

## การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง The Development of a Nursing Model for Colon Cancer Patients in the Female Surgery Unit, Lampang Hospital

พฤกษา เกตุนามญาติ\*, กัลยาณี เครือใหม่ และ นิชนันท์ ไชยรังษี  
Phruksa Getnamgad\*, Kanlayanee Kruamai and Nichanan Chairangsi  
โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง  
Lampang Hospital, Lampang Province

(Received: March 2, 2023, Revised: September 2, 2023, Accepted: October 9, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง โดยการโค้ชและวัดประสิทธิผลของแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการโค้ชของ Haas ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) การวางแผนการปฏิบัติ 3) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 17 ราย และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการรักษาในหอศัลยกรรมหญิง จำนวน 60 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 – มีนาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ระยะที่ 2 คือ แบบบันทึกความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบที่พัฒนาขึ้นและ ระยะที่ 3 คือ 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิงที่พัฒนาขึ้น 2) แบบประเมินประสิทธิผลของแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ได้แก่ การเกิดผิวน้ำถูกทำลาย การกลับมารักษาซ้ำ และ 3) แบบวัดความรู้และทักษะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ซึ่งมีค่า CVI เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test และ Linear Mixed Model

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการผ่าตัดที่ปลอดภัยทั้ง 3 ระยะ คือ รูปแบบการโค้ชที่ได้รับการพัฒนา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) หลักการและวัตถุประสงค์หลัก 2) กระบวนการประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและวิเคราะห์ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการโค้ช และ 3) เงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ ระบบสนับสนุน ทักษะการโค้ช และการติดตามดูแลเพื่อให้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การให้ความรู้และฝึกอบรม จัดทำคู่มือการพยาบาล ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถนะหลังผ่าตัด ผลการใช้รูปแบบ พบว่า 1) พยาบาลหอศัลยกรรมหญิง มีความรู้ และการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หลังใช้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) 2) พยาบาลหอศัลยกรรมหญิงมีความพึงพอใจในแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.47 ในด้านประสิทธิผล พบว่า ผิวน้ำถูกทำลายลดลง 0.1 คะแนน และ ไม่มีการ Re-admit

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิงไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** การพัฒนา, รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้, หอศัลยกรรมหญิง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phruksa2514@gmail.com)

## Abstract

The objective of this research and development was to develop a nursing model for colon cancer patients in the female surgery unit at Lampang Hospital by coaching and measuring the effectiveness of the nursing model for colon cancer patients. The researchers used the Hass (1992) concept of coaching, which consists of four steps: 1) assessing and analyzing problems; 2) operational planning; 3) implementing the plan; and 4) evaluating performance. Participants were 17 professional nurses working in the female surgery ward at Lampang Hospital and 60 colon cancer patients admitted to the female surgery ward. Data was collected between March 2021 and March 2023. The research instruments in each phase were: Phase 1 was an in-depth interview regarding the nursing care model for colon cancer patients. Phase 2 was a form for recording the opinions of experts on the developed model, and Phase 3 was: 1) a nursing model for colon cancer patients in the female surgical ward developed; 2) an evaluation form of the effectiveness of the nursing model for colon cancer patients, including the occurrence of skin damage readmission rate; and 3) an evaluation form of nurses' knowledge and skills regarding giving nursing care to patients with colon cancer, which has a CVI value of 0.82. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, independent t-test and linear mixed model.

The results showed that a nursing care model for colon cancer patients in the female surgery ward in all three phases, including the preoperative period, during surgery, and after surgery, was supported for safe surgery in all three phases by a developed coaching model. It consisted of three components: 1) main principles and objectives; 2) process, which consists of four steps: evaluation and analysis, planning, implementation of the plan, and evaluation of coaching results; and 3) conditions for using the model, including support systems, coaching skills, supervision of personnel to be experts, providing knowledge and training, preparing a nursing manual, educating patients about behavior before and after surgery, and rehabilitation after surgery. The results of using the model found that 1) nurses in the female surgery ward had more knowledge and practice in nursing colon cancer patients after using the model than before using the model, which was statistically significant ( $p < 0.001$ ); and 2) nurses in the female surgery ward were satisfied with a nursing model for colon cancer patients at a high level of 76.47%. In terms of effectiveness, it was found that skin damage was reduced by 0.1 points, and there were no re-admits.

It can be suggested that a nursing model for colon cancer patients in the female surgery ward can be applied to nursing departments that provide care for patients with other types of cancer in order to further improve the quality of nursing care for cancer patients and enhance their quality of life.

**Keywords:** Development, Nursing Model, Colon Cancer Patients, Female Surgery Ward

## บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.93 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (World Health Organization,

2021) การรายงานโดย GLOBOCAN 2020 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่ประมาณ 19.3 ล้านราย และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเกือบ 10 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 2.30 ล้านราย ร้อยละ 11.70 รองลงมา คือ ปอด ร้อยละ 11.40 ลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง ร้อยละ 10.00 ต่อมลูกหมาก ร้อยละ 7.30 และกระเพาะอาหาร ร้อยละ 5.60 โดยพบว่า มะเร็งปอดยังคงเป็นสาเหตุสำคัญมีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 18.00 รองลงมา คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ร้อยละ 9.40 และมะเร็งตับ ร้อยละ 8.00 ในประเทศไทย พบสถิติโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก โดยมะเร็งลำไส้พบเป็นอันดับที่ 4 สถิติการป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบเป็นอันดับ 3 ในชายไทย และอันดับ 2 ในหญิงไทยโดยส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตวันละ 15 คน หรือ 5,476 คนต่อปี (Databased of Cancer Patients Unit, 2022) ซึ่งเมื่อป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ผู้ป่วยจะมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนอาการหนัก ได้แก่ มีอาการจุกเสียดหรือปวดท้องบ่อย ๆ ซีด อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องอืด ท้องผูกบ่อย หรือท้องเสียสลับกับท้องผูก อุจจาระมีเลือดปน อาจคลำได้ก้อนทางช่องท้องมักคลำได้ที่ท้องขวาด้านล่าง เป็นต้น วิธีการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มี 3 วิธีหลัก ทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งสำหรับการรักษาโรคลำไส้ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเอาลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในประเทศไทย สาเหตุการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ส่วนมากมาจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะ ระบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป เกิดความไม่สุขสบาย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง ให้การดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวน 22 และ 16 ราย ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 22.72 และร้อยละ 18.75 (Female Surgery Statistics Lampang Hospital, 2021) ซึ่งเกิดจากปัญหาผิวหนังรอบลำไส้เปิดเปื่อย แดง หรือลอกหลุด สาเหตุสำคัญเกิดจากตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่เหมาะสม ทำให้หลังการผ่าตัดไม่สามารถติดถุงรองรับอุจจาระได้ มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การทำงาน ซึ่งรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อทวนสอบสาเหตุจากการซักถามผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลทวารเทียม ร้อยละ 60.00 ขาดความมั่นใจเมื่อมีทวารเทียมถึง ร้อยละ 80.00 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการดูแลลำไส้เปิดเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ปัจจัยหลักที่มีผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ การดูแลตนเองเรื่องการปิดถุงรองรับอุจจาระ ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สามารถลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ลดการรบกวนทักษะความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการจัดทำโครงการประกันคุณภาพ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อพัฒนาความรู้สำหรับพยาบาลผู้ดูแล และกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในปัจจุบันมีการพัฒนาและจัดทำในรูปแบบแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในหอผู้ป่วยแล้ว แต่พบการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ยังมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกข้อตามแนวปฏิบัติเดิม จากการสอบถามและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ พบว่า พยาบาลยังต้องการเพิ่มเติมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้พยาบาลขาดแหล่งสนับสนุน ทั้งด้านความรู้ ค่าใช้จ่าย ดังนั้น การสนับสนุนด้วยการให้ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน วิธีการที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในปัจจุบัน พบว่า

การโค้ชเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Wongngam, Urharmnuay, & Klunkin (2016) เรื่อง ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองต่อสื่อสัญญาณความเครียดของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะได้รับหัตถการที่คุกคามต่อร่างกาย พบว่า ภายหลังการโค้ชส่วนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลในการตอบสนองต่อสื่อสัญญาณความเครียดของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะได้รับการเจาะเลือดและการดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Paengsook, Urharmnuay, & Chotibang (2017) ที่ศึกษา ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดท่านอนทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ พบว่า ภายหลังการโค้ชพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดท่านอนทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอกว่าก่อนได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการประเมินอาการก่อนการจัดท่านอนทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 91.43 การปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดท่านอนทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.74 และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการประเมินอาการภายหลังการจัดท่านอนทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 94.29 จะเห็นว่ากระบวนการโค้ชช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรพยาบาลเพิ่มขึ้น

การโค้ช (Coaching) เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรปฏิบัติ โดยโค้ชเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น (Haas, 1992) เนื่องจากโค้ชมุ่งเน้นการดึงความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาประเมินและวิเคราะห์ (Redshaw, 2000) พัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือเรียนรู้จากการปฏิบัติกิจกรรมจริง (Zeus, Skiffington, & Trade, 2002) ได้ฝึกซ้อมจนเกิดความชำนาญ ทำให้สามารถนำเทคนิคหรือทักษะนั้นไปปฏิบัติจริงได้ นอกจากนี้การโค้ชยังมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้เรียนเชื่อมั่นในเรื่องที่ได้เรียนรู้และมีความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติให้ถูกต้องและคงอยู่ยาวนานมากขึ้น (Satchukon, 2004) ซึ่งตัวผู้โค้ชจะต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่สอน มีทักษะการสะท้อนคิด และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่จะสอนเป็นอย่างดี (Spross, 2009) ดังนั้น เพื่อการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการโค้ชของ Haas (1992) มาใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) การวางแผนการปฏิบัติ 3) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ โดยใช้กระบวนการโค้ช โดยมีเป้าหมายเพื่อให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรปฏิบัติให้ถูกต้อง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

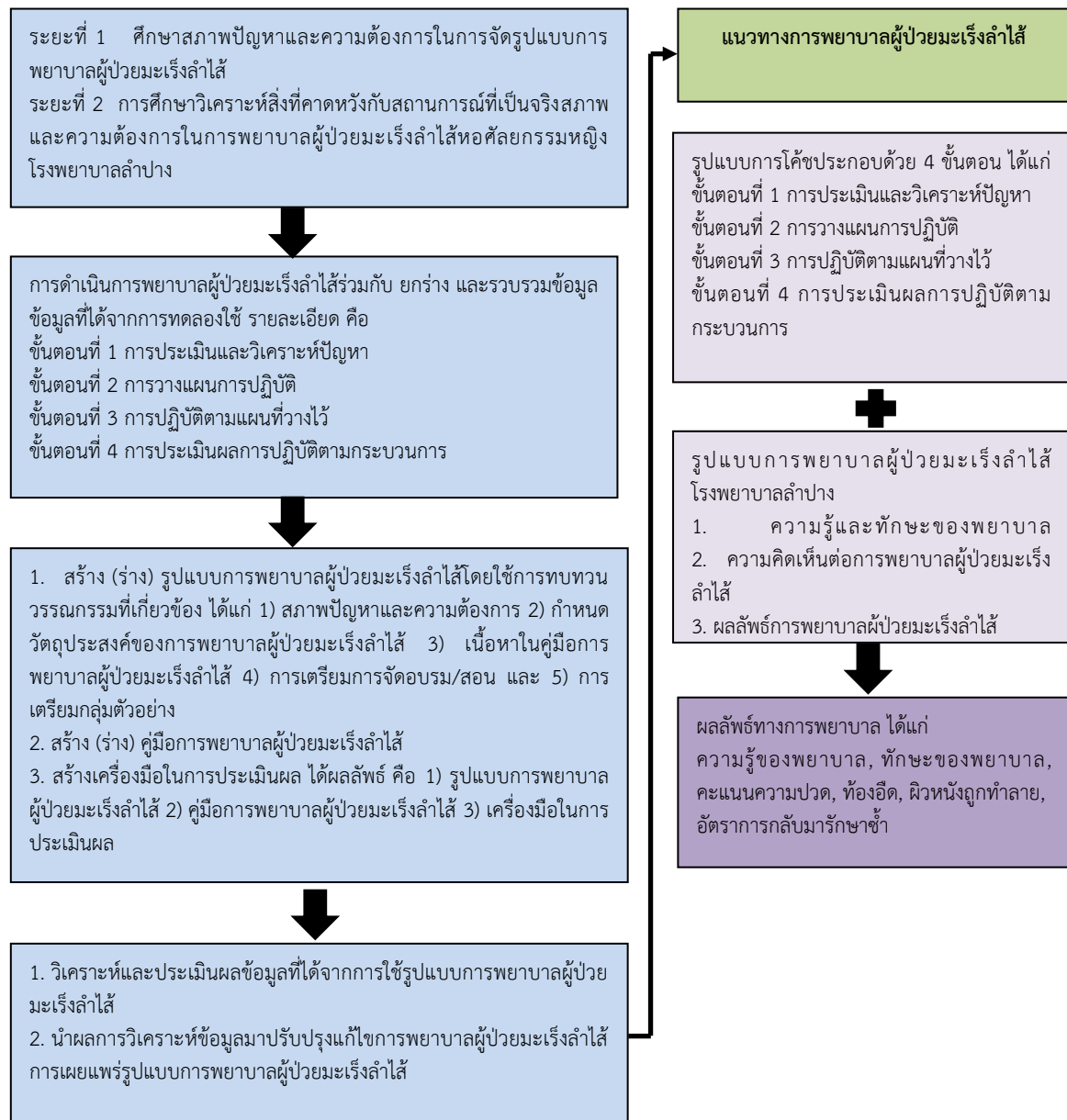
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง

### สมมติฐาน

1. ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หอศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลลำปาง พยาบาลมีความรู้ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้น
2. ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หอศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลลำปาง คะแนนความปวด อาการท้องอืด และการถูกทำลายของผิวหนังลดลง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง กระบวนการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดโดยการโค้ช (Coaching) ของ Haas (1992) ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และศึกษาผลของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ในหอศัลยกรรมหญิง 4 ขั้นตอน ในการพัฒนา ได้แก่ การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผลการปฏิบัติ ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research 1 (R1) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้โดยใช้วิธี Focus group เพื่อศึกษาสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาความสามารถด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ รวมทั้งความต้องการและวิธีการในการพัฒนาความสามารถด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ โดยทำการศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับการโค้ช รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ก่อน ปรับปรุงแล้วนำไปสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ทำการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อกำหนดขอบเขตของความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ รูปแบบการโค้ชที่ใช้ในปัจจุบัน และรูปแบบการโค้ชที่ต้องการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่าง ๆ ทำให้ได้ประเด็นในการศึกษา คือ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ยังต้องการการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการทั้งในด้านความต้องการเพิ่มความรู้ ทักษะทางการพยาบาล โดยที่ผ่านมามีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แต่ยังขาดการสนับสนุนข้อมูลที่ทันสมัยและรวบรวมให้เป็นแนวทางที่ชัดเจน การให้การพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ยังต้องการพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการพยาบาลมาให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น ดังนั้น รูปแบบการโค้ชจะช่วยพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ได้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการโค้ช (Design and Development: Development (D1) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ด้วยการโค้ช พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้ระบบการโค้ช ทำการตรวจสอบร่างจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ด้วยการโค้ชโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการนิเทศการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้สอนและนิเทศด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการโค้ชและเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research (R2) เป็นการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ด้วยการโค้ชที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ One group pretest-posttest ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 17 คน เพื่อเข้าอบรมการทำหน้าที่โค้ช พยาบาลจำนวน 17 คน เป็นระยะเวลา 1 วัน โดยกิจกรรมหลัก ประกอบไปด้วย การบรรยายเพื่อให้ความรู้ตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ หลังจากนั้น มีการฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบจริงกับพยาบาลที่เข้าโครงการทุกรายในเวรเช้าทุกวันเป็นเวลา 2 เดือน จึงยุติการโค้ชและประเมินผล โดยประเมินผลด้วยแบบวัดความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ภายหลังการอบรมแล้วทำการชี้แจงการทำงานโดยผู้ที่ทำหน้าที่โค้ช ให้เลือกโค้ชหรือสอนงานในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ประกอบด้วย

1. แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ เป็นลักษณะเลือกตอบ ถ้าตอบถูกต้องข้อละ 1 คะแนน จำนวน 20 ข้อ

2. แบบประเมินทักษะพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้สำหรับพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ และต้องปรับปรุง) ประกอบไปด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ

แบ่งเป็นความสามารถทางการพยาบาล (จำนวน 5 ข้อ) ความสามารถทางด้านคุณภาพและการควบคุมภายใน (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ (จำนวน 3 ข้อ) ความสามารถทางการดูแลเวชภัณฑ์การแพทย์ (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางการจัดการเอกสาร (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางด้านคอมพิวเตอร์ (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางด้านวิชาการ (จำนวน 2 ข้อ) และความสามารถทางด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 4 ข้อ) แบบประเมินนี้กำหนดให้ผู้ทำหน้าที่โค้ชประเมินผู้ที่ได้รับการโค้ชก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ทำการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่าแบบ 5 ระดับ (พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก เฉย ๆ ไม่พึงพอใจ และไม่พึงพอใจมากที่สุด) และแบบสอบถามชนิดปลายเปิด 1 ข้อ แบบสอบถามนี้กำหนดให้ผู้ทำหน้าที่โค้ชและผู้ที่ได้รับการโค้ชประเมินภายหลังสิ้นสุดการโค้ชทำการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจโดยใช้สถิติพรรณนา เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหาและทำการทดสอบความเที่ยงโดยทำการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มที่จะใช้ในการศึกษาวิจัยจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการปฏิบัติการใช้ 0.84 แบบบันทึกการสังเกตการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้สำหรับพยาบาล 0.80 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ของพยาบาล 0.84

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ Two group pretest-posttest คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Stata กำหนดค่า Effect size ที่ 0.5, power ที่ 0.80 และค่า  $p$ -value ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง แล้วทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ตอบข้อสงสัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สนใจตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยอีกครั้ง เมื่อผู้สนใจตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จึงดำเนินการเก็บข้อมูล

สำหรับกลุ่มควบคุม ถูกคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยหลังผ่าตัดในวันที่ 2 ได้รับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการสังเกตอาการผิดปกติ การฝึกปฏิบัติการดูแลทวารเทียมก่อนกลับบ้าน เก็บข้อมูลจนครบ 30 รายจึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

สำหรับกลุ่มทดลองถูกคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยก่อนได้รับการผ่าตัดจะได้รับการเตรียมโดยการให้ความรู้ตั้งแต่ก่อนได้รับการผ่าตัด และหลังผ่าตัดวันที่สองจะได้รับการเตรียมโดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลทวารเทียมเป็นเวลา 2 วัน ในวันที่ 2 มีการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้โดยเก็บข้อมูลจนครบ 30 รายจึงสิ้นสุดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: development (D2) เป็นการนำผลการทดลองรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Fisher exact test
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะของพยาบาลด้วยสถิติ Paired t-test, Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะแทรกซ้อนเช่น ความปวด ท้องอืด ผิวน้ำถูกทำลายด้วย Linear mixed model

### จริยธรรมวิจัย

จริยธรรมวิจัยการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาเห็นชอบอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง รหัสโครงการวิจัยที่ 38/64 โดยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการที่ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

### ผลการวิจัย

1. แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวทางการโค้ช ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวทางการโค้ชด้วยสถิติ Chi square และ Fisher exact test

| ข้อมูล                    | กลุ่มใช้แนวทางการโค้ช<br>(n= 30) |        | กลุ่มการพยาบาลปกติ<br>(n= 30) |        | X <sup>2</sup>      | p-value |
|---------------------------|----------------------------------|--------|-------------------------------|--------|---------------------|---------|
|                           | จำนวน                            | ร้อยละ | จำนวน                         | ร้อยละ |                     |         |
| อายุ (ปี)                 |                                  |        |                               |        | 0.50                | 1.000   |
| ≤ 60                      | 19                               | 63.33  | 20                            | 66.67  |                     |         |
| > 60                      | 11                               | 36.67  | 10                            | 33.33  |                     |         |
| รายได้ (บาท/เดือน)        |                                  |        |                               |        | 0.83                | 0.412   |
| ≤ 10,000                  | 3                                | 10.00  | 5                             | 16.67  | Fisher's exact test |         |
| 10,001 - 30,000           | 18                               | 60.00  | 18                            | 60.00  |                     |         |
| > 30,000                  | 9                                | 30.00  | 7                             | 23.33  |                     |         |
| สถานภาพ                   |                                  |        |                               |        | 2.57                | 0.013*  |
| โสด                       | 4                                | 13.33  | 13                            | 43.33  | Fisher's exact test |         |
| สมรส                      | 16                               | 53.33  | 12                            | 40.00  |                     |         |
| หม้าย                     | 10                               | 33.33  | 5                             | 16.67  |                     |         |
| อาชีพ                     |                                  |        |                               |        | 0.81                | 0.421   |
| ไม่ได้ทำงาน               | 25                               | 83.33  | 28                            | 93.33  | Fisher's exact test |         |
| เกษตรกร/ค้าขาย            | 5                                | 16.67  | 2                             | 6.67   |                     |         |
| ระดับการศึกษา             |                                  |        |                               |        | -1.76               | 0.084   |
| ประถมศึกษาและต่ำกว่า      | 19                               | 63.34  | 16                            | 53.33  |                     |         |
| มัธยมศึกษาและสูงกว่า      | 11                               | 36.67  | 14                            | 46.67  |                     |         |
| ผู้ดูแล                   |                                  |        |                               |        | 0.46                | 0.647   |
| บิดามารดา                 | 4                                | 13.33  | 7                             | 23.33  | Fisher's exact test |         |
| ญาติพี่น้อง               | 12                               | 40.00  | 8                             | 26.67  |                     |         |
| บุตร                      | 14                               | 46.67  | 15                            | 50.00  |                     |         |
| โรคประจำตัว               |                                  |        |                               |        | 1.24                | 0.222   |
| โรคหอบหืด/มะเร็งอื่นๆ/ไม่ | 4                                | 13.33  | 8                             | 26.67  | Fisher's exact test |         |
| มีโรคประจำตัว             |                                  |        |                               |        |                     |         |
| โรคความดันโลหิตสูง        | 15                               | 50.00  | 8                             | 26.67  |                     |         |
| โรคไต                     | 7                                | 23.33  | 8                             | 26.67  |                     |         |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูล           | กลุ่มใช้แนวการโค้ช |        | กลุ่มการพยาบาลปกติ |        | X <sup>2</sup> | p-value |
|------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|----------------|---------|
|                  | (n= 30)            |        | (n= 30)            |        |                |         |
|                  | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ |                |         |
| โรคเบาหวาน/หัวใจ | 4                  | 13.33  | 6                  | 20.00  | 0.602          | 1.000   |
| การผ่าตัด        |                    |        |                    |        |                |         |
| มี ostomy        | 16                 | 53.33  | 16                 | 53.33  |                |         |
| ไม่มี ostomy     | 14                 | 46.67  | 14                 | 46.67  |                |         |

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 53 - 58 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001 - 30,000 บาท/เดือน กลุ่มได้รับการโค้ชส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.33 กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 43.33 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มทำงานบ้าน ด้านระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ด้านผู้ดูแลกลุ่มได้รับการโค้ชส่วนใหญ่มีบุตรดูแล ร้อยละ 46.67 กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติส่วนใหญ่มีบุตรดูแล ร้อยละ 50.00 โรคประจำตัวกลุ่มได้รับการโค้ชส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเท่า ๆ กันคิดเป็น ร้อยละ 26.67 การผ่าตัดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มี ostomy ร้อยละ 53.33

2. คะแนนความรู้และทักษะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลลำปาง ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังได้รับการโค้ชด้วยสถิติ

| ข้อมูล  | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Diff  | 95%CI          | p-value |
|---------|--------------|------|--------------|------|-------|----------------|---------|
|         | M            | S.D. | M            | S.D. |       |                |         |
| ความรู้ | 10.82        | 1.97 | 17.55        | 1.50 | 6.72  | 5.838 - 7.609  | < 0.001 |
| ทักษะ   | 80.69        | 5.36 | 92.26        | 6.91 | 11.57 | 9.026 - 14.115 | < 0.001 |

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังกลุ่มได้รับการโค้ช คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.72 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และทักษะของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 11.57 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวด การเกิดผิวน้ำพุทลาย ท้องอืด และการกลับมารักษาซ้ำ กลุ่มที่ได้รับการโค้ชกับกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติ Fisher exact test

| ข้อมูล             | กลุ่มได้รับการโค้ช |      | กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ |      | p-value |
|--------------------|--------------------|------|--------------------------|------|---------|
|                    | (n=30)             |      | (n=30)                   |      |         |
|                    | M                  | S.D  | M                        | S.D  |         |
| ความปวด            |                    |      |                          |      |         |
| หลังผ่าตัด         | 7.10               | 0.61 | 8.16                     | 0.65 | < 0.001 |
| หลังผ่าตัดวันที่ 3 | 4.70               | 0.65 | 6.6                      | 0.56 | < 0.001 |
| หลังผ่าตัดวันที่ 7 | 2.43               | 0.50 | 4.46                     | 0.68 | < 0.001 |
| ท้องอืด            |                    |      |                          |      |         |

ตาราง 3 (ต่อ)

| ข้อมูล             | กลุ่มได้รับการโค้ช<br>(n=30) |      | กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ<br>(n=30) |      | p-value |
|--------------------|------------------------------|------|------------------------------------|------|---------|
|                    | M                            | S.D  | M                                  | S.D  |         |
| หลังผ่าตัด         | 3.56                         | 0.50 | 4.00                               | 0.00 | < 0.001 |
| หลังผ่าตัดวันที่ 3 | 2.00                         | 0.00 | 3.06                               | 0.25 | < 0.001 |
| หลังผ่าตัดวันที่ 7 | 0.70                         | 0.47 | 2.2                                | 0.41 | < 0.001 |
| ผิวหนังถูกทำลาย    |                              |      |                                    |      |         |
| เปิดแผลครั้งแรก    | 0.23                         | 0.43 | 0.80                               | 0.81 | 0.001   |
| เปิดแผลครั้งที่ 2  | 0.10                         | 0.31 | 0.67                               | 0.66 | < 0.001 |
| ก่อนกลับบ้าน       | 0.00                         | 0.00 | 0.43                               | 0.50 | < 0.001 |

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดวันแรก วันที่ 3 และวันที่ 7 ในกลุ่มได้รับการโค้ชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ส่วนคะแนนท้องอืดหลังผ่าตัดวันแรก วันที่ 3 และวันที่ 7 ในกลุ่มได้รับการโค้ชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ผิวหนังถูกทำลายในการเปิดแผลครั้งแรก ครั้งที่ 2 และก่อนกลับบ้านในกลุ่มได้รับการโค้ชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ( $p\text{-value} < 0.001$ )

#### 4. ภาวะแทรกซ้อนภายในกลุ่ม ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวด การเกิดผิวหนังถูกทำลาย ท้องอืด และการกลับมารักษาซ้ำภายในกลุ่มที่ได้ใช้แนวปฏิบัติด้วย Linear mixed model

| ภาวะแทรกซ้อน       | Coef.  | Estimate | SE    | 95%CI  |        | F  | t      | p-value |
|--------------------|--------|----------|-------|--------|--------|----|--------|---------|
|                    |        |          |       | Lower  | Upper  |    |        |         |
| ความปวด            |        |          |       |        |        |    |        |         |
| หลังผ่าตัด         | -3.63  | 1.300    | 0.231 | -4.086 | -3.179 |    | -15.70 | < 0.001 |
| หลังผ่าตัดวันที่ 3 | -5.53  | 1.606    | 0.231 | -5.986 | -5.079 | 78 | -23.91 | < 0.001 |
| ท้องอืด            |        |          |       |        |        |    |        |         |
| หลังผ่าตัด         | -0.116 | 1.254    | 0.045 | -0.206 | -0.026 |    | -0.32  | 0.011   |
| หลังผ่าตัดวันที่ 3 | -0.066 | 0.063    | 0.045 | -0.156 | 0.023  | 78 | 11.66  | 0.146   |
| ผิวหนังถูกทำลาย    |        |          |       |        |        |    |        |         |
| เปิดแผลครั้งแรก    | -0.233 | 0.127    | 0.083 | -0.396 | -0.069 |    | -0.93  | 0.005   |
| ก่อนกลับบ้าน       | -0.1   | 0.208    | 0.083 | -0.263 | 0.063  | 78 | 4.07   | 0.230   |

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนความปวดในวันที่ 3 ลดลงจากวันแรก 3.63 คะแนน คะแนนความปวดในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก 5.53 คะแนน, คะแนนความอืดในวันที่ 3 ลดลงจากวันแรก 0.116 คะแนน คะแนนความอืดในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก 0.066 คะแนน, ผิวหนังถูกทำลายวันที่ 3 ลดลงจากเปิดแผลครั้งแรก 0.233 คะแนน และผิวหนังถูกทำลายก่อนกลับบ้านลดลงจากเปิดแผลครั้งแรก 0.1 คะแนน

#### 5. จำนวน ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการโค้ช ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการโค้ช

| หัวข้อที่ประเมินการใช้รูปแบบการโค้ช | ความพึงพอใจต่อการใช้การโค้ช (n=17) |        |           |        |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------|-----------|--------|
|                                     | มาก                                |        | มากที่สุด |        |
|                                     | จำนวน                              | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ |
| 1. ด้านองค์ประกอบกิจกรรมในรูปแบบ    | 4                                  | 23.53  | 13        | 76.47  |
| 2. ด้านกระบวนการนำรูปแบบไปใช้       | 4                                  | 23.53  | 13        | 76.47  |
| 3. ด้านผลการใช้รูปแบบการพยาบาล      | 4                                  | 23.53  | 13        | 76.47  |
| 4. ประโยชน์โดยรวมของรูปแบบ          | 4                                  | 23.53  | 13        | 76.47  |

จากตาราง 5 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการโค้ชส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใจมากที่สุด ร้อยละ 76.47 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 23.53

### อภิปรายผล

การศึกษานี้ ทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง ประกอบด้วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการผ่าตัดที่ปลอดภัยทั้ง 3 ระยะ คือ รูปแบบการโค้ชที่ได้รับการพัฒนา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) หลักการและวัตถุประสงค์หลัก 2) กระบวนการ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ การเตรียมการการวางแผนการปฏิบัติโค้ช และการประเมินผลการโค้ช และ 3) เงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ ระบบสนับสนุน ทักษะการโค้ชและการติดตามดูแลเพื่อให้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการให้ความรู้และฝึกอบรม จัดทำคู่มือการพยาบาล ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถนะหลังผ่าตัด จากผลการใช้รูปแบบพบว่า ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ พยาบาลหอศัลยกรรมหญิงมีความรู้และการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หลังใช้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อธิบายได้ว่าการโค้ชตามแนวคิดของ Haas (1992) ที่กล่าวว่า การมีโค้ชเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจะส่งเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้น การโค้ช (Coaching) เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ได้ฝึกซ้อมจนเกิดความชำนาญ ทำให้สามารถนำเทคนิคหรือทักษะนั้นไปปฏิบัติจริงได้ ตามแนวคิดของ Haas (1992) ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติให้ถูกต้องและคงอยู่ยาวนานมากขึ้นสอดคล้องตามแนวคิดของ Satchukon (2004) ผู้โค้ชจะต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่สอน มีทักษะการสะท้อนคิด และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่จะสอนเป็นอย่างดีสอดคล้องตามแนวคิดของ Spross (2009) การใช้รูปแบบการโค้ชจากเดิมที่มีการใช้อยู่แล้วแต่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน และจากการวิเคราะห์ พบว่า พยาบาลปฏิบัติการที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ต้องการปรับทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยหลากหลายด้านเนื่องจากการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลลำปางที่เข้าสู่ระบบ Smart hospital ทำให้มีความต้องการทักษะขั้นสูงและทักษะที่จำเป็นอย่างหนึ่ง คือ ทักษะการโค้ชที่จำเป็นสำหรับรูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับที่สำนักงาน ก.พ.9 ระบุว่าทักษะที่จำเป็น คือ ทักษะการฟัง ทักษะการตั้งคำถามและทวนคำตอบ และทักษะการสร้างบรรยากาศและความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรในการสนทนา สอดคล้องกับการศึกษาของ Howharn & Inthongparn (2015) ที่ศึกษารูปแบบการโค้ชกับการนิเทศพยาบาลใหม่ พบว่า รูปแบบการโค้ช พบว่า ผู้ที่หน้าที่โค้ชที่มีความสามารถในการโค้ชและสอนงานส่งผลต่อผู้รับการโค้ชมีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Law & Aquilina (2013) ที่พบว่า การโค้ชเป็นกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง การวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ ที่พบว่า การใช้รูปแบบการโค้ช ผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชสามารถปฏิบัติได้ตามขั้นตอน

เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ ในการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติด้านการบริการสุขภาพก่อนและหลังการทดลองผู้รับการโค้ชมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกคน และคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  ( $M = 76.15$ ,  $S.D. = 8.13$ ;  $M = 95.00$ ,  $S.D. = 3.87$ ;  $t = 12.31$ ,  $df = 26$ ) (Howharn & Inthongpam, 2015)

ในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ คะแนนความปวด ท้องอืด ผิวน้ำถูกทำลาย และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี โดยคะแนนเฉลี่ยความปวดในวันที่ 3 ลดลงจากวันแรก 3.63 คะแนน คะแนนความปวดในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก 5.53 คะแนน คะแนนท้องอืดในวันที่ 3 ลดลงจากวันแรก 0.116 คะแนน คะแนนท้องอืดในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก 0.066 คะแนน ผิวน้ำถูกทำลายวันที่ 3 ลดลงจากเปิดแผลครั้งแรก 0.233 คะแนน และผิวน้ำถูกทำลายก่อนกลับบ้านลดลงจากเปิดแผลครั้งแรก 0.1 คะแนน อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายการดูแลเพื่อเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกระยะตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษารื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาที่พบว่า หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลพบว่าไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัดและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (ร้อยละ 100.00) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดบวมหรือเลือดออก (Chongsakul, Yoosomboon, & Karuncharernpanit, 2020) นอกจากนี้การโค้ชแล้วยังมีการนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมาจากการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยลดความปวด อาการท้องอืดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ได้แก่ ผิวน้ำถูกทำลายโดยการนำนวัตกรรม “Abdominal support” สามารถลดระดับความปวดลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดได้เนื่องจากผ้าที่ใช้รัดมีการยืดหยุ่นตัวได้และยังกระชับกับคนไข้ทำให้แผลมีการกระทบกระเทือนน้อยที่สุดจึงมีผลช่วยลดความเจ็บปวดของคนไข้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghana, Hakimi, Mirghafourvand, Abbasalizadeh, & Behnampour (2017) ที่ศึกษาเชิงทดลองโดยเปรียบเทียบกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มได้รับผ้ายืดพยุงหน้าท้องหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับผ้ายืดพยุงหน้าท้องมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ปลอดภัยต่อผู้ป่วยและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดี

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลหอศัลยกรรมหูดังมีความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้อยู่ในระดับมากที่ร้อยละ 76.47 อธิบายได้ว่า เนื่องมาจากในการปฏิบัติการสอนที่ผ่านมานั้นผู้โค้ชมีการวางแผนและเตรียมการอย่างเป็นระบบทำให้มีความพร้อมต่อการสอนงานตลอดเวลา การโค้ชช่วยพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรได้ทราบข้อมูลที่เป็นต่าง ๆ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและส่งผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไปในทิศทางที่ดีและส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน (Howharn & Inthongpam, 2015) จึงทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ส่วนการประเมินผลนั้นมีการใช้รูปแบบการประเมินอย่างไม่เป็นทางการมากกว่าซึ่งในรูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้นนี้ได้กำหนดว่าผู้โค้ชสามารถประเมินผลได้ทั้งระหว่างโค้ชและภายหลังสิ้นสุดการโค้ชโดยเป็นการประเมินผลทั้งพฤติกรรมปฏิบัติงานและผลการทำงานทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ควรปรับปรุงในทันทีที่พบสิ่งที่ต้องประเมินผล ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชด้วย ทั้งนี้ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการโค้ชมากที่สุด (Howharn & Inthongpam, 2015)

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำไปใช้ประโยชน์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำผลการวิจัยรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหูดังที่ได้เสนอแก่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ให้มีการกำหนดนโยบายในการนำรูปแบบไปใช้

ในการแก้ไขปัญหาการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และขยายผลการวิจัยไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. การนำไปใช้ประโยชน์ด้านการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิงไปศึกษาต่อในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น มะเร็งในลักษณะต่าง ๆ หรือศึกษาวิจัยในกลุ่มพยาบาลจบการศึกษาใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น

3. การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิงไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มงานศัลยกรรมเพื่อให้เกิดการประยุกต์เอาหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงนวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

4. ติดตามผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง ได้แก่ ความรู้และทักษะของพยาบาล ความปวด ท้องอืด ผิวน้ำถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิงโดยประยุกต์รูปแบบดังกล่าวไปใช้ในหอผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ และนำรูปแบบดังกล่าวไปศึกษาในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

### References

- Chongsakul, A., Yoosomboon, N., & Karuncharennpanit, S. (2020). Development of comprehensive care model for one day surgery of Phaholpolpayuhasaena Hospital, Thailand. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(1), 109-125.
- Female Surgery Statistics Lampang Hospital. (2021). *Lampang Hospital information center* Lampang Provincial Public Health Office: Lampang. (in Thai)
- Ghana, S., Hakimi, S., Mirghafourvand, M., Abbasalizadeh, F., & Behnampour, N. (2017). Randomized controlled trial of abdominal binders for postoperative pain, distress, and blood loss after cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 137(3), 271-276.
- Haas, S. A. (1992). Coaching: Developing key players. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 22(6), 54-58.
- Databased of Cancer Patients Unit. (2022). *Hospital-based cancer registry 2021*. Bangkok: National Cancer Institute.
- Howharn, C., & Inthongpan, O. (2015). A research and development of coaching model to enhance health care service skills. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 167-177.
- Law, H., & Aquilina, R. (2013). Developing a healthcare leadership coaching model using action research and system approaches-a case study: Implementing an executive coaching program to support nurse managers in achieving organizational objectives in Malta. *International Coaching Psychology Review*. 8(1), 54-71.
- Paengsook, T., Urharmnuay, M., & Chotibang, J. (2017). Effects of coaching on nurses' practices regarding positioning in preterm infants with endotracheal tube. *Nursing Journal*, 44(3), 1-8.

- Redshaw, B. (2000). Do we really understand coaching? How can we make it work better. *Industrial and Commercial Training*, 32(3), 106 – 108.
- Satchukon, S. (2004). *Teaching techniques*. Bangkok: Sarathan Printing House. (in Thai)
- Spross, J. A. (2009). Expert coaching and guidance. In: Hamric, A. B.; Spross, J. A.; Hanson, C. M., editors. *Advanced nursing practice: An integrative approach*. Saunders Elsevier; St. Louis.
- Wongngam, B., Urharmnuay, M., & Klunkin, P. (2016). Effect of coaching on practices of nurses in responding to stress cues of preterm infants during invasive procedures. *Nursing Journal*, 43(1), 12-22.
- World Health Organization. (2021). *Cancer* [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; [cited 2023 April 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Zeus, P., Skiffington, S., & Trade, M-H. (2002). The coaching at work took it: A complete guide to techniques and practices. *The Journal for Quality and Participation; Spring*, 26(1), 49 – 51.