.นพ.พิชญ์ ตันตยวงค์</p> <p>ผศ.จิราวรรณ ดีเหลือ</p> <p>พญ.ณัฐยา อินอิน</p> <p>นพ.ธานินทร์ ฉัตรภิบาล</p> <p>นพ.อุดมศักดิ์ ตั้งชัยสุริยา</p> <p>ดร.เชษฐา แก้วพรม</p> <p>ดร.กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์</p>	<p>ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์</p> <p>รศ.ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล</p> <p>ผศ.ดร.ภญ.วรุฬห์ พรหมพิทยารัตน์</p> <p>พญ.ดาว ลือวัฒนานนท์</p> <p>นพ.ยศวัฒน์ ตั้งตรงจิตร</p> <p>ผศ.ภก.สุกฤษฎี กาญจนสุระกิจ</p> <p>ดร.สุรางค์รัตน์ พ้องพาน</p> <p>อ.สิริวรรณ ธีัญญาผล</p>
ฝ่ายธุรการ	<p>นางธนภรณ์ ชันคำนันตะ</p>	
สำนักงาน	<p>ห้องสมุดโรงพยาบาลแพร่ 144 ถนนช่อแฮ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่</p> <p>โทรศัพท์ 0-5453-3500 ต่อ 2608 โทรสาร 0-5453-2156</p> <p>E-Mail Address: p2608111@hotmail.com</p>	
เว็บไซต์เผยแพร่	<p>https://thaidj.org/index.php/JPPH</p>	
กำหนดการตีพิมพ์	<p>กำหนดออกทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ: มกราคม-มิถุนายน, กรกฎาคม-ธันวาคม)</p>	

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ต่อทักษะในการปฏิบัติตัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ธิดาลักษณ์ แก้วแจ่ม พย.ม.1, ศิริกาญจน์ จินาวิน 1

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่

พัชรพรรณ เหมือนหม้อ, หัสยาพร อินทยศ..... 12

ผลของการติดเชื้อโควิด 19 ต่ออัตราอุบัติการณ์การตายที่ระยะเวลา 28 วันของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันของโรงพยาบาลแพร่

กุลนาถ คูหา, ธนิตา ศรีนคร, ำนำโชค แจ่มวงศ์, ปาริชาติ นิยมทอง, ธานินทร์ ฉัตรราภิบาล..... 27

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านและผู้ติดตามวารสารโรงพยาบาลแพร่ทุกท่านนะคะ วารสารฉบับนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับที่ลงตีพิมพ์น้อยกว่าฉบับก่อนหน้านี้ค่อนข้างมากสืบเนื่องจากการปรับรูปแบบการเผยแพร่ นิพนธ์ต้นฉบับในรูปแบบอื่น ทำให้มีผู้สนใจส่งนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสารของเราลดลง แต่ถึงแม้จะมีนิพนธ์ต้นฉบับจำนวนน้อย แต่ก็เต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพค่ะ เนื่องจากเรายังได้รับเกียรติจากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านในตำแหน่งกองบรรณาธิการเพื่อช่วยตรวจสอบ คัดกรอง และตรวจทานนิพนธ์ต้นฉบับ ให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือและสมบูรณ์ตามหลักวิชาการ สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงได้ วารสารฉบับนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ในทางเวชปฏิบัติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่านทั้งเป็นแนวทางในเวชปฏิบัติ และเป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยต่อไปค่ะ

ผศ. (พิเศษ) พญ.ปาริชาติ นิยมทอง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

บรรณาธิการ

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ต่อทักษะในการปฏิบัติตัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล

จิตาลักษณ์ แก้วแจ่ม พย.ม.¹, ศิริกาญจน์ จินาวิน ปร.ด.²

รับบทความ: 26 มีนาคม 2567

ปรับแก้บทความ: 24 พฤษภาคม 2567

ตอบรับบทความ: 10 มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด
- วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย ทักษะการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่ม และศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD
- วิธีการศึกษา:** การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้แผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G Power 3.1.9.4 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 3) แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจบริการพยาบาล
- ผลการศึกษา:** ผลการวิจัยพบว่าประชากรที่ศึกษา ทั้งสองกลุ่ม มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นนิ่วในไต จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 37.84 ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวเป็น HT และ DLP เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ผลคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- สรุป:** การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้การวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD เป็นการจัดระบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
- คำสำคัญ:** การวางแผนจำหน่าย, การพัฒนาคุณภาพ, ปัสสาวะปนเลือด

¹ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of discharge planning for patients with hematuria using the D-METHOD model on nursing skills and satisfaction with nursing services

Tidalux Kaewjaem M.N.S¹ Sirikan Jinawin Ph.D.²

Received: March 26, 2024

Revised: May 24, 2024

Accepted: June 10, 2024

Abstract

Background: Discharge planning is intended to help patients prepare for their own care. After leaving the hospital and being able to return to living in society.

Objective: Compare the behavior of patients with gross hematuria before and after discharge planning, the behavior of each group, and study the satisfaction with nursing services of these patients using the D-METHOD model.

Study design: This study It is quasi-experimental research with comparison group and evaluate before and after to aim for the quality of discharge planning for patients with gross hematuria in the Surgery Department, Phrae Hospital, using the D-METHOD model discharge plan. The population used in the study was patients with gross hematuria admitted to the department selected by simple random sampling. The sample size was calculated using the ready-made computer program G Power 3.1.9.4. The tools used to conduct the study included: 1) Guidelines for discharge planning of patients with blood in their urine. 2) Patient personal information record form 3) Assessment of patients' behavior with gross hematuria and 4) Assessment of satisfaction with nursing services.

results: The research results showed that both study subjects, aged 51 to 60 years old, were all diagnosed with kidney stones, a total of 14 people, accounting for 37.84%. Both groups had HT and DLP. Comparing the two groups, there were no differences. The behavioral scoring results of patients with gross hematuria in the experimental group after discharge from the hospital using the D-METHOD model increased with statistical significance. The experimental group had higher behavioral scores and satisfaction scores with nursing services than the control group.

Conclusion: Patient discharge planning Using the D-METHOD model of discharge planning, it is a patient discharge system that allows patients to take care of themselves.

Keywords: discharge planning, quality improvement, hematuria

¹Female Surgical Ward, Phrae Hospital.

² Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ภาวะปัสสาวะปนเลือด (Gross Hematuria) เป็นภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงปนออกมาในปัสสาวะจนสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า โดยอาจมองเห็นเป็นเลือดสด เป็นสีแดงจาง สีชมพูหรือสีด่างคล้ายสีโค้ก ภาวะปัสสาวะปนเลือด เป็นภาวะผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อย โดยในต่างประเทศพบว่าอัตราความชุกของภาวะปัสสาวะปนเลือดอยู่ที่ร้อยละ 2.1-34 มีแนวโน้มที่จะเกิดในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เพศชายจะสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งไต เพศหญิงจะสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะถ่ายปัสสาวะ ปนเลือดพบได้ประมาณร้อยละ 13 พบมากที่สุดระหว่าง อายุ 50-70 ปี พบในหญิงมากกว่าชาย⁽²⁾ การมีก้อนเลือดปนออกมากับปัสสาวะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดปัสสาวะออกเองไม่ได้ ต้องใส่ท่อปัสสาวะ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล⁽³⁾ โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ นิ่ว ภาวะไตอักเสบ ต่อมลูกหมากโตหรืออักเสบ อุบัติเหตุต่อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น⁽⁴⁾ นอกจากนี้ภาวะปัสสาวะปนเลือดยังสามารถพบได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากไม่มีระบบการจำหน่ายที่ดี ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลตามมาในที่สุด

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมการดูแลจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งที่ครอบคลุมการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วย โดยเป็นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ปัจจุบันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีหลากหลายรูปแบบ แต่รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ทีมสหสาขา

นิยมใช้ได้แก่รูปแบบ D-METHOD เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง⁽⁵⁾ จากการศึกษาของกมนวรรณ นิลเอก และรุ่งนภา จันทรา (2562)⁽⁶⁾ ได้ทำการพัฒนาแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวกโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจำหน่ายจะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ (2562)⁽⁷⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผลการศึกษา พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแผนการจำหน่าย ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้จริง

งานผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ มีสถิติผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะเข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 จำนวน 268 และ 227 ราย โดยมีผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดเข้ารับการรักษา จำนวน 19 และ 24 รายตามลำดับ และเมื่อทบทวนสถิติตัวชี้วัดคุณภาพย้อนหลัง 1 ปี พบว่าผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28 เมื่อทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการที่โรงพยาบาลยังไม่มีเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและครอบคลุม การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ต่อทักษะในการปฏิบัติตัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบ ทักษะของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดก่อนและหลังการ วางแผนจำหน่าย เปรียบเทียบทักษะของผู้ป่วย ปัสสาวะปนเลือดระหว่างการดูแลตามปกติและกลุ่ม ควบคุม จัดทำแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D- METHOD และศึกษาความพึงพอใจต่อบริการ พยาบาลผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดที่ได้รับแผนการ จำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่ม เปรียบเทียบ วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest comparison group design) เพื่อพัฒนา คุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะ ปนเลือด แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ D-METHOD ประกอบด้วย Diagnosis คือ การให้ความรู้เรื่องโรคที่ เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ต้อง Medication คือ แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับ สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ ยา การสังเกตภาวะแทรกซ้อนและข้อห้ามในการใช้ ยา Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ จัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ Treatment คือ การ สอนทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้า สังเกตอาการตนเอง, Health คือ การฟื้นฟูสภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ Outpatient คือ การมาตรวจ ตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาล ใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะวิกฤต ตลอดจนการส่งต่อ ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และ Diet คือ การ เลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดที่เข้ารับการรักษาใน แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ คัดเลือกโดยการ สุ่มแบบง่าย (Simple sampling) โดยกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ ปัสสาวะปนเลือด ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจภาษาไทยและสามารถ สื่อสารได้ดี เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ครบทุกครั้ง ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอยู่ในระยะกำเริบ

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G Power 3.1.9.4 กำหนดใช้สถิติ T-test ในการทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยของตัวแปรแบบสองทาง (Two-tail) ระบุ ขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.8 กำหนดความเชื่อมั่น ทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) ที่ .90

เครื่องมือที่ใช้

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือใน การทำวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะ ปนเลือด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย พัฒนามาจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ตามรูปแบบ D-METHOD

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดคำถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบ เลือกตอบและเติมคำ ทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบไปด้วย

ข้อความเกี่ยวกับ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของ ครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัว และผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติ ตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ คำถามมีลักษณะแบบมาตราส่วน ประมาณค่าแบบ Rating scale

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของท่านต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบ Rating scale

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ท่าน พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญแผนกศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยบรมราชชนนีแพร์ จังหวัด แพร์ 1 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและความ สมบูรณ์ของเนื้อหา การใช้ภาษาเหมาะสม จากนั้นนำ ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ไปคำนวณหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่า = 1 ซึ่งมีค่า มากกว่าเกณฑ์การยอมรับได้ที่ .80 (Davis, 1992, อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) จากนั้นจึงนำ แบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ดำเนินการมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

2. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ เครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือในการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ที่ได้รับคำแนะนำจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามคำแนะนำ ไปทดลอง ใช้กับกลุ่มประชากรที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาล แพร์ จังหวัดแพร์ จำนวน 10 คน จากนั้นนำผลการ ประเมินการปฏิบัติมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของ แบบประเมินโดยวิธีหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์

แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลัง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาล แพร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 55/2566

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน 2566-มกราคม 2567 ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ผลงานวิจัย เขียนโครงร่าง วิจัยและขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลแพร์แล้ว ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงพยาบาล วิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือและขออนุญาต รวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการตั้งขั้นตอน ดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล วิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมิน ปัญหา การให้สุขศึกษา

กลุ่มทดลอง

วันที่ 1 ของการรับเข้ารักษา

- ผู้วิจัยทำการประเมินปัญหาและความ ต้องการการวางแผนจำหน่าย โดยการซักประวัติ
- ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาและความ ต้องการในการวางแผนจำหน่ายกำหนดวันที่คาดว่าจะจำหน่าย และกำหนดเป้าหมายภายหลังการ จำหน่าย
- บันทึกรายละเอียดปัญหาและความ ต้องการการดูแลของผู้ป่วยลงในบันทึกการวางแผน จำหน่าย

- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ แจ้งชื่อแพทย์
เจ้าของไข้ การวินิจฉัยโรค ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา
แจ้ง ผู้ป่วยรับทราบสิทธิ์

วันที่ 2 ของการรับเข้ารับรักษา

- กำหนดแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ
D-METHOD
- ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายโดยการให้
คำแนะนำ สอน สาธิต เรื่องการปฏิบัติตัวและการ
ดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งขณะรับการรักษา
ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วันที่ 3 ของการรับเข้ารับรักษา

- ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง อุปกรณ์
การแพทย์และวัสดุติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน

- ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การ
ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การใช้แหล่งประโยชน์
ในชุมชนการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การเตรียม
ความพร้อมของผู้ดูแล วัสดุอุปกรณ์ที่ต้องติดตัว
กลับไปบ้าน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมา
ตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจ
ก่อนนัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม และ
ตอบข้อสงสัย

ก่อนกลับบ้าน 1 วัน

- ประเมินผลการรักษา จำหน่ายผู้ป่วย
ออกจากโรงพยาบาล บันทึกประเภทการจำหน่ายโดย
ระบุวันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายให้ชัดเจน ลง
ลายมือชื่อและนามสกุลของพยาบาลผู้บันทึกนัด
ติดตามอาการที่ห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดิน
ปัสสาวะ ออกเอกสารการนัดที่เป็นลายลักษณ์อักษร
ขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดตามอาการหลังจำหน่าย
อธิบายขั้นตอนของการมาตรวจตามนัดและบันทึก
การจำหน่ายลงในเวชระเบียน

ภายหลังจำหน่าย

โทรศัพท์ติดตามอาการ ตอบข้อสงสัย ให้
คำแนะนำเพิ่มเติม ภายหลังจำหน่าย 3 วัน และ
ภายหลังจำหน่าย 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่รวบรวมมา ทำการวิเคราะห์
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะใน
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดก่อนและ
หลังการวางแผนจำหน่ายด้วยสถิติ Wilcoxon
Signed Ranks Test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะใน
การปฏิบัติตัวและความพึงพอใจระหว่างกลุ่มด้วย
สถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ จัดทำขึ้น 1) เพื่อเปรียบเทียบ
ทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด
ก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-
METHOD 2) เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการปฏิบัติตัว
ของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ
ดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย
โดยใช้รูปแบบ D-METHOD 3) เพื่อศึกษาความพึง
พอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด
ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-
METHOD แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่
เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีเมื่อจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุง
พัฒนาคุณภาพพีดีซีเอ (PDCA) สามารถอภิปราย
ผลลัพธ์การศึกษา ได้ดังนี้

ผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดกลุ่มควบคุมส่วน
ใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๔ มีอายุ
ระหว่าง ๕๑-๖๐ ปี ร้อยละ ๓๗.๘๔ รองลงมาคือ

อายุระหว่าง ๔๑-๕๐ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๐๓ จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ร้อยละ ๓๗.๘๔ ได้รับการวินิจฉัยโรคนี้ในไต ร้อยละ ๓๗.๘๔ ผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๘๐ มีอายุระหว่าง ๕๑-๖๐ ปี

ร้อยละ ๓๒.๔๓ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๕๔ ได้รับการวินิจฉัยโรคนี้ในไต ร้อยละ ๓๗.๘๔ ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวเป็น HT และ DLP กลุ่มควบคุมร้อยละ ๖๒.๑๖ กลุ่มทดลองร้อยละ ๕๔.๐๔ (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=37)		กลุ่มทดลอง (n=37)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	19	51.4	16	43.2	.05
หญิง	18	48.6	21	56.8	
อายุ (ปี)					
21-30	2	5.41	3	8.11	
31-40	6	16.22	5	13.51	
41-50	10	27.03	12	32.43	
51-60	14	37.84	12	32.43	
มากกว่า 60 ปี	5	13.51	5	13.51	
อายุเฉลี่ย (SD)	51.85 (11.79)		48.05 (11.12)		.53
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	7	18.92	6	16.22	.47
มัธยมศึกษา	12	32.43	15	40.54	
อนุปริญญา/ปวช./ ปวส.	14	37.84	14	37.84	
ปริญญาตรี	3	8.11	2	5.41	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.70	0	0.00	
การวินิจฉัย					
hydronephrosis	12	32.43	8	21.62	.55
BPH	11	29.73	13	35.14	
RC	14	37.84	14	37.84	
Cystitis	0	0.00	2	5.41	
โรคประจำตัว					
CA bladder	9	24.32	12	32.43	.15
CKD	3	8.11	1	2.70	
HT/DLP	23	62.16	20	54.05	
DM	2	5.41	4	10.81	

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ คำถามมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Rating scale พบว่า ทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัว (median 48.35,

IQR 7.50) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (median 39.0, IQR 9.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2) คะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ DMETHOD มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดระหว่างกลุ่ม

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	median	IQR	median	IQR	
คะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด	39.00	9.00	48.35	7.50	<.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย

	ก่อน		หลัง		p-value
	median	IQR	median	IQR	
คะแนนในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด	34.00	4.00	48.35	7.50	<.001

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Rating scale ประกอบด้วยการประเมินในเรื่อง 1) พยาบาลให้ข้อมูลก่อนการรักษาทุกครั้ง 2) พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล 3) ความเอาใจใส่ของพยาบาลเมื่อท่านขอความช่วยเหลือ 4) พยาบาลให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา 5) พยาบาลให้ข้อมูล

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6) พยาบาลให้คำแนะนำและตอบคำถามเป็นอย่างดี 7) สื่อ สิ่งพิมพ์ แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ยาตัวอย่าง แผ่นพับ วิดีโอสาธิต คะแนนความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาล พบว่าคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (median 33.00, IQR 5.50) มากกว่ากลุ่มควบคุม (median 28.00, IQR 4.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาล

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	median	IQR	median	IQR	
คะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาล	28.00	4.00	41.35	1.98	<.001

วิจารณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีทั้งเพศชายและหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจในโต (RC) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น HTและ DLP ผู้ดูแล คือ สามี/ภรรยา/บุตร เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติ chi-square พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด พบว่า คะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับแผนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนวางแผนจำหน่าย แสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายโดยการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พัฒนาความรู้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พูลสุข จันทระโคตร (2556)⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษา การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระดับ

มากที่สุดและไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยทำให้เกิดความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ชัดเจน มีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเอง ดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษาคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดกลุ่มทดลองรับรู้ว่ายพยาบาลที่ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมีความรู้ความสามารถในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว สามารถตอบข้อสงสัยหรือข้อซักถามของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีวรรณ โสขมภู และนภาพรรณ มิ่งวงศ์ยาง (2566)⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง มีจำนวนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดและผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลตามปกติแต่อาจไม่ได้เน้นย้ำในประเด็นที่สำคัญ ไม่มีรูปแบบการสอนหรือแนะนำที่ชัดเจนจึงทำให้คำแนะนำตกบางประเด็นไป ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดและผู้ดูแลได้รับความรู้และมีความเข้าใจทุกประเด็นสำคัญจึงส่งผลให้คะแนนคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดกลุ่มทดลองรับรู้ว่ายพบาลที่ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งหมดอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลในกลุ่มทดลองจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงทรัพย์ วรรณประเวศ สหัชยา รัตนจรณะ และสุวดี สกกุลคุ (2556)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิงที่มีต่ออัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและความพึง

พอใจของพยาบาลในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ผลการวิจัยพบว่าอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเหมือนงานวิจัยข้างต้น

สรุป

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติตัวและมีความพึงพอใจในบริการมากกว่าการจำหน่ายตามปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้บริหารและคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแพร่ และบุคลากรพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Urological Association. Management of benign prostatic hyperplasia /lower urinary tract symptoms. n.p.: American Urological Association; 2021.

2. Saleem MO, Hamawy K. Hematuria. n.p.: StatPearls Publishing; 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534213>.
3. Thaidamrong T. Prostate cancer knowledge. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 13] Available from: <https://thaiprostatecancer.com/what-term-cause-19092020>.
4. Avellino GJ, Bose S, Wang DS. Diagnosis and management of hematuria. *Surgical Clinics* 2016; 96(3):503-15. doi: 10.1016/j.suc.2016.02.007.
5. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2561;3(3):19-27.
6. กมนวรรณ นิลเอก, รุ่งนภา จันทรา. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562;33(2):143-56.
7. ฉวีวรรณ เกตุน้อย, กุลวดี อภิชาติบุตร, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร* 2562;47(2):417-26.
8. พูลสุข จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(2):186-94.
9. ระวีวรรณ โสขมภู, นภาพรณ มิ่งวงษ์ยาง. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(1):445-52.
10. ดวงทรัพย์ วรรณประเวศ, สหทัยา รัตนจรณะ, สุวดี สกุลคู. ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิงที่มีต่ออัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2556; 2013:21(4):1-13.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่

พัชรพรรณ เหมืองหม้อ พย.ม.¹, หัสยาพร อินทยศ ปร.ด.²

รับบทความ: 17 เมษายน 2567

ปรับแก้บทความ: 24 มิถุนายน 2567

ตอบรับบทความ: 25 มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อร่างกายมาก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ พื้นฟูร่างกายเร็วขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องอายุ 20-60 ปี จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 27 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเรียม และใช้นวัตกรรม PH (Patcharapan and Hutsayaporn) Pain Relief Pillow 27 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติในการทดสอบของแมน และวิทนี (Mann-Whitney U test)

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจการใช้ นวัตกรรม PH (Patcharapan and Hutsayaporn) Pain Relief Pillow อยู่ในระดับมากที่สุด ($n=27$, Mean=4.82, S.D.=0.067)

สรุป: โปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้, การดูแลตนเอง, การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

¹หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

²กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

The Effects of the Educative-supportive Nursing program on Self-care of abdominal hysterectomy patients, Phrae hospital

Patcharapan Mueangmo M.N.S.¹, Hutsayaporn Intayos Ph.D.²

Received: April 17, 2024

Revised: June 24, 2024

Accepted: June 25, 2024

Abstract

Background: Abdominal hysterectomy is the surgery entails substantial tissue trauma and heightened complication risks after surgery. Nurses wield critical influence in patient care by bolstering self-care capacities, expediting recovery, and facilitating a return to normalcy.

Objective: To study the Effects of the Educative-supportive Nursing program on Self-care of abdominal hysterectomy patients, Phrae hospital.

Study design: This quasi-experimental research utilized a two-group pretest-posttest design. The sample comprised patients undergoing abdominal hysterectomy aged 20-60 years. The sample size consisted of 54 cases, divided equally. The control group (n=27) received standard nursing care, while the experimental group (n=27) received the experimental interventions included the Educative-supportive Nursing program on Self-care, grounded in Orem's theoretical concepts, along with the innovative PH (Patcharapan and Hutsayaporn) Pain Relief Pillow. Data were analyzed using Chi-square test statistics and Man-Whitney U test statistics.

Results: Patients in the experimental group exhibited significantly greater knowledge about self-care and reported significantly lower pain levels at 24-, 48-, and 72-hours post-operation in comparison to the control group ($p < 0.05$). The experimental group demonstrated significantly enhanced self-care abilities across all aspects compared to the control group ($p < 0.05$). The experimental group expressed the highest level of satisfaction with the utilization of the PH Pain Relief Pillow innovation (n=27, Mean=4.82, S.D.=0.067).

Conclusions: The nursing program, designed to support and provide self-care knowledge to patients undergoing abdominal hysterectomy, plays a pivotal role in enhancing their self-care capabilities.

Keywords: The Educative-supportive Nursing program, Self-care, Abdominal hysterectomy

¹Gynecology Ward, Phrae Hospital, Phrae Province.

²Rehabilitation Department, Long Hospital, Phrae Province.

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Abdominal hysterectomy) เป็นหัตถการที่สำคัญและเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชวิทยา โดยวิธีผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องเพื่อเอามดลูก ปากมดลูก รวมทั้งส่วนบนของช่องคลอด บางรายแพทย์อาจต้องตัดปีกมดลูกและรังไข่ร่วมกับตัดต่อมน้ำเหลือง ทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่สามารถมีประจำเดือนหรือไม่สามารถตั้งครรภ์ได้⁽¹⁻³⁾ สาเหตุของการผ่าตัด ได้แก่ โรคทางนรีเวชที่มีพยาธิสภาพของมดลูกและ/หรือท่อำไข่ เช่น เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่มดลูกหย่อน เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี หรือภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากมดลูกไม่บีบรัดตัว⁽¹⁻⁶⁾ แม้ว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องจะมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อมากและมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดวิธีอื่นก็ตาม แต่การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องยังเป็นทางเลือกมาตรฐานที่มีความปลอดภัย และนิยมทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับการผ่าตัดวิธีอื่น^(1,7)

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นการกระทำที่คุกคามต่อร่างกาย⁽⁸⁾ (Threats to biologic integrity) ดังนั้น ก่อนผ่าตัดประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยทุกครั้ง คือ ความต้องการของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกการรักษาวิธีอื่น ผลของการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตทั้งในด้านรูปลักษณ์ การดำรงชีวิต สภาพทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย⁽²⁾ รวมทั้งโอกาสเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ผลที่ตามมาอย่างละเอียดและการยอมรับความเสี่ยงก่อนรับการผ่าตัด⁽⁹⁾ ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำก่อนการผ่าตัด เพื่อที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ การวินิจฉัย วิธีการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลภายหลังการผ่าตัดที่มีผลกระทบต่อรูปลักษณ์สตรี การดำเนินชีวิต การทำงาน และการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย⁽²⁾ และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษาด้วยตนเอง⁽⁴⁾

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ได้แก่ ไข้ มีเลือดออกมาก และภาวะอักเสบติดเชื้อ⁽¹⁰⁾ ปัญหาระบบหายใจและระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปอดอักเสบและภาวะถุงลมแฟบหลังการผ่าตัด รวมทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจจากมีเสมหะค้างค้างอยู่ในหลอดลม⁽¹¹⁾ ปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดทางนรีเวช คือ สภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการดมยา ภาวะโรคร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความผิดปกติของค่าอิเล็กโทรไลต์ และปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะผ่าตัด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดด้วย⁽¹²⁾ และประเด็นที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช คือ ข้อมูลสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการผ่าตัด ทักษะการปฏิบัติตัว บทบาทของผู้ป่วย ความรู้สึกและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ⁽¹³⁾ ผลกระทบทางด้านจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง สูญเสียความมั่นใจ และเกิดความรู้สึกที่ตนเองนั้นไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพ⁽¹⁴⁾ ภายหลังผ่าตัดมดลูกผู้ป่วยมักพบปัญหาความปวดแผลผ่าตัด กังวลเกี่ยวกับการสงสัยเป็นมะเร็ง ปัญหาจากการได้รับยาตามสลับปัญหาการดูแลตัวเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นต้น⁽¹⁵⁾ อีกทั้งการผ่าตัดยังส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีความต้องการทางเพศลดลง หรือ

เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสได้⁽¹⁶⁾ เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้ความทนต่อความเจ็บปวด (Pain threshold) ลดลง และเพิ่มการรับรู้ความปวดมากขึ้น⁽¹⁷⁾

หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ มีอุบัติการณ์ของการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 434, 456 และ 575 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 97.97, 94.41 และ 96.16 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมด⁽¹⁸⁾ จากการทบทวนกระบวนการทำงานของทีมพยาบาล พบปัญหาว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายพร่องความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องต้องเลื่อนหรืองดผ่าตัดไป รวมทั้งระบบการให้ความรู้ก่อน-หลังผ่าตัดยังไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้สอน ทั้งวิธีการ สื่อการสอน เนื้อหาการสอน และความสามารถในการถ่ายทอดของพยาบาลผู้สอน จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563 ถึง 2566) จำนวน 33 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีไข้ไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 33.33 มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดร้อยละ 24.24 ผู้ป่วยมีการเสียเลือดขณะผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน ร้อยละ 6.06 ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน และเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 3.03 พยาบาลบันทึกการให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การดูแลเช็ดตัว การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง และการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก่ญาติ ร้อยละ 78.79, 18.18, 9.09 และ 3.03 ตามลำดับ ในความสำเร็จของการผ่าตัดนอกจากประสบการณ์และความ

ชำนาญของแพทย์แล้ว ยังขึ้นกับบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน^(2,19) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care : SC) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand : TSCD) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency : SCA) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit : SCD) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน 3 ลักษณะได้แก่ 1) ความต้องการที่สมดุล (TSCD = SCA) 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (TSCD < SCA) 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (TSCD > SCA) หากบุคคลมีความต้องการดูแลทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลจะเกิดภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อการคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย⁽²⁰⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้แก่ผู้ป่วย ประเมินการรับรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ และเนื้อหาเสริมความรู้เดิมที่เคยมีอยู่ เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น เข้าใจความปวดและสามารถจัดการความปวดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ จะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องอย่างครบถ้วน แบบองค์รวม รวมถึงสนับสนุนให้พยาบาลสามารถนำทฤษฎีพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางเดียวกัน

การศึกษารั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน-หลังการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ของกลุ่มทดลอง

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เปรียบเทียบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-

posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ อายุระหว่าง 20-60 ปี ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม 2566 จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของวิริยา ศิลา และคณะ⁽²¹⁾ ซึ่งมีลักษณะตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน ได้ขนาดอิทธิพล .74 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .80 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 27 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของมดลูกและ/หรือท่อหน้าไข และรับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 2) อายุระหว่าง 20-60 ปี 3) การมองเห็นและได้ยินปกติ สื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่เกี่ยวกับทางช่องท้องมาก่อน 2) ไม่สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ 3) ตาบอดสองข้าง หรือมีปัญหาด้านสายตาที่เป็นอุปสรรคต่อการมองเห็นในระยะปกติ 4) หูตึงแบบรุนแรง

เกณฑ์การให้เลิกจากการวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างประสงค์ยุติจากการวิจัย 2) ในระหว่างการวิจัยเกิดอาการเจ็บป่วยและมีอาการผิดปกติทางร่างกายอย่างรุนแรง หรือติดเชื้ทางเดินหายใจที่เป็นอันตรายหรือเป็นอุปสรรคต่อการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วย 3) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนถึงสิ้นสุดกระบวนการวิจัยได้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษารั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 49/2566 รับรองวันที่ 7 กันยายน 2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือ ปฏิเสธ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยใช้ เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุล และ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น รวมถึงการ คำนึงถึงปัญหาด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่ม ควบคุมที่ไม่ได้ รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อ สนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่ม ควบคุมก่อน เมื่อครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึง ดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุน และให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎี การพยาบาลของโอเรียม⁽²⁰⁾ มีขั้นตอน 4 วิธี ได้แก่ การชี้แนะ (Guiding another) การสนับสนุน (Supporting another) การสอน (Teaching) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและช่วยส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการดูแล ตนเองเพิ่มขึ้น (Providing an environment) ซึ่ง ประกอบด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์และแผ่นพับ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การดูแลตนเองระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อ

กลับไปอยู่บ้าน และการฝึกทักษะการจัดการความ ปวดด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัด

1.2 นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ที่ ผู้วิจัยออกแบบเป็นนวัตกรรมหมอนรูปวงรีคล้ายตัว มดลูกใช้สำหรับประคองแผลหลังผ่าตัดมดลูก ทางหน้าท้องเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด วัสดุ ทำจากใยสังเคราะห์หุ้มด้วยหนังนิ่ม ขนาด 14X45X10 cm. มีความหนา นุ่ม เบา หุ้มด้วยหนัง นิ่ม สามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง อุปกรณ์ด้าน ในประกอบด้วย ใยสังเคราะห์และมีปลอกหมอน วัสดุเป็นผ้าหุ้มด้านนอก สามารถซักทำความสะอาด ง่าย โดยมีสายรัดเป็นยางยืด 2 เส้น ขนานเป็น แนวตรง มีตัวล็อกสายสามารถปรับขนาดความยาว ได้ด้านหลังตามสรีระของผู้ป่วย

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ การนับถือศาสนา ประวัติการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ สิทธิบัตร การรักษา และโรคประจำตัว

2.2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน เป็นแบบวัดถูก-ผิด (True-False) จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.3 แบบสอบถามประเมินระดับความปวด (NRS) คือ การบอกระดับความปวดเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 (คะแนน 0 = ไม่ปวด, 1-3 = ปวด เล็กน้อย, 4-6 = ปวดปานกลาง และ 7-10 = ปวด มากที่สุด)

2.4 แบบสอบถามความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์ตามวิธีการของเรนซิส ลิเคิร์ท⁽²²⁾ กำหนดมาตราส่วน ไว้ 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ ประกอบด้วย

2.4.1 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านความสามารถทำกิจกรรมบนเตียง

2.4.2 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านความสามารถจัดการความปวด

2.4.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านความสามารถดูแลแผลผ่าตัด

2.4.4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์ตามวิธีการของเรนซิส ลิเคิร์ท⁽²²⁾ กำหนดมาตราส่วนไว้ 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ

การแปลผลความพึงพอใจยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้⁽²³⁾

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51–3.5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านนรีเวชกรรม อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสตรี และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ได้ผลรวมค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบวัดความรู้คำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20⁽²⁴⁾ เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าเท่ากับ 0.770 ค่าความยากง่ายรายข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.30-0.80 ส่วนแบบสอบถามประเมินระดับความปวดแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ใน 1 วันก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ โดยนำเพิ่มความรู้อการเตรียมผ่าตัดและหัตถการทางนรีเวชกรรมสำหรับผู้ป่วย โดยนำไปมอบให้ผู้ป่วยศึกษาที่เตียง เนื้อหาประกอบด้วย คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในวันหลังผ่าตัด

ประเมินความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชม.ของผู้ป่วย ในวันจำหน่าย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และแจกแผ่นพับความรู้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก/รังไข่

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ใน 1 วันก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จากนั้นสร้างสัมพันธภาพร่วมกับส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ประเมินความรู้ การรับรู้ ความสนใจ ความพร้อมที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งความพร้อมที่จะสอนของผู้วิจัยเอง จากนั้นให้ความรู้การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁽²⁰⁾ ที่เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการจัดระบบการดูแลตนเองการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยฝึกสมาธิการหายใจเข้า-ออกที่ถูกรวบรวม การเปลี่ยนท่าและจัดท่าที่ถูกต้องหลังผ่าตัด การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพ สาธิตการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ในการประคองแผลผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเพื่อลดปวด การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การออกกำลังกายหลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเรื่อง การผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ในวันหลังผ่าตัด ประเมินความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชม.ของผู้ป่วย ในวันจำหน่าย ประเมินความสามารถในการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ในการลดปวดหลังผ่าตัด และช่วยให้การเคลื่อนไหวดีขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ระดับความปวด ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ การคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ความปวด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ภายหลังทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง รวมทั้งทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติในการทดสอบของแมน และวิทนี (Mann-Whitney U Test)

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 44.44 ปี (SD=7.856) และ 44.22 ปี (SD=7.784) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.15 และ 44.45 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง n = 27, กลุ่มควบคุม n = 27)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ mean \pm S.D. (ปี)	44.44 (7.856)		44.22 (7.784)			0.407
ช่วงอายุ (ปี)						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	8	(29.63)	6	(22.22)	0.629	
41-50 ปี	13	(48.15)	12	(44.45)		
51-60 ปี	6	(22.22)	9	(33.33)		
ศาสนา						
พุทธ	27	100	27	100		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	(25.92)	8	(29.63)	0.420	
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	(44.45)	15	(55.56)		
อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	8	(29.63)	4	(14.81)		
สถานภาพสมรส						
โสด	5	(18.52)	6	(22.22)	1.000 ^a	
คู่	22	(81.48)	21	(77.78)		
อาชีพปัจจุบัน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	(18.52)	5	(18.52)	0.951	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	(29.63)	7	(25.92)		
รับจ้าง	14	(51.85)	15	(55.56)		
รายได้ครอบครัว (บาท)						
น้อยกว่า 10,000 บาท	5	(18.52)	11	(40.74)	0.105	
10,001 – 15,000 บาท	11	(40.74)	5	(18.52)		
มากกว่า 15,000 บาท	11	(40.74)	11	(40.74)		
สิทธิการรักษาพยาบาล						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	(22.22)	4	(14.81)	0.394	
ประกันสุขภาพบัตรทอง	12	(44.45)	17	(62.97)		
ประกันสังคม	9	(33.33)	6	(22.22)		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	15	(55.56)	15	(55.56)	0.717	
โรคร่วม 1 ชนิด	7	(25.92)	5	(18.52)		
โรคร่วม 2 ชนิด ขึ้นไป	5	(18.52)	7	(25.92)		

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องก่อนการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบหลังการ

ผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อน-หลังการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้การดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		u	p-value
	mean rank	sum of rank	mean rank	sum of rank		
ก่อนการผ่าตัด	29.54	797.50	29.46	687.50	309.500 ^F	0.316
หลังการผ่าตัด	39.30	1061.00	15.70	424.00	46.000 ^F	0.000*

^FMann-Whitney U test, *p-value < 0.05

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวด

น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงของผู้ป่วยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก ทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	กลุ่ม	n	mean rank	sum of ranks	u	p-value
24 ชั่วโมง	ควบคุม	27	30.19	815.00	84.500	<0.001*
	ทดลอง	27	24.81	670.00		
	Men. (I.R.)			5(2) ^A		
48 ชั่วโมง	ควบคุม	27	37.91	1023.50	83.500	<0.001*
	ทดลอง	27	17.09	461.50		
	Men. (I.R.)			4(2) ^A		
72 ชั่วโมง	ควบคุม	27	38.07	1028.00	79.000	<0.001*
	ทดลอง	27	16.93	457.00		
	Men. (I.R.)			2(1) ^A		

^F Mann-Whitney U test, ^A Control, ^S Experiment, *p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		u	p-value
	mean	sum of	mean	sum of		
	rank	rank	rank	rank		
1. การทำกิจกรรมบนเตียง	39.39	1063.50	15.61	421.50	43.500 ^F	<0.001*
2. การจัดการความปวด	36.61	988.50	18.39	496.50	118.500 ^F	<0.001*
3. การดูแลแผลผ่าตัด	37.67	1017.00	17.33	468.00	90.000 ^F	<0.001*
4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	39.81	1075.00	15.19	410.00	32.000 ^F	<0.001*
รวม	39.39	1063.50	15.61	421.50	43.500^F	0.000*

^FMann-Whitney U test, *p-value < 0.05

เมื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีต่อการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ในการช่วยให้เคลื่อนไหวและช่วยลดความเจ็บปวด ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (n=27, Mean=4.82, S.D.=.067) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง (n = 27)

ความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow	Mean	S.D.	แปลผล
1. ช่วงวันแรกหลังการผ่าตัด ช่วยให้ท่านผ่อนคลาย เพื่อถอดและประกอบแผลผ่าตัดในขณะที่พลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ	4.56	0.111	มากที่สุด
2. ช่วยลดอาการปวดแผลผ่าตัด จากการเคลื่อนไหว ไอ จาม	4.74	0.086	มากที่สุด
3. เป็นอุปกรณ์ช่วยให้การไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะที่อยู่ในลำคอระบายออกง่ายขึ้น	4.37	0.109	มาก
4. ในช่วงวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง นั่งข้างเตียง หรือเดินได้เร็วขึ้น	4.85	.070	มากที่สุด
5. อุปกรณ์มีความปลอดภัย ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง และไม่มีแรงกดแผลผ่าตัดที่ทำให้รู้สึกปวดแผลเพิ่มขึ้น	4.93	0.051	มากที่สุด
6. ใช้งานและสะดวกต่อการนำไปใช้	4.93	0.051	มากที่สุด
7. อุปกรณ์หนา นุ่ม ขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัด ใช้ได้หลายครั้ง	4.93	0.051	มากที่สุด
8. สามารถปรับใช้ได้ตามสรีระของผู้ป่วย	4.93	0.051	มากที่สุด
9. ซัก ทำความสะอาดได้ง่าย	4.93	0.051	มากที่สุด
10. วัสดุที่ใช้ทำอุปกรณ์เหมาะสมสำหรับใช้ประกอบแผลผ่าตัด	4.96	0.037	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	4.82	0.067	มากที่สุด

วิจารณ์

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ⁽²⁵⁾ กนกพร อริยวงค์ และคณะ⁽²⁶⁾ วรพรรณ มหาศรานนท์ และคณะ⁽²⁷⁾ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลและสนับสนุนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁽²⁰⁾ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

ด้านความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดที่ระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และจิราภรณ์ ชวนรัมย์⁽²⁸⁾ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในการฝึกทักษะการจัดการความปวดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยลดความปวดแผลหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้คำแนะนำอย่างเดียว

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ⁽²⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยเมื่อได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย

มีพฤติกรรมการความสามารถการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การศึกษาในครั้งนี้เป็นการออกแบบและการจัดกระทำของพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁽²⁰⁾ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งกระบวนการที่ได้จัดทำขึ้นอย่างครอบคลุมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นการสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การจัดการความปวดด้วยการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow เป็นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างให้ผู้ป่วย และช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น ด้วยการคิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยประคับประคองแผล บรรเทาความปวดจากการเปลี่ยนท่า อิริยาบถ การไอ และปกป้องแผลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องจากอันตราย และด้านความสามารถในการดูแลตนเองด้วยกระบวนการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกสาธิตย้อนกลับ ซึ่งเป็นระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory) ในกระบวนการของการผ่อนคลายโดยฝึกสมาธิ การหายใจเข้า-ออกที่ถูกวิธี การเปลี่ยนท่าและจัดท่าที่ถูกต้องให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow รวมทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว การออกกำลังกายหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ซึ่งจากผลของการกระทำตามกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดความต้องการที่สมดุล ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการประเมินการใช้นวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.82, S.D.=.067) เนื่องจากนวัตกรรมใช้งานง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว ช่วยลดปวดแผลผ่าตัด และช่วยให้ไออย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ผ้ายืดพยุงแผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช พบว่า กลุ่มที่ใช้ผ้ายืดพยุงแผลมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ผ้ายืดพยุงแผล และมีความสามารถลุกนั่งโดยเร็วภายหลังผ่าตัด (Early ambulation) ได้เร็วกว่า และความต้องการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ผ้ายืดพยุงแผล⁽³⁰⁾ ซึ่งนวัตกรรม PH Pain Relief Pillow ใช้งานง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ อุปกรณ์หนา นุ่ม ขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัด สามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง ปรับใช้ได้ตามสรีระของผู้ป่วย ชักทำความสะอาดได้ง่าย และวัสดุที่ใช้ทำเหมาะสมสำหรับใช้ประคองแผลผ่าตัด

สรุป

จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร่วมกับการใช้อุปกรณ์พยุงแผล ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมการพยาบาลนี้ มาวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดระบบการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ช่วยให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายสู่ภาวะปกติได้รวดเร็ว และมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดที่ดี รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในระยะยาว รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์จากการผ่าตัดรักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง อาจทำให้เข้าสู่วัยทองก่อนกำหนด เช่น อาการและอาการแสดงทางคลินิก อัตราการได้รับฮอร์โมนทดแทน อัตราการเข้ารับการรักษาที่ในโรงพยาบาลจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เป็นต้น เพื่อติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแพรว หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแพรว เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพรว และคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัยโรงพยาบาลแพรว ที่มีส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนตลอดการดำเนินการวิจัย จนบรรลุสำเร็จในการวิจัย ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจจาภิบาล, อรรถพล ใจชื่น, ฉันทรัตน์ วงศ์วานารักษ์. ตำรานรีเวชวิทยา. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิง; 2560.
2. ธีระ ทองสง. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ลักขมิมรุ้ง; 2559.
3. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2553-2555. แนวทางเวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ฉบับครบรอบ 50 ปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย. นิพนธ์และเรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิง; 2565.

4. ธาริณี แม่นชนะ, พญ ตัณฑ์ไพโรจน์, ชินา โอบารรัตน์พันธ์, สมสุข สันติเบญจกุล, ณีฎฐ์กฤตา โพธิพรวัฒน์ และคณะ. นรีเวชวิทยา เล่มที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
5. Falcone T, Ridgeway B. Hysterectomy. In: Berek JS, editor. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p. 1543-610.
6. Swaim LS. Abdominal hysterectomy. In: Handa VL, Van Le L, editors. TeLinde's Operative Gynecology. 12thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020. p. 603-37.
7. พัชรี เรื่องเจริญ. การตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Abdominal hysterectomy) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6074/>
8. Kneisl CR. Stress, anxiety and coping. In HS Wilson & C R Kneisl (Ed.), Psychiatric nursing (3rd ed.). California: Addison Wesley Publishing; 1998. p.23-147.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Informed Consent. ACOG Committee Opinion No439. Obstet Gynecol 2009;114: 401-8.
10. ศิริรุ่ง เดชาศิลป์ชัยกุล. การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2552;24(3):35-44.
11. ธนารัตน์ คงวัฒนานนท์. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก. วารสารกายภาพบำบัด 2557;36(1):33-41.
12. นฤมล ศรีอินทรวานิช, บัณฑิต สำแดงฤทธิ์, สิริพิชญ์ ภัทรธรรมาภรณ์. ปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช. รามาธิบดีเวชสาร 2559;39(1):37-44.
13. ชุติพร วชิรธนากร, ปุณยนุช จุลนวล. ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;5(4):51-59.
14. ศุภจิตา จันทร์บุรี. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม 2562;21(40):60-70.
15. รัตนา สุระเสน, จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. ความวิตกกังวลของสตรีก่อนรับการรักษาด้วยการตัดมดลูก. วารสารวิชาการแพทย์ 2562;33(2):157-68.
16. ชุติพันธุ์ เอื้อจิตวิชัย, บัณฑิต สำแดงฤทธิ์, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. สุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีปัญหา ทางนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดมดลูก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(4):62-71.
17. Bonica JJ. The management of pain 2 nd. London: Lea and Febiger; 1990.
18. โรงพยาบาลแพร่. สรุปรายงานประจำปีหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่. แพร่: โรงพยาบาลแพร่; 2566.

19. นันทนา ธนาโรวรรณ. ตำราการพยาบาล นรีเวช (ฉบับองค์รวม). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.พี.พี.; 2553.
20. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1995.
21. วิริยา ศิลา, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วิเนส สีนทกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2561;24(2): 2561.
22. Likert R. The Human Resources: Cases and Concept. New York: Hart Cout Brace B. World in Cooperated; 1970.
23. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติ การวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
24. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika 1937;2:151-60.
25. คะนิงนิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิติศรี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2561;45(1):37-49.
26. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม, ทานตะวัน สลิวังค์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562;2(3):17-30.
27. วรพรรณ มหาศรานนท์, ฐิติอาภา ตั้งค้ำวานิช, รุ่งนภา ชัยรัตน์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก 2562;30(1):102-16.
28. เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา, จิราภรณ์ ชนรัมย์. เปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562;34(2):167-79.
29. ศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภา กิมสูงเนิน, รัชณี นามจันทร์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ออนตั้น. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก 2564;32(2):73-88.
30. ราตรี ฉายากุล, วรณดี เสือมาก, วีรวรรณ เกิดทอง. ประสิทธิภาพของการใช้ผ้ายืดพยุงแผลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาจุฬานาครธรรม 2564; 8(7):447-63.

ผลของการติดเชื้อโควิด 19 ต่ออัตราอุบัติการณ์การตายที่ระยะเวลา 28 วันของผู้ป่วยภาวะ หายใจล้มเหลวเฉียบพลันของโรงพยาบาลแพร่

กุลนาถ คูหา¹, ธนิตา ศรีนัครา¹, นำโชค แจ่มวงศ์¹

ปาริชาติ นิยมทอง², ธานินทร์ ฉัตรธาภิบาล³

รับบทความ: 8 มกราคม 2567

ปรับแก้บทความ: 11 กรกฎาคม 2567

ตอบรับบทความ: 16 กรกฎาคม 2567

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome ; ARDS) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทยเนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง ในโรงพยาบาลแพร่ พบว่า ปี 2560-2562 และ ปี 2563-2566 มีการเสียชีวิตเพิ่มจาก 65.07% เป็น 72.8% ซึ่งตรงกับช่วงระบาดของ COVID-19 และจากการศึกษาที่พบว่าการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วย ARDS ทำให้สัดส่วนการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น แต่บางการศึกษากลับพบว่า สัดส่วนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ COVID-19 ไม่แตกต่างกัน
- วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบอัตราการอุบัติการณ์การตายระหว่างผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ COVID-19 ภายใน 28 วัน หลังรับการรักษา
- วิธีการศึกษา:** การศึกษารูปแบบ Observational retrospective cohort study กลุ่มศึกษาแบ่งเป็นผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ COVID-19 ศึกษาผลของการติดเชื้อ COVID-19 ต่ออัตราอุบัติการณ์การตายที่ระยะเวลา 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดย Multivariable Poisson regression
- ผลการศึกษา:** อัตราอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อเทียบกับไม่ติดเชื้อ COVID-19 ลดลง 6% โดยมีค่า 95%CI อยู่ที่ 0.65-1.35 และเมื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยกวน อัตราอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อ COVID-19 ลดลง 15% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งมีค่า 95%CI อยู่ที่ 0.57-1.25
- สรุป:** การศึกษาพบว่าอัตราการอุบัติการณ์การตายในโรงพยาบาลที่ 28 วันของผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อ COVID-19 ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ COVID-19 แต่อย่างไรก็ตามยังต้องคำนึงถึงอาการและความสำคัญทางคลินิก ดังนั้นจึงควรติดตามอาการของผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อ COVID-19 อย่างใกล้ชิด
- คำสำคัญ:** COVID-19, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, อัตราอุบัติการณ์การตาย

¹ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลแพร่ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่

³หน่วยระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิกคณะแพทยศาสตรมหาวิทาลัยนเรศวร

Effect of COVID-19 infection on mortality rate at 28 days after ICU admission of ARDS patients in Phrae hospital

Kunlanart Cuha¹, Thanida Srinakkara¹, Numchok Jamwong¹

Parichat Niyomthong², Thanin Chattapiban³

Received: January 8, 2024

Revised: July 11, 2024

Accepted: July 16, 2024

Abstract

Background: Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a condition that is a major public health problem of intensive care units around the world and Thailand due to the high mortality rate. Phrae Hospital was found that in 2017-2019 and 2020-2023, there was an increase in the number of ARDS patients who died in hospitals from 65.07% to 72.8% which is covid-19 outbreak period. The study found that COVID-19 infection causes lung fibrosis and results in more severe symptoms in ARDS patients, causing the proportion of deaths among COVID-19-infected ARDS patients in hospitals was increased. However some studies found that there was no difference in proportionate mortality between COVID-19-infected ARDS patients and non-COVID-19-infected ARDS patients.

Objective: To compare the mortality rate between COVID-19 infection and Non-COVID-19 infection in ARDS patients with ventilators after admission and in-hospital death within 28 days at Medical ICU Phrae Hospital.

Study design: Model study Observational retrospective cohort study, a group of patients diagnosed with ARDS who were admitted to ICU Phrae Hospital. This group of patients was divided into an index group (n=55) and contrast group (n=150). We studied the effect of COVID-19 infection compared with non-COVID-19 infection on mortality rate in ARDS patients, analyzed by multivariable Poisson regression models analysis at 95% confidence interval (CI).

Result: The results show COVID-19 ARDS compared with non-COVID-19 ARDS on mortality rate was decreased 6% (95% CI 0.65-1.35). Then adjusting all confounders, the mortality rate of COVID-19 ARDS was decreased by 15% (95% CI 0.57-1.25) compare with non-COVID19 ARDS.

Conclusion: According to our study, there was no statistically significant difference in the mortality rates between Covid-19 and non-Covid-19 ARDS group in ICU setting at Phrae Hospital.

Keywords: COVID-19, acute respiratory distress syndrome, mortality rate

¹Phrae Medical Education Center, Faculty of Medicine, Naresuan University

²Department of Internal Medicine, Phrae Hospital

³Clinical Epidemiology and Statistics Unit, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หรือ Acute respiratory distress syndrome เป็นภาวะที่เป็นปัญหาสำคัญในทางสาธารณสุข เนื่องจากมีอัตราการตายที่สูงมาก จากการศึกษาของ Giacomo Bellani และคณะในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 50 แห่งทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 10.4 และสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งหมด⁽¹⁾

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาในปี พ.ศ. 2558 ณ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ของ Narin Chindavech พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 13.2 และสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 43.8 ของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งหมด⁽²⁾ และในปี พ.ศ. 2560 Onuma Chaiwat และคณะ ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 3.14 และสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งหมด⁽³⁾

สำหรับในโรงพยาบาลแพร่ พบว่าในปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 7.37 และการสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 65.07 ของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2563-2566 มีผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 11.46 และสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 72.80 ของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งหมด ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ผ่านมาและ

สัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลแพร่มีร้อยละที่มากกว่าการศึกษาอื่นๆในประเทศไทย อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลแพร่ เป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 จึงเกิดสมมติฐานว่า การติดเชื้อโควิด 19 ทำให้เพิ่มการตายในผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การติดเชื้อโควิด 19 จะทำให้อาการของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรงขึ้น โดยจากการศึกษาของ Daniel Wendisch และคณะ เรื่อง SARS-CoV-2 infection triggers profibrotic macrophage responses and lung fibrosis ได้นำตัวอย่างตรวจจาก Bronchoalveolar lavage (BAL) จำนวน 47 ตัวอย่าง จากคนที่มีการติดเชื้อโควิด 19 ที่รุนแรง พบว่า SARS-CoV-2 มีผลกระทบต่อ macrophage มีการแสดงออกของ CD163 เพิ่มขึ้น และยังมีผลทำให้เกิดการแสดงออกของ CXCR3 chemokine receptor และ C1q complement factor ให้มีการสะสมของคอลลาเจนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิด fibroproliferative ARDS ส่งผลให้ lung เกิด fibrosis เร็วขึ้น ซึ่งการเกิด lung fibrosis ทำให้อาการผู้ป่วย ARDS รุนแรง⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม Mariusz Gujski ทำการศึกษาในประเทศโปแลนด์เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อโควิด 19 ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่ามีการเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 88.8⁽⁵⁾ ในขณะที่ Yu-Hsiang Hsieh ได้ศึกษาการตายในผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ประเทศไต้หวัน พบการเสียชีวิตร้อยละ 34 ในกลุ่มติดเชื้อโควิด 19 และการเสียชีวิตร้อยละ 42 ในกลุ่มไม่ติดเชื้อโควิด 19⁽⁶⁾

จากข้อมูลการศึกษากการตายในผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่กล่าว

มาจะเห็นได้ว่ายังมีความขัดแย้งกันอยู่ ทำให้มองเห็นการนำไปใช้ประโยชน์ล่วงหน้า จึงเป็นที่มาของการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบ mortality rate ระหว่างผู้ที่ติดเชื้อ Covid-19 และไม่ติดเชื้อ Covid-19 ในผู้ป่วย ARDS ซึ่งวัดการเสียชีวิตภายใน 28 วันหลังจากรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลแพร่

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: Causal research รูปแบบ Observational retrospective cohort study

สถานที่ศึกษา: หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: กลุ่มผู้ป่วย ARDS ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563–30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 239 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ ARDS ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ทั้งที่เป็น การวินิจฉัยโรคหลัก (principle diagnosis) และการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีผลรายงานการตรวจเชื้อโควิด 19

2. ผู้ป่วย recurrent ARDS

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม R-studio โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.95 ค่าความแปรปรวน (variances) เท่ากับ 1

ขนาดของผล (effect size) เท่ากับ 0.43 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 142 คน

การจำแนกกลุ่มการศึกษา: แบ่งประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วย ARDS ที่ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 55 คน
2. ผู้ป่วย ARDS ที่ไม่ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 150 คน

วิธีการรวบรวมข้อมูล:

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วย HOSxP 4.0 ของโรงพยาบาลแพร่ ตามการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยตามรหัส ICD-10

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาในการศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล (Case record form)

3. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล: การสรุปข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) ใช้ความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (continuous data) ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนใช้ Exact probability test ที่ p-value < 0.05 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ two independent sample t test ส่วนการศึกษาความแตกต่างของอัตราอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วย ARDS ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้ Multivariable Poisson regression models โดยแสดงความสัมพันธ์เป็น Rate ratio (RR) ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval)

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตาม berlin criteria 2012 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 มีจำนวน 239 คน คัดผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ไม่มีผลการตรวจโควิด 19 จำนวน 34 คน ออกจากการศึกษาเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 205 คน จากนั้นแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ติดเชื้อโควิด19 จำนวน 55 คน และกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ไม่มีการติดเชื้อโควิด19 จำนวน 105 คน

ผลการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ติดเชื้อโควิด19 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.1(SD=16.7) ปี และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อโควิด 19 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.1 (SD=15.1) ปี ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) สำหรับสัดส่วนของเพศพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และประวัติการได้รับวัคซีน และโรคประจำตัว ไม่พบความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ยกเว้น ความดันโลหิต

สูง ที่มีสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ผลของการติดเชื้อโควิด 19 ต่ออัตราอุบัติการณ์การตายที่ระยะเวลา 28 วันของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันของโรงพยาบาลแพร่

ผลการศึกษาพบอัตราอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ติดเชื้อโควิด19 ลดลงร้อยละ 6 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ไม่ติดเชื้อโควิด19 โดยมีค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของอัตราอุบัติการณ์การตายอยู่ที่ 0.65-1.35 และเมื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยกวนทั้งหมดพบว่า และเมื่อมีการปรับอิทธิพลของทุก ปัจจัยกวนพบว่า อัตราอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ติดเชื้อโควิด19 ลดลงร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ไม่ติดเชื้อโควิด19 ซึ่งมีค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของอัตราอุบัติการณ์การตายอยู่ที่ 0.57-1.25 (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์อัตราอุบัติการณ์การตาย(mortality rate) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบอัตราการตายต่อจำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU ภายใน 28 วัน ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของผลการศึกษา แต่หากมีการใช้ Harzard ratio มาวิเคราะห์ อาจจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้ได้

Table 1 Demographic characteristics of ARDS patient between Covid infection and Non-covid infection.

Characteristics	Positive	Negative	p-value
	n (%)	n (%)	
Age (years)			
18-29	4(7.3)	11(7.3)	
30-44	4(7.3)	10(6.7)	
45-59	7(12.7)	44(29.3)	
≥60	40(72.7)	85(56.7)	
Mean ±SD	64.1±16.7	59.1±15.1	0.006
Sex			
Male	29(52.7)	101(67.3)	0.071
Female	26(47.3)	49(32.7)	
BMI (Kg/m²)			
< 18.5	10(18.2)	26(17.3)	
18.5-24.9	23(41.8)	79(52.7)	
25-29.9	12(21.8)	33(22)	
≥ 30	10(18.2)	12(8)	
Mean ±SD	24.2±6.1	23.6±6.2	0.500
Smoke (n=184)			
No	43(81.1)	100(76.3)	0.560
Yes	10(18.9)	31(23.7)	
Alcohol drinking			
No	43(81.1)	94(71.8)	0.260
Yes	10(18.9)	37(28.2)	
Hypertension			
No	14(25.5)	80(53.3)	<0.001
Yes	41(74.5)	70(46.7)	
Diabetes mellitus			
No	36(65.5)	106(70.7)	0.500
Yes	19(34.5)	44(29.3)	

Table 1 Demographic characteristics of ARDS patients between COVID-19 infection and non-COVID-19 infection. (Cont.)

Characteristics	Positive	Negative	p-value
	n (%)	n (%)	
Myocardial infarction			
No	49(89.1)	134(89.3)	1.000
Yes	6(10.9)	16(10.7)	
Chronic kidney disease			
No	40(72.7)	120(80)	0.260
Yes	15(27.3)	30(20)	
COPD			
No	48(87.3)	137(91.3)	0.427
Yes	7(12.7)	13(8.7)	
Dyslipidemia			
No	34(61.8)	114(76)	0.053
Yes	21(38.2)	36(24)	
HIV infection			
No	52(94.5)	139(92.7)	0.763
Yes	3(5.5)	11(7.3)	
Covid vaccination			
No	46(83.6)	124(82.7)	1.000
Yes	9(16.4)	26(17.3)	

Table 2 Relation of effect of Covid-19 infection compare with non-Covid-19 infection on mortality rate in ARDS patients In-hospital death within 28 days after ICU admission: univariable and multivariable analysis.

Model	mortality		
	n	Rate ratio (95% CI)	P-value
Unadjusted	205		
Non-COVID-19		Ref.	
COVID-19		0.94(0.65-1.35)	0.754
Model 1	205		
Non-COVID-19		Ref.	
COVID-19		0.87(0.58-1.25)	0.454
Model 2	205		
Non-COVID-19		Ref.	
COVID-19		0.86(0.57-1.25)	(0.483)
Model 3	205		
Non-COVID-19		Ref.	
COVID-19		0.86(0.57-1.25)	(0.437)
Model 4	180		
Non-COVID-19		Ref.	
COVID-19		0.85(0.56-1.26)	(0.428)

Model 1 was adjusted for age(years), sex and BMI (kg/m²).

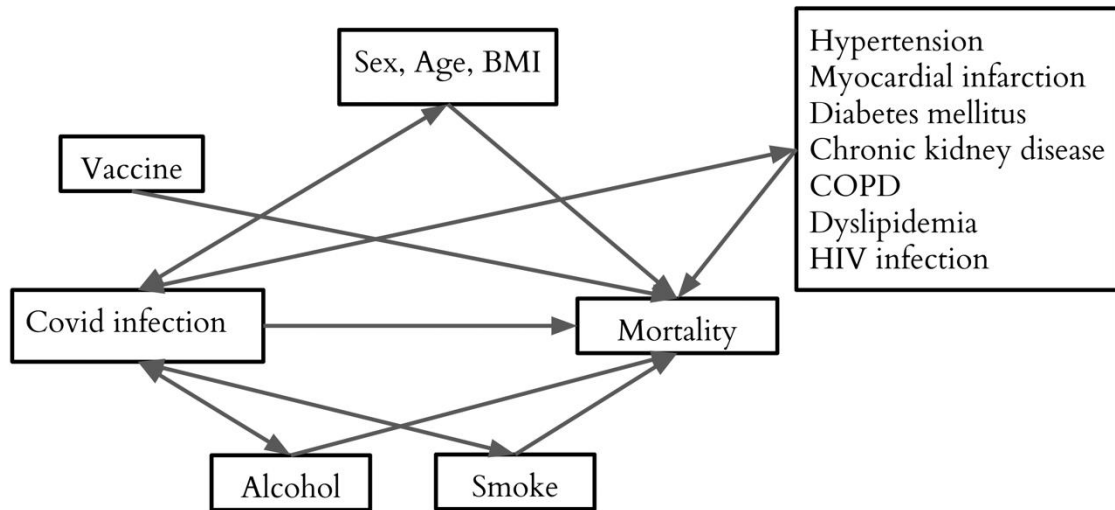
Model 2 was adjusted for model 1, hypertension, Diabetes mellitus,

Myocardial infarction, Chronic kidney disease, COPD, Dyslipidemia and HIV infection.

Model 3 was adjusted for model 2 and covid vaccination.

Model 4 was adjusted for model 3, smoke and alcohol.

Directed acyclic graphs



วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า อัตราอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วย ARDS ที่มีการติดเชื้อโควิด19 ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วย ARDS ที่ไม่ติดเชื้อโควิด 19⁽⁶⁾ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แม้ว่าการศึกษานี้จะมีการปรับอิทธิพลของปัจจัยกวนแล้ว แต่อาจมีปัจจัยกวนอื่นที่ยังไม่ได้ศึกษาที่อาจเป็นปัจจัยกวนที่มีอิทธิพล เช่น ระดับความรุนแรงของ ARDS ก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาของโรคประจำตัว ระยะเวลาและปริมาณของการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขนาดและจำนวนการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด19 หรือความแตกต่างของวิธีการตรวจในการวินิจฉัยโควิด19 ซึ่งจากที่กล่าวมา ทำให้การศึกษานี้ที่เก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง ไม่สามารถระบุการเก็บข้อมูลตามหัวข้อที่ต้องการได้ ทำให้พบความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้มีเพียงผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลแพร์ (unicenter) ทำให้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อย (small sample size) ส่งผลให้มี power ของการศึกษาน้อย ไม่มาก จึงต้องมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น ดังการศึกษาก่อนหน้าซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4237 และพบว่า ความชุกของการตายในโรงพยาบาล มากถึงร้อยละ 88.8⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังมี การวิเคราะห์อัตราอุบัติการณ์การตาย (mortality rate) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบอัตราการตายต่อจำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU ภายใน 28 วัน ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของผลการศึกษา แต่หากมีการใช้ Harzard ratio มาวิเคราะห์ อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้ได้

สรุป

แม้ผลของการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มี statistical significance แต่ยังคงคำนึงถึง clinical significance ร่วมด้วยดังนั้นจึงควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดและให้ aggressive treatment แก่ผู้ป่วย ARDS ใน ICU ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการกำหนด Study base เป็น prospective cohort observation เพื่อควบคุม confounder, missing data และมีการวัด outcome ที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.(พิเศษ) อ.นพ.ประภรณ์ ่องอาจบุญ อ.พญ.ปาริชาติ นิยมทอง และอ.นพ. ชานินทร์ ฉัตรภิบาล คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร์ บุคลากรโรงพยาบาลแพร์ และบุคลากรศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลแพร์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำและความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการจัดทำงานวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA* 2016;315(8):788.
2. Chindavech N. Characteristics and Clinical Outcomes of Acute Respiratory

Distress Syndrome (ARDS) in Medical Intensive Care Unit. *Med J SIAKET SURIN BURIRAM Hosp* 2015;30(2):71–84.

3. Chaiwat O, Suwannasri W, Sakaroonchai J, Kanavitoon S, Piriyapathsom A, Sirisatjawat C, et al. Incidence and outcomes of acute lung injury in the surgical intensive care unit of a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand. *Asian Biomed* 2016;10(4):379–85.
4. Wendisch D, Dietrich O, Mari T, von Stillfried S, Ibarra IL, Mittermaier M, et al. SARS-CoV-2 infection triggers profibrotic macrophage responses and lung fibrosis. *Cell* 2021;184(26):6243–61.e27.
5. Gujski M, Jankowski M, Rabaczko D, Goryński P, Juszczak G. The Prevalence of Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) and Outcomes in Hospitalized Patients with COVID-19—A Study Based on Data from the Polish National Hospital Register. *Viruses* 2022;14(1):76.
6. Hsieh YH, Chang HT, Wang PH, Chang MY, Hsu HS. Mortality in patients with COVID-19 versus non-COVID-19-related acute respiratory distress syndrome: A single center retrospective observational cohort study. *PLoS One* 2023;18(6):e0286564. doi: 10.1371/journal.pone. 0286564.

