

**ความรู้ ความปวด กิจกรรมทางกายและความพึงพอใจในการ
พยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า
ข้อเข่าฉีกขาด แบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลภายหลังจำหน่าย***
**Knowledge, Pain, Physical Activity and Satisfaction
with Nursing Care Among Anterior Cruciate
Ligament Reconstruction Patients in Orthopedic
Ambulatory Surgery after Discharge***

ปณณัฐ สินธุรัตน์ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม*** นิโรบล กนกสุนทรรัตน์******
Panchanat Sinthurat Suchira Chaiviboontham*** Nirobol Kanogsunthornrat******

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความปวด กิจกรรมทางกาย และความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามธิบดี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ชุด ประกอบด้วยแบบวัดคะแนนความรู้ แบบประเมินความปวด แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยเก็บข้อมูลหลังได้รับการผ่าตัดทันที หลังได้รับการผ่าตัด 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ The Friedman test

Received: August 13, 2020

Revised: November 12, 2020

Accepted: December 11, 2020

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* A Thesis for the degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** A Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: Fuse__mermaid@hotmail.com

*** Corresponding Author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

*** Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

**** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดวันที่ สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความปวดหลังผ่าตัดวันที่ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 มีความแตกต่างกันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าพลังงานที่ใช้ในกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัดวันที่กับหลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการพัฒนางานวิจัยในชั้นทดลองต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ ความปวด กิจกรรมทางกาย ความพึงพอใจในการพยาบาล ผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

Abstract

The purpose of this research was to compare knowledge, pain, physical activity and satisfaction with nursing care among anterior cruciate ligament reconstruction patients in orthopedic ambulatory surgery. The subjects were 27 patients with anterior cruciate ligament reconstruction at the Orthopedics Inpatient Department, Ramathibodi Hospital. The five instruments used for data collection included the demographic characteristics questionnaire, the short Thai IPAQ, knowledge test and satisfaction with nursing care questionnaire. Data was collected on postoperative day 0, 2 weeks and 4 weeks, and it was analyzed in terms of descriptive statistics of percentage, mean and standard deviation as well as inferential statistics including The Freidman test.

Findings revealed that knowledge was not statistically or significantly different on postoperative day 0 versus 2 weeks and 4 weeks. The pain score was statistically significant difference on postoperative day 0 versus 2 weeks and 4 weeks at $p < .05$. Physical activity was not statistically or significantly different on postoperative day 0 versus 4 weeks of the surgery. The overall score of satisfaction with nursing care was high. There should be ongoing follow-up to obtain sufficient information for further development of the research.

Keywords: knowledge, pain, physical activity, satisfaction with nursing care, anterior cruciate ligament reconstruction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอ็นไขว้หน้าข้อเข่า (Anterior cruciate ligament : ACL) เป็นเอ็นยึดข้อเข่าที่สำคัญภายในข้อ เข่า เกาะอยู่ระหว่างกระดูกต้นขา (femur) และกระดูกหน้าแข้ง (tibia) ทำหน้าที่ให้ความมั่นคงแก่ข้อเข่า โดยจะช่วยป้องกันการเคลื่อนไปด้านหน้าของกระดูกหน้าแข้งร่วมกับให้ความมั่นคงในด้านการหมุน¹

การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า (anterior cruciate ligament injury) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในการบาดเจ็บของเส้นเอ็นของข้อเข่า โดยกลไกการบาดเจ็บที่พบบ่อยได้แก่ การบาดเจ็บในการบิดหมุน (twisting injury) ที่เกิดระหว่างการเปลี่ยนทิศทางทันทีขณะวิ่งหรือกระโดดหรือการบาดเจ็บที่มีแรงมากระทำด้านนอกของข้อเข่า (valgus force) ในระหว่างการบาดเจ็บอาจจะมีความเสี่ยงในข้อเข่าและไม่สามารถวิ่งหรือเล่นกีฬาต่อไปได้² เกิดอาการปวดบริเวณข้อเข่าทำให้ไม่สามารถใช้งานข้อเข่าได้เหมือนปกติ ถึงแม้ว่าจะได้รับการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม โดยเฉพาะการเล่นกีฬาที่ตนชื่นชอบ³

การรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าที่ฉีกขาด² หลังจากได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด กระบวนการหายของแผลและการสมานกันของเอ็นที่ยึดไว้จะหายดีภายใน 12-24 สัปดาห์⁴ การฟื้นฟูในระยะหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 คือ 0-6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ระยะที่ 2 คือระยะ 6-12 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ระยะที่ 3 คือระยะตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในระยะที่ 1 เท่านั้น เนื่องจากอยู่ในช่วงระยะหลังผ่าตัดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการปวด ลดอาการอักเสบของข้อเข่าหลังผ่าตัด การป้องกันการบาดเจ็บของเส้นเอ็นที่เย็บซ่อมแซมใหม่ เสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขา และมีการบริหารข้อเข่าและจัดทำเข่าให้มีพิสัยการงอและเหยียดข้อเข่าได้ตามแผนการรักษา⁵

ความปวดเป็นอาการไม่พึงประสงค์สำคัญที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัด ส่งผลให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามแผนการรักษา⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการปวดจะสูงสุดในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด⁷ จากนั้นจะค่อยๆ ลดลงภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์⁸ แต่พบว่าอาการปวดและชาขาอาจคงอยู่ถึง 6 เดือน⁹ เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ดี จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มขึ้น¹⁰ ทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์เป็นการผ่าตัดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและลดจำนวนการใช้เตียงที่โรงพยาบาล¹¹ โดยมีการศึกษาพบว่า การผ่าตัดแบบไม่นอนค้างที่โรงพยาบาลนั้นปลอดภัยและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก¹² แต่ผู้ป่วยมีเวลาอยู่ในโรงพยาบาลลดลง อาจทำให้ได้รับข้อมูลต่างๆ ลดลงเนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัด และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการรับรู้ขณะที่พยาบาลให้คำแนะนำ¹³ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาและส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาลได้ ดังนั้นการได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้องและเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

และสามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม¹⁴ ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ¹⁵

โรงพยาบาลรามาริธิมีมีการจัดทำโครงการศูนย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล (orthopedic ambulatory surgery center) เพื่อบริหารจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ได้ดำเนินโครงการผ่าตัดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยมีการประเมินผลลัพธ์ด้านความปวดและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ยังขาดการประเมินในด้านของการประเมินความรู้ กิจกรรมทางกายและความพึงพอใจในการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาให้ครอบคลุมทั้งสี่ประเด็นดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวัดและประเมินผลลัพธ์ทางด้านการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล ตามแนวคิดของโดนาปีเดียน¹⁶ เรื่องการมีโครงสร้างการให้บริการที่ดี จะส่งผลต่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพ และเมื่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณภาพ ซึ่งองค์ประกอบของผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้แก่ ความรู้ ความปวด กิจกรรมทางกายและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ

มีส่วนเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้อง และเพียงพอจากพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ทำให้เกิดความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ คือ ความปวด โดยพยาบาลมีการอธิบายถึงสาเหตุของความปวด วิธีการจัดการกับความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการจัดการความปวดที่เหมาะสมจนระดับความปวดลดลง ผู้ป่วยจะสามารถเริ่มปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีในด้านคุณภาพการบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความปวด กิจกรรมทางกายและความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลติดตามผลหลังผ่าตัดวันที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแตกต่างกันเมื่อเทียบกับหลังผ่าตัดวันที่ หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ความปวดของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันเมื่อเทียบกับหลังผ่าตัดวันที่ หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ กิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันเมื่อเทียบกับหลังผ่าตัดวันที่ หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบ
ศึกษาไปข้างหน้า (descriptive prospective
study) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความปวด
กิจกรรมทางกาย และความพึงพอใจในการพยาบาล
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า
ข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล ดำเนิน
การเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561
ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเอ็นไขว้หน้าข้อ
เข่าชนิดและได้รับการผ่าตัดส่องกล้องซ่อมแซม
เอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนโรงพยาบาล
ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติโดยคัด
เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18-65 ปี
2) ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า
ข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนโรงพยาบาล 3) สามารถ
จำหน่ายกลับบ้านได้ภายในวันที่ได้รับการผ่าตัด
4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample
size) จากการประมาณจากจำนวนประชากรที่
กำหนดไว้ว่า จำนวนประชากร 100-999 ราย
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 25 ของ
ประชากร¹⁷ จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดหน้าทีหอ
ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า
มีจำนวนเฉลี่ย 113 คนต่อปี เมื่อนำมาคำนวณ
หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 25 ของ
ประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย
เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เป็น 29 ราย
แต่ผู้ป่วยต้องออกจากการศึกษา 2 ราย เนื่องจาก

ไม่สามารถจำหน่ายได้ตามแผนการรักษา จึงเหลือ
กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดย
ผู้วิจัยเป็นแบบบันทึกเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล
และข้อมูลด้านการรักษาประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล
เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว
ยาที่รับประทานประจำ สถานภาพสมรส ศาสนา
สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ชนิดของการผ่าตัด
ชนิดของยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด กาย
อุปกรณ์ที่ใช้ ยาแก้ปวดที่ใช้ และผลข้างเคียงที่ได้
รับจากยาแก้ปวด

2) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติ
กิจกรรมทางกาย (Thai short IPAQ) แบบสอบถาม
กิจกรรมทางกายชุดสั้นพัฒนาโดยเกร็กและคณะ
ในปี ค.ศ. 2003 แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีแปล
ย้อนกลับ (back translation) โดยพรพิมล รัตน
วิวัฒน์พงศ์, อารมณ ขุนภาชี, ฉกาจ ฟ่องอักษร
และภัทราวุธ อินทรกำแหง ในปีพ.ศ. 2549 โดย
แบบสอบถามเป็นแบบอัตนัยมีจำนวน 7 ข้อสอบ
ถามถึงกิจกรรมทางกายในระดับต่าง ๆ ที่ทำได้ทำใน
7 วันที่ผ่านมา สอบถามกิจกรรมแบบหนัก กิจกรรม
แบบปานกลาง และกิจกรรมแบบเบา จากนั้นนำ
มาคำนวณกิจกรรมทางกายโดยรวม (total
physical activity) ในรูปของพลังงานที่ใช้ใน
กิจกรรมทางกายโดยรวม มีหน่วยเป็น MET นาที
ต่อสัปดาห์ (MET-minute-week) กิจกรรมหลัง
ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิด
เป็นแบบเบา ซึ่งคำนวณได้จากสูตร Total
MET-minute-week = ผลรวมของจำนวนนาที่ x

จำนวนวัน $\times 3.3^*$ (*ค่า MET ของกิจกรรมแบบเบา)¹⁸ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC)=0.69 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้¹⁷ และมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) =0.89¹⁹

3. แบบวัดคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล ใช้เพื่อประเมินระดับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยตั้งคำถามเป็นแบบถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วยการประเมินความรู้ด้านโรค 4 ข้อ การผ่าตัด 1 ข้อ การรับประทานยา 2 ข้อ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด 8 ข้อ ตอบถูก=1 คะแนน ตอบผิด=0 คะแนน โดยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้มาก และคะแนนน้อย หมายถึงมีความรู้่น้อย ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่านและคัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้=.94 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาและได้ตรวจ

สอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยการคำนวณหาความคงที่ภายในโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20)=.79 และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย ได้ค่า KR-20=.77

4. แบบประเมินความปวดโดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS) ใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่า 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมีขณะนั้น ๆ โดยมีการประเมินคะแนนความปวดหลังได้รับผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เวลาเริ่มต้นตั้งแต่หลังผ่าตัดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6-8 ชั่วโมง

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ ที่พัฒนาโดยนางลักษณ์ สุวิศิษฐ์ และสมจิต หนูเจริญกุล²⁰ คำถามเป็นแบบลิเกิทสเกลประเมิน 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วย จนถึง 5 คะแนน คือเห็นด้วยมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก รวม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความห่วงใยเอาใจ การเข้าถึงบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน แปลผลโดย คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) =.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MURA2018/506 วันที่ได้รับอนุมัติโครงการ 29 สิงหาคม 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยนี้ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการและจะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษและได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการศึกษาค้างนี้ รวมถึงการใช้แบบประเมินต่างๆ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจตรงกันและให้ทดลองใช้กับผู้วิจัยก่อนเก็บข้อมูลจริง ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. หลังได้รับการอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมง เมื่อลงมาพักพื้นที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญและสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอม หลังจากนั้นแจกแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ชุดสั้นฉบับภาษาไทย ประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยอาการดีพร้อมจำหน่ายกลับบ้านตามแผนการรักษา ผู้วิจัยจึงนัดหมายการเก็บข้อมูลครั้งต่อไปวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ หลังจากพบแพทย์แล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ชุดสั้นฉบับภาษาไทย ประเมินระดับความปวดและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 21.0 ตามรายละเอียด ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) คะแนนความรู้ความปวดและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า แบบไม่นอนโรงพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ The Friedman test

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 29 ราย ต้องออกจากการศึกษา 2 ราย เนื่องจากไม่สามารถจำหน่ายตามแผนการรักษาได้ การศึกษาครั้งนี้จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมดจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 100) มีอายุระหว่าง 18-50 ปี อายุเฉลี่ย 30.56 ปี (SD=8.29) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 59.3) ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 48.1) ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 55.6) สิทธิการรักษาต้นสังกัดจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 47.6)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 88.9) ผู้ป่วยทุกรายใช้การผ่าตัดชนิดส่องกล้องเพื่อซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าและใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน สาเหตุที่ได้รับบาดเจ็บเกิดจากการเล่นกีฬาจำแนกตามชนิดกีฬาได้แก่ ฟุตบอล จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 85.2) รองลงมาคือบาสเกตบอลจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 7.4) ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ (เดือน) มีค่าเฉลี่ย 12.6 เดือน (SD=13.64) พัลส์=0.25-60 เดือน ภายอุปกรณ์ที่ได้รับใช้ไม่ค้ำยันอย่างเดียว จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 51.9) ใช้ไม่ค้ำยันร่วมกับอุปกรณ์พยุงข้อเข่าแบบสั้น (Short hinged knee brace) จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 48.1)

ความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้ำ

โรงพยาบาล

ผลวิเคราะห์คะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้ำโรงพยาบาลพบว่าหลังผ่าตัดทันที มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.68 คะแนน (SD=1.30) หลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.79 (SD=1.39) และหลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.07 (SD=1.38) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้โดยใช้สถิติ The Friedman test พบว่าหลังผ่าตัดทันที สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า=2.667, $p=.264$)

ความปวด

ผลวิเคราะห์คะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้ำโรงพยาบาลพบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดทันทีอยู่ในช่วง 0-9 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 4.82 คะแนน (SD=2.06) ค่ามัธยฐาน 5 คะแนน ค่าฐานนิยม 5 คะแนน หลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 มีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 0-8 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 2.36 คะแนน (SD=2.13) ค่ามัธยฐาน 2 คะแนน ค่าฐานนิยม 2 คะแนน และหลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 1.50 คะแนน (SD=1.32) ค่ามัธยฐาน 1 คะแนน ค่าฐานนิยม 1 คะแนน ใช้สถิติ The Friedman test และ Post hoc test วิเคราะห์ตัวแปรในการศึกษาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความปวด พบว่า หลังได้รับการผ่าตัดทันที หลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 และหลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=34.86$, $p=.000$) เมื่อทดสอบความ

แตกต่างกันรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดที่วัดแต่ละคู่ในระยะเวลาที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการช่วยบรรเทาความปวดโดยมีการใช้วิธีการประคบด้วยการประคบเย็นเพื่อช่วยบรรเทาความปวดด้วย “ผมใช้เจลเย็นประคบทุก 2 ชั่วโมงตามที่หมอและพยาบาลบอกครับ ช่วยลดปวดได้ดีเลย” “ใช้แผ่นเจลเย็นวางช่วงที่ปวดเยอะ ๆ ครับ” “พอประคบเจลเย็นร่วมกับทานยาแล้วปวดก็ลดลง”

กิจกรรมทางกาย

ผลการวิเคราะห์พลังงานที่ใช้ในกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยพลังงานลดลงและค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนถึงสัปดาห์ที่ 4 และวิเคราะห์ตัวแปรในการศึกษาความแตกต่างระหว่างพลังงานที่ใช้ในกิจกรรมทางกาย (MET-min/week) ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลโดยใช้สถิติ The Friedman test พบว่าหลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์และหลังการผ่าตัด 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ หลังผ่าตัดทันทีกับหลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($p = 0.214$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความพึงพอใจในการพยาบาล

ผลวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้าง

โรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรวมเฉลี่ย 4.46 (SD = .67) และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 4.52 (SD = .62) รองลงมาเป็นลำดับสองคือด้านความห่วงใยเอื้ออาทร มีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน 4.49 คะแนน (SD = .64) และด้านการเข้าถึงบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 4.39 (SD = .74)

การอภิปรายผล

ความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล

ในการศึกษานี้พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยสูงขึ้นในแต่ละสัปดาห์ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ พบว่าหลังผ่าตัดทันที สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเตรียมพร้อมผู้ป่วยจากพยาบาลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ตั้งแต่ก่อนได้รับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีการแนะนำวิธีการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล จากทีมแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ มีการติดตามต่อเนื่องจากพยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าหลังได้รับการผ่าตัดจะสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการที่พยาบาลมีการแนะนำวิธีการควบคุมความปวด ทั้งการใช้ยา

และไม่ใช่ว่าได้อย่างดี ซึ่งเมื่อความปวดน้อยลง ร่างกายเริ่มฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากที่พยาบาลได้ให้ไว้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางด้านออร์โธปิดิกส์มีการค้นหาข้อมูลออนไลน์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของตนเช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น อาการและอาการแสดง รวมถึงวิธีการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัด²¹ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดมาพอสมควรแล้ว แต่พยาบาลก็ยังคงมีบทบาทในการเน้นย้ำและให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้ำโรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดทันทีนั้นมีคะแนนมากที่สุด 4.82 คะแนน เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเอ็น กระดูกและเส้นประสาทบริเวณรอบข้อเข่าซึ่งเป็นตำแหน่งที่ใช้ในการเคลื่อนไหวเป็นหลัก ต้องใช้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นเพื่อยึดเหยียดข้อเข่า ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกจะมีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดสูงกว่าทุกช่วงเวลาได้⁸ แต่อย่างไรก็ตามคะแนนความปวดเฉลี่ยหลังผ่าตัดทันทีก็ยังอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลมาจากยาระงับความรู้สึกที่ให้ระหว่างการผ่าตัด โดยในการศึกษานี้ยาระงับความรู้สึกที่ใช้เป็นยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนซึ่งจะช่วยควบคุมความปวดหลังผ่าตัดได้ 8 ชั่วโมง และยังคงออก

ฤทธิ์ควบคุมความปวดได้ยาวนานถึง 24 ชั่วโมง¹⁴ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแพทย์สอนผู้ป่วยฝึกเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ซึ่งการเดินเป็นกิจกรรมที่ทำให้ปวดมาก แต่ยังพบว่าหลังผ่าตัดทันทีมีคะแนนความปวดเฉลี่ยปานกลาง=4.82 คะแนน แสดงให้เห็นถึงการบริหารยาแก้ปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยนี้พบว่าหลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.36 คะแนนและ 1.50 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดหลังจากได้รับการผ่าตัด 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.8-3.5 คะแนนอยู่ในช่วงน้อยถึงปานกลาง²² โดยงานวิจัยนี้มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับน้อยอาจเป็นเพราะพยาบาลมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการเรื่องความปวดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนกระทั่งหลังผ่าตัดทำให้มีการจัดการความปวดได้ครอบคลุมช่วงเวลาปวดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวคิดของโดนาปีเดียน เรื่องการมีโครงสร้างการให้บริการที่ดี จะส่งผลต่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพ และเมื่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณภาพด้วย

กิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้ำโรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า พลังงานที่ใช้ในกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้ำโรงพยาบาลในการประเมินหลังผ่าตัดทันทียังมีระดับกิจกรรมทางกายมาก เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ได้ทำตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตั้งแต่ผ่าตัดและเมื่อติดตามใน

ช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังได้รับการผ่าตัดพบว่า ระดับกิจกรรมทางกายลดลงทันที อาจเนื่องด้วยช่วง 2 สัปดาห์หลังได้รับการผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน วิธีการควบคุมความปวดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้จึงเป็นการพักขาข้างที่ผ่าตัด ทำให้ค่าเฉลี่ยพลังงานที่ใช้ในกิจกรรมทางกายลดลง มีการศึกษาผลของความปวดต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกายพบว่าทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนียวล้า การเคลื่อนไหวลดลง ไม่อยากเคลื่อนไหว²³ อีกทั้งแผลผ่าตัดและการสมานกันของเอ็นที่ยึดไว้จะหายดีภายใน 12-24 สัปดาห์⁴ โดยในระยะ 2-4 สัปดาห์หลังการผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ในช่วงปรับตัว ยังคงมีอาการปวดแผลและการเคลื่อนไหวต่างๆ ยังไม่เป็นไปตามปกติ⁵ แต่เมื่อติดตามผลอีก 4 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยพลังงานที่ใช้ในกิจกรรมทางกายเริ่มเพิ่มขึ้น แสดงถึงผู้ป่วยเริ่มมีการเดินมากขึ้น เป็นผลมาจากความปวดที่ลดลงและเมื่อระดับความปวดลดลงจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับมีความรู้ที่พยาบาลเจ้าของข้ออธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มมากขึ้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของจอนสันและคณะ²⁴ ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิด อาการที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด และวิธีออกกำลังกายหลังผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการปวดได้ดีและเมื่อควบคุมความปวดได้ดี จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่พบว่าหลังผ่าตัดทันทีกับหลังการผ่าตัดสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงถึงผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มขึ้น

ใกล้เคียงกับก่อนได้รับการผ่าตัด ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดจากพยาบาล พยาบาลเยี่ยมบ้านและแพทย์เจ้าของไข้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น

ความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าชนิดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ประกอบด้วยด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ ด้านความห่วงใย อธิปไตย และด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลรามารัตน์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านวิจัยและวิชาการ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล โดยหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามภูมิพยาบาลที่เชี่ยวชาญและได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ ไชยะ²⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในพยาบาลที่มีความสามารถเชิงวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาที่ดี อีกทั้งพยาบาลมีความยิ้มแย้ม แจ่มใส ให้การบริการและมีความห่วงใยดูแลเอาใจใส่ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพยาบาลด้านการเข้าถึงบริการเนื่องจากก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านมาให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อเพิ่มความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่พยาบาลมีความ

เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย และมีการติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจการพยาบาล

ผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดแบบไม่นอนค้างโรงพยาบาลเพื่อนำไปปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมแพทย์และพยาบาลควรมีการติดตามประเมินความรู้ ความปวด กิจกรรมทางกายและความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและติดตามผลในระยะเวลาที่ต่างจากเดิมอาจเพิ่มความถี่ หรือติดตามผลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Wuttipong S. Advance in cruciate ligament. Bangkok: Concept Medicus; 2012. (in Thai)
2. Chusak K. Lifestyles and anterior cruciate ligament injury. In: Patarawan W, editors. Lifestyles and musculoskeletal disorders1. Bangkok: Charulsanitwong; 2014. p.55-84. (in Thai)
3. Garcia GH, Wu HH, Park MJ, Tjoumakaris FP, Tucker BS, Kelly IVJD, et al. Depression symptomatology and anterior cruciate ligament injury: incidence and effect on functional outcome-a prospective cohort study. Am J Sports Med 2016;44(3):572-9.
4. Siebold R, Dejour D, Zaffagnini S, editors. Anterior cruciate ligament reconstruction: a practical surgical guide. New York: Springer; 2014.
5. Janwanitsthaporn S. Home based rehabilitation for anterior cruciate ligament reconstruction, Reg 11 Med J 2015;29:383-91. (in Thai)
6. Jansson H, Narvy SJ, Mehran N. Perioperative pain management strategies for anterior cruciate ligament reconstruction. JBJS Rev 2018;6(3):1-9.
7. Gramke HF, de Rijke JM, Van Kleef M, Raps F, Kessels AG, Peters ML, et al. The prevalence of postoperative pain in a cross-sectional group of patients after day-case surgery in a university hospital. Clin J Pain 2007;23(6):543-8.
8. Brattwall M, Warren SM, Rawal N, Segerdahl M, Jakobsson J, Houltz E. Patients' assessment of 4-week recovery after ambulatory surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2011;55(1):92-8.
9. Kim SJ, Park KH, Kim SH, Kim SG, Chun YM. Anterior cruciate ligament reconstruction improves activity-induced pain in comparison with pain at rest in middle-aged patients with significant cartilage degeneration. Am J Sports Med 2010;38(7):1343-8.

10. Secrist ES, Freedman KB, Ciccotti MG, Mazur DW, Hammoud S. Pain management after outpatient anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Sports Med* 2016;44(9):2435-47.
11. Strömberg AS, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptom priority and course of symptomatology in specialized palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(3):199-206.
12. Aronowitz ER, Kleinbart FA. Outpatient ACL reconstruction using intraoperative local analgesia and oral postoperative pain medication. *Orthopedics* 1998;21(7):781-4.
13. Odom-Forren J, Reed DB, Rush C. Postoperative distress of orthopedic ambulatory surgery patients. *AORN J* 2017;105(4):464-77.
14. Vorobeichik L, Brull R, Joshi GP, Abdallah FW. Evidence basis for regional anesthesia in ambulatory anterior cruciate ligament reconstruction: part i-femoral nerve block. *Anesth Analg* 2018;128(1):58-65.
15. Mordiffi SZ, Tan SP, Wong MK. Information provided to surgical patients versus information needed. *AORN J* 2003;77(3):546-62.
16. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed?. *J Am Med Assoc* 1988;260:1743-8.
17. Singchangchai P. Nursing research: principle and process. Songkhla: Them; 1996. (in Thai)
18. Rattanawiwatpong P, Khunphasee A, Pongurgsorn C, Intarakamhang P. Validity and reliability of the Thai version of short format International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *ASEAN J Rehabil Med* 2006;16(3):147-60. (in Thai)
19. Lisee CM. Femoral articular cartilage characteristics and mechanical knee joint loading in individuals during early phases of recovery following anterior cruciate ligament reconstruction. [Dissertation]. Michigan: Michigan State University; 2020.
20. Suwisith N, Hanucharurnkul S. Development of the patient satisfaction with nursing care questionnaire. *Rama Nurs J* 2011;17(2):264-77. (in Thai)
21. Heikkinen K, Salanterä S, Leino-Kilpi H. Ambulatory orthopaedic surgery patients knowledge with Internet-based education. *Stud Health Technol Inform* 2010;160(1):605-9.
22. Lutz C, Baverel L, Colombet P, Cournapeau J, Dalmay F, Lefevre N, et al. Pain after out-patient vs. in-patient ACL reconstruction: French prospective study of 1076 patients. *Orthop Traumatol Surg Res* 2016;102(8S):S265-70.

23. Im-erb P, Kongchoom W, Rimsueb K. The effects of music therapy on post-operative pain. NJPH 2014;23(3):53-62. (in Thai)
24. Jönsson T, Hansson EE, Thorstensson CA, Eek F, Bergman P, Dahlberg LE. The effect of education and supervised exercise on physical activity, pain, quality of life and self-efficacy-an intervention study with a reference group. BMC Musculoskelet Disord 2018;19:198. doi: 10.1186/s12891-018-2098-3
25. Chaiya N, Aree-ue S, Yongcharoen P, Kawinwonggowit V. Health information needs, satisfaction with nursing care and functional ability among patients undergoing total knee arthroplasty. Journal of Nursing and Health Care 2019;37(1):157-66. (in Thai)