

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การพัฒนาแบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก
และเสริมสร้างด้วยเนื้อเยื่อปะปลูก

The Development of a Perioperative Nursing Care Model for Patients
with Oral Cavity Cancer Undergoing Flap Coverage Reconstruction

ยุพิน มารารัมย์, พย.บ*
มันทนา วรณโฆหาร, พย.บ*.
ชิติสรรค์ จิรัฏฐเจริญกุล, พย.บ.*
จันทร์ทิรา เจียรณมัย, ปร.ด.**
Yuphin Mararam, B.S.N.*
Montana Wannavohane, B.S.N.*
Chitisan Jiratcharoenkul, B.S.N*
Chantira Chiaranai, Phd.(Nursing)**

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
**สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

* Department of Operating Room Nurse, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

**Institute Department of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 30000

Corresponding author, E-mail address: yuphin.mararam@gmail.com

Received: 30 Jul 2025. Revised: 29 Sep 2025. Accepted: 02 Nov 2025.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : มะเร็งในช่องปากหากไม่รักษาจะมีขนาดโตขึ้นและแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน การผ่าตัดมะเร็งในช่องปากเป็นการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปากและเสริมสร้างด้วยเนื้อเยื่อปะปลูก (CA-ORC-FRC)
- วิธีการศึกษา** : เป็นการวิจัยและพัฒนา มี 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูลโดยการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ Soukup แนวคิดรูปแบบการพยาบาลปรีศัลยกรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ และสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 3) การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้และปรับปรุง หลังจากนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล แบบประเมินทักษะและความรู้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก 4) การพัฒนาและประเมินผล ออกแบบกระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบไกรว์ ในการอบรมพยาบาลห้องผ่าตัดผู้รับการโค้ชจำนวน 30 คน และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วย

ผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก จำนวน 30 คน ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับแบบการพยาบาลผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก ประเมินทักษะและความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดผู้รับการโค้ช ขั้นตอนที่ 3 และ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi Square Test, Mann Whitney U test, Wilcoxon test

- ผลการศึกษา** : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก ที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุม 3 ระยะของการผ่าตัด 2) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโครงสร้างผลการใช้รูปแบบการพยาบาลพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลมีความปลอดภัยจากการผ่าตัดทั้ง 5 ด้านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลปกติ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลมีจำนวนวันนอนและระยะเวลาผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($p < 0.050$, $p < 0.001$) 3) พยาบาลห้องผ่าตัดผู้รับการโค้ชหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการมีทักษะและความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 4) พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 96.7
- สรุปผลการศึกษา** : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและระยะเวลาผ่าตัด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปากเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลในระดับมาก
- คำสำคัญ** : มะเร็งในช่องปาก ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปากและเสริมสร้างด้วยเนื้อเยื่อปะปลูก รูปแบบการพยาบาล

ABSTRACT

- Background** : Oral cancer, if left untreated, will grow in size and spread to other organs. The patient may die from complications. Oral cancer surgery is a complex procedure with a high risk of complications. Nursing care models developed from evidence-based practices and continuous development of operating room nurses' competencies help ensure patient safety during surgery.
- Objective** : To develop and study the results of using the Perioperative Nursing Care Model for Patients with Oral Cavity Cancer Undergoing Flap Coverage Reconstruction (CA-ORC-FRC).
- Study Methods** : This is a research and development study with four phases: 1) Situation analysis. Data was collected through a search for evidence-based practices related to the development of guidelines and focus group discussions. Data analysis was performed using content analysis. 2) Design and development of the model. A draft of the nursing practice guideline was created using the concept of Soukup's nursing practice guideline development model, the concept of patient-centered perioperative nursing care, and evidence-based practices extracted from phase 1. 3) Trial and Improvement of the Model. The drafted

nursing practice guideline was trialed and refined. Subsequently, operating room nurses applied the guideline to patients undergoing oral cancer surgery. Data was collected using a nursing outcome record form and an assessment form for knowledge and skills in nursing care for oral cancer surgery patients. 4) Development and Evaluation. The process for developing the competency of operating room nurses was designed using the GROW coaching model to train 30 nurses. The nursing practice guideline was then applied to 30 patients undergoing oral cancer surgery. Nursing outcomes for patients who received the oral cancer surgery nursing care model were evaluated. The skills and knowledge of the coached operating room nurses were also assessed. Step 3 and 4: Data was analyzed using descriptive statistics, Chi-Square Test, Mann-Whitney U Test, and Wilcoxon Test.

- Results** : The oral cancer surgery nursing care model consists of: 1) An evidence-based nursing practice guideline for patients undergoing oral cancer surgery, covering three surgical phases. 2) Competency development for operating room nurses using the GROW coaching technique. The results of using this nursing care model showed that: 1) Patients who received the new care model had a similar level of surgical safety across five aspects compared to patients who received standard care. 2) Patients who received the new care model had a shorter length of hospital stay and a shorter surgery duration than patients who received standard care ($p<0.050$, $p<0.001$). 3) The coached operating room nurses showed significantly higher skills and knowledge after the workshop compared to before the training ($p<0.001$). 4) Operating room nurses' satisfaction with the nursing care model was at a high level, at 96.7%.
- Conclusions** : The developed surgical nursing care model helps reduce the length of hospital stay and surgery duration. It also increases the knowledge and skills of operating room nurses in providing care for oral cancer surgery patients, who in turn expressed a high level of satisfaction with the nursing care model.
- Keywords** : Oral cancer, Patients with Oral Cavity Cancer Surgery Undergoing Flap Coverage Reconstruction, A nursing care mode.

หลักการและเหตุผล

มะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป หากไม่รักษามะเร็งจะมีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ทำให้เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽¹⁾ รายงาน

สถานการณ์มะเร็งช่องปากในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565 ระดับประเทศพบร้อยละ 7.3 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สูงเป็นลำดับที่ 4 ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลบุรีรัมย์⁽²⁾ ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากระหว่าง

ปี พ.ศ. 2557-2561 จำนวน 339 ราย เสียชีวิต 261 ราย ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 0.83 ปี อัตรารอดชีพระยะเวลา 5 ปีต่ำร้อยละ 14.8 สถิติห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์⁽³⁾ พบผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 350 376 412 รายตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดดังนี้ 1) การกลับมาผ่าตัดซ้ำเนื่องจากสูญเสียเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ผ่าตัด จำนวน 6 11 23 ราย 2) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจำนวน 15 18 20 ราย 3) การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยและเครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อมจำนวน 17 13 24 ราย 4) การบาดเจ็บจากการจัดท่าผ่าตัดจำนวน 7 19 15 ราย 5) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5 7 6 วัน

มะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่เป็นชนิด Squamous Cell ปัจจัยเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การถูกแสงแดดเป็นเวลานาน การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ร้อนจัด การติดเชื้อไวรัส HPV สุขภาพในช่องปากไม่ดี เช่น ฟันผุเรื้อรัง เกิดแผลเรื้อรังเป็นเวลานาน การกินหรือเคี้ยวหมาก พลุ ยาสูบ ยาเส้น การใช้ยานัตถ์ อาการแสดงที่พบ คือ 1) มีฝ้าขาวที่เยื่อช่องปากเป็นปื้นหนา 2) เป็นตุ่มเล็กๆ แตกออกเป็นแผล 3) แผลเรื้อรังที่รักษาไม่หาย 4) พุดและกลืนลำบาก 5) ปากมีกลิ่นเหม็น 6) มีก้อนในช่องปาก 6) คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต⁽²⁾ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับ 1) ระยะของโรค 2) อายุของผู้ป่วย 3) สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย 4) โรคร่วมของผู้ป่วย การรักษา มี 4 วิธี คือ 1) การผ่าตัดทำในรายที่ยังไม่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ขนาดเนื้องอกเล็กกว่า 2 ซม. ตัดออกและเย็บริมฝีปากเข้าหากัน ขนาดใหญ่กว่า 2 ซม. ผ่าตัดโดยไม่ต้องทำ Radical Neck Dissection และตกแต่งบาดแผลตามขนาดของแผล เช่น ปิดด้วย Skin Graft หรือเนื้อเยื่อปะปลูก (Flap) กรณีที่มีต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วยต้องตัดมะเร็งและทำ Radical Neck Dissection 2) การฉายรังสี ข้อดีคือไม่มีแผลเป็นจากการผ่าตัด แต่อาจพบภาวะ Mucositis และ Fibrosis 3) การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งทั่วร่างกาย อาจใช้ร่วมกับการผ่าตัดหรือรังสีรักษา เพื่อลดขนาดก้อนที่ใหญ่ก่อน

เริ่มการรักษา หรืออาจให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวในรายที่มีการแพร่กระจายของโรคเข้าสู่กระแสเลือดไปยังอวัยวะอื่น 4) การให้ยารักษาตรงเป้า ผลข้างเคียงจากการรักษา 1) จากการผ่าตัด เช่น ปวด มีเลือดออกจากแผลผ่าตัด การติดเชื้อ การสูญเสียเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ผ่าตัด การบาดเจ็บจากการผ่าตัดถูกอวัยวะข้างเคียง 2) จากรังสีรักษา คือ ปวด ปากแห้ง เสียงแหบ การรับรสลดลง เกิดเป็นพังผืดของกล้ามเนื้อบริเวณคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การติดเชื้อภายในช่องปาก 3) จากยาเคมีบำบัด เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมลง ไชกระดูกทำงานต่ำลง เกิดภาวะซีด เลือดออกง่าย การติดเชื้อรุนแรง ผลข้างเคียงพบมากขึ้นหากรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกัน ผู้สูงอายุ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และมีโรคเรื้อรัง⁽⁴⁾

การผ่าตัดเป็นช่วงเวลา que เปลี่ยนผ่านภาวะต่างๆ ของร่างกาย จากภาวะปกติเข้าสู่ภาวะวิกฤตจากการผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวต้องปรับตัวและเผชิญกับภาวะเหล่านั้นได้ด้วยตนเองร่วมกับการดูแลของทีมปรีศัลยกรรมที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล การพยาบาลปรีศัลยกรรมโดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญแสดงผลลัพธ์ในการดูแลองค์ประกอบทั้งหมดของกระบวนการพยาบาล ครอบคลุมผลลัพธ์ที่เน้นบุคลากรทางการพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อนำสู่ข้อวินิจฉัยและเลือกปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม เป้าหมายคือการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยให้สุขสบาย สามารถปฏิบัติบทบาทของตนได้⁽⁵⁾ การทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พบว่ารูปแบบการพยาบาลที่มีอยู่เดิม เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้และความเข้าใจของแต่ละบุคคล โดยมีพยาบาลหัวหน้าทีมผ่าตัดเป็นพี่เลี้ยง ไม่มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไม่พร้อม การมีรอยกดทับจากการผ่าตัดเป็นเวลานาน เกิดภาวะ

Flap Necrosis ส่งผลให้ต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาผ่าตัดยาวนาน พยาบาลห้องผ่าตัดไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ขาดคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาล

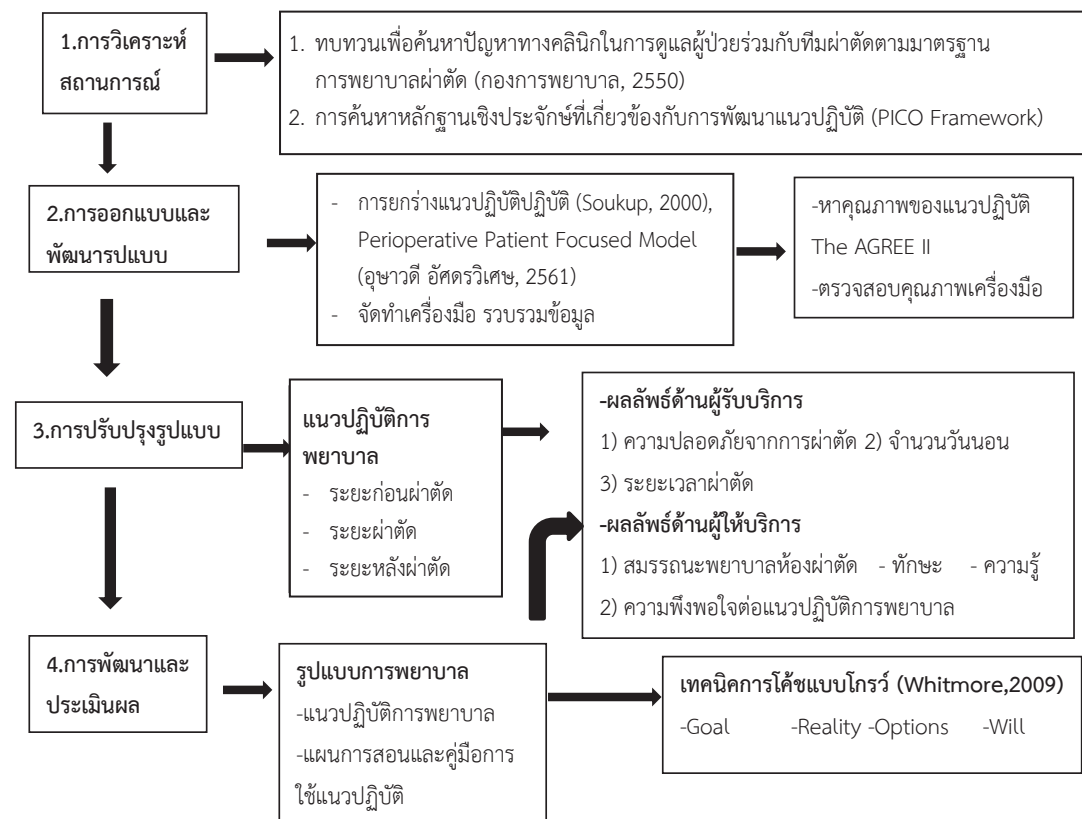
ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC โดยการพัฒนานวปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Soukup⁽⁷⁾ แนวคิดรูปแบบการพยาบาลปรีศัลยกรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ⁽⁵⁾ และสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปากและเสริมสร้างด้วยเนื้อเยื่อปะปลูก
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ดังนี้ 1) เปรียบเทียบความรู้

และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล 2) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการพยาบาล 3) เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและระยะเวลาผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ที่ได้รับการพยาบาลปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล 4) เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ที่ได้รับการพยาบาลปกติและผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล

กรอบแนวคิด การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการ Focus group ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของกองการพยาบาล⁽⁶⁾ และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิด PICO Framework ยกร่างแนวปฏิบัติใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของ Soukup⁽⁷⁾ และแนวคิดรูปแบบการพยาบาลปรีศัลยกรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ⁽⁵⁾ ใช้เทคนิค GROW Model⁽⁸⁾ ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด



วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis:R1)

รวบรวมข้อมูลและสืบค้นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้ PICO Framework ดำเนินการดังนี้ 1) คัดเลือกและศึกษารายละเอียดเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคมะเร็งในช่องปาก การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก ประกอบด้วย ชื่อเอกสาร ชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์ สถานที่พิมพ์ สารสำคัญของเอกสารและสรุปเนื้อหาที่สำคัญ 2) วิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลที่มีอยู่เดิมโดยการสนทนากลุ่ม ประชากร คือ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 76 คน เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ช่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC 3 ปีขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งที่มีประสบการณ์การผ่าตัด CA-ORC-FRC มากกว่า 3 ปี 3 คน ใช้ทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง วิสัยศัลยกรรมตกแต่ง จำนวน 27 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากวิสัยศัลยกรรมตกแต่งที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดมยาสลบผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC จำนวน 1 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 3) สังเกตแบบมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อหาประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา

2. การออกแบบและพัฒนาแบบแผน (Design and Development : D1) ดำเนินการ ดังนี้

2.1 นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อয়গ্রাংและสร้างคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมะเร็งในช่องปากตามกรอบแนวคิดของ Soukup⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ และการประเมินผล

2.2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดใช้แนวคิดการพยาบาลปรีศัลยกรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งสหรัฐอเมริกา⁽⁵⁾ ร่วมกับนำผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 28 เรื่อง เป็น Level 1-5 จำนวน 1 8 1 17 1 เรื่องตามลำดับมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

2.3 นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน คือ ศัลยแพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง ที่มีประสบการณ์การผ่าตัด 5 ปีขึ้นไป 2 คน วิสัยศัลยกรรมตกแต่งที่มีประสบการณ์การดมยาสลบผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ช่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC 5 ปีขึ้นไป 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนมากกว่า 5 ปี 1 คน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปากโดยใช้เครื่องมือ AGREE II⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 6 ด้านคือ 1) ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์ มีคุณภาพ ร้อยละ 86.7 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคุณภาพ ร้อยละ 85.6 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคุณภาพ ร้อยละ 83.3 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ มีคุณภาพ ร้อยละ 81.1 5) การประยุกต์ใช้ มีคุณภาพ ร้อยละ 79.2 และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ มีคุณภาพ ร้อยละ 80.0 ส่วนในภาพรวมแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปาก มีคุณภาพ ร้อยละ 86.7 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้

2.4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปากและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด 10 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 3 คน (Pilot Study) แล้วปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาที่พบ หลังจากนั้นนำไป Try out กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก 30 คน และพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก จากโรงพยาบาลสุรินทร์ 10 คน

3. การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ (Implementation Research 2:R2) ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด ประชากร คือ ผู้ป่วย ผ่าตัด CA-ORC-FRC โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในเดือน สิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด α error prop = 0.05 Power of test = 0.80 Effect size = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก) 30 คน กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งว่าจำเป็นต้องรับ การผ่าตัดและเสริมสร้างด้วยเนื้อเยื่อปลูก ยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ มีโรคร่วมและโรคร่วมนั้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหลังผ่าตัด มีประวัติการ ติดเชื้อที่ระบบอื่นและยังไม่ได้รับการรักษา ก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

3.2 กลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด ประชากร ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัด 76 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนด เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2567 และยินดีเข้าร่วม การวิจัยนี้ เกณฑ์คัดออก คือ มีประสบการณ์การทำงาน น้อยกว่า 1 ปี และประสบการณ์การช่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ประกอบด้วย ความปลอดภัยจากการ ผ่าตัด จำนวนวันนอน ระยะเวลาผ่าตัด ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI = 1

2. แบบประเมินสมรรถนะด้านทักษะ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC สร้างขึ้นตามแนวคิด สมรรถนะการพยาบาลห้องผ่าตัด^(10,11) ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านทักษะการพยาบาลตามขอบเขตหน้าที่ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย การพยาบาล ผู้ป่วยด้านร่างกาย การพยาบาลผู้ป่วยด้านการตอบสนอง พฤติกรรมและด้านระบบสุขภาพ 2) สมรรถนะด้าน ทักษะเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตัวเลือกตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบ Rubric Score 3 ระดับ คือ 1 = มีสมรรถนะต้องปรับปรุง 2 = มีสมรรถนะ ปานกลาง และ 3 = มีสมรรถนะตามเกณฑ์ เกณฑ์การ แปรผลสมรรถนะ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง คะแนนต่ำกว่า 2 คะแนน ปานกลาง มีคะแนน 2.00-2.55 คะแนน และระดับดีมีคะแนน 2.56-3.00 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่า CVI = 0.98 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลอง ใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบราคได้ค่าความเที่ยง 0.97

3. แบบประเมินความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC สร้างขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการพยาบาลปรีศัลยกรรมที่ เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ⁽⁵⁾ ครอบคลุม 3 ระยะการผ่าตัด จำนวน 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบถูก ผิด ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไข ได้ค่า IOC = 0.99 ตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยง ด้วย KR 20 ได้ค่าความเที่ยง 0.72

4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC สร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านองค์ประกอบกิจกรรมในโปรแกรม 2) ด้านกระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ 3) ด้านผลการใช้โปรแกรม และ 4) ด้านความพึงพอใจในประโยชน์โดยรวม แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ 4.24-5.00 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 3.43-4.23 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก 2.62-3.42 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 1.81-2.61 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI = 0.82 ตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 จัดประชุมชี้แจงการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทุกคนเพื่อทำความเข้าใจแล้วทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีพยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติบันทึกเหตุการณ์โดยใช้แบบสังเกตการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ขั้นที่ 2 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 คน

ขั้นที่ 3 การประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินทักษะและแบบประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC มาปรับปรุงตามปัญหาที่พบในขั้นที่ 1 โดยพบพยาบาลห้องผ่าตัดไม่สามารถให้

การพยาบาลในระยะผ่าตัดได้ตามแนวปฏิบัติ เนื่องจากขาดความรู้และมีโอกาสในการช่วยผ่าตัดจำนวนน้อยครั้ง เนื่องจากต้องหมั่นเวียนห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้ประชุมคณะทำงานและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล

4. การพัฒนาและประเมินผล (Development : D2) เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2568 ออกแบบกระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์⁽⁸⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วย ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากระยะที่ 3 เลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน (กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล)

2. กลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น

1) พยาบาลผู้โค้ช ประชากร คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การช่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 3 คน ใช้ประชากรทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง
2) พยาบาลผู้รับการโค้ช กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 2 ของระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ทั้งสองกลุ่มเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ในเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2568

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ร่างแผนการสอนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้โค้ช ใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 5 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) แนวคิดและหลักการโค้ช 1 ชั่วโมง 2) เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ 1 ชั่วโมง 3) การวัดและประเมินผลการโค้ช 1 ชั่วโมง และ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย CA-ORC-FRC 2 ชั่วโมง แผนการสอนภาคปฏิบัติจำนวน 3 ชั่วโมง เป็นการนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ไปปรับใช้

ขั้นตอนที่ 2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลผู้โค้ช ระยะเวลา 1 วัน (8 ชั่วโมง) ประเมินสมรรถนะก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ กำหนดเกณฑ์

การผ่านการอบรมเพื่อทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ไค้ช เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80.0 พยาบาลผู้ไค้ชทั้ง 3 คน มีคะแนนสมรรถนะร้อยละ 88.0 87.0 และ 90.5 ถือว่าผ่านเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 3 มอบหมายพยาบาลผู้ไค้ชที่ผ่านการอบรมในขั้นที่ 2 เป็นผู้ไค้ชแก่พยาบาลห้องผ่าตัด ผู้รับการไค้ช ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลผู้ไค้ชบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลงรหัสกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลผู้รับการไค้ชปฏิบัติตามการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทุกระยะการผ่าตัด ภายใต้การไค้ชของพยาบาลผู้ไค้ช หลังจากนั้นประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้รับการไค้ชทั้งด้านความรู้และทักษะ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ต่อผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปากที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลผู้รับการไค้ช ใช้แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอประธานคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และได้รับเอกสารรับรองเลขที่ บร.0033.102.1/19 วันที่รับรอง 12 มีนาคม พ.ศ.2567 และได้รับการขยายเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยและเพิ่มผู้ร่วมวิจัยเอกสารเลขที่ บร. 0033.103/84 วันที่รับรอง 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย หากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบเวลา สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล การประเมินเลื่อนชั้น ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนา พบว่า 1) ความรู้สึกรู้สีก่อนการผ่าตัด CA-ORC-FRC มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องเรียนรู้ Anatomy และชนิดของเนื้อเยื่อปะปลูกที่เหมาะสม ต้องดูแลอุปกรณ์ Micro ที่หลากหลายและตรวจสอบความพร้อมใช้งาน ต้องประสานงานหลายทาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูงอายุและมีโรคร่วมหลายโรค การผ่าตัดใช้เวลานาน ทำหลายตำแหน่งและเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดเส้นประสาทสูง 2) ความแตกต่างจากการผ่าตัดอื่นๆ เป็นการผ่าตัดที่มีการใช้อุปกรณ์ที่มีความหลากหลาย มีขนาดเล็ก ช่างดง่าย จำเป็นที่ทีมผ่าตัดต้องเรียนรู้การใช้งานและทำความสะอาดให้ถูกต้อง มีการจัดทำผ่าตัดแบบเฉพาะ เทคนิคการส่งเครื่องมือและช่วยผ่าตัด รวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และมีการปรับเปลี่ยนชนิดของ Flap ที่ใช้ตามสภาพของมะเร็งที่ตัดออก ทำให้ต้องเรียนรู้หลักการผ่าตัดเฉพาะด้าน 3) สิ่งที่ทำในปัจจุบัน การค้นคว้าความรู้เป็นการศึกษาด้วยตนเองร่วมกับการสอบถามจากผู้มีประสบการณ์ ยังขาดความชำนาญในการช่วยผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดที่มีความเฉพาะทางร่วมกับยังไม่มีเวลาฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง 4) สิ่งที่ต้องการเพื่อการพัฒนาจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบของผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงและควรมีคู่มือการพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 28 เรื่อง เป็น Level 1-5 จำนวน 1 8 1 17 1 เรื่องตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุม 3 ระยะของการผ่าตัด 2) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการไค้ชแบบโกรว์

ส่วนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการพยาบาล

1. ด้านพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะและความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัด

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย	z	p-value
ความรู้				
ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล	20.5	0.7	-4.840	0.000
หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล	23.2	0.9		
ทักษะ			-4.730	0.000
ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล	228.4	0.8		
หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล	333.6	0.4		

ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.7)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC (n=30)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ (n=30)				Mean(±SD)
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1.องค์ประกอบกิจกรรมในรูปแบบ	1 (3.3%)	5 (16.7%)	16 (53.3%)	8 (26.7%)	4.0 (0.8)
2.กระบวนการนำรูปแบบไปใช้	0 (0%)	3 (10.0%)	17 (56.7%)	10 (33.3%)	4.2 (0.6)
3.ผลการใช้รูปแบบการพยาบาล	0 (0%)	2 (6.7%)	24 (80.0%)	4 (13.3%)	4.1 (0.5)
4.ประโยชน์โดยรวมของรูปแบบ	0 (0%)	0 (0%)	24 (80.0%)	6 (20.0%)	4.2 (0.4)
ภาพรวม	0 (0%)	0 (0%)	29 (96.7%)	1 (3.3%)	4.0 (0.2)

2. ด้านผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ความปลอดภัยจากการผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน ของผู้ป่วยผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความปลอดภัยจากการผ่าตัดก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล (n=30)

ความปลอดภัยจากการผ่าตัด	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ			กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล			p-value
	เกิด	ไม่เกิด	รวม	เกิด	ไม่เกิด	รวม	
1.เลื่อนผ่าตัด	2 (6.7%)	28 (93.3%)	30 (100%)	0 (0%)	30 (100%)	30 (100%)	0.492
2.บาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด	3 (10.0%)	27 (90.0%)	30 (100%)	0 (0%)	30 (100%)	30 (100%)	0.237
3.บาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือรัดห้ามเลือด	1 (3.3%)	29 (96.7%)	30 (100%)	0 (0%)	30 (100%)	30 (100%)	1.000
4.การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	6 (20.0%)	24 (80.0%)	30 (100%)	2 (6.7%)	28 (93.3%)	30 (100%)	0.254
5.ผ่าตัดซ้ำจากภาวะเนื้อเยื่อปลูกตาย	1 (3.3%)	29 (96.7%)	30 (100%)	0 (0%)	30 (100%)	30 (100%)	0.333

ด้านจำนวนวันนอนและระยะเวลาผ่าตัด รูปแบบการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล มีจำนวนวันนอน (p <0.050, p<0.001) และระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ

ตารางที่ 4 จำนวนวันนอนเฉลี่ยและระยะเวลาผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก (n=30)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล/กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean (SD)	Mean Rank	Z	P-Value
จำนวนวันนอน				-2.097	0.036
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	30	10.4 (12.7)	35.2		
กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล	30	5.5 (2.3)	25.8		
ระยะเวลาผ่าตัด				-3.345	0.001
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	30	376.5 (182.2)	38.0		
กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล	30	238.3 (132.9)	23.0		

อภิปรายผล

การศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดรูปแบบการพยาบาลปริศลยกรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพโดยรวมมากกว่า ร้อยละ 86.7 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีกระบวนการพัฒนาที่เน้นการศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดของ Soukup ที่เชื่อว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีจะสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีในขณะนั้น (The best evidence) มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย และยังคงถึงมาตรฐานการพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ Saunders et al.⁽¹²⁾ กล่าวว่าแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและเกิดผลลัพธ์กับผู้ป่วยที่ดี 2) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC ครอบคลุม 3 ระยะเวลาผ่าตัด ประกอบด้วยแผนการสอน การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนำเทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ไปใช้ในการเป็นพี่เลี้ยงขณะให้การพยาบาล สอดคล้องกับพฤกษาและคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ที่มีระบบสนับสนุนโดยการนำทักษะการโค้ชและการติดตามดูแลเพื่อให้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยหลังใช้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับหนึ่งฤทัยและบุษบา⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ($\bar{X} = 4.6$, $S.D. = 1.5$) มีความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้สูงขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด ($\bar{X} = 12.5$, $S.D. = 1.5$) การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากหลังผ่าตัดลดลง มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 4.0 และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 60.0)

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC พบว่า 1) พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะและความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นผลมาจากการจัดรูปแบบการพยาบาลที่มีทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดรูปแบบการพยาบาลปริศลยกรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงขณะให้การพยาบาล ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยแผนการสอน การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและการนำเทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ไปใช้ในการสอนงาน ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดการเรียนรู้อย่างก้าวกระโดดสอดคล้องกับการศึกษาของพฤกษา และคณะ⁽¹³⁾ รุ่งอรุณ บุตรศรี⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์และมีการนิเทศงานโดยใช้เทคนิคโกรว์ทำให้ความรู้และทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.7 ($\bar{X} = 4.0$, $S.D. = 0.2$) เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีแนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการใช้ที่ชัดเจน มีระบบการพัฒนาสมรรถนะที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลร่วมกัน ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะและกัญจน์ชยารัตน์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.4$, $S.D. = 0.3$) 3) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน ไม่มีความแตกต่างกันทั้งผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลทั้ง 2 แบบต่างมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของธันยัมย์และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นช่วยลดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากร้อยละ 0.2 เป็นร้อยละ 0.1 และต่างจากการศึกษาของทิพวรรณและจิราพรณ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดอาการทรุดลง การเกิดท่อหายใจเลื่อนหลุดและแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$, $p<0.001$ และ $p=0.040$ ตามลำดับ) 4) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.050$) เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการพัฒนาศมรรถนะทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยจากการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ลดจำนวนวันนอนลงสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิณีและคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง 2 วัน 5) ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นที่ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดช่วยให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริงภายใต้การนิเทศแบบใกล้ชิด ทำให้การช่วยเหลือและส่งเครื่องมือผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจึงมีระยะเวลาผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เส้นศูนย์ และยุพิน มารารัมย์⁽²⁰⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอนไซม์หน้าขาดผ่านกล้องวิดีโอที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญมีระยะเวลาผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุป

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นช่วยลดจำนวนวันนอนและระยะเวลาผ่าตัด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด CA-ORC-FRC หลังใช้รูปแบบมากกว่าก่อนใช้รูปแบบและมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลโดยใช้เทคนิคโกรว์ ทำให้ความรู้และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอนและระยะเวลาผ่าตัดลดลง ดังนั้นควรมีการนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลในโรคอื่นๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

2. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน แม้ว่าการศึกษานี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันหลังจากที่ใช้รูปแบบการพยาบาล แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางคนยังพบปัญหาในการติดเชือกที่แผลผ่าตัด จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยจากการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ : หน่วยงานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ; 2567.
2. ศราวุธ นนทะศิลา, สุพจน์ คำสะอาด, รักศักดิ์ อัมไพพันธ์, ณัฐลี โรส น้อยสุวรรณ, ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2563;35(6):753-9.
3. ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. สรุปรายงานประจำปีงานห้องผ่าตัดปีงบประมาณ 2567. บุรีรัมย์ ; ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์ : 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
4. สุรจิต อวสุกุลสุทธิ. ศัลยศาสตร์ตกแต่งพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2556.
5. อุษาวดี อัศดรวิเศษ. ความก้าวหน้าทางการพยาบาลปริศลยกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2561.

6. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2550.
7. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am 2000;35(2):301-9. PMID: 10873242
8. Whitmore J. Coaching for performance: GROWing Humance Potential and Purpose: the Principles and Practice of Coaching and Leadership. 4th.ed. London : Nicholas Brealey Publishing ; 2009.
9. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ : The AGREE Research Trust May ; 2556.
10. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. สมรรถนะการพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร ; 2554.
11. Association Operating Room Nurse. Perioperative standards and recommended practices. Denver : Association of Operating Room Nurse ; 2014.
12. Saunders H, Gallagher-Ford L, Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K. Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. Worldviews Evid Based Nurs 2019;16(3):176-85. doi: 10.1111/wvn.12363.
13. พงกษา เกตุนามญาติ, กัลยาณี เครือใหม่, นิชนันท์ ไชยรังษี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2567;4(1):35-47.
14. หนึ่งฤทัย แร่งน้อย, บุษบา สมใจวงศ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2566;6(3):12-22.
15. รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ หิณชิระนันท์, ปราณี มีหาญพงษ์. ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโคเวิร์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2563;62(2):84-96.
16. ลักษณา จันทราโยธการ, กัญจน์ชยรัตน์ อุดคำมี. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยในการผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2564;29(1):28-38.
17. ธนัยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธิ์, ขวลิต โพธิ์งาม. การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ดและเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(3): 521-30.
18. ทิพวรรณ วงษ์ใจ, จีราพรณ อ้นบุรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(3):51-68.
19. สุทธิณี สุดใจ, มุกดา เดชประพนธ์, ธงชัย พงศ์มพัฒน์. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2562;6(2):30-47.
20. วันเพ็ญ แสนศูนย์, ยุพิน มารารัมย์. การวิจัยและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าขาดผ่านกล้องวิทัศน์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565;37(1):115-29.