

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วิลาวรรณ พุทธิรักษ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตจำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78, .95 และ .90 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 156.82$, $S.D. = 15.65$) โดยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าจำนวนวันที่กำหนดโดยนโยบายควบคุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG) ($M = 5.29$, $S.D. = 2.03$) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไปในด้านลบ ($M = 105.46$, $S.D. = 5.75$) และรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลอยู่ในระดับดี ($M = 131.96$, $S.D. = 19.70$) นอกจากนี้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .254$ และ $.798$ ตามลำดับ) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.328$)

ผลการศึกษาเสนอแนะว่า พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยการมีระบบการให้ความรู้การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับเนื้อหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและเหมาะสมกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ถูกจำกัดและสั้นลง พร้อมกับหากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายการเจ็บป่วยของตนเองในทางบวก เพื่อช่วยส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล/การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

FACTORS RELATED TO DISCHARGE READINESS IN PATIENTS WITH CLOSED FRACTURE OF A
 FACTORS RELATED TO DISCHARGE READINESS IN PATIENTS WITH CLOSED FRACTURE OF A
 LEG UNDERGOING INTERNAL FIXATION SURGERY IN ORTHOPAEDIC WARD AT
 VACHIRAPHUKET HOSPITAL

Wilawan Puttarak

ABSTRACT

The descriptive study aimed to explore the relationship between discharge readiness and related factors: length of stay, illness representation, and discharge teaching, based on the theoretical framework-- Transition theory (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). 120 samples were recruited from adult patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery in orthopaedic ward at Vachira Phuket hospital. The instruments applied consisted of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), which were tested for the reliability. Their Cronbach's alpha coefficient values were .87, .95, and .90 respectively. Data were collected during October 2020 to February 2021. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze the data.

The results of the study showed that the samples had high level of discharge readiness ($M = 156.82$, $S.D. = 15.65$), and the length of stay (LOS) was less than the standardized values assigned by the Diagnosis Related Groups: DRG ($M = 5.31$, $S.D. = 4.65$). In addition, the samples negatively perceived their illness-illness represent ($M = 105.46$, $S.D. = 5.75$). For the discharge teaching, the study found that nurses provided teaching to their patients with good quality ($M = 131.96$, $S.D. = 19.70$). Moreover the result revealed that the length of stay and the discharge teaching related to the discharge readiness positively and significantly ($r = .254$ and $.798$, $p < .01$). Differently, the illness representation correlated to discharge readiness negatively and significantly ($r = -.328$, $p < .01$).

The study suggested that nurses have to concern discharge readiness of adult patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery, have to teach the content pertinent to the patients' needs appropriate to the shorter limited time (LOS), and have to find strategies to promote these patients to perceive and interpret the meaning of their illness positively.

Keywords :DISCHARGE READINESS/ LENGTH OF STAY/ ILLNESS REPRESENTATION/ DISCHARGE TEACHING/ PATIENTS WITH CLOSED FRACTURE OF A LEG UNDERGOING INTERNAL FIXATION SURGERY

บทนำ

กระดูกขาหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นและผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกขาหักที่สูงขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหัก พบมากถึง 250,000 รายในแต่ละปี ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีและช่วงของวัยรุ่น ที่เป็นปัญหายอดนิยม คืออุบัติเหตุจากรวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุจากรถ เป็นสาเหตุการเกิดอันดับ 4 และจากสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกนประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ยังได้ระบุว่าสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลกมีค่าเฉลี่ย 18 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับ 2 ของโลกคือจำนวน 44 คนต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2560) และหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากกระดูกขาหัก

การรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูก จะได้รับการผ่าตัดภายในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 17 ชั่วโมงภายหลังการบาดเจ็บ ผลของการรักษาที่รวดเร็ว นอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงเฉลี่ยเพียง 3.9 วัน (Pendleton, Canada, & Guerrero-Bejarano, 2007) อย่างไรก็ตามภายหลังจากการรักษาผู้ป่วยยังคงต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราว เพื่อรอเวลาให้กระดูกติดเองตามธรรมชาติ (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2547) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญและเรียนรู้กับกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการดูแลบาดแผล การปรับตัวที่จะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ที่จะใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด (Ouellet, Hodgins, Knorr, & Geldart, 2003) ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จึงควรได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน โดยหากผู้ป่วยรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Weiss et al. , 2007) บุคคลจะประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านในแต่ละสถานการณ์นั้นขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านและการบำบัดทางการแพทย์ (Meleis, Sawyer, Im, Messias, and Schumacher , 2000)

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมที่ดีจากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วมากขึ้น ประกอบกับนโยบายควบคุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: 4 DRG) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น (พิเชษฐ์ ศิริวัฒนสกุล, 2550; Pendleton et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มีข้อจำกัดในการได้รับความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Ouellet et al., 2003) และพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่แตกต่างกันไปด้วย (Weiss, Ryan, Lokken, and Nelson, 2004)

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายในตัวบุคคลที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Meleis et al., 2000) เช่นเดียวกับเบญจวรรณ ละอองผล (2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก พบว่าการให้ความหมายว่าการเจ็บป่วยนี้สามารถรักษาให้หายได้ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

สำหรับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม โดยหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการใช้ทักษะที่ดีในการสอนก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Weiss et al., 2007) อย่างไรก็ตามด้วยบริบทภายในหอผู้ป่วยที่พยาบาลต้องมุ่งดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย (Suhonen&Leino-Kilpi, 2006) จึงพบว่า กระบวนการสอนเพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการหรือไม่มีแนวทางชัดเจน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย(สุธีรา สร้อยสังวร, 2550) และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(แสงเดือน กันทะขู้, 2552; Weiss et al., 2007)

สถิติหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปี พ.ศ.2561- 2562 มีผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจำนวน 142 ราย และ 152 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จำนวนวันนอน 4.2 วัน พยาบาลได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยการ ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักก่อนที่กระดูกจะติด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผ่นโลหะตามกระดูกหัก สกรุดอน และหักซ้ำในตำแหน่งเดิม ส่งผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 3 รายและในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มจำนวนเป็น 5 ราย

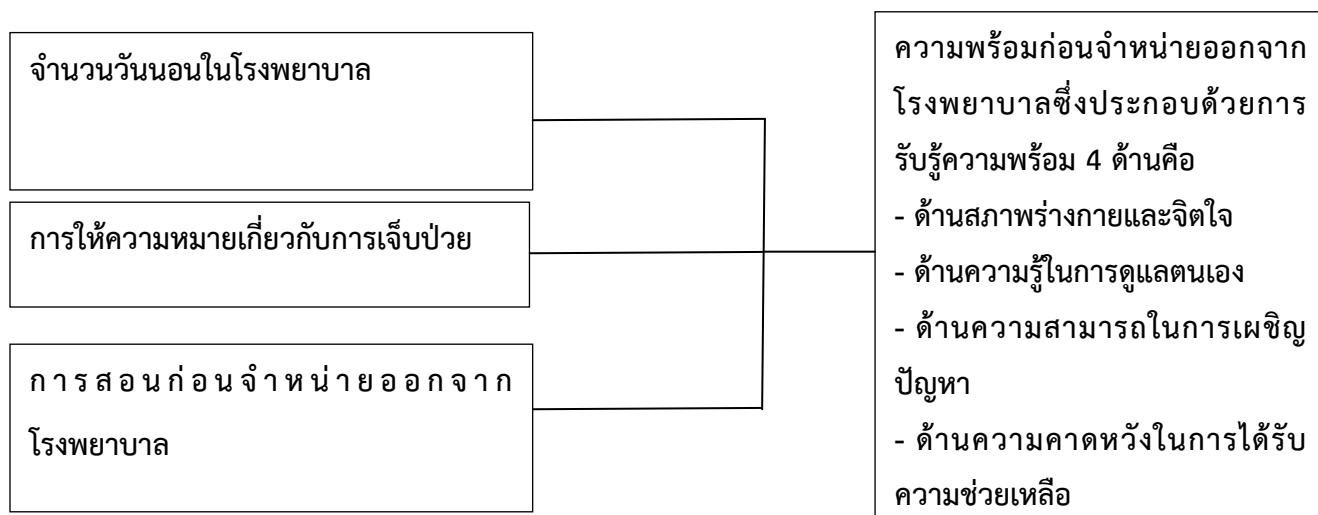
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อนำผลจากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .80 (ธวัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์ วงพงศธร, 2561) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20

เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถูกยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Drop out) จากการจำหน่ายล่าช้า (Delay discharge) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 120 ราย

การสุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์.ศ.2564 ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีกระดูกขาหักที่เกิดจากอุบัติเหตุไม่ใช่จากพยาธิสภาพของโรค
4. เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกยาวของขาหักชนิดปิดในช่วงกลางของกระดูกต้นขา (Shaft of femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (Shaft of tibia) หรือกระดูกน่อง (Shaft of fibula) หรือทั้งกระดูกหน้าแข้งและกระดูกน่อง (Shaft of both bone) ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งลักษณะของการหักอาจ มากกว่า 1 ตำแหน่งในกระดูกชิ้นเดียวกัน (Segmental fracture) และได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึง กระดูกภายใน
5. ไม่มีการบาดเจ็บร่วมของระบบประสาทและสมอง กระดูกสันหลัง ระบบหัวใจและ หลอดเลือด และอวัยวะในช่องท้องหรือทรวงอก
6. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บและการรักษา เช่น ไม่มีภาวะความดันภายในช่องกล้ามเนื้อสูง ภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ การบาดเจ็บของหลอดเลือดและหรือ เส้นประสาทของขาข้างที่มีพยาธิสภาพ เป็นต้น
7. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงของโรคร่วมจนต้องได้รับการรักษาต่อในแผนกอื่น
8. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้
9. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ในการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์.ศ.2564 จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลในวันที่แพทย์มีแผนการรักษาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีแผนการจำหน่าย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างรายนั้นออกจากการศึกษา เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อตัวแปรจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามของโสภะ หมูศิริ (2556) เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย เป็นการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนด้วยการเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้สำหรับประเมินการรับรู้และการให้ความหมายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นทั้งในการรับรู้ด้านการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านอารมณ์ ซึ่งแบบสอบถามต้นฉบับ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สาเหตุของการเจ็บป่วย อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามในส่วนของสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น ไม่ได้นำมารวมเพื่อวิเคราะห์การรับรู้ความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 เป็นแบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (Identity) ที่พบได้ในการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ได้แก่ ปวด/เจ็บ เจ็บคอ คลื่นไส้ หายใจไม่ออก น้ำหนักลด เหนื่อย/อ่อนเพลีย ข้อติดแข็ง เคืองตา หายใจมีเสียงวี๊ด ปวดหัว ปวดท้อง/แน่นท้อง นอนหลับยาก เวียนศีรษะ และไม่มีแรง/หมดแรง ซาซา และปวดหลัง รวมทั้งหมดเป็น 16 อาการ ผู้ป่วยจะต้องตอบ คำถามว่ามีประสบการณ์ในแต่ละอาการหรือไม่ โดยลักษณะคำตอบเป็นการให้ผู้ป่วยเลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยรายงานในส่วนแรกจะไม่ได้นำมาคิดคะแนน แต่ในส่วนของอาการที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้จะถูกนำมาคิดคะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่ใช่ = 0 และใช่ = 1 คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 - 16 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างมากว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือจำนวนอาการที่เพิ่มขึ้น บอกลักษณะด้านลบของการเจ็บป่วยครั้งนี้

2.2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยตามองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งในส่วนนี้มีข้อคำถาม 37 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 12 ข้อ (ข้อ 1, 4, 8, 12-14, 18, 20-22, 28 และ 36) ส่วนที่เหลือเป็นคำถาม ด้านบวก 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ ที่มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายด้าน เพื่อให้มีความชัดเจนในการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Timeline acute/chronic) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-5 และ 18) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะคงอยู่กับตนเองอย่างถาวรมากกว่าชั่วคราว

การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย (Timeline cyclical) จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 29-32) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 ผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้จะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง

การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย (Consequences) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 6-11) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก

การรับรู้ด้านการควบคุมอาการ ประกอบด้วย **การควบคุมอาการด้วยตนเอง** (Personal control) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 12-17) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 และ **การควบคุมอาการด้วยการรักษา** (Treatment control) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 19-23) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 ซึ่งผู้ที่มีระดับคะแนนสูงทั้ง 2 ด้าน หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่จะเป็นผลดีต่อการเจ็บป่วยได้เลย อีกทั้งการรักษาที่ได้รับก็ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้อาการและการเจ็บป่วยครั้งนี้ หายขาดได้

ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (Illness coherence) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 24 - 28) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 - 25 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional representation) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 33 - 37) คะแนน รวมอยู่ในช่วง 5 - 25 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ แปลผลว่า ค่าคะแนนโดยรวมที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านเนื้อหาการสอน จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1 - 6 แต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถาม เปรียบเทียบระหว่างข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการ กับข้อมูลที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา โดยในส่วนของข้อมูลที่ต้องการนั้นไม่ได้นำมาคิดคะแนนเพื่อวิเคราะห์คุณภาพการสอน แต่นำมาเปรียบเทียบกันระหว่างข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการกับข้อมูล que ผู้ป่วยได้รับจริง

3.2 ด้านทักษะการสอน จำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 7 - 18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็น อย่างมาก คะแนนรวมได้จากคะแนนของเนื้อหาการสอนที่ได้รับและทักษะการสอน ซึ่งอยู่ในช่วง 0 - 180 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขั้นดังนี้

0 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

61 - 120 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

121 - 180 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2 - 8 เป็นการประเมินความแข็งแรงของสภาพร่างกายและจิตใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

4.2 ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 9 - 16 เป็นการประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคลตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

4.3 ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 17 - 19 เป็นการประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามการรับรู้ก่อนออกจากโรงพยาบาล

4.4 ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 20 - 23 เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 220 ซึ่งแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับ คะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้นดังนี้

0 - 73 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

74 - 147 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

148 - 220 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหัก ชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วจึงนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนที่ 1 อากาที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .76 ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเท่ากับ .78 2) แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ .95 3) แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนโดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต(เลขที่ VPH REC 033/2020) และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการออกจากวิจัยได้ตลอดเวลาและถ้ามีอาการผิดปกติใดๆที่เป็นอันตรายจะหยุดการสัมภาษณ์ทันทีเพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือให้อยู่ในระยะเวลาที่ปลอดภัยข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษารุ่นนี้เท่านั้นโดยมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลและการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ตลอดจนขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือ จึงให้ลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้เก็บสำเนาไว้ จากนั้นจึงตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์จากเวชระเบียนอีกครั้ง

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายคำชี้แจง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของตนเองในสถานที่ที่เงียบสงบ และในขณะที่ผู้ช่วยตอบแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า หากมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถซักถามรายละเอียดได้ โดยผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียง จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบ ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนรวบรวมใส่ซองปิดผนึกเก็บไว้ตามรหัสที่กำหนด

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลด้วยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.20) อยู่ในช่วงอายุวัยกลางคน 36 – 59 ปี (44.20) มีอายุเฉลี่ย 40.72 ปี อายุมากที่สุด 72 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี นับถือศาสนาพุทธ (76.70) มีสถานภาพโสด (52.50) รองลงมาคือสมรส (37.50) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของครอบครัว (70.80) มีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือในภาระต่างๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล (87.50) โดยบุคคลที่จะคาดหวังจะให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่จากบิดามารดา (40.56) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (56.70) ประกอบอาชีพรับจ้าง (50.00) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,0001 – 30,000 บาท (67.50) มีรายได้ที่มีเพียงพอแต่ไม่มีออม (55.55) และมีสิทธิรักษาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (38.59) รองลงมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (34.78)

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร (62.50) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Close fracture shaft of tibia (40.80) ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก (ORIF with Plate & Screw) (89.20) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (66.70)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 5.29 (S.D.=2.03) และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of femur มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 5.82 (S.D.= 1.94) กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of tibia มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 5.20 (S.D.=2.42) กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of fibula มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 5.18 (S.D.= .60) และกลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture both bone of leg มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 4.59 (S.D.=2.03) โดยจำนวนวันที่น้อยที่สุด คือ 2 วัน และนานที่สุด คือ 15 วันดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค (n = 120 คน)

การวินิจฉัยโรค	Min	Max	M	S.D.
Close fracture shaft of femur	4	14	5.82	1.94
Close fracture shaft of tibia	3	15	5.20	2.42
Close fracture shaft of fibula	4	6	5.18	.60
Close fracture both bone of leg	2	15	4.59	1.44
รวม	2	15	5.29	2.03

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้เฉลี่ย 1.93 อาการ(S.D. = 1.57) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอาการปวดมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 96.70

การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 105.46, S.D. = 5.75) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1) ด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องใช้เวลานานในการกลับคืนสู่สภาพปกติ

โดยสมบูรณ์ ($M = 14.95$, $S.D. = 2.25$) 2) ด้านวงจรของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นจะหมุนเวียนสลับเปลี่ยนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ($M = 12.31$, $S.D. = 1.79$) 3) ด้านผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคม ($M = 22.22$, $S.D. = 2.66$) 4) ด้านการควบคุมอาการ ประกอบด้วย การควบคุมอาการด้วยตนเอง ($M = 15.86$, $S.D. = 1.30$) และการควบคุมอาการด้วยการรักษา ($M = 15.00$, $S.D. = 1.15$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับไม่สามารถทำให้อาการและการเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้และตนเองไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่เป็นผลดีต่อการเจ็บป่วยได้ 5) ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ($M = 13.27$, $S.D. = 1.54$) 6) การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ ($M = 11.93$, $S.D. = 1.65$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยมากที่สุด ($Mean\% = 82.50$) รองลงมาคือด้านการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย ($Mean\% = 73.30$) ส่วนด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยที่สุด ($Mean\% = 59.70$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ($n=120$ คน)

การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	M	S.D.	Mean%
- ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	6 – 30	10 - 21	14.95	2.25	59.70
- วงจรของการเจ็บป่วย	4 – 20	9 - 16	12.31	1.79	72.30
- ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดความเจ็บป่วย	6 – 30	12 - 25	22.22	2.66	64.20
- การควบคุมอาการด้วยตนเอง	6 – 30	13 - 19	15.86	1.30	70.00
- การควบคุมอาการด้วยการรักษา	5 – 25	13 - 18	15.00	1.15	61.70
- ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย	5 – 25	9 - 18	13.27	1.54	82.50
- การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย	5 – 25	9 - 16	11.93	1.65	73.30
คะแนนรวม	37 - 185	92 - 124	105.46	5.75	55.10

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ($M = 131.96$, $S.D. = 19.70$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่ต้องการกับข้อมูลที่ได้รับพบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่ต้องการสูงกว่าข้อมูลที่ได้รับ ($M = 57.39$, $SD = 3.75$; $M = 43.35$, $S.D. = 7.83$ ตามลำดับ)

และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านทักษะการสอนใกล้เคียงกับ (Mean% = 64.20) ด้านเนื้อหาการสอน (Mean% = 65.80) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 120 คน)

การสอนก่อนจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	M	S.D.	Mean%
ด้านเนื้อหาการสอน					
ข้อมูลที่ต้องการ	0 – 60	46 – 60	57.39	3.75	42.50
ข้อมูลที่ได้รับ	0 – 60	31 - 60	43.35	7.83	65.80
ด้านทักษะการสอน	0 - 120	70 - 120	88.60	12.36	64.20
คะแนนรวม	0 - 180	105 - 180	131.96	19.70	64.20

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 156.82, SD = 15.65) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา มากที่สุด (Mean% = 78.30) รองลงมาคือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (Mean% = 63.00) ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (Mean% = 62.50) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ (Mean% = 55.80) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 120 คน)

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	M	S.D.	Mean%
- ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ	0 – 70	24 - 51	36.92	4.58	55.80
- ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง	0 – 80	50 - 80	66.67	6.97	63.00
- ด้านความสามารถในการ เผชิญปัญหา	0 – 30	15 - 30	20.49	3.15	78.30
- ด้านความคาดหวังในการ ได้รับความช่วยเหลือ	0 – 40	22 - 40	32.68	3.98	62.50
คะแนนรวม	0 - 220	116 - 191	156.82	15.65	57.10

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .254, p < .01$) นั่นคือถ้าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.328, p < .001$) นั่นคือถ้าคะแนนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสูงความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะต่ำ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .798, p < .001$) นั่นคือถ้าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพดีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูงไปด้วยเช่นกันดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (n=120 คน)

	ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
	r	p-value
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	.254	.005*
การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	-.328	.000**
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.798	.000**

*p-value < .01, **p-value < .001

การอภิปรายผล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .254, p < .01$) ซึ่งหมายถึงถ้ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นก็จะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นตามไปด้วย

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นทำให้กระบวนการฟื้นฟูของกระดูกดีขึ้นโดยกระดูกอ่อน (Callus) จะถูกสร้างมากขึ้นเพื่อยึดกระดูกที่หักให้เข้าหากันแน่นขึ้น (Stable) กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหวขาลดลง นอกจากนี้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการทำความเข้าใจและปรับตัวยอมรับกับสภาพการบาดเจ็บ อีกทั้งยังทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีโอกาสในการแสวงหาความรู้ได้เพิ่มขึ้นทั้งจากการสังเกตจากผู้ป่วยที่มีลักษณะการบาดเจ็บเช่นเดียวกันและการซักถามจากพยาบาล ดังนั้น เมื่อต้องเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ มรรยาท ฦ นครและคณะ (2542) ที่พบว่าหากผู้ป่วยกระดูกหัก มีเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นก็จะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการบาดเจ็บมากขึ้นทำนองเดียวกับการศึกษาของโสภกา หมูศิริ (2556) ที่พบว่าการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการได้รับความรู้และฝึกทักษะเพื่อเตรียมพร้อมรับกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย ดังนั้น หากผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นก็จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้มากขึ้น

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = -.328, p < .001$) ซึ่งหมายถึง หากกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองก็จะทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงต้องเผชิญกับอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด แม้จะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดก็ยังคงรับรู้ว่าการปวดนั้นจะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ซึ่งส่งผลให้นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า นอกจากนี้การที่จะต้องอยู่กับภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเป็นเวลา 6 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรักษาที่ได้รับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้ซึ่งตนเองไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่จะเป็ผลดีต่อการเจ็บป่วยได้เลย การรับรู้ดังกล่าวทั้งหมดทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นด้านลบ ซึ่งอาจส่งผลให้รับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับต่ำและอาจจะส่งผลกระทบต่อถึงการดูแลและการฟื้นฟูสภาพตนเองภายหลังการจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของฝากจิต ควรผดุง (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นักหนาสาหัสจนไม่สามารถควบคุมอาการหรือรักษาให้หายขาดได้ในเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะกระทำการใดๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanet. al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มีมือที่มีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มีมือมองโลกในแง่ร้ายและไม่มีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเอง

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = .798, p < .001$) หมายถึง หากการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงตามไปด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่าย คือกระบวนการสอนของพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่พยาบาลจัดใหม่ขึ้นเพื่อฟื้นฟูสภาพ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูหาย ตลอดจนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้น หากคุณภาพของกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลได้มากเพียงใดผู้ป่วยก็จะตอบสนองด้วยการปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์มากเท่านั้น ผลการศึกษาในเบื้องต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภา หมูศิริ (2556) ที่พบว่า ก่อนผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง พร้อมกับมีเอกสารแผ่นพับเพื่อทบทวนความรู้ที่สงสัยเมื่ออยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 75 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานและกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งยืนยันว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง จะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นด้านบวก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรทำความเข้าใจกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน DRG เพื่อให้สามารถวางแผนเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ถูกจำกัดและสั้นลง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมาร่วมกับการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลของแพทย์ ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

1.2 พยาบาลควรหาวิธีในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนมุมมองของการเจ็บป่วยเป็นด้านบวก ด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาในปัจจุบันที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูและกลับคืนสู่สภาพปกติได้เพียงแต่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

1.3 พยาบาลควรประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแล้วนำไปเป็นส่วนประกอบในการวางแผนให้ความรู้ที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและเหมาะสมตามกระบวนการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลควรพัฒนาทักษะการสอนของตนเองตลอดจนควรมีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยหลังจากได้รับข้อมูลความรู้

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำข้อมูลด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปเป็นข้อกำหนดในการส่งเสริมให้พยาบาลภายในหอผู้ป่วยสร้างแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

3. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้เป็นตัวอย่างเป็นการประกอบการให้ความรู้หรือพัฒนาความรู้ในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์และหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั้งปริญญาตรีและปริญญาโทเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

4.1 ควรทำการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้ออื่นๆ

4.2 ควรนำสู่การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ตลอดจนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้ออื่นๆ

4.3 ศึกษาต่อเนื่องในระยะหลังจำหน่าย เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยความเพียงพอของความรู้และทักษะที่ได้รับต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2561. สถิติกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2560. จังหวัดนนทบุรี.
- ธีรชัย อภิวารธกุล. 2547. Orthopaedic Trauma. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- เบญจวรรณ ละอองผล. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฝากจิต ควรผดุง. 2548. ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยด้านร่างกายและแหล่งทักษะภายในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชษฐ์ ศิริวัฒน์สกุล. 2550. แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 16(5), 698-703.
- มรรยาท ณ นคร, จันท์ฉาย โยธาใหญ่, สิริรัตน์ หาญวงศ์ และสมพิศ การ์ดำริห์. (2542). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธีรา สร้อยสังวร. 2550. คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงเดือน กันทะขู้. 2552. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภา หมู่ศิริ. 2556. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, M. N., Scharloo, M., Houwing-Duistermaat, J. J., Slagboom, E., Rosendaal, R.F., Breedveld, C.F., & Kloppenburg, M.. 2006. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. Osteoarthritis and Cartilage, 14(11), 1104-1110.
- Chan, CY. J., Ong, CY. J., Avalos, G., Regan J.P., McCann, J., Groarke, A., & Kelly, L. J.. 2009. Illness representations in patients with hand injury. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 62, 927-932.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). **G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences**. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Sshumacher, K. 2000. **Experiencing transition: an emerging middle-range theory**. *Advance in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Ouellet, L. L., Hodgins, P.S., Knorr, S., & Geldart, G.. 2003. **Postdischarge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study**. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7, 87- 93.
- Pendleton, A. M., Canada, L. K., & Guerrero – Bejarano, M.. 2007. **Factors affecting length of stay after isolated femoral shaft fractures**. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 62(3), 697-700.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H.. 2006. **Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review**. *Patient Education and Counseling*, 61, 5-15.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M.. 2004. **Length of stay after vaginal birth : sociodemographic and readiness-for-discharge factors**. Retrieved December 3, 2010, from http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=nursing_fac
- Weiss, M., Piacentine, B. L., Lokken, L., & Archer, J.. 2007. **Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients**. Retrieved December 3, 2010, from http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing_fac.