

ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิด ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี

พิชญ์วีร์ สิ้นสวัสดิ์, ปร.ด* และ สุรัตน์ แพงอุ่ม, พย.บ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 54 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและหาความสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.70, 0.85, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียลและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า ผลการวิจัยพบว่า อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.375$) ส่วนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .578$, $r = .653$ ตามลำดับ) ปัจจัยอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 58.90 (Adjusted $R^2 = 0.589$) ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ด้วยการสอนเนื้อหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ถูกจำกัดและสั้นลง พร้อมกับหากลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายการเจ็บป่วยของตนเองในทางบวก

คำสำคัญ: ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*โรงพยาบาลราชบุรี

Corresponding E-mail: pitchawee@gmail.com

(Received: May 6, 2025; Revised: August 20, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Factors predicting discharge readiness in patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery in orthopaedic ward at Ratchaburi Hospital

Pitchawee Sinsawad, Ph.D* & Surat Pangoum, B.N.S**

Abstract

The descriptive study aimed to explore predictive power between discharge readiness and related factors: length of stay, illness representation (symptoms associated with illness, perception of illness) and quality of discharge teaching. Fifty-four samples were recruited from patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery via recruit sample follow inclusion criteria. The instruments applied consisted of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), which were tested for the reliability. Their Cronbach's alpha coefficient values were .70, .85, .96, and .96 respectively. Data were collected during April 2022 to August 2022. Descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, Point Biserial Correlation and Enter method multiple regression were used to analyze the data. The results of the study showed that Symptoms associated with illness had negative association with Discharge readiness at significant p value of .05 ($r_{pb} = -.375$). Moreover the result revealed that perception of illness and quality of discharge teaching related to the discharge readiness positively and significantly ($r = .578$, $r = .653$, $p < .001$). Symptoms associated with illness, ($Beta = -0.260$). Perception of, ($Beta = 0.432$) and quality of Discharge teaching ($Beta = 0.552$) could jointly explain 58.9 % of the variance in discharge readiness of patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery. The study suggested that nurses have to concern discharge readiness of patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery, have to teach the content pertinent to the patients' needs appropriate to the shorter limited time (LOS), and have to find strategies to promote these patients to perceive and interpret the meaning of their illness positively.

Keyword: discharge readiness length of stay illness representation quality of discharge teaching
patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery

*Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

**Ratchaburi Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บ—ที่มีผลทำให้เกิดการหักของกระดูก มีสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร จากการใช้เครื่องจักรกลในโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ การที่กระดูกหักอาจส่งผลให้เนื้อเยื่อที่อยู่รอบกระดูกได้รับอันตรายไปด้วย การช่วยเหลือ การปฐมพยาบาล การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่ถูกหลักการ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้บาดเจ็บได้ สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเกิดอันดับ 4 และจากสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ยังได้ระบุว่าสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลกมีค่าเฉลี่ย 18 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับ 2 ของโลกคือจำนวน 44 คนต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) หนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากกระดูกขาหัก การรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูกจะได้รับการผ่าตัดภายในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 17 ชั่วโมงภายหลังการบาดเจ็บ ผลของการรักษาที่รวดเร็ว นอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงเฉลี่ยเพียง 3.9 วัน (Pendleton, Canada, & Guerrero-Bejarano, 2007) อย่างไรก็ตามภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดโลหะตามกระดูก พบว่า ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวที่ช้ากว่าการผ่าตัดอื่น (Berg, Tdvall, Nilsson, & Unosson, 2011) และพบว่าต้องใช้ระยะเวลาถึง 4 เดือน จึงมีความสามารถในการยืน เดิน เทียบเท่ากับก่อนผ่าตัด (อิริววรรณ เชื้อตาเล้ง, 2559) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญและเรียนรู้กับกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการดูแลบาดแผล การปรับตัวที่จะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ที่จะใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด (Ouellet, Hodgins, Knorr, & Geldart, 2003) ดังนั้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จึงควรได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน โดยหากผู้ป่วยรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Weiss et al., 2007) บุคคลจะประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านในแต่ละสถานการณ์นั้นขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านและการบำบัดทางการพยาบาล (Meleis, Sawyer, Im, Messias, and Schumacher, 2000) ซึ่งในโรงพยาบาลราชบุรี พบปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกระดูกหัก เมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ผู้ป่วยขาดการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายซึ่งมาจากปัจจัยที่หลากหลายทั้งภายในบุคคลและภายนอกบุคคลซึ่งส่งผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมที่ดี จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วมากขึ้น ประกอบกับนโยบายควบคุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: 4 DRG) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น (Pendleton, Canada & Guerrero-Bejarano, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มีข้อจำกัดในการได้รับความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Ouellet, Hodgins, Knorr & Geldart, 2003) และพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่แตกต่างกันไปด้วย (Weiss, Ryan, Lokken & Nelson, 2004) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายในตัวบุคคลที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000) สำหรับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม โดยหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการใช้ทักษะที่ดีในการสอนก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Weiss et al., 2007) อย่างไรก็ตามด้วยบริบทภายในหอผู้ป่วยที่พยาบาลต้องมุ่งดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006) จึงพบว่า กระบวนการสอนเพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการหรือไม่มีแนวทางชัดเจน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วิลาวรรณ พุทธิรักษ์, 2564; Weiss et al., 2007) ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อนำผลจากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

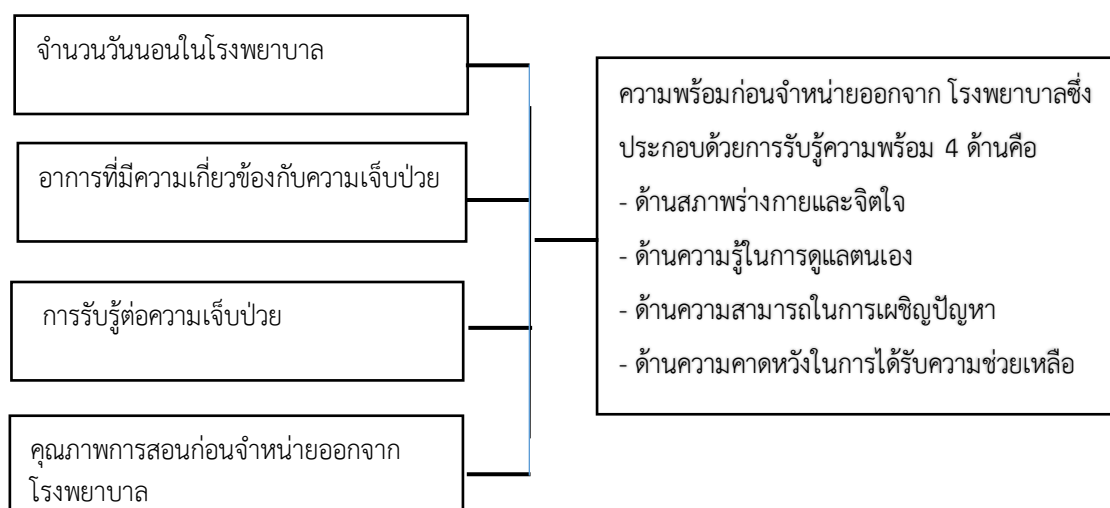
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมมติฐานวิจัย

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000) เป็นกรอบในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ได้มาจากการคำนวณด้วยการใช้กฎอย่างง่าย (Rule of Thumb) คือ กำหนดขนาดตัวอย่าง 10-20 เท่า ของจำนวนตัวแปร (Hair et al., 2010) งานวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร กำหนดขนาดตัวอย่าง 15 เท่า ของจำนวนตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 90

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

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

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีแผนการจำหน่าย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างรายนั้นออกจากการศึกษาเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อตัวแปรจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or Termination Criteria) ได้แก่ ขณะที่ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม หากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการศึกษาและให้การดูแลช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยตามมาตรฐานวิชาชีพ และประเมินความยินยอมของผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินดีจึงดำเนินการศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย (Identity) แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ
- 1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย เป็นการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนด้วยการเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย (Identity) ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย Moss-Morris et al. (2002) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) เพื่อใช้

สำหรับประเมินอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยที่พบได้ในการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ได้แก่ ปวด/เจ็บ เจ็บคอ คลื่นไส้ หายใจไม่ออก น้ำหนักลด เหนื่อย/อ่อนเพลีย ข้อติดแข็ง เคืองตา หายใจมีเสียงวี๊ด ปวดหัว ปวดท้อง/แน่นท้อง นอนหลับยาก เวียนศีรษะ และไม่มีแรง/หมดแรง ซาซา และปวด หลัง รวมทั้งหมดเป็น 16 อาการ ผู้ป่วยจะต้องตอบคำถามว่ามีประสบการณ์ในแต่ละอาการหรือไม่ โดยลักษณะคำตอบเป็นการให้ผู้ป่วยเลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยรายงานในส่วนแรกจะไม่ได้นำมาคิดคะแนน แต่ในส่วนของการที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ จะถูกนำมาคิดคะแนนโดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่ใช่ = 0 และใช่ = 1 คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 - 16 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างมากว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือจำนวนอาการที่เพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงคุณลักษณะด้านลบของการเจ็บป่วยครั้งนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย Moss-Morris et al. (2002) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีรัตน ศรีประสงค์ (2551) ซึ่งมีข้อคำถาม 37 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 12 ข้อ (ข้อ 1, 4, 8, 12-14, 18, 20-22, 28 และ 36) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวก 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ ข้อคำถามที่เป็นด้านบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 ส่วนข้อที่เป็นลบ ให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 ไม่เห็นด้วย = 4 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 2 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเป็นรายด้าน เพื่อให้มีความชัดเจนในการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

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

การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย (Timeline cyclical) จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 29-32) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 ผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้จะหมุนเวียนกันไปทั้งดีขึ้นและแย่ลง

การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย (Consequences) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 6-11) คะแนน รวมอยู่ในช่วง 6-30 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก

การรับรู้ด้านการควบคุมอาการ ประกอบด้วย การควบคุมอาการด้วยตนเอง (Personal control) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 12-17) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 และการควบคุมอาการด้วยการรักษา (Treatment control) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 19-23) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 ซึ่งผู้ที่มีระดับคะแนนสูงทั้ง 2 ด้าน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่จะป็นผลดีต่อการเจ็บป่วยได้เลย อีกทั้งการรักษาที่ได้รับก็ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้อาการและการเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดได้

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

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

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย แสงเดือน กันทะขู้ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านเนื้อหาการสอน จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1 - 6 แต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถามเปรียบเทียบ ระหว่าง ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการกับข้อมูลที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา โดยในส่วนของข้อมูลที่ ต้องการนั้นไม่นำมาคิดคะแนนเพื่อวิเคราะห์คุณภาพการสอน แต่นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วย ต้องการกับข้อมูลที่ได้รับจริง

4.2 ด้านทักษะการสอน จำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 7 - 18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอน ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ลักษณะคำตอบเป็นเชิงบวก รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมได้จากคะแนนของเนื้อหาการสอนที่ได้รับและทักษะการสอน ซึ่งอยู่ในช่วง 0 - 180 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขั้นดังนี้

0 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

61 - 120 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

121 - 180 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 6) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวกโดยที่ข้อ 1 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า พร้อม หรือไม่พร้อม ที่จะกลับบ้าน ส่วน คำถามข้อ 2-23 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

5.1 ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2 - 8 เป็นการประเมินความแข็งแรงของสภาพร่างกาย และจิตใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

5.2 ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 9 - 16 เป็นการประเมินความรู้ในการดูแล ตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคลตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออก จากโรงพยาบาล

5.3 ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 17 - 19 เป็นการประเมิน ความสามารถของ ตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามการรับรู้ก่อนออกจาก โรงพยาบาล

5.4 ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 20 - 23 เป็นการรับรู้ถึงการ ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงบวก รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 220 ซึ่งแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับ คะแนนจาก การหาอันตรายภาคขั้นดังนี้

0 - 73 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

74 - 147 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

148 - 220 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Item of objective congruence index: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่โรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจให้คะแนนแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cranach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70, 0.85, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชบุรี แล้วผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อของโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อสามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจได้ รวมทั้งต้องวางตัวเป็นกลางเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การพิจารณาของตนเองมากที่สุด กรณีที่กลุ่มตัวอย่มีปัญหาติดขัดในการอ่านหรือการบันทึก ผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นคนอ่านคำถามให้ฟังและช่วยบันทึกตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรีแล้วผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยไปที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ของโรงพยาบาลราชบุรี ศึกษาเวชระเบียนและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หนด และให้เลขกำกับตามลำดับที่ของผู้มารับบริการ จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ด้านหลังหอผู้ป่วย ส่วนผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ถ้ามีข้อสงสัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสามารถ วิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ด้วยสัณประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติกับความเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้การที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า (enter method multiple regression)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 008/2022 เลขที่โครงการวิจัย RBHEC 012/64 วันที่ 23 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.9 ช่วงอายุ 40 – 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.6 รองลงมา คือ 30 – 39 ปี ร้อยละ 23.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.6 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.9 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 83.3 มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ร้อยละ 90.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.1 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ 10,001-30,000 บาท ร้อยละ 42.6 เท่ากัน และรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 59.3 ใช้สิทธิการรักษาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.9

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหักชนิดปิดจากอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 64.8 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Closed fracture shaft of femur ร้อยละ 68.5 ได้รับการผ่าตัด ORIF with Plate & Screw ร้อยละ 77.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.8 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.5 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 8.63 ($SD= 4.39$) วัน และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of femur มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 9.59 ($SD=4.46$) วัน กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of tibia มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 10 ($SD= 1.26$) วัน กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of fibula มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 5 ($SD= 1.73$) วัน และกลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture both bone of leg มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 3.71 ($SD=2.14$) วัน โดยจำนวนวันให้น้อยที่สุด คือ 2 วัน และนานที่สุด คือ 16 วัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบว่าอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.375$) ส่วนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .578$ และ $r = .653$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ($n=54$ คน)

ตัวแปร	ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		
	r	r_{pb}	p -value
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	-.169	-	.230
อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย	-	-.375	.029*
การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย	-.578	-	<.001
คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.653	-	<.001

* p -value < .05

3. ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบว่า ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ($Beta = -0.260$) การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยตามองค์ประกอบต่างๆ ($Beta = 0.432$) คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล ($Beta = 0.552$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ได้ร้อยละ 58.90 ($Adjusted R^2 = 0.589$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หัตถ์แปรทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ($n=54$ คน)

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	1.054	.185	2.236	.054
อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย	-.340	-.260	-2.369	.022*
การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยตามองค์ประกอบต่างๆ	.440	.432	4.225	<.001*
คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.543	.552	5.119	<.001*

* $P - value < 0.05$, Constant = 65.46, $Adjusted R^2 = 0.589$, $R^2 = 0.648$

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p > .05$) อธิบายได้ว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากหรือน้อยไม่ส่งผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ อาจมีอาการเจ็บป่วยที่รบกวนต่อการรับรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย หากผู้ป่วยยังมียาอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะทำให้ขาดความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องให้พยาบาลเพื่อบรรเทาอาการก่อน ประกอบกับ ผู้ป่วยกระดูกหักส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกทำให้ต้องปรับตัวเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งระหว่างพักฟื้นรอจำหน่ายอาจยังมียาอาการเจ็บป่วยจากแผลผ่าตัดจึงยังไม่พร้อมในการเข้ารับการเตรียมความพร้อมจำหน่าย อีกทั้งนโยบายลดจำนวนวันนอนทำให้ผู้ป่วยบางรายยังได้รับการเตรียมความพร้อมไม่สมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss & Piacentine (2006) พบว่า ผู้ป่วยมักถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษาที่พิจารณาจากความคงที่ของอาการทางกายและการประเมินความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความจำเป็นต้องลดอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pendleton et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการทุเลาจะเป็นการระบายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation center) ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามนโยบายในระบบสุขภาพ ดังนั้นเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่หลากหลายทั้งภายในและภายนอกบุคคลที่กระทบต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลแต่ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($r_{pb} = -.375, p < .05$) อธิบายได้ว่า ถ้ามีอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย น้อย ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูง ทั้งนี้เนื่องจากอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่

ผู้ป่วยให้อธิบายการเจ็บป่วยและจำนวนอาการในมุมมองของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละอาการ และเชื่อว่าอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยน้อย เฉลี่ย 4.48 อาการจากทั้งหมด 16 อาการ และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง ($M=155.94$) ซึ่งภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังคงต้องเผชิญกับอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 83.3 แม้จะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดก็ยังคงรับรู้ว่าการปวดนั้นจะหมุนเวียนเปลี่ยนไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ซึ่งส่งผลให้ไม่มีแรง/หมดแรง ร้อยละ 46.3 ขาชา ร้อยละ 59.3 เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ร้อยละ 38.9 นอนหลับยาก ร้อยละ 33.3 นอกจากนี้การที่จะต้องอยู่กับภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเป็นเวลาหลายเดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรักษาที่ได้รับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้ ซึ่งตนเองไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยได้เลย จึงส่งผลให้การรับรู้อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของทิพวัลย์ พรหมณน้อย, สุพร ดนัยคุชฎีกุล และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์ (2565) พบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งทำให้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยหรืออาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงควรสร้างแรงจูงใจในการรักษาโรคร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษาซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากขึ้น

การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.578, p < .001$) อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการรุนแรงจะมีความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยลง เห็นได้จากภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วกลุ่มตัวอย่างยังคงต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเป็นเวลาหลายเดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ที่ได้รับ จนเกิดความวิตกกังวล ความกลัวว่าจะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับมาเหมือนเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของทิพวัลย์ พรหมณน้อย, สุพร ดนัยคุชฎีกุล และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์ (2565) พบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งทำให้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษาที่จะส่งผลให้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงและสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .783, p < .001$) หมายถึง หากการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงตามไปด้วย อธิบายได้ว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการบำบัดทางการพยาบาล ที่พยาบาล

เข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น (Meleis et al., 2000) ซึ่งการสอนแบบกลไกหลักที่พยาบาลใช้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน (Titler & Pettit, 1995) เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนโดยการสอนที่มีคุณภาพจะประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ (Weiss & Piacentine, 2007) คือ 1) ดานเนื้อหาการสอน เป็นการให้ความรู้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งการให้ความรู้ที่พอเพียงแก่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของตนเองและช่วยลดความเสี่ยงในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเพื่อกลับสู่สภาวะปกติอย่างสมบูรณ์ และ 2) ดานวิธีการสอน เป็นทักษะของพยาบาลในการถ่ายทอดความรู้และฝึกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน ซึ่งประสบการณ์และเทคนิคในการสอนของพยาบาลมีส่วนสำคัญในการเรียนรู้ของผู้ป่วย พยาบาลควรให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ควรให้มากเกินไปจนเกิดความจำเริญ รวมทั้งควรมีการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยหลังการสอน เพื่อสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bobay, Jerofke, Weiss & Yakusheva (2010) ที่พบว่า วิธีการสอนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าเนื้อหาที่ได้รับ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่าย และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) ที่กล่าวว่าการเตรียมความพร้อม และความรู้ที่ดีจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความเชื่อมั่นและสามารถจัดการกับสถานการณ์เปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปด้วยดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์, ณัฐธยาน์ สุวรรณคงหาสน์ (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .524, p < .01$; $r = .432, p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของของนางลักษณ์ อินตา, ขวัญหทัย กัณฑ์โรจน์ และพรพรรณ ดาศรี (2561) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .58, p < .001$) และสอดคล้องกับจิตตวดี เจริญทอง และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2564) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .577, p < .01$) (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายรายด้านกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่าด้านทักษะการ สอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความพร้อม ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = .619, p < .01$)

ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรจำนวน 3 ตัวแปร สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($Beta = -.26, p\text{-value} < 0.05, Beta = .432, < 0.001$ และ $Beta = .552, < 0.001$ ตามลำดับ) และสมการสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้ ร้อยละ 58.90 โดยคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอำนาจพยากรณ์สูงสุด ($Beta = .552$) ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Weiss et al., (2007); Weiss & Lokken, 2009) โดย Weiss et al. (2007) พบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ปริมาณเนื้อหาที่ได้รับและทักษะของพยาบาลในการสอน) และการประสานงานการดูแลสามารถทำนายความพร้อมในการออกจากโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 51 สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss & Lokken (2009) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่าย จากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดและทารกมีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้เป็นมารดาครั้งแรกได้ ร้อยละ 38 และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ อินตา, ขวัญหทัย กัณหาโรจน์ และพรพรรณ ดาศรี (2561) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายและการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย เป็นปัจจัยที่ทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .46, p < .001; Beta = .20, p < .05$ ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 36.4

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการสอนของตนเองรวมทั้งประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยภายหลังจากได้รับข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตน
2. เป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้ด้านวิชาการแก่พยาบาลในเรื่องการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
3. เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในตลอดจนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้ออื่น ๆ
2. การศึกษาความเพียงพอของความรู้และทักษะที่ได้รับต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2560. จังหวัดนนทบุรี.
- จิตตวดี เจริญทอง, และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *พยาบาลสาร*, 48(3), 214-225.
- ทิพวัลย์ พรหมมณีน้อย สุพร ดนัยคุชฎีกุล และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์. (2565). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดตรยางค์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 179 -187.
- จิราวรรณ เชื้อตาเล้ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัด. ใน อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, จิราวรรณ เชื้อตาเล้ง, ณัฐมา ทองธีรธรรม. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส.
- นงลักษณ์ อินตา, ขวัญหทัย กัณโตะโรจน์, และ พรพรรณ ดาศรี. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 52-61.
- รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์, และ ณัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 47(2), 274-285.
- วิลารวรรณ พุทธรักษ์ . (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2021/04/vachira-2021-04-09_22-07-29_286990.pdf
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันใน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภา หมูศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา
- แสงเดือน กันทะขู้. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Berg K, Tdval E, Nilsson U, & Unosson M. (2011). Postoperative recovery after different orthopedic day surgical proocedures. *International journal of orthopedic and trauma nursing*. 15.

- Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing, 31*(3), 178-187.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). Pearson: New York.
- Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Social Distress and the Homeless, 5*(1), 11-38.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Schumacher, K.. (2000). *Experiencing transition:an emerging middle-range theory*. Advance in Nursing Science, 23(1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J. et al. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1-16.
- Ouellet, L. L., Hodgins, P.S., Knorr, S., &Geldart, G.. (2003). Postdischarge telephone follow-up For orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing, 7*, 87- 93.
- Pendleton, A. M., Canada, L. K., & Guerrero – Bejarano, M.. (2007). *Factors affecting length of stay after isolated femoral shaft fractures*. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care, 62(3), 697-700.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). *Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review*. Patient Education and Counseling, 61, 5-15.
- Titler, M. G., & Pettit, D. M. (1995). Discharge readiness assessment. *Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(4), 64–74.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M.. (2004). *Length of stay after vaginal birth : sociodemographic and readiness-for-discharge factors*.
[http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context= nursing_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=nursing_fac)
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S.,...& Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist, 21*(1), 31-42.
- Weiss, M. E. & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38*(4), 406 -417.