

ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล สู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการรักษา

พวงผกา มั่นหมาย¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุภาพ อาวีเอื้อ² Ph.D. (Nursing), พย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
อดิศักดิ์ นารธนระรุ้ง³ พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)
สรณ สุภัทรพันธุ์⁴ พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)

บทคัดย่อ : การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยโรคกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการรักษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามแห่งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง โปรแกรมได้แก่ 1) แผนจำหน่ายกลับบ้าน 2) การประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งของการมองโลกฉบับย่อ แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ความพึงพอใจในการจัดการความปวด พิสัยการงอของข้อ ความปวด การติดเชื้อแผลผ่าตัด และความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ฟริตแมนและวิลคอกสัน ไซน์ แรงค์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง ผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านสูงขึ้น ($Z=-2.803, p<.05$) ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน เพิ่มขึ้น ($Z=-2.041, p<.05$) พิสัยการงอของข้อหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน มากกว่าในวันจำหน่ายกลับบ้าน ($Z=-2.388, p<.05$) ไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูงทุกช่วงของการประเมิน แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โปรแกรมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิก จึงควรนำไปขยายการศึกษาผลของโปรแกรมในบริบทอื่นที่ประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(2): 58-81

คำสำคัญ: โรคกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การผ่าตัดโรคกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

¹ผู้เข้าฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล : Corresponding author, Email: suparb.are@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาการศึกษาคลินิกชั้นสูง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 15 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 11 ตุลาคม 2565

Feasibility of the Implementation of Transitional Care Program in Patients with Musculoskeletal Tumor Undergoing Surgery

Poungpaka Monmai¹ MNS. (Adult Nursing)

Suparb Aree-Ue², Ph.D. (Nursing), Dip. APMSN

Adisak Nartthanarung³, M.D., Dip. (Orthopaedics)

Saran Subhadrabandhu⁴, M.D., Dip. (Orthopaedics)

Abstract: The purpose of this quasi-experimental study (one-group pre-and post-test design) was to examine the feasibility of a transitional care program in patients with musculoskeletal tumors undergoing surgery. A sample of 10 patients with musculoskeletal tumors was purposely selected from three orthopedic wards at a super-tertiary hospital. The program consisted of 1) discharge planning, and 2) collaboration and coordinating care among multidisciplinary teams, families, and patients. Data were collected by using demographic records, the senses of coherence scale, the readiness for hospital discharge questionnaire, the satisfaction with nursing care questionnaire, the satisfaction with pain management measure, a range of motion (ROM) record form, a pain assessment scale, a surgical site infection record form, and a feasibility of the program implementation questionnaire. Statistical analyses were performed using descriptive statistics, the Friedman test, and the Wilcoxon signed-rank test. Findings demonstrated that the program was feasible with a high score for implementation. Measuring the effectiveness of the program on patient outcomes found that the readiness for hospital discharge score at discharge was significantly increased compared to before discharge ($Z=-2.803$, $p < .05$). Similar findings were also observed for the satisfaction with nursing care at one-month post-discharge ($Z=-2.041$, $p < .05$). ROM at one-month post discharge significantly increased when compared to the day of discharge ($Z= -2.388$, $p < .05$), and no surgical site infection was found. No significant differences were identified in the sense of coherence measure over time although it was at a high level. The transitional care program is feasible to implement in clinical settings, it should be therefore disseminated to other settings with a large population.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(2): 58-81

Keywords: Musculoskeletal Tumor, Transitional Care Program, Musculoskeletal Tumor Surgery

¹Diplomate Candidate, Board Certified Training Program in Adult-Gerontological Nursing (Bone tumor), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Corresponding author, Email: suparb.aree@mahidol.ac.th

³Associate Professor, School of Advanced Clinical Education, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

⁴Assistant Professor, Department of Orthopaedic, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received July 15, 2022; Revised October 9, 2022; Accepted October 11, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (musculoskeletal tumor) กำเนิดมาจากเซลล์มีเซนไคม์ (mesenchymal cell) ซึ่งมีทั้งมะเร็งกระดูก (bone sarcoma) และมะเร็งเนื้อเยื่ออ่อนหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (soft tissue sarcoma) หลักการรักษา การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลัก โดยใช้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นการรักษาร่วมสำหรับการผ่าตัดมีทั้งการตัดอวัยวะที่เป็นโรคมะเร็ง (amputation) ร่วมกับการผ่าตัดเอากระดูกที่มีเนื้องอกออกให้หมดแล้วใส่กระดูกเทียมหรือข้อเทียมแทน (limb salvage) และการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมดอย่างเดียว (wide excision) และอาจร่วมกับการตัดต่อเส้นเลือด เส้นประสาท มีความซับซ้อนในการรักษาและมีอาการปวดบวมของเนื้อเยื่อเป็นระยะเวลานาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและในข้อเทียม เสี่ยงเกิดข้อติดในผู้ที่ผ่าตัดใส่ข้อเทียมและข้อติดบริเวณข้อเหนือบริเวณที่ผ่าตัดได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษายาวนาน ใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาได้สูงส่งผลให้เกิดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้มากขึ้น¹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างครอบคลุมและมีการเริ่มกายภาพบำบัดที่เร็วและต่อเนื่อง ซึ่งความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้ไม่จำกัดเฉพาะแต่ในโรงพยาบาลเท่านั้น การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งดำเนินชีวิตที่บ้านมีความสำคัญ ผู้ป่วยจึงควรมีความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียด คิดในทางบวก และปรับตัวได้ดี สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ สามารถ

ใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติและมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ

จากกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ที่ต้องการ สิ่งสำคัญที่ช่วยคือการบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics) ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการประสานงานในการดูแล (coordinating)² จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าวิธีการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูง สามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 39 และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายในระดับปานกลาง³ ดังนั้นควรมีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับสหสาขาวิชาชีพในการให้ข้อมูลและการดูแลก่อนจำหน่ายโดยพยาบาล โดยการประสานกับหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ และผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลให้มีความต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ว่าเมื่อกลับไปบ้านหากต้องการความช่วยเหลือก็สามารถได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพได้อย่างรวดเร็วทำให้เกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าการวางแผนการจำหน่าย (discharge plan) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยออโรปติกส์และช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย⁴ นอกจากนั้นยังพบว่ามีแนวทางในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน (Care Transitions from Hospital

to Home: IDEAL Discharge Planning)⁵ โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีแผนการจัดการตั้งแต่วันแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ระยะหลังผ่าตัดและติดตามทุก ๆ วันที่นอนในโรงพยาบาล ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และวันจำหน่ายกลับบ้าน โดยเน้นคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีวิธีการสอนโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การสอนทีละน้อย สอนซ้ำ และให้ผู้ป่วยสะท้อนกลับเพื่อทบทวน มีการประสานการดูแลในทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้บริการติดตามที่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย มีบริการโทรปรึกษาได้หากมีปัญหาหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ผลของโปรแกรمدังกล่าวพบว่าสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้⁵ ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัดได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในวันแรกที่มานอนโรงพยาบาล และพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านสอนการปฏิบัติตัวเมื่อเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน จากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลรามธิบดี ในปี พ.ศ. 2554-2559 พบว่ามีการติดเชื้อ ร้อยละ 25 ข้อเทียมหลวม ร้อยละ 37.5 และข้อติด ร้อยละ 37.5 ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องมาผ่าตัดแก้ไขอีกครั้งและบางรายยังมีความปวดหลังจำหน่ายกลับบ้านที่ต้องการการประสานดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งมีบทบาทในการให้การพยาบาล ให้คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จึงได้พัฒนาและทดสอบความเป็น

ไปได้ของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลังผ่าตัด โดยพัฒนาจากการบูรณาการแนวทางในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านและแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน (Care Transitions from Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning) ร่วมกับการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพและการประสานงานส่งต่อข้อมูลในทีมการดูแล (coordinating care team) มาใช้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ โดยบูรณาการการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นระบบการดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth) สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในยุคดิจิทัล โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทหลักในการดูแลและประสานการดูแล ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงไม่ว่าด้วยบทบาทอิสระ หรือร่วมกับสหสาขาวิชาชีพส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ⁶ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ความปวดข้อติด ประเมินจากพิสัยการงอของข้อ การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด โดยส่งเสริมให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ระดับสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดในทางบวก และปรับตัวได้ดี สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ และมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย-หญิง ออร์โธปิดิกส์พิเศษ และกึ่งวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้แก่ 1) คะแนนการยอมรับได้ของกลุ่มตัวอย่าง และทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) การคงอยู่ในโปรแกรม

2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยเปรียบเทียบ

2.1) ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมฯ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

2.2) ความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และวันจำหน่ายกลับบ้าน

2.3) ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับความพึงพอใจในการจัดการความปวด ความปวด พิสัยการงอข้อ และ การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

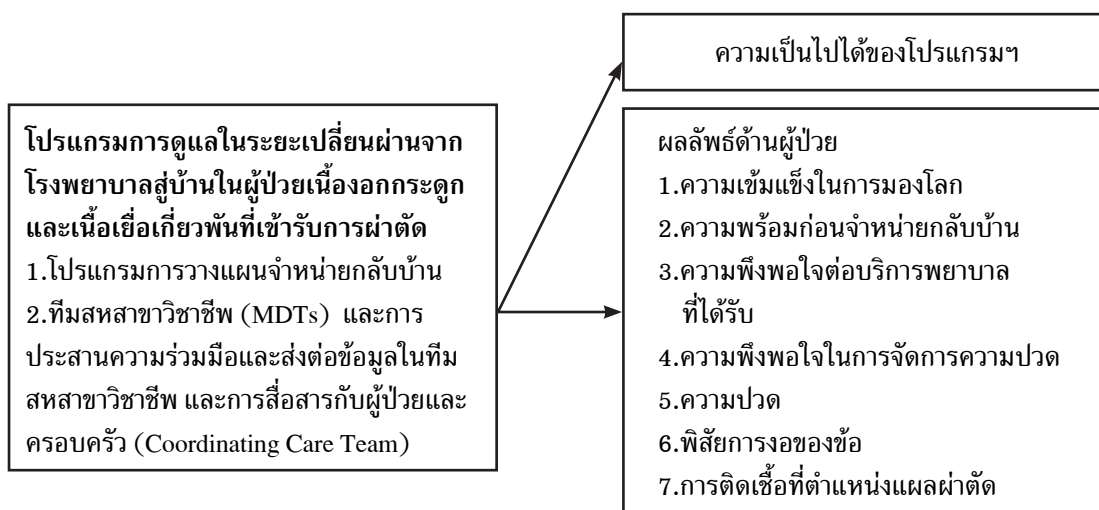
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000)⁷ มาเป็นแนวทางในการศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลังผ่าตัด แบบจำลองทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กล่าวถึง การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการเคลื่อนหรือผ่านจากภาวะปกติ (being healthy) ไปสู่การเจ็บป่วย และผ่านไปสู่ภาวะภายหลังการเจ็บป่วย

กลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งแต่ละระยะการเปลี่ยนผ่านจะมีการเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กันตลอด การเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition) ได้แก่ ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน โดยมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) ประกอบด้วย เงื่อนไขส่วนบุคคล ชุมชน และสังคม ทั้งที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน โดยมีรูปแบบของการตอบสนอง (pattern of response) ได้แก่ ตัวบ่งชี้ในกระบวนการ (process Indicator) ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (outcome indicators) เป็นการประเมินผลของกระบวนการที่ดำเนินไปเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การมีความสามารถ (mastery) การเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จ บุคคลจะมีความสามารถทั้งทักษะ และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ และหลอมรวมเป็นอัตลักษณ์ (fluid integrative identities) เป็นการเปลี่ยนแปลงตนเองขึ้นมาใหม่ ดังนั้นจึงต้องมีการบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยบทบาทพยาบาลเริ่มต้นตั้งแต่ การประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประเมินปัจจัยส่วนบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเป็นพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน การออกแบบโปรแกรม การจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ได้ง่ายขึ้นและประสบความสำเร็จและต้องมีการประสานงานในการดูแลที่ดีด้วย² โดยมีการสอนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะกลุ่มโรค ที่รับทราบข้อมูลการดูแล

ตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อประสานส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพและกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องมีคุณภาพ และใช้วิธีการสอนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การสอนที่ละน้อยสอนซ้ำ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนกลับเพื่อทบทวนเป็นระยะ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลังผ่าตัด ประกอบด้วย โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

(discharge planning program) โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team: MDTs) มีการประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (coordinating care team) โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ ส่งผลให้โปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one-group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ที่มีอายุตั้งแต่ 13-69 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย-หญิง ออร์โธปิดิกส์พิเศษ และกึ่งวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามธิบดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ (1) อายุ 13-69 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกระดูกทั้งชนิดปฐมภูมิ (เนื้องอกที่มีต้นกำเนิดมาจากกระดูกในตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ) เช่น Osteosarcoma, Chondrosarcoma, Clear cell chondrosarcoma, Ewing's sarcoma, Fibrous dysplasia, Giant cell tumor of bone และชนิดทุติยภูมิ (เนื้องอกที่มีต้นกำเนิดจากอวัยวะอื่น โดยไม่ได้เกิดจากกระดูกที่มีรอยโรค เช่น Metastatic bone tumor เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

เต้านม มะเร็งปอด มะเร็งไทรอยด์ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ มายังกระดูก) ในส่วนของรยางค์ แขน ขา สะโพก หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น เนื้องอกเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ในส่วนของรยางค์ แขน ขา สะโพก เช่น Aggressive fibromatosis, Lipoma, Pleomorphic sarcoma, Synovial sarcoma, Liposarcoma, Fibrosarcoma, Rhabdomyosarcoma, (3) ได้รับการผ่าตัดอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ เข้ารับการผ่าตัดใส่ข้อเทียมหรือเนื้องอกเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด wide excision deep mass ขนาดใหญ่หรือ Marginal excision deep mass หรือที่ต้องทำ Flap graft หรือตัดต่อเส้นเลือด / เส้นประสาท ร่วมด้วย หรือผ่าตัดมากกว่า 6 ซม. หรือเข้ารับการผ่าตัด Amputation, Hemipelvectomy, Scapulectomy & Fore Quarter shoulder (4) การรู้จัก เข้าใจและสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน ภาษาไทยได้ (5) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย (6) ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง/ ผู้ดูแล ที่จะร่วมการวิจัย และ (7) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกกระดูกเนื้อเยื่อเกี่ยวพันซึ่งเป็นกลุ่มที่พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 0.2 ของเนื้องอกทั้งหมด^๕ และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ซึ่งไม่มีข้อกำหนดในการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10 ราย หรือผู้ป่วยทุกรายที่คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาในช่วงระยะเวลาเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ขนาดก้อนเนื้องอก การได้รับเคมีบำบัด หรือฉายแสง ชนิดการผ่าตัด และข้อเทียมยาแก้ปวดที่ได้รับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สิทธิการรักษา ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ลักษณะที่อยู่อาศัย การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน

1.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด ประเมินโดยผู้ป่วยหรือญาติ (กรณีผู้ป่วยเด็กต่ำกว่า 18 ปี) สร้างโดยผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมฯ ที่ศึกษา ได้แก่ 1) การยอมรับในโปรแกรมฯ ประเมินจากคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 74-100 คะแนนสูง 47-73 คะแนนปานกลาง 20-46 คะแนนต่ำ และมีคำถามปลายเปิดให้ระบุ ปัญหาและอุปสรรค 2) การคงอยู่ในโปรแกรมฯ ประเมินจากอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI = 0.99) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .73

1.3 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด ประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สร้างโดยผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมมาที่ศึกษา โดยการยอมรับในโปรแกรมฯ ประเมินจากคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 67-90 คะแนนสูง 43-66 คะแนนปานกลาง 18-42 คะแนนต่ำ และมีคำถามปลายเปิดให้ระบุ ปัญหาและอุปสรรค ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI = 0.97) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

1.4 แบบวัดความเข้มแข็งของการมองโลกฉบับย่อ (SOC-13) สร้างโดย แอน โทนอนอฟสกี (Antonovsky)⁹ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการมองชีวิต แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532)¹⁰ แบบสอบถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ โดยแบ่งระดับความเข้มแข็งในการ

มองโลกเป็น 3 ระดับ แบบวัดนี้รายงานความเชื่อมั่นฉบับภาษาไทยด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .90¹¹

1.5 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล แบบวัดการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล (The Readiness for Hospital Discharge Scale: RHDS) ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551)¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 แบ่งระดับการรับรู้ เป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง สูง ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.82 ในผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์¹³

1.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล พัฒนาจากกรอบแนวคิดของแมคแดเนียลและจากการทบทวนวรรณกรรมโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนูเจริญกุล¹⁴ แบบสอบถามมี 15 ข้อ มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) ความห่วงใยเอื้ออาทร (2) การเข้าถึงบริการ (3) ความสามารถเชิงวิชาชีพ คำถามเป็นแบบสเกลประเมิน 5 ระดับ จากความพึงพอใจน้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) และรายงานความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.94¹⁴

1.7 แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) ให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยมีสเกลวัด ตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด¹⁵

1.8 แบบวัดความพึงพอใจในการจัดการความปวด สร้างโดยผู้วิจัย แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยให้คะแนนความพึงพอใจด้วยตนเอง โดยมีสเกลวัด ตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับสูง

**ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด**

1.9 เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (Goniometer) เป็นเครื่องมือใช้ในการวัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ มีหน่วยวัดเป็นองศา มีขนาด 0-360 องศา การวัดผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ซึ่งได้แก่ พยาบาลผู้วิจัย (ซึ่งได้ฝึกการวัดต้องศาการเคลื่อนไหวของข้อ กับแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่เชี่ยวชาญในการวัดต้องศาการเอวของข้อ) กับแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ด้วย Pearson correlation coefficient ได้ค่า r เท่ากับ 1

1.10 แบบประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดจากการวินิจฉัยของแพทย์ที่บันทึกลงในเวชระเบียน

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวทางในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน (Care Transitions from Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning) ซึ่งพัฒนาโดย The U.S. Department of Health and Human Services' Agency for Healthcare Research and Quality⁵ ร่วมกับการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) และการประสานงานส่งต่อข้อมูลในทีมการดูแล (coordinating care team) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ (1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advance practice nurse : APN) (2) การประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และคู่มือการ

จัดการความปวด คู่มือการดูแลแผลผ่าตัด คู่มือการเตรียมและปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน (ซึ่งรวมเป็นเล่มเดียวเพื่อสะดวกกับผู้ป่วยและผู้ดูแล) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย และวิดีโอตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสบการณ์ด้านบวก ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมดังนี้ (1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance practice nurse : APN) ลักษณะโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ สอน ฝึกทักษะ สาธิต ให้ประสบการณ์ผ่านวิดีโอตัวอย่างผู้ป่วย ให้คำปรึกษา และรับปรึกษา ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและทุก ๆ วันที่นอนโรงพยาบาล ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และวันจำหน่ายกลับบ้าน ตามบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (2) การประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นวิธีการที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพ และระหว่างวิชาชีพ และในทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ หน่วยเนื้องอกกระดูก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลเยี่ยมบ้าน เกสเซอร์คลินิก สังคมสงเคราะห์) รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่ช่วยให้แผนการดูแลมีความถูกต้องต่อเนื่อง และมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย เพื่อช่วยให้แผนการดูแลมีความต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและทุก ๆ วันที่นอนโรงพยาบาล ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน วันจำหน่ายกลับบ้าน และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

ระยะเวลา	โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้วิจัยในฐานะ APN	การประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลใน ทีมสหสาขาวิชาชีพและการสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัว โดยผู้วิจัยในฐานะ APN
ก่อนผ่าตัด หรือ วันแรกที่นอน โรงพยาบาล	1. ค้นหาผู้ดูแลหลัก ประเมินปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคม หาแนวทางช่วยเหลือ 2. ให้ผู้ป่วยและญาติเขียนคำถาม ความกังวลใจ ในกระดาษที่เตรียมไว้ให้ ได้ทุกวัน 3. อธิบายเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัด 4. ดูวิดีโอ ตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จ หลังผ่าตัดรักษา เพื่อเพิ่มประสบการณ์ด้านบวก	1. APN เขียนแผนการการดูแล และการประเมิน ผู้ป่วยและครอบครัว ใน Physician & Nurse progress note 2. แพทย์เขียนแผนการรักษา และการประเมิน ผู้ป่วยลงใน Physician & Nurse progress note 3. เกสัชกร บันทึกการทบทวนยา 4. พยาบาลเจ้าของไข้ ส่งปรึกษาพยาบาล เยี่ยมบ้าน ผ่านทางคอมพิวเตอร์ทุกราย 5. APN พิจารณาปรึกษาสังคมสงเคราะห์เมื่อมี ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
หลังผ่าตัด และทุกวัน ที่นอน โรงพยาบาล	1. ให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการรักษาที่ ได้รับในแต่ละวัน 2. ทบทวนยาแต่ละตัว หรือปรับเปลี่ยนใน แต่ละวัน 3. สอน สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกทักษะและสาธิต กลับ การจัดการความปวด การดูแลแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมการหายของ แผล และกระตุ้นการท่ายภาพบำบัด โดยการ สอนที่เข้าใจง่ายทำซ้ำทุกวัน ตามแผนการรักษา 4. ประสานการดูแลกับแพทย์เจ้าของไข้ และ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อทบทวนและให้คำ แนะนำการฝึกกายภาพบำบัดตามแผนการ รักษาที่เหมาะสมในแต่ละระยะเวลาของคนไข้ แต่ละคน	1. เกสัชกร สรุปรายการทบทวนยาหลังผ่าตัด และ อธิบายยาที่เพิ่มหรือลดให้กับผู้ป่วย เมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง 2. แพทย์ APN พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาล เยี่ยมบ้าน และสังคมสงเคราะห์ เขียนแผนการ ดูแล และติดตามผู้ป่วยใน Physician & Nurse progress note 3. ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่ม หรือผ่านโทรศัพท์ หรือโดยตรง เมื่อมี ปัญหาการดูแล 4. APN นำทีมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมวางแผน การดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาล เยี่ยมบ้าน เกสัชกร และสังคมสงเคราะห์ APN ติดตามการเขียนคำถามประสานให้คำตอบ และ ให้การช่วยเหลือ

ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด

ตารางที่ 1 โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุกและเนื้อเยื่อ
เกี่ยวพัน (ต่อ)

ระยะเวลา	โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้วิจัยในฐานะ APN	การประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลใน ทีมสหสาขาวิชาชีพและการสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัว โดยผู้วิจัยในฐานะ APN
2 วันก่อน จำหน่ายกลับ บ้าน	1. ทบทวนและให้ผู้ป่วยและครอบครัวสาธิตกลับ ในการจัดการความปวด การดูแลแผลผ่าตัด การ ป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมการหายใจของแผล การถ่ายภาพกายภาพบำบัด กิจกรรมที่สามารถทำได้ อย่างปลอดภัย และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง พร้อมคู่มือในการดูแล 2. สอน ทบทวน ประเมินความพร้อมและการ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วย และให้คู่มือ 3. ให้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย และ สอนวิธีการใช้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ APN และพยาบาล เยี่ยมบ้าน ยาที่ใช้ในปัจจุบัน กิจกรรมที่ควรทำ และที่ควรหลีกเลี่ยง อาการผิดปกติที่ควรรับมา พบแพทย์ก่อนนัด	1. ประชุมร่วมกับญาติ (Family meeting) นำ โดย APN ร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาล เยี่ยมบ้าน สังคมสงเคราะห์ และสรุปแผนการ ดูแลร่วมกัน 2. แพทย์ APN พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาล เยี่ยมบ้าน และสังคมสงเคราะห์ เขียนแผนการ ดูแล และติดตามผู้ป่วยใน Physician & Nurse progress note 3. ใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว เป็นการ สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมการดูแล 4. APN ประสานทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ติดตาม เยี่ยมภายใน 3 วันหลังจำหน่ายกลับบ้าน ในผู้ ป่วยที่อยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล และติดต่อ สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ไปเยี่ยมในกรณีมี ปัญหาการดูแลภายใน 3 วันหลังจำหน่ายกลับ บ้าน กรณีผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัด
วันจำหน่าย กลับบ้าน	1. ทบทวนยาและการใช้ยา ให้บัตรนัด และกาย อุปกรณ์ ทบทวนการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ประจำตัวผู้ป่วย	1. เภสัชกร สรุปการทบทวนยาและอธิบายการ รับประทานยา และผลข้างเคียง 2. สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือในรายที่มีปัญหาค่า ใช้จ่าย หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่ง ประโยชน์

ตารางที่ 1 โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (ต่อ)

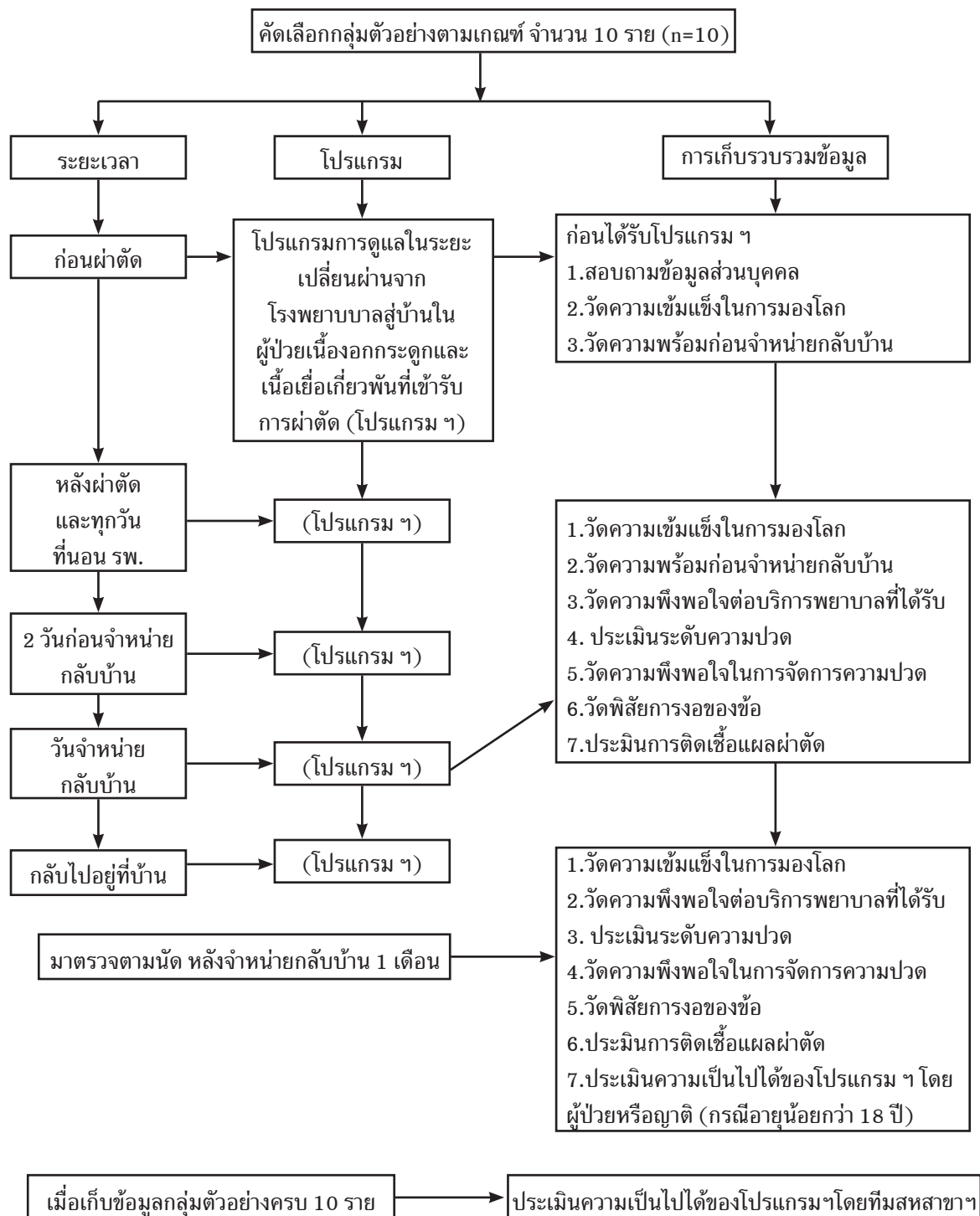
ระยะเวลา	โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้วิจัยในฐานะ APN	การประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้วิจัยในฐานะ APN
เมื่อกลับไป อยู่ที่บ้าน	-	1. พยาบาลเยี่ยมบ้าน เยี่ยมบ้านตามแผนและติดต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่างจังหวัดที่มีปัญหาการดูแลและบันทึกการเยี่ยมบ้านลงในแบบสรุปการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลให้ APN 2. APN โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยทุกอาทิตย์ จนครบ 4 อาทิตย์ โดยติดตามอาการ ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือ ผ่านทางโทรศัพท์ หรือส่งทีมเยี่ยมบ้านซ้ำหากมีความจำเป็น 3. ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่ม หรือทางโทรศัพท์ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วย 4. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน (เป็นการนัดตรวจติดตามอาการตามปกติหลังผ่าตัด หลังตัดไหมแล้ว)

วิธีการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ดำเนินการไปตามระยะเวลา 5 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนผ่าตัดหรือวันแรกที่นอนโรงพยาบาล (2) หลังผ่าตัดและทุก ๆ วันที่นอนโรงพยาบาล (3) ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (4) วันจำหน่ายกลับบ้าน (5) ระยะกลับไปอยู่บ้าน และเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมฯ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน

1 เดือน 2) ความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และวันจำหน่ายกลับบ้าน 3) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจในการจัดการความปวด ความปวด พิสัยการงอของข้อ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ในระยะ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน และ ประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยผู้ป่วย หรือญาติ (กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี) หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน และเมื่อเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 10 ราย จึงประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบอนุญาต MURA2018/499, MURA2019/692 และ MURA2019/636 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ สามารถถอนจากการวิจัยได้และจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาจากทางโรงพยาบาล ข้อมูลจะไม่เปิดเผยถึงตัวตนผู้เข้าร่วมวิจัย จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติบรรยายหาจำนวน และร้อยละ 2) ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วย หรือญาติในกรณีผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติบรรยาย หาร้อยละ และค่าเฉลี่ย ค่าถามปลายเปิดที่ระบุปัญหา และอุปสรรคในการใช้โปรแกรม ใช้วิธีการสรุปหมวดหมู่ของคำตอบ 3) เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยด้วยสถิติการทดสอบของฟริดแมน (Friedman test) 4) เปรียบเทียบความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านด้วยสถิติการทดสอบของวิลคอกสัน ไซน์ แรงค์ (Wilcoxon sign Rank test) 5) เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจในการจัดการความปวด ความปวด พิสัยการขอของข้อ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ด้วยสถิติการทดสอบของวิลคอกสัน ไซน์ แรงค์ (Wilcoxon sign Rank test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีทั้งหมด 10 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ไม่มีรายใดถูกคัดออกขณะศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 70) อายุในช่วงอายุ 15-61 ปี อายุเฉลี่ย 42.5 ปี (SD = 18.58) การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี 4 ราย (ร้อยละ 40) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน 6 ราย (ร้อยละ 60) มะเร็งกระดูก 3 ราย (ร้อยละ 30) มะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูก 1 ราย (ร้อยละ 10) ส่วนใหญ่ขนาดของก้อนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เซนติเมตร (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนผ่าตัด 8 ราย (ร้อยละ 80) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้รับการผ่าตัดที่ได้ขอบเขตที่กว้างพ้นจากบริเวณที่มีเซลล์มะเร็งอยู่และเข้าไปในบริเวณเนื้อเยื่อปกติโดยไม่พบเซลล์มะเร็งจากการตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์ (wide margin) และสามารถเก็บอวัยวะได้ทั้งที่ใส่ข้อเทียม และตัดต่อเส้นเลือด การทำ Flap graft 6 ราย (ร้อยละ 60) ได้รับการตัดแขน 1 ราย (ร้อยละ 10) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยผ่าตัดมาก่อนและมาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมใหม่อีกครั้ง 2 ราย (ร้อยละ 20) ส่วนมะเร็งชนิดอื่นแพร่กระจายมาที่กระดูก ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อเทียม 1 ราย (ร้อยละ 10) ยาแก้ปวดชนิดฉีดที่ได้รับหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็น มอร์ฟิน 7 ราย (ร้อยละ 70) และยาที่ให้ทาง Epidural (ร้อยละ 30) และส่วนใหญ่ได้รับแก้ปวดชนิดรับประทานร่วมด้วยเป็นยา Duocetz ร่วมกับ Lyrica 6 ราย (ร้อยละ 60) ระยะเวลาอนโรพยาบาล 5 วันขึ้นไป อยู่ในช่วง 5-127 วัน จำแนกเป็น 5-15 วัน (ร้อยละ 70) 16-30 วัน (ร้อยละ 20) และ 127 วัน 1 คน (ร้อยละ 10) เฉลี่ย

**ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด**

23.90 วัน (Mode = 5, SD = 37.06) รายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 70) มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพนอกเขตเป็นส่วนใหญ่ 6 ราย (ร้อยละ 60) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง คู่ชีวิต ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเอง (ร้อยละ 80) การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานหรือผู้อื่นส่วนใหญ่จะเป็น อุปกรณ์ สิ่งของ ในการช่วยอำนวยความสะดวกหลังผ่าตัด สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัยหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นหมู่บ้านจัดสรร 4 ราย (ร้อยละ 40) และหมู่บ้าน ชุมชน เทศบาล 4 ราย (ร้อยละ 40)

2. ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

2.1 ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด ประเมินโดยผู้ป่วย หรือญาติ (กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ให้คะแนนที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง (74-100 คะแนน) คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 94-100 คะแนน (mean±SD= 98.30±2.16) การให้คะแนนรายข้ออยู่ในช่วง 4-5 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างคงอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรมทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

2.2 ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมฯ ประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมด 27 ราย ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 3 ราย (ร้อยละ 11.1) พยาบาลในหอผู้ป่วย 17 ราย (ร้อยละ 63) พยาบาลเยี่ยมบ้าน 4 ราย (ร้อยละ 14.8) เภสัชกร 2 (ร้อยละ 7.4) สังคมสงเคราะห์ 1 ราย (ร้อยละ 3.7) ทุกคนให้คะแนนความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง (67-90 คะแนน) 27 ราย (ร้อยละ 100) โดยคะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 68-90 คะแนน (mean ±

SD = 85.00 ± 6.62) การให้คะแนนเป็นรายข้อให้คะแนนอยู่ในช่วง 3-5 คะแนน โดยส่วนใหญ่ให้ 5 คะแนน (ร้อยละ 59.3 – 81.5) ต่ำสุด 3 คะแนน ข้อ 13 มี 4 ราย (ร้อยละ 14.8) คือเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยพยาบาลเยี่ยมบ้านพร้อมกับทีมสหสาขาในทุก ๆ วันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลได้ระบุอุปสรรคเรื่องเวลาที่ไมตรงกันของทีมสหสาขาฯ เสนอแนะให้มีการประชุม 1 ครั้งเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันทำให้ทีมสหสาขาฯ สามารถดูแลผู้ป่วยตามเวลาที่สะดวกและไม่รบกวนผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเดียวกัน ระบุปัญหาการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 3 วันหลังจำหน่ายกลับบ้านอาจมีอุปสรรคในการจัดเวลาเยี่ยมโดยเฉพาะในรายที่อยู่ต่างจังหวัด เสนอแนะให้เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา

2.3 การคงอยู่ในโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 ราย คงอยู่ในโปรแกรมจนสิ้นสุดการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 100

3. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด มีดังนี้

1) ความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูงใน 3 ช่วงเวลาในวันแรกที่มานอนโรงพยาบาล วันจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 70.50 (SD = 8.75), 71.50 (SD = 9.55) และ 72.90 (SD=10.44)) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติฟรีดแมน พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2) ความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ราย

(ร้อยละ 70) และอยู่ในระดับสูง 3 ราย (ร้อยละ 30) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 138.90 คะแนน (SD = 25.55) ในวันจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) มีคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 194.70 คะแนน (SD = 12.20) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ วิสคอกสัน ไชน์ แรงค์ พบว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านมากกว่าในระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) 3) ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับพบว่าคะแนนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด 10 ราย และเมื่อจำแนกความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการดูแลของพยาบาลรายด้าน พบว่าเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ วิสคอกสัน ไชน์ แรงค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับโดยรวมหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน มากกว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ($p < .05$) และคะแนนความพึงพอใจด้านความห่วงใยเอื้ออาทรหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนมากกว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ($p < .05$) ส่วนการเข้าถึงการบริการและความสามารถเชิงวิชาชีพพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 4) ความปวดพบว่าวันจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (mean $\pm$ SD = 2.00 ± 1.56) โดยมีคะแนนความปวด 0 คะแนน 3 ราย (ร้อยละ 30) คะแนนความปวดส่วนใหญ่ในช่วง 1- 3 คะแนน 6 ราย (ร้อยละ 60) ส่วนความ

ปวดหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ปวด (mean $\pm$ SD = 0.80 ± 1.75) โดยมีคะแนนความปวด 0 คะแนน 8 ราย (ร้อยละ 80) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างความปวดในวันจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน โดยใช้สถิติ วิสคอกสัน ไชน์ แรงค์ พบว่าระดับความปวดหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน น้อยกว่าวันจำหน่ายกลับบ้าน และพบว่าในวันจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนคะแนนความปวดมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ($p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4 5) ความพึงพอใจในการจัดการความปวดพบว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับ 10 จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 90) (mean $\pm$ SD = 9.90 ± 3.16) และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ทุกรายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 10 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการจัดการความปวดในวันจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน โดยใช้สถิติ วิสคอกสัน ไชน์ แรงค์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4 6) พิสัยการงอของข้อ พบว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านมีค่าเฉลี่ย 82 องศา (SD = 29.36) และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 102.2 องศา (SD = 27.07) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) โดยพิสัยการงอของข้อของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน 7 ราย (ร้อยละ 70) และเท่าเดิม 3 ราย (ร้อยละ 30) ดังแสดงในตารางที่ 4 การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ไม่พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ทั้ง 10 ราย

ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่ายกลับบ้าน

ตัวแปร	Mean ± SD	N	Z	p
ความพร้อมก่อนจำหน่าย		10	-2.803	.005 *
ก่อนได้รับโปรแกรม (นอน รพ.วันแรก)	138.90 ± 25.55			
หลังได้รับโปรแกรม (วันจำหน่าย)	194.70 ± 12.20			

*p<.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในวันจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

ตัวแปร	Mean ± SD	Z	p
คะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวม		-2.041	.041*
วันจำหน่ายกลับบ้าน	4.84 ± .17		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	5.00 ± .00		
คะแนนความพึงพอใจรายด้าน		-2.041	.041*
ความห่วงใยเอื้ออาทร			
วันจำหน่ายกลับบ้าน	4.80 ± .00		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	5.00 ± .00		
การเข้าถึงการบริการ		-1.890	.059
วันจำหน่ายกลับบ้าน	4.88 ± .17		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	5.00 ± .00		
ความสามารถเชิงวิชาชีพ		-1.414	.157
วันจำหน่ายกลับบ้าน	4.89 ± .22		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	5.00 ± .00		

*p<.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความปวด ความพึงพอใจในการจัดการความปวด พิสัยการงอของข้อของกลุ่มตัวอย่างในวันจำหน่าย และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

ตัวแปร	Mean $\pm$ SD	Z	P
ความปวด		-1.897	.058
วันจำหน่ายกลับบ้าน	2 $\pm$ 1.56		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	.80 $\pm$ 1.75		
ความพึงพอใจในการจัดการความปวด		-1.00	.317
วันจำหน่ายกลับบ้าน	9.90 $\pm$.32		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	10 $\pm$.00		
พิสัยการงอของข้อ		-2.388	.017*
วันจำหน่ายกลับบ้าน	82 $\pm$ 29.36		
หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน	102.20 $\pm$ 27.07		

*p<.05

อภิปรายผลการศึกษา

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ประเมินจากคะแนนความคิดเห็นผู้ป่วย/ญาติและทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการคงอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย ยังคงอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ ร้อยละ 100 และให้คะแนนที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง ร้อยละ 100 ผลการศึกษาสะท้อนถึงผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง สามารถปฏิบัติได้และให้ความร่วมมือในทุกข้อของโปรแกรมฯ ได้ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากการส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและญาติในทุกวันตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและในทุกวันหลัง

ผ่าตัด จนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ ติดตามตอบสนองการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน การประสานความร่วมมือ และส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงจัดสรรทรัพยากรในบ้านและชุมชนทำให้โปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูงเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเช่นเดียวกับความเห็นของทีมสุขภาพที่ทุกคนให้คะแนนความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่ให้ความเห็นด้วยอย่างยิ่งในทุกข้อของโปรแกรมฯ และสามารถร่วมปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ ปฏิบัติได้ง่าย ไม่รบกวนเวลางานที่ทำประจำ และมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เป็นผู้ประสานความร่วมมือและ

*ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดุก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด*

ส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนความเป็นไปได้รายข้อมีคะแนนต่ำสุดในข้อ 13 “การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยพยาบาลเยี่ยมบ้านพร้อมกับทีมสหสาขาฯ ในทุก ๆ วันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล” ทั้งนี้เนื่องจากการมีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่ไม่ตรงกันของทีมสหสาขาฯ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสพัฒนาที่ควรจัดให้มีการประชุมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันโดยทีมสหสาขาฯ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามเวลาที่สะดวกและไม่รบกวนผู้ป่วยบนพื้นฐานการดูแลที่มีเป้าหมายเดียวกัน และอาจพิจารณาติดตามเยี่ยมบ้าน 3 วันหลังจำหน่ายกลับบ้านในรายที่มีปัญหา

สำหรับผลของโปรแกรมมาต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก มีคะแนนในระดับสูงทั้ง 3 ช่วงเวลาคือ ในวันแรกที่มานอนโรงพยาบาล วันจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ซึ่งการมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมี 3 องค์ประกอบ⁹ กล่าวคือ 1) องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ จากการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถจัดลำดับ เข้าใจสิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ 2) องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการ บุคคลรับรู้ว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะช่วยเหลือและจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่รบกวนชีวิต ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไปเพียงพอในการใช้จ่าย ใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพนอกเขตเป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง คู่ชีวิต ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมหลังผ่าตัดได้

การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานหรือผู้อื่นส่วนใหญ่จะเป็น อุปกรณ์ สิ่งของ ในการช่วยอำนวยความสะดวกหลังผ่าตัด มีสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัยหลังผ่าตัด มีเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพคอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่รู้สึกวุ่นวายหรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่น่ากลัว และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ไม่รู้สึกเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่สิ้นสุด และ 3) องค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมายกลุ่มตัวอย่างอาจสามารถมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่ามีความหมาย รู้สึกยินดีที่จะเผชิญหรือจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ซึ่งได้รับจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และการประสานความร่วมมือและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบเป็นลักษณะที่ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงครั้งที่¹⁶ และเนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกสูงในทุกช่วงของการประเมินจึงไม่เห็นความแตกต่างทางสถิติ

ความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมมา ในวันจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 10 ราย มีคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านในระดับสูง ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมา อธิบายได้ด้วยโปรแกรมนี้มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยกับครอบครัวในทุกระยะก่อนจำหน่าย และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพร้อมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรับฟัง

และวางแผนการดูแลผู้ป่วยและทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้านมีเอกสารทบทวนพร้อมการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านได้กล่าวไว้ว่าการประสานการดูแลเป็นการบำบัดทางกายภาพที่ส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง พบว่าการประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพในการให้ข้อมูลและดูแลก่อนจำหน่ายสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .001$)¹⁷ และจากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าคุณภาพการสอน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาและทักษะการสอนก่อนจำหน่ายมีผลในการเพิ่มความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .577, p < .01$)¹⁸

คะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในการศึกษานี้ พบว่าหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน มากกว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีเพียงความพึงพอใจด้านความห่วงใยเอื้ออาทรที่คะแนนหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนมากกว่าในวันจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาสืบค้นให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่ทำงานยึดกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นหลักทำให้เกิดผลลัพธ์ที่

พึงประสงค์สำหรับผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังซับซ้อน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถตอบสนองในสิ่งที่ต้องการได้และสามารถให้คำปรึกษาที่ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทักษะการสอน การชี้แนะ และการจัดการปัญหา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ด้วยตนเองได้และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยได้⁶ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ นอกจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงแล้วยังมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน และพยาบาลประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นทีมการพยาบาลมีผลทำให้ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และสูงขึ้นหลังจากติดตามต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน โดยเฉพาะด้านความห่วงใยเอื้ออาทรสอดคล้องกับการศึกษาผลการสอนแบบทีมการพยาบาลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน พบว่าความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลดีกว่าการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

คะแนนระดับความปวด พบว่า ในวันจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน 6 ราย (ร้อยละ 60) คะแนนความปวดเฉลี่ย 2 คะแนน ($SD = 1.56$) และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดโดยมีคะแนนความปวด 0 คะแนน 8 ราย (ร้อยละ 80) และคะแนนความปวดเฉลี่ย 0.80 คะแนน ($SD = 1.75$) ซึ่งระดับความปวดหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนน้อยกว่าวันจำหน่ายกลับบ้าน แต่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้คะแนนความปวดที่ลดลง อาจเป็นผลจากการควบคุมความปวดด้วยยา

*ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด*

ตามแผนการรักษา และมียาแก้ปวดชนิดรับประทานไปรับประทานต่อที่บ้าน การจัดการความปวดอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การได้รับการสอน สาธิต ฝึกทักษะการดูแลแผลผ่าตัด การส่งเสริมการหายของแผลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เมื่อมีความปวดได้รับการจัดการที่รวดเร็ว และแผลผ่าตัดจะเริ่มการประสานของแผลใน 2-6 อาทิตย์หลังผ่าตัด ส่งผลให้ความปวดลดลง ซึ่งการจัดการความปวดได้ดีจึงส่งผลต่อความพึงพอใจในการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ในวันจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 10 (ร้อยละ 90) คะแนนเฉลี่ย 9.90 คะแนน (SD = .316) และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนอยู่ในระดับ 10 ทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 100) คะแนนเฉลี่ย 10 คะแนน (SD = .00) ความพึงพอใจดังกล่าว อธิบายได้ว่า การพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ตั้งแต่เตรียมพร้อมต่อการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลการจัดการความปวด การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยการประเมินระดับความปวด ฝึกทักษะการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยา การประเมินและการจัดการความปวดซ้ำจากยา การพยาบาลดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันความปวดเรื้อรัง โดยการประเมินซ้ำเมื่อกลับบ้าน และการจัดการความปวดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ร่วมกับการจัดการความปวดโดยแพทย์วิสัญญี และแพทย์ประจำบ้าน ในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลังผ่าตัดเพื่อจัดการความปวดแผลผ่าตัดในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสเกิดความปวดเรื้อรัง ให้ความปวดแผลผ่าตัดลดลง และมีระดับความปวดในวันจำหน่าย

กลับบ้าน มีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน สามารถควบคุมได้ด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน หรือการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาได้ ผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน และส่งผลให้มีความพึงพอใจในการจัดการความปวดในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ระยะก่อนและหลังผ่าตัด การสร้างทักษะในการจัดการความปวด (การจัดการด้านร่างกายดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การผ่อนคลายด้วยการหายใจแบบซาลิก) พบว่าความรุนแรงคะแนนความปวดแผลผ่าตัดใน 24 และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในระดับมากที่สุด²⁰

พิสัยการงอของข้อในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่าพิสัยการงอของข้อหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน มากกว่าในวันจำหน่ายกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแล ให้ความรู้สอน ฝึกทักษะ สาธิต ให้คำปรึกษา และรับปรึกษา ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและทุก ๆ วันที่นอนโรงพยาบาล ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และวันจำหน่ายกลับบ้าน การติดต่อสื่อสาร และประสานความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่ช่วยให้แผนการดูแล มีความถูกต้องต่อเนื่องโดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลกับแพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อทบทวนและให้คำแนะนำการฝึกกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละระยะของ ผู้ป่วยแต่ละคน และวางแผนจำหน่ายเพื่อช่วยให้

แผนการดูแลมีความต่อเนื่องทุกระยะของการดูแล และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือการติดตามเยี่ยม บ้านเพื่อกระตุ้นเสริมพลังให้ผู้ป่วยฝึกบริหารและ งอข้อได้อย่างต่อเนื่อง ถ้ามีอาการปวดได้รับการแก้ไข และบรรเทาเพื่อให้ได้ฝึกอย่างต่อเนื่อง ทำให้พิสัยการ งอของข้อเพิ่มขึ้นไม่เกิดภาวะข้อติด สอดคล้องกับผล การศึกษาที่ผ่านพบว่า การมีญาติผู้ดูแล และบุคลากร ทางสุขภาพเป็นผู้สนับสนุน ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ห่วงใย ด้านการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ด้านการให้ ข้อมูล การให้คำปรึกษา การชี้แนะ ด้านการสนับสนุน ให้ประเมินตนเอง การสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดความ มั่นใจในการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ ช่วยให้พิสัยการ งอของข้อเพิ่มขึ้น²¹

สำหรับการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อหลัง ผ่าตัดตลอดช่วงของการประเมิน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ ว่า การวิจัยครั้งนี้ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรการ ป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด (surgical site infection bundles) ของงานป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่าน มาพบว่า เมื่อนำมาตรการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่ง แผลผ่าตัดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกช่วยป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดใน ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกได้²² นอกจากนี้ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่บ้านตามโปรแกรมฯ สอน ฝึกทักษะ สาธิต การดูแลแผลผ่าตัด ให้คำปรึกษา และรับปรึกษา ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและทุก ๆ วันขณะ นอนโรงพยาบาล ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และวันจำหน่ายกลับบ้าน การติดต่อสื่อสาร และ ประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพรวมทั้งผู้ป่วยและ

ครอบครัว ติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อ มีอาการผิดปกติที่แผลผ่าตัด จะได้รับคำปรึกษาและ ดูแลอย่างรวดเร็ว จึงสามารถลดปัจจัยและความเสี่ยง ในการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดได้ สนับสนุนด้วยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมี พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลัก มี การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การวางแผน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง การประชุมวางแผนการ ดูแลร่วมกับครอบครัวการให้คำปรึกษาและติดตาม เยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ การดูแลร่วมกับ สถานพยาบาลเครือข่าย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ และลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำหลังจำหน่าย ภายใน 28 วัน²³

โดยสรุปโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและ เนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ พบว่ามีความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การนำผลไปใช้อาจต้องพิจารณาข้อจำกัดในงานวิจัย ครั้งนี้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นการเลือก แบบเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย จึงไม่สามารถสรุป อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติต่างจากนี้ได้
2. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในวัน จำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ในด้านความพึงพอใจรายด้าน เรื่องความห่วงใยเอื้อ ออาทร หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนมากกว่าในวัน จำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยวันจำหน่ายกลับบ้านและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันมาก ($\text{Mean} \pm \text{SD}$,

**ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก
และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด**

4.80 ± 0.00, 5.00 ± 0.00) ซึ่งค่าแท้จริงอาจไม่มีความแตกต่างได้เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเพียง 10 ราย จึงควรพิจารณาเพื่อนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัด มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง ทั้งในทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรนำโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เข้ารับการผ่าตัดไปประยุกต์ใช้ โดยปรับเข้ากับบริบทการดูแล

ด้านการวิจัย ควรขยายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อตัวแปรด้านสุขภาพที่สนใจ รวมทั้งมีกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. Ozger H, Bulbul M, Eralp L. Complications of limb salvage surgery in childhood tumors and recommended solutions. *Strategies Trauma Limb Reconstr* 2010;5(1):11-15.
2. Rezapour-Nasrabad R. Transitional care model: managing the experience of hospital at home. *Electron J Gen Med* 2018;15(5).
3. Anusasananun B, Sucamwang K, Udomkhamasuk W, Sangwattanasat W, Tinnakorn Na Ayutthaya K. Predicting factors of readiness for hospital discharge among surgical hospitalized patients in tertiary hospitals. *Nursing J* 2015;42:24-34. (In Thai)
4. Al-Maqbali MA. Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2014;18 (2):68-80.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Care Transitions from Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning Implementation Handbook. U.S: Advancing Excellence in Health Care 2018.
6. Rhiantong J, Malathum P, Monkong S, McCauley K, Viwatwongkasem C, Kuanprasert S. Outcomes of an advanced practice nurse-led continuing care program in people with heart failure. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2019;23(1):32-46.
7. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: the transitional care model. *Online J Issues Nurs* 2015;20(3).
8. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. American Cancer Society, Atlanta 2015.
9. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bess Publishers; 1987. p.129-161
10. Hanucharurnkul S, Intarasombat P, Putwatana P. disturbances in daily life strength in Sense's of Coherence and perception of the well-being of university nurses professor. *J Nurs* 1989;38(3):169-90.
11. Hebjinda P. The sense of coherence, social support, and quality of life in patients with breast cancer after treatment. [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (In Thai)
12. Sriprasong S. Functional status model: an empirical test among discharged acute myocardial infarction patients. [Dissertation of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science.]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (In Thai)

13. Srirat C, Panuthai S. Factors related to readiness for hospital discharge among hospitalized patients in tertiary hospitals. *Rama Nurs J* 2017;23(1):99-112.
14. Suwisith N, Hanucharurnkul S. Development of the Patient Satisfaction with Nursing with Nursing Care Questionnaire. *Rama Nurs J* 2011;17(2):264-77.
15. Safikhani S, Gries K S, Trudeau JJ, Reasner D, Rüdell K, Coons SJ, et.al. Response scale selection in adult pain measures: results from a literature review. *JPRO* 2018; 2(1) :1-9.
16. Munjit C. Relationship to Sense of Coherence. *Buddhist Psychology Journal*. 2020;2 (5):18-24.
17. Pooun, S., Wattanakitkrileart, D., Pongkaew, A., & Dumavibhat, C. Influencing factors of readiness for hospital discharge among patients with acute coronary syndrome in super-tertiary hospitals. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2021;32(2):44-58.
18. Rhiantong J, Panuthai S. Factors related to readiness for hospital discharge among hospitalized elderly patients in tertiary hospitals. *Nursing J* 2021;48(3): 214-25.
19. Kanmali Y. Effect of nursing team teaching on postoperative complication and recovery, anxiety, and satisfaction in one day case surgery patients of inguinal hernia, Kalasin Hospital. *Rdhsj* 2020;13 (1): 201-9.
20. Toimamueang J, Tamdee D. Effect of pain management program in bone and soft tissue tumor patients undergone surgery. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2021;8(1):37-56.
21. Ketetanee R, Waramit W, Taiwong A, Baothong K. The effects of self-efficacy promoting and social support program on knee flexion ability among patients undergoing total knee arthroplasty. *Maharakham Hospital Journal* 2018;15(2):133-43. (In Thai)
22. Vicentini C, Bordino V, Cornio AR, Canta I, Marengo N, Zotti CM. Surgical site infection prevention through bundled interventions in hip replacement surgery: A systematic review. *Int J Surg*. 2021;95:106-49.
23. Khumou S, Sriwichien K. Development of preparation and continuity of care model for open heart surgery patients in Khon Khaen Hospital. *JHS* 2021;3 (30):509-20.