

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ในโรงพยาบาลสงฆ์

Development of a Care Model for Monks Undergoing Transurethral Resection of the Prostate Gland in Priest Hospital

วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์ พย.บ. (พยาบาลศาสตร์) Vorasuk Khwanchareonsup B.N.S. (Nursing Science)

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร Priest Hospital, Department of Medical Services, Bangkok

Received: Aug 9, 2021

Revised: Nov 12, 2021

Accepted: Dec 13, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563-มิถุนายน 2564 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยและสำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลของพระสงฆ์อาพาธและทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระยะที่ 3 ดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในกลุ่มทดลองจำนวน 22 รูป ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากแรกถึงหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 22 รูป ได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังจากการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Independent Sample t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การตรวจร่างกาย และการซักประวัติ การประเมินความพร้อมในการผ่าตัด การให้ข้อมูล การผ่าตัดโดยใช้แผ่นพับและการเล่าประสบการณ์ การจัดการความวิตกกังวล การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในสถานการณ์โควิด-19 และการติดตามหลังจำหน่าย 2) กลุ่มทดลองฟื้นตัวด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม (p -value<0.05) ด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (p -value<0.05) ส่วนความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน 3) พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลฯ ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.25) ดังนั้นรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อช่วยในการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะได้

คำสำคัญ: พระสงฆ์, ต่อมลูกหมากโต, การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ, การป้องกันการติดเชื้อ

ABSTRACT

This research and development project aimed to develop a care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate gland (TURP) and to assess outcomes of the model between June 2020 and June 2021. The study was divided into 3 phases as follows: **Phase 1**; a study of situation based on medical data records, and a survey of problems and needs for care of the monks and multidisciplinary teams. **Phase 2**; development of the care model **Phase 3**; application of the care model for the monks subjected to have TURP including 22 study samples in an experimental group since beginning on an admission day through 2 weeks after discharge and including an evaluation of outcomes and satisfaction from the monks. At the same time, other 22 samples in a control group received the regular treatment. Analyses of the data explained characteristics of the samples in percentages, means, standard deviations and comparisons of the mean differences between the experimental and the control groups from the Independent Sample t-test. Results: 1) Contents of the care model included an interview and physical examination; evaluation of surgical readiness; provision of surgical information in a leaflet and role model; anxiety management; pre-operative preparation for the COVID-19 infection and prevention guidelines and follow up after discharge. 2) The experimental group showed its recovery in their daily activities and self-care was significantly better than that of the control group at p -value 0.05. Stages of pain after surgery 24 through 48 hours and postoperative troublesome complications were significantly less than that of the control group at p -value<0.05. A stage of pain after surgery 72 hours was no difference. 3) The patient monks were satisfied with the care model for TURP at a very satisfactory level ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.25). Therefore, this care model could be useful for improvement in postoperative recovery and prevention of troublesome complications after TURP in patient monks.

Key words: Buddhist monk, Benign prostatic hyperplasia, Transurethral resection of the prostate, Infection prevention

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia) เป็นโรคในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุชาย ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีโอกาสน้อยที่จะเป็นโรคต่อมลูกหมากโต แต่เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสในการเกิดต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 50 (Nickel *et al.*, 2010) ในประเทศไทยมีแนวโน้มของโรคต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2550-2552 เท่ากับ 116.38,

130.80 และ 141.95 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้นสามารถรักษาได้หลายวิธี ได้แก่ การเฝ้ารอดูอาการ การรักษาด้วยยา และการผ่าตัด (พิชัย บุญยะรัตเวช และคณะ, 2554) การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) เป็นวิธีที่นิยมและมีแนวโน้มมากขึ้นเนื่องจากทำให้เสียเลือดน้อยกว่าวิธีการผ่าตัดแบบอื่นๆ ผู้ป่วยหายกลับบ้านเร็ว ไม่มีผลภายนอก (Xu *et al.*, 2018) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ

ปัสสาวะ (TURP) นั้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน (Pesha, 2016)

จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลสงฆ์ (2563) พบว่า โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในพระอาพาธที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ และการรักษาส่วนใหญ่ที่ได้รับคือการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) โดยในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีจำนวน 104, 98 และ 95 รูป ตามลำดับ จากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่ผ่านมาพบว่า มีการงดเลื้อนผ่าตัดร้อยละ 40 และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 25 การสำรวจปัญหาที่พบในพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะโดยศึกษาจากเวชระเบียน จำนวน 50 ราย พบว่า สาเหตุของการงดเลื้อนผ่าตัด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัด ร้อยละ 25.97 การปฏิเสธโดยพระสงฆ์อาพาธเมื่อถึงวันผ่าตัด ร้อยละ 6.49 และไม่ไต่งดยาละลายลึ้มเลือด หรือไม่ได้ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดในรายที่มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 6.49 และภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่ ร้อยละ 28.57 และภาวะเลือดออกร้อยละ 32.47 ทั้งนี้การดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่ผ่านมาพบว่า พระสงฆ์อาพาธจะได้รับการชักประวัติ ตรวจร่างกาย และการให้ข้อมูลจากการพูดคุยโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเท่านั้นซึ่งมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์และความรู้ความสามารถของพยาบาลแต่ละคน จึงส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลของพระสงฆ์อาพาธอาจได้รับไม่ครบถ้วน ในขณะที่การพัฒนาแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตนั้น มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และมีโปรแกรมการจัดการความปวด (กฤษณกมล วิจิตร, 2547; ดวงดาว อรัญวาส์ และคณะ, 2555; อินทรา ไพฑูรย์ และคณะ, 2558) ซึ่งเป็นการจัดการกับอาการต่างๆ ในระยะก่อนและหลังผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดทำเป็นแบบที่มีความครอบคลุมทั้งในด้านการ

ให้ข้อมูล การจัดการอาการ และการดูแลต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลสงฆ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 – มิถุนายน พ.ศ. 2564 ระยะเวลาการศึกษารวมทั้งสิ้น 13 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์

โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 ถึงมิถุนายน 2563 จำนวน 50 รูป ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาที่พบก่อนผ่าตัด เช่น การงดผ่าตัด สาเหตุการงดผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พร้อมทั้งสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ที่ให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 15 คน แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วย วิธีการสนทนากลุ่ม ในประเด็น ปัญหาจากประสบการณ์ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ กระบวนการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา และสอบถามความต้องการการดูแลในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 5 รูป และสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน

ในประเด็นสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ปัญหาที่พบในพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ สาเหตุของปัญหาที่พบจากประสบการณ์ของทีมที่ดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล มีขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อมูลปัญหาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

2. จัดเวทีการสนทนาแบบกลุ่มทีมสหวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รวมทั้ง 15 คน เพื่อจัดรูปแบบการดูแลขณะที่พระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

3. ดำเนินการร่างรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ กำหนดกิจกรรมในการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรม และความคิดเห็นในที่ประชุม

ระยะที่ 3 การนำไปใช้ และประเมินผลลัพธ์

นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะไปใช้กับพระสงฆ์อาพาธกลุ่มทดลอง จำนวน 22 รูป โดยมีขั้นตอนดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 รูป หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการมีดังนี้

วันที่ 1 วันแรกที่พระสงฆ์อาพาธนอนโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยนอก) ทำการตรวจร่างกาย และซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 พร้อมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด 19

ก่อนผ่าตัดทุกราย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติโรคประจำตัว การฉีดยาลดไขมันเลือด ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานข้อมูลให้แพทย์เจ้าของไข้ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์ในกรณีมีโรคประจำตัว ฉีดยาลดไขมันเลือด หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

หลังจากนั้นประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด โดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่รับพระสงฆ์อาพาธที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยเริ่มตั้งแต่การรับเวรจากแผนกผู้ป่วยนอก ทำการประเมินความพร้อมพระสงฆ์อาพาธในการทำผ่าตัดตามรายการตรวจสอบก่อนเคลื่อนย้ายมานอนที่หอผู้ป่วยใน ทำการประเมินดังนี้ 1) ความต้องการปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดกรณีมีโรคประจำตัว 2) มีการเอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3) ประวัติฉีดยาลดไขมันเลือด 4) ความครบถ้วนการเจาะเลือดครบตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 5) การคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 6) ตรวจสอบใบยินยอมการผ่าตัด

เมื่อประเมินความพร้อมเรียบร้อยแล้วดำเนินการให้ข้อมูลการผ่าตัดผ่านแผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบการปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย พร้อมกับแสดงตัวแบบพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ให้พระสงฆ์ที่จะผ่าตัดได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการบอกเล่าประสบการณ์ การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุย และการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ

ในวันก่อนผ่าตัด: พยาบาลวิสัญญีเยี่ยมเพื่อประเมินความพร้อมของพระสงฆ์อาพาธอีกครั้ง และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด

สำหรับในวันผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พุดคุยประเมินความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลาย ด้วยการพุดคุยให้กำลังใจ และผ่อนคลายด้วยการฟัง ธรรมะในระหว่างรอเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับ

หลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินความ เจ็บปวด ความรู้สึกตัว อาการไม่สุขสบายและดูแล ให้ความสุขสบายต่างๆ แก่พระสงฆ์อาพาธ พร้อมเข้า ชี้แจงอุปกรณ์ที่ติดตัวออกมาจากห้องผ่าตัด ให้เหตุผล และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ดูแลให้มีการสวน ลำไส้ปัสสาวะอย่างต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย

หลังผ่าตัดวันที่ 1-3 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ดูแลความสะอาดร่างกาย และความสุขสบาย พุดคุยซักถามข้อสงสัยของพระสงฆ์ อาพาธและความต้องการอื่นๆ

ก่อนจำหน่าย 1 วัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทบทวนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายผ่านสื่อแผ่นพับ และคู่มือที่ถวายให้ในวันแรก และชี้แจงเกี่ยวกับการ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

หลังจำหน่าย 3 วัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาให้คำแนะนำ ทางโทรศัพท์ ในกรณีสถานการณ์โควิด-19 รุนแรง ไม่สามารถมาตามนัดได้ ประสานงานแพทย์ และ เภสัชกรจัดส่งยาทางไปรษณีย์ไปที่วัด

หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตามแผนภาพที่ 1

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ เมื่อพระสงฆ์อาพาธมาที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันแรก จะได้รับการซักประวัติตรวจร่างกาย และคัดกรอง การติดเชื้อโควิด-19 ทุกราย เมื่อเสร็จสิ้นพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกส่งเวรต่อพยาบาลหอผู้ป่วยในโดย ไม่มีแบบรายการตรวจสอบในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน พระสงฆ์อาพาธจะได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลห้อง ผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล รวมถึงได้รับข้อมูลการ ผ่าตัด และคำแนะนำต่างๆ จากกการพุดคุยของ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังผ่าตัดจะได้รับการ พยาบาลด้านความสุขสบาย และการช่วยเหลือ กิจกรรมโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ ช่วยเหลือคนไข้ ก่อนจำหน่ายพระสงฆ์อาพาธจะ

ได้รับการทบทวนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายโดย พยาบาลผ่านการพุดคุย และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ จะติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยพยาบาลประจำหอ ผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์ มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยหรือทีมพยาบาลผู้ช่วยวิจัยในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ให้พระสงฆ์อาพาธทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเข้ารับการผ่าตัด ในกรณีไม่สามารถทำ ได้เอง ผู้วิจัยหรือทีมพยาบาลผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถาม แล้วให้พระสงฆ์อาพาธตอบ

2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เก็บข้อมูลหลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง โดยการสังเกต ซักถาม และจากบันทึก ทางการพยาบาล

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงต่อเนื่องไปจนถึงหลังจำหน่าย

4. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยการสังเกตและซักถาม

5. ก่อนจำหน่าย 1 วัน ให้การดูแลเมื่อจำหน่าย ตามปกติ และนัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

6. ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องหลังจำหน่าย ผ่านโทรศัพท์ ในวันที่ 1 หลังจำหน่าย วันที่ 3 หลัง จำหน่าย และ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม จนครบ 22 รูป ก่อนดำเนินการในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์ อาพาธ จำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วย อายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ไร่ร่วม ประสบการณ์ในการผ่าตัด

2. แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และการดูแลตนเอง มีข้อคำถามจำนวน

20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างไม่จริง, 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง, 4 คะแนน หมายถึง จริง แปลผลโดยการรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด คะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก แสดงว่าการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี

2.2 แบบประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Numeric Rating Scale: NRS) คะแนน 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด ซึ่งแบ่งค่าระดับความปวดเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ คือ 0 ไม่ปวดเลย, 1-3 ปวดเล็กน้อย 4-6 ปวดปานกลาง, 7-10 ปวดมากที่สุด (Collins *et al.*, 1997) โดยประเมินหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับจากแบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแล ของเบญจวรรณ มนูญญา และสกวเดือน ขำเจริญ (2564) เป็นแบบรายการตรวจสอบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1 คะแนน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0 คะแนน โดยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ตรวจสอบได้แก่ ภาวะเลือดออกมาก มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันต้องได้รับการทำ Manual irrigate หรือ เข้าห้องผ่าตัดซ้ำ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย โดยจะเป็นการประเมินต่อเนื่องหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปจนถึงวันจำหน่าย การแปลผลโดยหากการพบคะแนนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง หมายถึง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI=0.85 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.86

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน

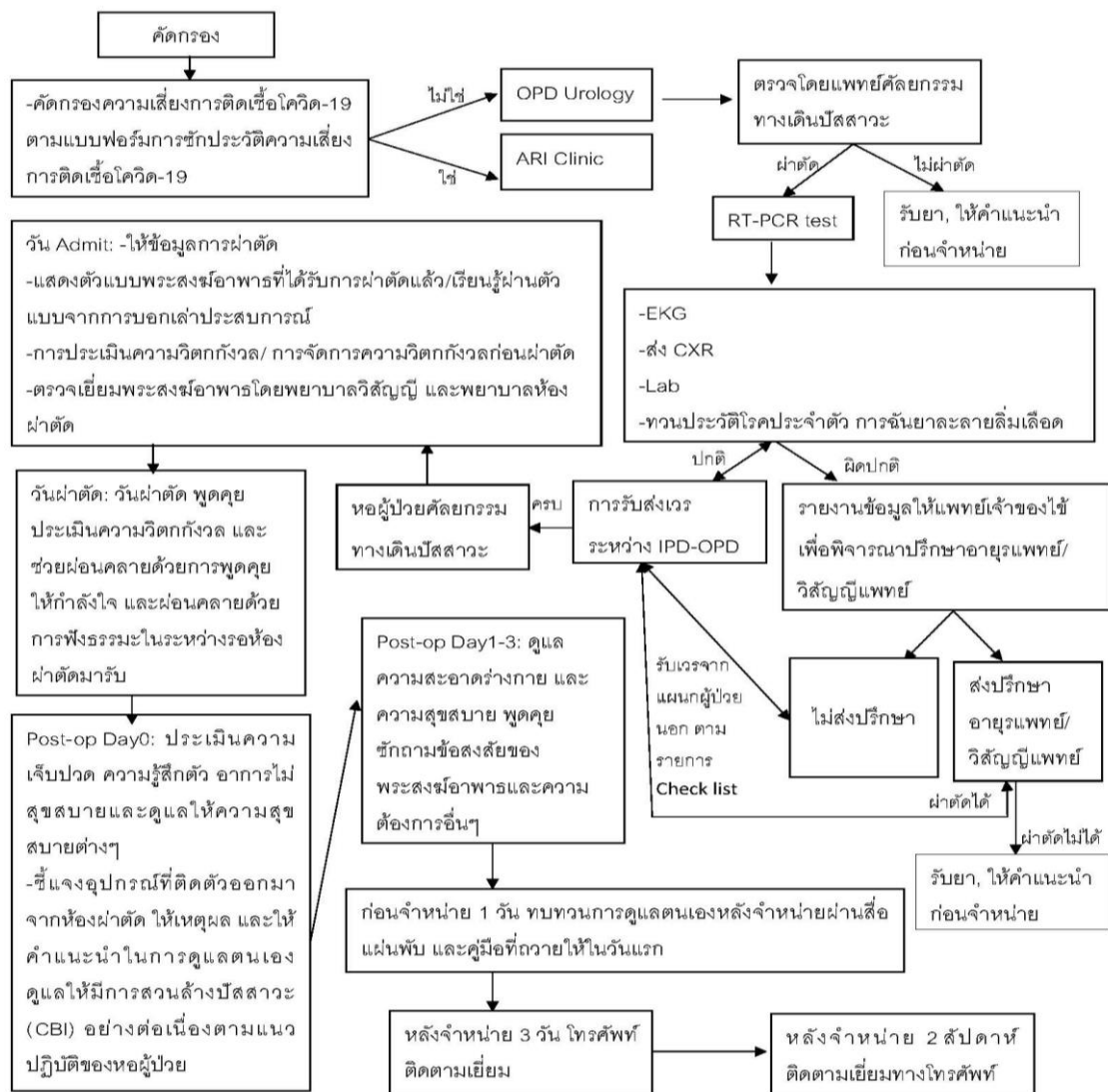
หมายถึง พึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคองกรรมสูตร, 2542) สามารถแบ่งระดับความพึงพอใจได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI=0.88 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.72

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ประกอบด้วย

1. คู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย โรคต่อมลูกหมากโต การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ขั้นตอนการให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รายการตรวจสอบการประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด แบบติดตามหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา และภาษา

2. คู่มือ และแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน



แผนภาพที่ 1 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาหารที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจ โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ 11/2564

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของพระสงฆ์อาหารที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 50 รูป พบว่า มีพระสงฆ์อาหารที่มีปัญหาเกี่ยวกับการงดผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 3 อันดับแรก คือ 1) มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัดร้อยละ 32.47 2) มีอาการสับสนหลงลืมเวลา และสถานที่หลังผ่าตัด ร้อยละ 28.57 และ 3) มีภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ร้อยละ 25.97 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (N=50)

ปัญหาที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1. พระสงฆ์เปลี่ยนใจไม่เข้ารับการผ่าตัด	5	6.49
2. มีภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ³	20	25.97
3. ไม่ได้หยุดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีโรคประจำตัวที่ไม่คงที่ หรือไม่ได้รับการ ปรึกษาจากอายุรแพทย์เพื่อร่วมประเมินและให้การรักษา	5	6.49
4. มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่หลังผ่าตัด ²	22	28.57
5. มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด ¹	25	32.47

หมายเหตุ^{1,2,3} ปัญหาที่พบ 3 อันดับแรก

ผลการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย
หัวหน้าและตัวแทนจากแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม
ทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดิน
ปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก วิสัญญีพยาบาล ห้องผ่าตัด
เภสัชกร แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
พบปัญหาดังนี้

1. พระสงฆ์เปลี่ยนใจไม่เข้ารับการผ่าตัด เนื่องจาก
พระอาพาธไม่มั่นใจในสถานการณ์โควิด 19 กลัวการ
นอนโรงพยาบาล กลัวการติดเชื้อ

2. พระอาพาธมีความต้องการผ่าตัดแต่ไม่สามารถ
ดำเนินการได้เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงในวัน
ผ่าตัด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดทำให้นอน
ไม่หลับ ฉันทาควบคุมความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องไม่ได้
หยุดยาละลายลิ่มเลือด ขาดการปรึกษาอายุรแพทย์
เพื่อร่วมประเมิน และให้การรักษา การซักประวัติ
ไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน

3. หลังผ่าตัดพระอาพาธมีอาการสับสน หลงลืม
เวลา และสถานที่ ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการดูแล
หลังผ่าตัด อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการระงับ
ความรู้สึกในพระสงฆ์อาพาธที่สูงอายุมาก และบางราย
มีภาวะเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากหลังผ่าตัด
เนื่องจากพระสงฆ์อาพาธนั้นไม่เข้าใจถึงความจำเป็น
ของการยีสายปัสสาวะเนื่องจากทำให้มีอาการ
เจ็บปวดและตึงท่อปัสสาวะส่งผลให้มีพฤติกรรม
การแกะเทปผ้าส่งผลต่อเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการ
ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 5 รูป
พบว่า พระสงฆ์อาพาธต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย
เห็นเป็นภาพเพื่อให้เห็นและเข้าใจถึงขั้นตอนการ
ผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด ร้อยละ 45.45 พระสงฆ์
อาพาธรู้สึกวิตกกังวล นอนไม่หลับในคืนก่อนวันผ่าตัด
จึงรู้สึกไม่สบาย และอ่อนเพลียทำให้ขาดความ
พร้อมในการผ่าตัด ร้อยละ 27.27 และพระสงฆ์
อาพาธต้องการความมั่นใจว่าเมื่อกลับไปอยู่วัดจะ
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ
สถานการณ์โควิด 19 เมื่อต้องกลับมาตรวจตามนัด
ร้อยละ 27.27

ผลการศึกษาระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล
ผลที่ได้จากการพัฒนาคือ รูปแบบการดูแลพระสงฆ์
อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
ประกอบด้วยดังนี้

1. การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีม
สหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกาย
และซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรอง
ความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 ตามแบบฟอร์มการ
ซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 และส่ง
ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด 19
ก่อนผ่าตัดทุกราย

2. การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3. การให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับ และคู่มือ
การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่าน
ทางท่อปัสสาวะ

4. การประเมินความวิตกกังวลจากการผ่าตัดและการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 1 วันก่อนผ่าตัด

5. การติดตามหลังจำหน่าย และพระคิลาณุปฐาก เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์หากไม่จำเป็นต้องมาตรวจเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19

ผลการศึกษาระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และประเมินผลลัพธ์

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

พระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 47-57 ปี ร้อยละ 45.45 อายุ 58-68 ปี ร้อยละ 45.45 และอายุ 69-79 ปี ร้อยละ 9.09 อายุเฉลี่ย 59.18 ปี (S.D.=7.49) อายุพรรษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 90.91 และ 6-8 ปี

ร้อยละ 9.09 อายุพรรษาเฉลี่ย 3.46 ปี (S.D.=1.41) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.55 ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมตรีร้อยละ 36.36 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.55 และไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด ร้อยละ 59.09

กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 47-57 ปี ร้อยละ 40.91 อายุ 58-68 ปี ร้อยละ 45.45 และอายุ 69-79 ปี ร้อยละ 13.64 อายุเฉลี่ย 59.73 ปี (S.D.=8.77) อายุพรรษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 77.27 และ 6-8 ปี ร้อยละ 22.73 อายุพรรษาเฉลี่ย 4.09 ปี (S.D.=1.54) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.36 ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมตรีร้อยละ 45.45 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.55 และไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด ร้อยละ 54.55 ดังตารางที่ 2

ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม (n=22) และกลุ่มทดลอง (n=22)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
47-57 ปี	10	45.45	9	40.91
58-68 ปี	10	45.45	10	45.45
69-79 ปี	2	9.09	3	13.64
อายุพรรษา				
2-5 ปี	20	90.91	17	77.27
6-8 ปี	2	9.09	5	22.73
ระดับการศึกษาทางโลก				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	9.09	4	18.18
ประถมศึกษา	5	22.73	7	31.82
มัธยมศึกษา	12	54.55	8	36.36
ปวช./ ปวส.	2	9.09	1	4.55
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	4.55	2	9.09

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม (n=22) และกลุ่มทดลอง (n=22) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาทางธรรม				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	9.09	2	9.09
นักธรรมตรี	8	36.36	10	45.45
นักธรรมโท/ เอก	7	31.82	2	9.09
เปรียญธรรม1-3	4	18.18	5	22.73
เปรียญธรรม 4-9	1	4.55	3	13.64
โรคร่วม				
ไม่มี	12	54.55	12	54.55
มี	10	45.45	10	45.45
ประสบการณ์การผ่าตัด				
ไม่มี	13	59.09	12	54.55
มี	9	40.91	10	45.45

2. การเปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ด้านการฟื้นตัวด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน

ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มควบคุมคือ มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มทดลองพบภาวะเลือดออก ร้อยละ 18.18 มากที่สุด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุม (n=22) และกลุ่มทดลอง (n=22)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง	66.55	7.73	70.86	6.69	41.14	-1.98	0.05*
ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด							
24 ชั่วโมง	5.27	2.55	3.50	2.04	40.09	2.55	0.01*
48 ชั่วโมง	2.59	1.94	1.36	1.50	39.44	3.35	0.02*
72 ชั่วโมง	0.86	1.13	0.64	0.95	40.90	0.72	0.47
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	1.05	0.79	0.45	0.51	42.00	2.96	0.01*

*p-value<0.05

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุม (n=22) และ
กลุ่มทดลอง (n=22)

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะเลือดออกมาก	3	13.64	4	18.18
2. มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	11	50.00	3	13.64
3. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันต้องได้รับการทำ Manual irrigate หรือเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ	3	13.64	2	9.09
4. ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย	6	27.27	1	4.55

**3. ความพึงพอใจพระสงฆ์อาพาธต่อรูปแบบ
การดูแล หลังการผ่าตัด** พบว่า มีความพึงพอใจ
ด้านการดูแลที่ได้รับมีความเหมาะสมกับความต้องการ
และรูปแบบการดูแลที่ได้รับช่วยลดความวิตกกังวล
ก่อนผ่าตัดมากที่สุดเท่ากัน ($\bar{X}=4.77$, $S.D.=0.43$)
รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่ได้รับ
มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่วัดและ

รูปแบบการดูแลที่ได้รับทำให้รู้สึกมั่นใจในการผ่าตัด
เท่ากัน ($\bar{X}=4.68$, $S.D.=0.48$) และมีความพึงพอใจ
รูปแบบการดูแลที่ได้รับมีความครอบคลุมครบถ้วน
และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ในภาพรวม
อยู่ในระดับพึงพอใจมากเท่ากัน ($\bar{X}=4.45$, $S.D.=0.25$)
ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจของของพระสงฆ์อาพาธ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึง พอใจ
1. การดูแลที่ได้รับมีความเหมาะสมกับความต้องการ ¹	4.77	0.43	พึงพอใจมาก
2. รูปแบบการดูแลที่ได้รับมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเมื่อ กลับไปอยู่ที่วัด ²	4.68	0.48	พึงพอใจมาก
3. รูปแบบการดูแลที่ได้รับทำให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัด	4.00	0.00	พึงพอใจมาก
4. รูปแบบการดูแลที่ได้รับช่วยสนับสนุนความพร้อมในการ ผ่าตัด	4.23	0.43	พึงพอใจมาก
5. รูปแบบการดูแลที่ได้รับมีความครอบคลุม ครบถ้วน ³	4.55	0.51	พึงพอใจมาก
6. รูปแบบการดูแลที่ได้รับช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ ¹	4.77	0.43	พึงพอใจมาก
7. รูปแบบการดูแลที่ได้รับทำให้รู้สึกมั่นใจในการผ่าตัดครั้งนี้ ²	4.68	0.48	พึงพอใจมาก
8. ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	4.00	0.00	พึงพอใจมาก
9. การดูแลครั้งนี้ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	4.23	0.43	พึงพอใจมาก
10. ความพึงพอใจในภาพรวมของการดูแลครั้งนี้ ³	4.55	0.51	พึงพอใจมาก
รวม	4.45	0.25	พึงพอใจมาก

หมายเหตุ ^{1,2,3} เรียงลำดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก

อภิปรายผล

ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ จากผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์อาพาธที่มีปัญหาเกี่ยวกับการงดผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ เลือดออกทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่หลังผ่าตัด และเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด เมื่อวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่าเกิดจากขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ส่งผลให้มีพฤติกรรมการแกะเทปผ้าออก ทำให้เกิดเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xu *et al.* (2018) ที่ระบุสาเหตุของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากนั้น อาจเกิดจากทั้งการฉีกบริเวณแผลท่อทางเดินปัสสาวะ ในระหว่างการทำผ่าตัดที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดเลือดออกมาหลังผ่าตัด หรือเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ผิดวิธีหลังผ่าตัดในการดูแลตนเองซึ่งพบได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดไปจนถึง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการดูแลฯ จากการที่พระสงฆ์อาพาธมีความต้องการข้อมูลรายละเอียดที่แสดงให้เห็นเป็นภาพที่ชัดเจนเข้าใจง่ายเพื่อเพิ่มความเข้าใจในการให้ความร่วมมือดูแลตนเองทั้งก่อนระหว่างและหลังผ่าตัด จึงนำไปสู่การพัฒนาการให้ข้อมูลผ่านรูปแบบรูปภาพ และการแสดงตัวแบบเพื่อให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาภา ศรีสร้อย และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล (2563) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อแผ่นพับต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมพบว่า การใช้สื่อแผ่นพับที่มีความชัดเจน มีรูปภาพประกอบช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และการศึกษาของดวงดาว อรัญวาส์ และคณะ (2555) ที่ศึกษาพบว่า การใช้แผ่นพับในการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่เป็นรูปแบบ มีเนื้อหาที่แน่นอน และครอบคลุมช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก นอกจากนี้การแสดงตัวแบบเป็นรูปแบบการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อให้พระสงฆ์อาพาธเกิดการรับรู้และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

ได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดผ่านการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ การได้สังเกตตัวแบบและได้รับผลที่พึงพอใจจะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ (สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์ และคณะ, 2562; Bandura, 1997)

สำหรับอาการสับสนของพระสงฆ์อาพาธนั้น อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการระงับความรู้สึก และการเปลี่ยนสถานที่พักฟื้นหลังผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดส่งผลต่อภาวะสับสนหลังผ่าตัดฉับพลันได้ (García-Sánchez *et al.*, 2019) จากปัญหาในการงดผ่าตัดจากการเปลี่ยนใจของพระอาพาธเนื่องจากความไม่มั่นใจในสถานการณ์โควิด 19 และการงดเนื่องจากความดันโลหิตสูง การไม่ไต่งดยาลดความดันเลือด รวมไปถึงการไม่ได้ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดในรายที่มีโรคเรื้อรัง อาจเกิดจากการชักประวัติไม่ครบถ้วน การให้ข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด การผิดพลาดในขั้นตอนการส่งพระสงฆ์อาพาธมาจากแผนกผู้ป่วยนอก ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จึงนำไปสู่เพิ่มการคัดกรองโควิด 19 การจัดการหลังจำหน่ายในการติดตามเยี่ยม และจัดการสถานการณ์ที่มีความรุนแรง การประสานให้มีพระคิลานุปฐาก (พระสงฆ์ที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด) ประจำวัน ในกรณีพระอาพาธดูแลตนเองได้น้อย การให้ข้อมูลสถานการณ์โควิด 19 การสร้างความมั่นใจในระบบการดูแล การจัดการความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด การเพิ่มประสิทธิภาพการชักประวัติด้วยใบตรวจสอบรายการที่ใช้ทวนสอบระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถือเป็นการตรวจสอบซ้ำป้องกันความคลาดเคลื่อนได้ จากการศึกษาเรื่องภาวะการดูแลสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด TURP ใน 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 68 ให้ข้อมูลว่า ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนก่อนจำหน่าย ทำให้ไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (Mogensen & Duelund Jacobsen, 2008) จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการดูแลหลังจำหน่ายโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ มิใช่การให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่พัฒนา
ขึ้นไปใช้ และประเมินผลลัพธ์นั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่ม
ทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์
อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ
ที่พัฒนาขึ้นมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ
การดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแล
พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อ
ปัสสาวะนั้นพัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบ และจากความต้องการ
ของพระสงฆ์อาพาธ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสื่อ
ในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมทำให้พระสงฆ์เกิดความรู้
ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวทั้งก่อน
ระหว่าง และหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ
ศรีวภา ธนรักษ์ และประภาวดี โทณสุข (2561)
ที่พบว่า การใช้สื่อในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยต่อม
ลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อ
ปัสสาวะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า
นอกจากนี้การพัฒนาระบบการประเมินพระสงฆ์
อาพาธจากทีมสหวิชาชีพ และการใช้ตัวแบบเพื่อ
ถ่ายทอดประสบการณ์ทำให้พระสงฆ์อาพาธเกิดการ
เรียนรู้จากตัวแบบ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการ
ผ่าตัดเป็นอย่างดี และเห็นภาพของสภาพภายหลัง
การผ่าตัด เมื่อให้คำแนะนำจึงเกิดความเข้าใจและ
มองภาพออกมากขึ้นจากการดูแลแบบเดิมที่ไม่มีตัว
แบบถ่ายทอดประสบการณ์ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และ
เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) อีกทั้งการเรียนรู้ที่
ได้จากตัวแบบนี้ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองว่า
ตัวเองสามารถผ่านพ้นการผ่าตัดไปได้ด้วยดี (สุทธิณี
ชัยเฉลิมศักดิ์ และคณะ, 2562) จึงสามารถกระตุ้น
การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และ
หลังจำหน่ายได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษา
ของกฤษณกมล วิจิตร (2547) ที่พบว่า การใช้ตัวแบบ
เป็นการช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติ
ตัวหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้อย่างเหมาะสม

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นเตือน
และให้การสนับสนุนทางการพยาบาลที่ช่วยให้พระสงฆ์

อาพาธช่วยเหลือและดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายกลับวัด
 อีกทั้งการประสานงานผ่านพระคิลานุปฐาก ช่วยให้
พระสงฆ์อาพาธที่สูงอายุมีผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนที่
พร่องการดูแลตนเองไปโดยได้รับการสนับสนุนจาก
พยาบาล ทำให้พระสงฆ์อาพาธมีความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อม
ลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอยู่ในระดับพึงพอใจ
มาก เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้มี
พื้นฐานมาจากปัญหาของพระสงฆ์อาพาธเป็นหลัก
และนำเอาความต้องการของพระสงฆ์อาพาธมา
พัฒนาให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของพระสงฆ์
อาพาธ

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดทำเป็นมาตรฐานการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่
ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันส่งผลการการฟื้นตัวของ
พระสงฆ์อาพาธดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการ
ติดเชื้อหลังผ่าตัด ควรใช้สื่อที่ทันสมัยเหมาะสมกับ
พระสงฆ์อาพาธเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง
เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในยุค
ปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่
แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แผนก
ผู้ป่วยในศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก
ห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล เภสัชกร และแพทย์
เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะของโรงพยาบาล
สงฆ์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
และกราบขอบพระคุณพระสงฆ์อาพาธกลุ่มตัวอย่าง
ทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่สละเวลา และให้ความร่วมมือ
ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณกมล วิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์
ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก.
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ มนุญญา และสกวเดือน ขำเจริญ. (2564). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ
วันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(1), 13-24.
- ดวงดาว อรัญวาสี, สิริรัตน์ ตรีพุทธิรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี และกชกร พลาชีวะ. (2555). ผลการให้ข้อมูล
อย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. วิสัณณสาร,
38(2), 102-108.
- ประคอง กรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชัย บุญยะรัตเวช, อภิรักษ์ สันติงามกุล, กมล ภาณุมาศรีศรี และคณะ. (2554). ต่อมลูกหมาก. กรุงเทพฯ:
อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการ
เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 22(1), 9-20.
- ศรีวิภา ธนรักษ์ และประภาวดี โทณสุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อ
ความรู้และการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32(4), 1283-1296.
- สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์, นารัตน์ จิตรมนตรี และวินัส สีพกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
กระดูกลิ้นหลัง. วารสารพยาบาลสภาภาคไทย, 12(1), 144-160.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข 2553 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ
18 กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic53.pdf
- ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์. (2563). การฟื้นตัวของพระอาพาธหลังผ่าตัดต่อม
ลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP).
- อาภา ศรีสร้อย และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแผ่นพับกับ
วีดิทัศน์ต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี.
วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 28(2), 203-211.
- อินทรีา ไพนุงศ์, วิภา แซ่เซี่ย และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2558). โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการ
ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารสภาการพยาบาล, 30(1), 99-111.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice-Hall.
- Collins, S. L., Moore, R. A., & McQuay, H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale:
what is moderate pain in millimetres?. Pain, 72(1-2), 95-97.
- García-Sánchez, M., Caballero-López, J., Cenicerós-Rozalén, I. et al. (2019). Management of
analgesia, sedation and delirium in Spanish intensive care units: a national two-part
survey. Medicina Intensiva (English Edition), 43(4), 225-233.

- Mogensen, K., & Duelund Jacobsen, J. (2008). The load on family and primary healthcare in the first six weeks after transurethral resection of the prostate. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 42(2), 132-136.
- Nickel, J. C., Méndez-Probst, C. E., Whelan, T. F., Paterson, R. F., & Razvi, H. (2010). 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. *Canadian Urological Association Journal*, 4(5), 310-316.
- Pesha, A. (2016). Complications of transurethral resection of the prostate. *Clinical Medicine Research*, 5, 24-27.
- Xu, P., Xu, A., Chen, B., *et al.* (2018). Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP?. *Asian Journal of Urology*, 5(1), 48-54.