



ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถ
ในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการผ่าตัดทำเส้นในผู้ป่วย
ที่ได้รับการฟอกเลือด

**The Effect of a Day Surgery Pre-operative Preparation Program
on Self-care Recarding, Arteriovenous Fistula (AVF) formation
Among Patients Receiving Hemodialysis**

รัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง

Ratchawan Na takuatung

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
ผู้เขียน	นางสาวรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป และ 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ประเมินในระยะรอและหลังผ่าตัด ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง พบว่าแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .96 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดง และดำ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -1.38$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งสองระยะ

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับช่วยให้ผู้ป่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

Thesis Title	Effect of a Day Surgery Pre-operative Preparation Program on Self-care of Patients Undergoing Arteriovenous Fistula (AVF) Formation for Hemodialysis
Author	Miss Ratchawan Na takuatung
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine effect of a day surgery pre-operative preparation program on self-care of patients undergoing arteriovenous fistula (AVF) formation for hemodialysis. The participants underwent this surgical procedure at an operating theater of Songklanakarind Hospital during October to December, 2013. Fifty patients who met the inclusion criteria were purposively selected. They were equally assigned into an experimental group and a control group, 25 participants per group. The experimental group received a pre-operative preparation program developed by the researcher based on Orem's self-care theory, while the control group received usual care. The instruments used for data collection included 1) the Demographic Data Form, 2) the General Self-Care Agency Questionnaire, and 3) the Perioperative Self Care Agency Questionnaire were measured in waiting and postoperative period. The contents of the two questionnaires were validated by 5 experts. The reliability of the General Self-Care Agency Questionnaire and the Perioperative Self-Care Agency Questionnaire were examined and resulted in Cronbach's Alpha Coefficients of .96 and .97, respectively. Data were analyzed using frequency and mean. The differences of the Perioperative Self-Care Agency between the experimental group and the control group were analyzed using Mann-Whitney U test.

The results showed that following program implementation, the preoperative self-care mean scores between the experimental group and the control group were not statistically different ($z = -1.38$) whereas the intraoperative and postoperative self-care mean scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < .05$ in both comparisons).

The findings support that use of a day surgery pre-operative preparation program can enhance an understanding and self-care capability throughout intraoperative and postoperative period.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ และที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อชี้แนะที่ดีเสมอมา รวมทั้งกำลังใจที่มีให้ตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณในความกรุณาไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและบุคคลที่สำคัญคือ ดร. รัตใจ เวชประสิทธิ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบเนื้อหา รายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์เพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และคอยช่วยเหลือให้กำลังใจตลอดช่วงเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ปฏิบัติ ความมานะพยายามในการพัฒนาตนเองในระหว่างการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่และครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ พลังกาย รวมถึงกำลังใจในตลอดระยะเวลาการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัด อาจารย์แพทย์หน่วยศัลยศาสตร์หลอดเลือดทุกท่าน และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำยที่สุดกำลังใจจากพี่ๆ เพื่อนๆ ร่วมชั้นปีที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา ขอคุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มอบแด่ บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนร่วมทุกท่าน

รัชต์วารณ ฤ ตะกั่วทุ่ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด.....	10
แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด.....	15
การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบไปกลับ.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	47
ผลการวิจัย.....	48
อภิปรายผลการวิจัย.....	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	59
สรุปผลการวิจัย.....	59
ข้อเสนอแนะ.....	61
เอกสารอ้างอิง.....	62
ภาคผนวก.....	67
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	68
ข ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	69
ค คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
จ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด.....	82
ฉ บทวิธีทัศน์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด.....	83
ช แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด.....	84
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ณ เอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัย.....	87
ประวัติผู้เขียน.....	88

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	49
2	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	51
3	เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	51
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	52

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย..... 46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของวิทยาการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีจำนวนของการผ่าตัดแบบไปกลับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (one-day surgery) เพิ่มมากขึ้น (Howat, Weiters, Sames, & McLaren, 2006; Jacque et al., 2006; Young, O'Connell, & McGregor, 2000) โดยในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการผ่าตัดแบบไปกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด (White & Freire, 2005) สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการผ่าตัดแบบไปกลับประมาณร้อยละ 6.6 (ศิริลักษณ์, 2552) เนื่องจากการผ่าตัดแบบไปกลับมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวก ประหยัด (Johansson, Thune, Nelvin, & Lundell, 2006) นอกจากนั้นการผ่าตัดแบบไปกลับยังช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การเข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน (Warner, Shields, & Chute, 1993)

การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด (arteriovenous fistula: AVF) เป็นการผ่าตัดที่เหมาะสมกับการผ่าตัดแบบไปกลับอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อยืดอายุด้วยการบำบัดทดแทนการทำงานของไต ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงมักมีความวิตกกังวลซึ่งนับเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ทั้งนี้เกิดเนื่องจากความไม่แน่ใจและไม่มั่นใจเกี่ยวกับการทำหัตถการ หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง รวมถึงกังวลต่อการติดเชื้อแทรกซ้อน มีอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความภาคภูมิใจ รู้สึกไร้ค่า ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำต่างๆ ได้ถูกต้อง ส่วนอาการทางกายที่อาจพบได้ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้า เชื่องซึม และบวม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ด้วยตนเองเนื่องจากได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา สูญเสียความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ต้องทำตามแบบแผนการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น เนื่องจากต้องมีคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ (กำพล, 2548) ดังนั้น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีแผนการดูแลตนเองโดยทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวันที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถอยู่กับภาวะของโรคไตวายเรื้อรังได้ โดยเฉพาะหากต้องเข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด เพราะหากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้

การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดเป็นการผ่าตัดเปิดแผลขนาดเล็กที่แขนเพื่อหาหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นจึงทำทางเชื่อมติดต่อกันระหว่างหลอดเลือดทั้งสอง ส่งผลให้เลือดจำนวนมาก ไหลจากหลอดเลือดแดงไปยังหลอดเลือดดำ ทำให้หลอดเลือดดำโป่งพองเหมาะสำหรับการฟอกเลือด (ก่าพล, 2548) อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด พบว่า มีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เพื่อจะช่วยให้การผ่าตัดมีความสำเร็จได้มากขึ้น ในระหว่างรอผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจไม่พึงพอใจที่ต้องรอการผ่าตัดเป็นเวลานานเนื่องจากไม่เข้าใจเรื่องลำดับของการผ่าตัดและเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และยังพบว่า ในวันที่จะเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายได้รับการกระทบกระเทือนหรือมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดบริเวณแขนข้างที่จะทำผ่าตัดมาก่อน ได้แก่ มีบาดแผลที่มือหรือแขน หรือมีการเจาะเลือดหรือแทงเส้นให้น้ำเกลือบริเวณหลอดเลือดที่จะทำผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนตำแหน่งผ่าตัดใหม่ หรือจำเป็นต้องได้รับการขยายขนาดของแผลให้ใหญ่ขึ้น นอกจากนี้ หากในขณะที่ผ่าตัด ผู้ป่วยมีการขยับแขนหรือไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด อาจส่งผลให้การผ่าตัดใช้เวลายาวนานขึ้นและฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกลดลง จนผู้ป่วยเกิดความปวดและทุกข์ทรมานในขณะที่ผ่าตัด อีกทั้งในขณะที่ผ่าตัดผู้ป่วยอาจรู้สึกกลัวเนื่องจากได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ จึงทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ถึงการสัมผัสและได้ยินเสียงต่างๆ ขณะผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น มีอาการบวมคล้ำ ปวด ไม่มีการสั่นของหลอดเลือด (thrill) ที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าการผ่าตัดประสบความสำเร็จ และหากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงทั้งขาดระบบสนับสนุน ส่งเสริมการปฏิบัติตัวและขาดการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการดูแลตนเองในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในทั้ง 3 ระยะของการพยาบาลผ่าตัด

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่ดี จะส่งผลให้การผ่าตัดแบบไปกลับเป็นไปได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยะขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด รวมทั้งยังทำให้การผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดี การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และการได้รับความเป็นมิตรระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกมั่นคงปลอดภัย และช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ (Carr, Brockbank, Allen, & Strike, 2006) อีกทั้งการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด ซึ่งนับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล (Gilmartin & Wright, 2007) สามารถช่วยผู้ป่วยให้เกิดความรู้ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดความต้องการยาบรรเทาปวด และสามารถเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยได้ (Stem & Lockwood, 2005)

ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ ควรให้ข้อมูลที่มีลักษณะรูปแบบที่จำเพาะ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีระยะเวลาพูดคุยกับบุคลากรทีมสุขภาพน้อย ต้องการความช่วยเหลือ ด้านจิตใจ มากกว่าด้านร่างกาย (Mitchell, 2007) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษา พบว่า แม่พยาบาลจะรับรู้ว่าการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดแบบไปกลับมีความสำคัญ แต่พบว่า บ่อยครั้งพยาบาลมีการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลแผนกดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ มีภาระงานมาก มีข้อมูลปริมาณมาก แต่มีเวลาจำกัด หรือปัญหาการใช้ภาษาระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย เช่น มีการใช้ภาษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจได้ และข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลที่แพทย์ต้องเป็นผู้อธิบายให้แก่ผู้ป่วยเอง แต่ไม่ได้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (Tse & So, 2008) สำหรับในกลุ่มพยาบาลแผนกห้องผ่าตัด มีรายงานว่า มักมีการใช้วิธีการให้ข้อมูลโดยการอธิบาย โดยไม่เลือกใช้วิธีอื่นๆ เช่น การใช้ภาพประกอบ การใช้สื่อวีดิทัศน์ และการใช้คู่มือมาช่วยเสริมในการให้ข้อมูล ซึ่งมีการศึกษา พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่สามารถจำข้อมูลที่รับได้ (Pai & Nicholl, 2005)

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (จิราภรณ์และเจียมจิต, 2554) และจากการศึกษาของคัทเลียและณัฐนิช (2549) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง เนื่องจากการได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการรักษาด้วยวิธีการจัดของเสียทางเย็บช่องท้องต่อเนื่อง และมีการฝึกปฏิบัติจนชำนาญ ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเต็มที่ เป็นผลให้คุณภาพชีวิตหลังการรักษาดีขึ้น และทั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่จะสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลสัมฤทธิ์ที่ดีจากการผ่าตัด ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความสนใจจะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อการฟอกเลือด ว่าสามารถจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้หรือไม่ ทั้งนี้ การเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย นับเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลแผนกห้องผ่าตัด ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้รับผลสัมฤทธิ์ที่ดีจากการผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบ ไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบ ไปกลับสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองนับว่ามีความสำคัญในการที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในทั้ง 3 ระยะของการพยาบาลผ่าตัดได้ ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่สลับซับซ้อนในการทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (foundational capabilities and dispositions) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (capabilities for care operation) และความสามารถในการดูแลนี้ ยังจำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแล 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitive operation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการวางแผนการดูแล การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ สำหรับการศึกษานี้ จะเป็นศึกษาเฉพาะความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายที่โอเร็ม ระบุว่า พัฒนามาจากความสามารถในการคาดการณ์ และความสามารถในการปรับเปลี่ยน ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคล

ริเริ่มกระทำเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจไปสู่การกระทำ ระยะลงมือกระทำ และ ระยะประเมินผลการกระทำ ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ระยะของการพยาบาลผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

ระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องมีการวางแผนการดูแล การปฏิบัติ การประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในระยะนี้ได้แก่ การดูแลไม่ให้เกิดบาดแผลบริเวณแขนข้างที่จะผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดง และดำ การหลีกเลี่ยงไม่ให้มีการเจาะเลือด ฉีดยา แขนงน้ำเกลือ วัดความดันตรงแขนข้างที่จะทำการผ่าตัด การรับประทานอาหารและยาที่มีอยู่ตามปกติ ยกเว้น ในกรณีที่แพทย์สั่งให้หยุดยาก่อนผ่าตัด การบีบลูกบอลยางวันละ 3-4 รอบ รอบละ 50-100 ครั้ง เพื่อบริหารหลอดเลือด

ระยะขณะผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องมีการวางแผนการดูแล การปฏิบัติ การประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้ดูแลตนเองในขณะที่ผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในระยะนี้ได้แก่ การบอกอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังการได้รับยาฉีดระงับความรู้สึกเฉพาะที่ การนอนนิ่งๆ โดยไม่ขยับแขนข้างที่กำลังได้รับผ่าตัด บอกความรู้สึกหรือความต้องการขณะผ่าตัด และการจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสม

ระยะหลังผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องมีการวางแผนการดูแล การปฏิบัติ การประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้ดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในระยะนี้ได้แก่ การที่ต้องทราบและสามารถประเมินอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดได้ เช่น มีการบวมคล้ำ ปวด ต้องสามารถรับรู้และบอกได้ว่าการสั่นของหลอดเลือดหลังทำการผ่าตัดหรือไม่ ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ แต่หากถูกน้ำแล้วควรรีบไปทำแผล สามารถเปิดแผลและให้แผลถูกน้ำได้หลังการผ่าตัด 7-10 วัน หลีกเลี่ยงการยกหรือหิ้วของหนัก การใส่เสื้อรัดแขน การใส่ยาพิกษาหรือสร้อยข้อมือบนแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัด หลีกเลี่ยงการนอนหนุนแขนหรือทับแขนข้างที่ผ่าตัด เลี่ยงการสัมผัสความร้อนหรือเย็นบริเวณแขนข้างที่ทำผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกจากแผลผ่าตัด สามารถใช้นิ้วของมืออีกข้างหนึ่งกดลงบริเวณที่เลือดออกได้ การต้องพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง หรือสามารถไปพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ การดูแลเส้นเลือดที่ใช้ฟอกเลือดให้สามารถใช้ได้เป็นเวลานาน โดยการบริหารหลอดเลือด ตรวจสอบการสั่นของหลอดเลือด การป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้ต่ำหรือสูงเกินจากปกติ และการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาล (nursing system theory) ของโอเรียม (Orem, 2001) กล่าวว่า การพัฒนาความสามารถแก่บุคคลสามารถกระทำได้ใน

3 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ โดยโอริเอม แบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตวายที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านการเคลื่อนไหวและสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่หนักมากจนเกินไปได้ด้วยตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการเนื้อหาและทักษะการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในระดับการคาดการณ์และการปรับเปลี่ยนเข้าไว้ในโปรแกรมอีกด้วย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาล ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ และการคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามและความสามารถที่จะดูแลตนเองไว้โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม สำหรับวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด มีดังนี้

1. การสอน เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ประโยชน์ของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด การปฏิบัติตัวและสิ่งที่ควรระวัง ขณะอยู่ที่บ้าน การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

2. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำของพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสมได้ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความพยายามเพิ่มมากขึ้น สามารถคาดการณ์ถึงกิจกรรมหรือวิธีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด หรือมีความเจ็บปวด ได้แก่ การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและพุดให้กำลังใจ การให้การสัมผัสในขณะที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ หรือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ คือ สามารถดูแลตนเองได้ตามความต้องการ

ซึ่งการสร้างสิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึง การเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การรับฟังปัญหาและความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด การให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ซักถามและระบายความทุกข์ต่างๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวนมากเกินไป และเอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ หมายถึง ชุดกิจกรรมการให้ความรู้เป็นรายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ประกอบด้วย 1) คู่มือเรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบไปกลับ การฉีดยาชาเฉพาะที่ 2) วิดีทัศน์การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และขั้นตอนต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องดำเนินการสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องติดต่อ ขั้นตอนวิธีการในการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 วันก่อนผ่าตัดเพื่อสอนให้ความรู้ และติดตามให้มาผ่าตัดตามนัด และ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเพื่อติดตามอาการ และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ หมายถึง ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในระดับการลงมือปฏิบัติ โดยอาศัยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีและแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001)

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การสอน และแนะนำโดยพยาบาลเป็นรายบุคคล ในแผนกดูแลผู้ป่วย ก่อน หลัง ทำหัตถการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อการฟอกเลือด โดยพยาบาลในแผนกดูแลผู้ป่วยก่อนหลังทำหัตถการ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลครั้งเดียว โดยการใช้สื่อภาพนิ่ง แจกแผ่นพับ ส่วนพยาบาลในแผนกห้องผ่าตัดจะมีการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ขึ้นอยู่กับโอกาสและเวลาของพยาบาล ซึ่งไม่มีแบบแผนการติดตามหรือการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษานี้สะท้อนบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับในระยะขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อีกทั้งวิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วยควรเลือกใช้วิธีอื่นๆ เช่น การการใช้สื่อวีดิทัศน์ การใช้คู่มือ และการติดตามทางโทรศัพท์มาช่วยเสริมในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจำข้อมูลที่ได้รับได้ ผลการศึกษายังช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทางเลือกหรือวิธีในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกวิธีหนึ่ง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
 - 1.1 ลักษณะการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
 - 1.2 ข้อดีของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด
 - 1.3 ชนิดของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
 - 1.4 วิธีการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด
 - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
 - 2.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด
 - 2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด
 - 2.4 การประเมินการปฏิบัติในการดูแลตนเอง
 - 2.5 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด
 - 2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
3. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบไปกลับ
 - 3.1 หลักการทั่วไปในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ
 - 3.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ
4. สรุป

การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

ลักษณะการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อการฟอกเลือด (arteriovenous fistula: AVF) เป็นการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดงโดยตรง เพื่อใช้ในการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ก่าพล, 2548) มักทำที่บริเวณแขน โดยอาจใช้หรือไม่ใช้หลอดเลือดเทียมในการเชื่อมต่อหลอดเลือดเข้าด้วยกันเพื่อให้มีแรงดันสูงขึ้นในหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดเทียมในการฟอกเลือดจะนำเลือดที่มีของเสียค้างอยู่ในปริมาณมากเข้าสู่เครื่องไตเทียมเพื่อฟอกหรือกรองให้เป็นเลือดดีแล้วส่งกลับเข้าสู่ผู้ป่วย ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยไตวายในระยะสุดท้าย โดยการฟอกเลือดถือเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยไตวายในระยะสุดท้าย เริ่มมีการทำผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อเตรียมไว้สำหรับการฟอกเลือด ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 (ประมุข, 2548)

ตำแหน่งที่ใช้ในการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดจะเป็นบริเวณของหลอดเลือดใต้ผิวหนังบริเวณข้อมือด้านใน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วควรเลือกตำแหน่งผ่าตัด ที่เป็นส่วนปลาย (distal) ที่สุดก่อน เพื่อให้สามารถทำการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำต่อกันโดยตรงได้มากที่สุด ซึ่งหากหลอดเลือดที่ข้อมือมีการตีบตันก็สามารถเลื่อนขึ้นมาทำที่ข้อศอกต่อไปได้ในเวลาต่อมา โดยในการผ่าตัดจะมีขนาดของแผลผ่าตัดยาวประมาณ 3-4 เซนติเมตร ซึ่งแพทย์จะพิจารณาเลือกทำการผ่าตัดบริเวณแขนข้างที่ไม่ถนัดก่อน และก่อนการผ่าตัดศัลยแพทย์จะมีการตรวจตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัด โดยเฉพาะที่ข้อมือโดยการ ดู และคลำ หลอดเลือดแดงและดำ หลอดเลือดแดงจะต้องนุ่ม และมีชีพจรเต้นแรง (NKF-K/DOQI, 2006) ส่วนหลอดเลือดดำจะดูโดยการรัดแขนด้วยยางยืด ห้อยแขนลง และตีเบาๆ ให้หลอดเลือดขยายตัวเด่นขึ้นมา หลอดเลือดดำจะต้องเห็นชัด คลำนุ่ม เมื่อศัลยแพทย์เลือกข้าง และตำแหน่งเรียบร้อยแล้ว ก็จะแนะนำผู้ป่วยให้งดการเจาะเลือด ฉีดยา หรือวัดความดันตรงแขนข้างที่เลือกไว้ รวมทั้งให้ออกกำลังเบาๆ ด้วยการบีบลูกบอลเล็กๆ กำเบาวันละหลายร้อยครั้ง ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดตลอดไป ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านเกร็ดเลือดจะได้รับคำแนะนำให้หยุดยาก่อนผ่าตัด 7-10 วัน (โสภณ, 2548)

ภายหลังการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเรียบร้อยแล้ว เมื่อคลำดูใกล้แผลผ่าตัดจะมีความรู้สึกถึงการสั่นสะเทือนเนื่องจากมีเลือดไหลแรงจากหลอดเลือดแดง เข้าในหลอดเลือดดำ และจะต้องคลำได้แรงสั่นกว้างขึ้นเรื่อยๆ หลอดเลือดดำต้องพองตัวขึ้นให้เห็นชัดเจน มีเลือดไหลแรง ซึ่งการจะใช้เส้นเลือดนี้เพื่อการฟอกเลือดจะขึ้นอยู่กับพิจารณาของศัลยแพทย์ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่มีหลอดเลือดที่เหมาะสมที่ข้อมือ ศัลยแพทย์อาจพิจารณาใช้หลอดเลือดที่

อยู่สูงขึ้นมาจากปลายแขนมาต้นแขนแทน หรือต้องใช้ [หลอดเลือดที่ขา](#) หรือ [หลอดเลือดเทียม](#) ซึ่งจะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ข้อดีของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

ผู้ป่วยจำนวนมาก มีความชื่นชอบกับการทำการผ่าตัดแบบไปกลับ เนื่องจากมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวก ประหยัด และสามารถลดผลกระทบต่ออารมณ์ เช่น ความกลัว หรือวิตกกังวลจากการผ่าตัดได้ (Johansson, et al., 2006) โดยการผ่าตัดแบบไปกลับจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) ด้านสังคมมากที่สุด (Suhonen, Livoncn, & Valimaki, 2007) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายต่ำ (Warner, Shields, & Chute, 1993) รวมถึงอุบัติการณ์การติดเชื้อ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยเด็ก คนชรา และผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบการทำผ่าตัดใส่ลิ้นระหว่างการทำผ่าตัดแบบไปกลับและการทำผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเท่ากัน คือ ร้อยละ 1.5 แต่การทำผ่าตัดแบบไปกลับมีอุบัติการณ์ของการเกิดผลแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจต่ำกว่า บุคลากรไม่ต้องกังวลในเรื่องการเตรียมเตียงเพื่อรับผู้ป่วย ลำดับการผ่าตัดสามารถยืดหยุ่นได้ ประสิทธิภาพการใช้ห้องผ่าตัดสูงกว่าเพราะสามารถทำการผ่าตัดได้หลายรายต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ช่วงระยะเวลาที่รอการผ่าตัดสั้นลง เสียค่าใช้จ่ายโดยรวมต่ำกว่า และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้ยาหลังผ่าตัดน้อยลง (สมชาย, 2548)

การผ่าตัดที่เหมาะสม จะทำให้เป็นการผ่าตัดแบบไปกลับ จะต้องเป็นการผ่าตัดที่ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และสมอง มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ได้น้อย ควรใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นานหรือน้อยกว่า 90 นาที เนื่องจากระยะเวลาผ่าตัดที่นานเกินกว่า 60 นาที จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลและเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ชนิดของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน ที่นิยมกันอยู่ในปัจจุบัน (กำพล, 2548) มีดังนี้

1. การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดโดยใช้หลอดเลือดผู้ป่วยเอง (arteriovenous fistula: AV fistula หรือ AVF) เป็นการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำโดยตรง จะทำให้แรงดันเลือด

จากหลอดเลือดแดงไหลเข้าหลอดเลือดดำ จะทำให้หลอดเลือดดำโตและแข็งแรงขึ้นและจะใช้ส่วนของหลอดเลือดดำในการแทงเข็มเพื่อการฟอกเลือด

2. การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดโดยใช้เส้นเลือดเทียม (arteriovenous bridge graft: AVBG หรือ AVG) เป็นการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ โดยใช้หลอดเลือดเทียมที่ผลิตจากวัสดุสังเคราะห์ (vascular graft) เป็นสะพานเชื่อม

3. การใส่สายสวนหลอดเลือดดำชนิด 2 รู เพื่อฟอกเลือดชั่วคราว (double lumen venous catheter for temporary access) เป็นการใส่ท่อกลวง (catheter) ขนาดอย่างน้อย 11-12 Fr เข้าไปในหลอดเลือดดำ ใช้ในกรณีที่ไตเสื่อมอย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถรอการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดได้ จึงจำเป็นต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำเพื่อฟอกเลือดชั่วคราว วิธีนี้จะไม่สามารถใช้แบบถาวรได้ อาจมีการอุดตัน ติดเชื้อ และทำให้หลอดเลือดดำบริเวณที่ใส่สายสวนตีตันได้

วิธีการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับ เพื่อการฟอกเลือด

โดยหลักการทั่วไปการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยทุกรายจะต้องคำนึงถึงคุณภาพความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และค่าใช้จ่าย (สมชาย, 2548; สุริรัตน์และกรวีร์, 2546) โดยปกติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด จะได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเฉพาะที่ (local anesthesia) ด้วยยา 1% หรือ 2 % xylocain without adrenaline ยกเว้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในขณะที่ได้รับการผ่าตัดได้ตลอด จะได้รับยาชาเพื่อสกัดกั้นเส้นประสาทแขน (brachial plexus block) โดยใช้เทคนิคการแทงเข็มเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular block) หรือแทงเข็มบริเวณรักแร้ (axillary block) (กำพล, 2548) หรือใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจใช้วิธี monitored anesthesia care (MAC) เป็นการที่วิสัญญีแพทย์หรือพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยได้รับยาชาเฉพาะที่ โดยการเฝ้าระวัง ควบคุมสัญญาณชีพ และพร้อมที่จะให้ยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบตามสภาพของผู้ป่วยและสถานการณ์ขณะนั้น ซึ่งการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยจะมีหลักการเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ยาชาเฉพาะที่ชนิด 1% หรือ 2% xylocain without adrenaline เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อผนังเส้นประสาท (neuro membrane) เพื่อสกัดกั้นความเจ็บปวดเฉพาะบางส่วนของร่างกาย โดยการฉีดเข้าได้ ชั้นผิวหนังหรือชั้นไขมัน โดยยาจะไปยับยั้งการถ่ายเทไอออน (ionic flux) ซึ่งเป็นตัวตั้งต้นและตัวนำให้เกิดแรงผลักดันของสื่อประสาท (impulse) จึงทำให้เกิดการชาเฉพาะที่ (สมชาย,

2548) ยาจะออกฤทธิ์ได้เร็วมาก มีการกระจายฤทธิ์ดี และมีฤทธิ์อยู่ได้นานโดยไม่ระคายเคือง ขนาดยา 1% หรือ 2% xylocain without adrenaline จะให้ผลไม่แตกต่างกันมาก เพียงแต่ถ้าใช้ความเข้มข้น 2 % ก็จะใช้ปริมาณยาน้อยกว่า อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ ในรายที่มีอาการแพ้บ่อยๆ ใน 1-2 นาที หลังจากได้รับยา จะมีอาการมึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ในรายที่มีอาการแพ้ยารุนแรง อาจมีอาการกล้ามเนื้อกระตุก ความดันโลหิตลดลง หน้ามืดและหมดสติ

ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด (โสภณ, 2548) มีดังนี้

1. ภาวะเลือดออก เกิดขึ้นได้ในลักษณะมีเลือดออกไหลซึมสู่แผลภายนอก หรือมีเลือดออกแล้วตั้งอยู่เป็นก้อนเลือด (hematoma) ภายใต้วงคิ้วหน้าซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการที่มีเลือดซึมหรือพุ่งออกจากรอยต่อของหลอดเลือด (anastomosis) ออกจากแขนงเล็กๆ ของหลอดเลือดดำ หรือออกจากเนื้อเยื่อรอบข้าง หรือเกิดจากปัญหาการแข็งตัวของเลือด

2. ภาวะหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแล้ว ไม่สามารถใช้งานได้ถึงแม้ว่า การผ่าตัดจะสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 25-30 ที่มีขนาดของหลอดเลือดภายหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ไม่เพียงพอที่จะสามารถใช้งานได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณการไหลของเลือดจากหลอดเลือดแดงไปหลอดเลือดดำร่วมกับสภาพของหลอดเลือดดำ และการบริหารมือของผู้ป่วย

3. ภาวะอุดตันของหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ทั้งในระยะแรกและระยะหลัง สาเหตุของการอุดตันในระยะแรกหลังการผ่าตัดมักเกิดจากการเลือกหลอดเลือดดำที่ไม่เหมาะสม เช่น มีขนาดเล็กเกินไป มีรอยคอดกั้ว หรือเลือกหลอดเลือดแดงที่มีแรงดันเลือดไม่ดีพอ เป็นต้น นอกจากนั้นเทคนิคการผ่าตัดที่ผิดพลาด ก็สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้เช่นเดียวกัน เช่น การมีรอยต่อแคบเกินไป เข็มเย็บเกี่ยวโดนผนังสองด้านของหลอดเลือด ส่วนสาเหตุของการอุดตันที่เกิดขึ้นในระยะหลังของการผ่าตัดมักเกิดจากการกีดขวางเลือดหลังฟอกเลือดแรงเกินไปในระยะเวลาที่นานเกินไป

4. ความดันเลือดในหลอดเลือดดำสูง (venous hypertension) เกิดจากการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบด้านข้างต่อด้านข้าง (side to side anastomosis) ทำให้เลือดไหลจากหลอดเลือดแดงไปหลอดเลือดดำทั้งส่วนต้น (proximal) และส่วนปลาย (distal) จนอาจมีปริมาณเลือดไหลไปมากจนทำให้ความดันเลือดในหลอดเลือดดำสูง ซึ่งพบได้ร้อยละ 4.4 ทำให้

ผู้ป่วยมีอาการมือบวม คล้ำ เป่ง และปวด หรือเป็นแผล อีกกรณีหนึ่งที่พบได้ไม่บ่อย จะเกิดในกรณีที่มีการอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous outflow obstruction) เช่น หลอดเลือดดำ subclavian ที่เคยใส่สายสวนชนิด 2 รู เป็นเวลานานจนเกิดการตีบ (stenosis) หรือการเกาะของลิ่มเลือด (thrombosis) ทำให้มีระบายเลือดที่ไหลจาก AVF ไม่ทันทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในหลอดเลือดดำสูงตลอดแขน มีอาการแขนบวม คล้ำ ถ้าเป็นมากจะปวด และแขนจะบวมโตขึ้นเรื่อยๆ

5. ภาวะที่ปลายนิ้วมือขาดเลือด (vascular steal syndrome) พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.6-20 เกิดจากการที่เลือดไหลจากหลอดเลือดแดงที่ฝ่ามือ (palmar arch) ย้อนกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำโดยผ่านหลอดเลือดแดงที่เชื่อมต่อกับหลอดเลือดดำ (AVF) เลือดจึงไม่ไปเลี้ยงปลายนิ้วตามปกติ ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดที่ปลายนิ้ว (distal ischemia) ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว มีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนนี้มากกว่าคนทั่วไป อาการที่พบมีตั้งแต่ปลายนิ้วเย็น อ่อนแรง จนถึงอาการปวดหรือมีความรู้สึกชา นิ้วมือจะซีด อาการจะเป็นมากขึ้นถ้ายกมือขึ้นสูง

6. ภาวะหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ (AVF) ตีบ (AV fistula stenosis) จะทำให้การไหล (flow) ของเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดไม่มีประสิทธิภาพ การตีบอาจตีบบริเวณรอยต่อ บริเวณหลอดเลือดดำ หรือบริเวณที่แทงเข็มสำหรับฟอกเลือด การตีบที่บริเวณรอยต่ออาจเกิดจากความผิดปกติจากการผ่าตัด

7. ภาวะที่มีการโป่งพอง (aneurysm formation) ของหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดซึ่งเป็นที่ทั้งการโป่งพองเฉพาะบางชั้นของหลอดเลือด (false aneurysm) และการโป่งพองทุกชั้นของหลอดเลือด (true aneurysm) สำหรับการโป่งพองเฉพาะบางชั้นของหลอดเลือด เกิดได้ที่บริเวณรอยต่อ (anastomosis) หรือบริเวณที่เป็นรูเข็ม ซึ่งบริเวณที่เป็นรูเข็มจะพบบ่อยกว่า โดยพบได้ประมาณร้อยละ 2 โดยเกิดจากการแทงเข็มฟอกเลือดตำแหน่งเดิมหลายๆ ครั้ง

8. การติดเชื้อ พบได้ไม่บ่อย เนื่องจากไม่มีการใช้หลอดเลือดเทียม การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นบริเวณแผลผ่าตัด บริเวณรูเข็มฟอกเลือด หรือบริเวณที่เป็นก้อนเลือด (hematoma) เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียก่อโรค (staphylococcus aureus) ซึ่งจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด (AVF) มีอัตราการติดเชื้อระหว่างร้อยละ 1-4

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

โอเรียม (Orem, 2001) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณสมบัติอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะสามารถสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (power components: enabling capabilities for self-care) และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ความสามารถในการปฏิบัติการ เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย (capabilities for self-care operations) กลุ่มนี้นับเป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ (estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเองรวมถึงความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (transitional operation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองสามารถ และควรจะทำ เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และ 3) การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งจำนวนมาก จนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีความพร้อมในการดูแลตนเองอยู่ก่อนแล้วทั้งนี้ เนื่องจากมีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ เช่น มีอาการซีด บวม เหนื่อยง่าย อ่อนแรง ไม่มีสมาธิและหลงลืมง่าย (ศศิธร, 2550) ดังนั้นการเข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอก

เลือด นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และเนื่องจากการผ่าตัดชนิดนี้ เป็นการผ่าตัดที่ต้องการการดูแลที่จำเพาะเจาะจง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างด้วยกัน คือ

1. การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์หรือพยาบาล การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ
2. การรับรู้ และสนใจ ผลของพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเองในด้านต่างๆ
3. การปฏิบัติตามแผน การรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิด ขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดังนี้ (โสภณ, 2548)

3.1 สังเกตว่าหลังผ่าตัดมีเลือดออกมากผิดปกติตรงบริเวณที่ผ่าตัดหรือไม่ เนื่องจากการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อการฟอกเลือดเป็นการผ่าตัด เพื่อเชื่อมต่อหลอดเลือดแดง ซึ่งมีความดันในหลอดเลือดสูงมากเข้ากับหลอดเลือดดำ ซึ่งมีความดันในหลอดเลือดต่ำกว่า จึงทำให้มีการไหลเวียนมายังหลอดเลือดดำบริเวณผิวหนังมากขึ้น ถ้าผิวหนังบริเวณผ่าตัดบวมโป่งมากจนผิดปกติ อาจเกิดจากการมีเลือดซึมออกจากหลอดเลือดมาอยู่ที่ผิวหนัง หากมีเลือดออกจากบริเวณแผลให้ใช้หัวแม่มืออีกข้างหนึ่งกดลงบริเวณที่เลือดออกหรือใช้ผ้าพันแน่นๆ หากกดแล้วเลือดไม่หยุดให้รีบไป พบแพทย์ หากไม่มีอาการผิดปกติผู้ป่วยสามารถเปิดแผลและให้แผลถูกน้ำได้หลังผ่าตัด 7-10 วัน

3.2 สังเกตความผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัดภายในช่วง 7 วันแรกของการผ่าตัด บาดแผลปกติไม่ควรเจ็บมากและไม่แดง หากบริเวณแผลมีอาการบวมแดง และกดเจ็บ พร้อมกับมีไข้ ให้สงสัยว่าเกิดการอักเสบ และแผลอาจมีการติดเชื้อ หากบริเวณแผลโป่งพอง กดเจ็บ และรู้สึกนุ่มๆ เหมือนมีน้ำภายในให้สงสัยว่าอาจเกิดเป็นฝีแล้ว ให้รีบมาพบแพทย์โดยเร็ว

3.3 ควรยกแขนสูง เช่น โดยการใช้นอนรองใต้แขนข้างที่ผ่าตัดโดยเฉพาะ 2-3 วันแรก หลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันไม่ให้มีเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งใต้ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดมากเกินไป

3.4 ควรออกกำลังกายมือ โดยการกำลูกบอลยางเล็กๆ หรือลูกเทนนิส โดยการกำแบบบ่อยๆ วันละหลายๆ ครั้ง เริ่มตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัดเพื่อให้มีเลือดไหลเวียนผ่านบริเวณที่ทำผ่าตัดได้ดีและเป็นการบริหารเส้น ซึ่งการบริหารเส้นนี้ควรทำก่อนและหลังการผ่าตัด นอกจากนั้น ควรเช็ดการสั่นของหลอดเลือดอย่างน้อยวันละครั้ง หากไม่มีการสั่นหรือการสั่นเบาจะต้องมาพบแพทย์

3.5 ระวังอย่าให้บริเวณแขนข้างที่ผ่าตัดได้รับการกระทบกระเทือน เช่น การกระทบกระแทก กับของแข็ง หรือของมีคม เนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อบริเวณที่ผ่าตัดได้

3.6 ห้ามเจาะเลือด วัดความดันโลหิต แขนงเข็มเพื่อให้น้ำเกลือ หรือให้ยาทางหลอดเลือดที่บริเวณแขนข้างที่ทำการผ่าตัด ทั้งนี้ควรทำทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

4. การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากสภาวะโรคไต เช่น อาการปวดหรือบวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

5. การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือที่มีความจำเป็นจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น รวมถึงการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

6. การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษา เรียนรู้แบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระยะของการพยาบาลผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อน ผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัดมี ดังนี้

1.1 การคาดการณ์ (estimative operation) ของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องความสำคัญของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดว่ามีความจำเป็นในการช่วยกำจัดของเสีย เนื่องจากผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติ นอกจากนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว ก่อนการเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการและมีความสามารถในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

1.2 การปรับเปลี่ยน (transitional operation) ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติตัวได้อย่าง

ถูกต้อง เช่น ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยตัดสินใจไปพบศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจและเลือกบริเวณที่จะผ่าตัด

1.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น เช่น ต้องบริหารเส้นเลือดโดยการบีบลูกบอลยางวันละ 3-4 รอบ รอบละ 50-100 ครั้ง หลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีดยา แขนงเส้นให้น้ำเกลือ และวัดความดันโลหิตแขนข้างที่จะผ่าตัด

2. ระยะขณะผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ผ่าตัดมีดังนี้

2.1 การคาดการณ์ (estimative operation) ในระยะขณะผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องความสำคัญของการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในขณะที่ผ่าตัด และความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ได้แก่ การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดเป็น การผ่าตัดโดยการฉีดยาเฉพาะที่ ขณะผ่าตัดอาจมีอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่อาจเกิดขึ้น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีทำให้สามารถรับรู้ได้ถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวทุกด้าน เช่น ผู้ป่วยจะเห็นเจ้าหน้าที่ทุกคนใส่หมวก ปิดจมูกและปาก อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดจะเย็นกว่าปกติ และผู้ป่วยจะได้ยินเสียง พูดคุยกันของเจ้าหน้าที่

2.2 การปรับเปลี่ยน (transitional operation) ในระยะขณะผ่าตัดของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ควรกระทำและจะต้องกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลและยอมรับการฉีดยาเฉพาะที่ในการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

2.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) ในระยะขณะผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น เช่น สามารถให้ความร่วมมือกับทีมผ่าตัดในขณะที่ทำการผ่าตัด โดยการไม่ขยับแขนข้างที่กำลังได้รับการผ่าตัด และสามารถบอกความต้องการหรือความรู้สึกของตนเองในขณะที่ผ่าตัดได้

3. ระยะหลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมีดังนี้

3.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) ในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องความสำคัญของการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การมีเลือดหรือน้ำซิมมาก แขนบวมหรือปวดมากผิดปกติ การไม่มีการสั้นหรือมีการสั้นของหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือด

เลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดเบาลง การมีสีของมือต่างกันมาก และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3.2 การปรับเปลี่ยน (transitional operation) ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะในการตัดสินใจเลือก กิจกรรมที่ควรกระทำและจะต้องกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เมื่อเกิดความผิดปกติมีเลือดออกมากบริเวณแผลผ่าตัด แขนบวมหรือปวดมากผิดปกติ ไม่มีการสั้นของหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดต้องรีบมาพบแพทย์

3.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) ในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น เช่น หากเลือดออกจากแผลผู้ป่วยควรใช้หัวแม่มืออีกข้างหนึ่งกดลงบริเวณที่เลือดออกหรือใช้ผ้าพันตรงบริเวณที่มีเลือดออกแน่นๆ หรือการคลำตรงบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดเพื่อประเมินว่ามีการสั้นของหลอดเลือดที่ผ่าตัดไปหรือไม่

การประเมินการปฏิบัติในการดูแลตนเอง

การประเมินการปฏิบัติในการดูแลตนเองเป็นการดำเนินการเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไปได้ (Young, O'Connell, & McGregor, 2000)

จากการที่ความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ประกอบด้วย โครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับนี้มีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยที่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นรากฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง หากขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายส่งผลให้ไม่มีความสามารถจะลงมือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้ (Gast et al., 1989 อ้างตาม สมจิต, (2544) ดังนั้นในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ระดับคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการ และประเมินระดับความสามารถ

ในการปฏิบัติการเพื่อการดูแล ได้แก่ เครื่องมือ Perception of Self Care Agency Questionnaire ที่สร้างโดย Hansona Bickel (al cited in Gast et al., 1989) อ้างตาม อภินันท์, 2545) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง แต่มีความครอบคลุมพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของโอเรียม เพียง 4 ประการ จาก 10 ประการ เครื่องมือนี้มีศักยภาพในการนำมาทดสอบทฤษฎีของโอเรียมได้เป็นอย่างดี ซึ่งยังพบว่าเครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองอื่นๆ อีก ซึ่งจากการที่อภินันท์ (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการทบทวนวรรณกรรมไว้พบว่ามีเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. The Exercise of self-Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยเคอร์นีย์และเฟลสเซอร์ (Kearney & Fleischer, 1979) สำหรับวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 43 ข้อ แต่จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างตามทฤษฎีของโอเรียม โดยไอเซนเบิร์ก (Isenberg as cited in Gast et al., 1989 อ้างตาม อภินันท์, 2545) พบว่า มีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ จาก 43 ข้อ ที่เป็นการวัดความสามารถในการคาดการณ์ และมีคำถามถึง 7 ข้อที่ไม่มีความชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับใด

2. The Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA scale) เป็นเครื่องมือที่เอเวอร์ส (Evers, 1989) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น การวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Gase et al., 1989) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Type Scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยโอเรียม และผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีคนอื่นๆ ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 – 0.94

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด โดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นแบบสอบถามถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

คะแนน 5 (ปฏิบัติได้มากที่สุด) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด

คะแนน 4 (ปฏิบัติได้มาก) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองมาก

คะแนน 3 (ปฏิบัติได้ปานกลาง) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง

คะแนน 2 (ปฏิบัติได้น้อย) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองน้อย

คะแนน 1 (ปฏิบัติได้น้อยที่สุด) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองน้อยที่สุด

ในการแปลผลการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลการตอบแบบสอบถามดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

แบบสอบถามที่ได้รับการตอบอย่างสมบูรณ์ในแต่ละชุดจะมีระดับคะแนนที่สูง หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดอยู่ในระดับที่สูง ระดับคะแนนที่ต่ำหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดอยู่ในระดับต่ำ

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

ตามแนวทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) จำแนกระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ ประกอบด้วย 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) 2) ระบบทดแทนบางส่วน (party compensatory nursing system) และ 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะใช้เมื่อผู้รับบริการสามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยพยาบาลจะเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้รับบริการพัฒนาสามารถในการดูแลตนเอง กำหนดแผนการดูแลตนเอง และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จ สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่หนักจนเกินไปได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งรายละเอียดวิธีการพัฒนาโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1. การสอน (teaching) ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอนถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ความสำคัญและประโยชน์ของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ชนิดของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด วิธีและตำแหน่งของการผ่าตัด วิธีการศึกษาเฉพาะที่ การปฏิบัติตัวทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การสังเกตและคลำการสั้นของเส้นที่ได้รับการผ่าตัดเสร็จแล้ว เพื่อจะใช้ในการฟอกเลือดรวมถึงให้ผู้ป่วยซักถาม พูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้และข้อมูลที่ได้รับ โดยก่อนและหลังในการสอนจะมีการประเมินความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนสอนจะเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในเรื่องใดอยู่แล้วบ้าง อะไรที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อจะนำมาใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบการสอนผู้ป่วย โดยในการสอนจะเน้นการให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่รู้หรือเป็นความรู้ที่สำคัญและจำเป็นต้องรู้ การสอนในลักษณะนี้จึงเป็นการให้ความรู้ที่ตอบสนองกับความต้องการและความสนใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง นอกจากนี้การสอนเป็นรายบุคคลทำให้เกิดการสื่อสารโดยตรงระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย จึงส่งเสริมให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคล จึงเป็นวิธีการที่สามารถให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้

2. การชี้แนะ (guiding) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้การให้การชี้แนะแก่ผู้ป่วย โดยการแนะนำให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล บอกแนวทาง และตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดแต่ละคนตามความต้องการ โดยผู้วิจัย

ได้บรรจุกำชี้แนะ ข้อมูล และแนวทางในการปฏิบัติต่างๆ ลงในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด และลงไปในวีดิทัศน์ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด แล้วผู้วิจัยได้ให้คู่มือและสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยนำกลับไปศึกษาที่บ้านได้ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้คำชี้แนะผู้ป่วยโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามผู้วิจัย เกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม หรือสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีได้ การให้การชี้แนะในลักษณะนี้จะทำให้ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้รับการติดตามและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง โดยโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเองได้และเป็นวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของจันทนา (2545) ยังพบว่า การชี้แนะและให้คำปรึกษาจำนวน 1-3 ครั้ง ระยะห่าง 1-2 สัปดาห์ ทำให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การสนับสนุน (supporting) ผู้วิจัยได้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด โดยการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ ใช้กิริยาท่าทางที่เป็นกันเองและเป็นมิตร ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกเป็นกันเองเกิดความมุ่งมั่นในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับที่โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเป็นผู้ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีข้อข้องใจตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยโดยการโทรศัพท์ได้ และในขณะที่ผู้วิจัยให้คำปรึกษาผู้ป่วยผู้วิจัยได้สอดแทรกคำพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ (2545) ได้ทำการศึกษา พบว่า การสนับสนุนสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม (environment making) ผู้วิจัยได้สร้างสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดโดยการจัดสถานที่ในการสอนและการชี้แนะและสนับสนุนให้มีความเป็นส่วนตัวไม่รู้สึกรู้สึกอึดอัด ไม่มีสิ่งอื่นมารบกวน ซึ่งในเรื่องของการสร้างสิ่งแวดล้อมนี้ วรวรรณ (2545) ได้ทำการศึกษา พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีจะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

จากการที่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังยังคงเป็นผู้มีความสามารถในการที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่หนักจนเกินไปได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จึงนับว่ามีความเหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

แนวคิดทฤษฎีของโอเรียม (Orem, 2001) เชื่อว่า ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล การที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับความรู้การศึกษา อาชีพ รายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ สังคมวัฒนธรรม แหล่งที่อยู่อาศัย ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะมีการพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และค่อยๆ ลดลงในวัยผู้สูงอายุ ในระยะก่อนวัยสูงอายุบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา (2547) ที่พบว่า บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ และความสามารถในการเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ มากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า เช่น เด็กเล็กจะไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงวัย แต่ละคน จะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น

2. เพศ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล และเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพรวมถึงบทบาทในครอบครัว และสังคม โดยเพศหญิงจะมีสัญชาตญาณของการดูแลสูง รวมถึงมีความรับผิดชอบต่อกันในครอบครัวทั้งในยามปกติและยามป่วย (จารุวรรณ, 2544)

3. ระดับความรู้และการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล ช่วยให้มีสมาธิและความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ

ได้มากขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี (Orem, 2001)

4. อาชีพ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะลักษณะอาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างอิสระไม่มีเวลาที่กำหนดแน่นอน เช่น แม่บ้านจะสามารถจัดการกับเวลาในการดูแลตนเองและการพักผ่อนได้ดี ในขณะที่ผู้ที่มีอาชีพที่ถูกกำหนดด้วยเวลาไว้แน่นอน เช่น ข้าราชการ เจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจหรือลูกจ้างมักมีเวลากำจัดในการดูแลตนเอง (สำอางค์ , 2550)

5. รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001) ซึ่งจะมีผลต่อการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง ปัจจัยนี้จึงมีความสำคัญในการดำรงชีพและทำให้บุคคลรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัย โดยรายได้จะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน และการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ตามความต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมล (2550) ที่พบว่า รายได้เพียงพอของครอบครัวจะสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองและบุคคลที่พึ่งพาได้เนื่องจากสามารถซื้อสิ่งที่จำเป็นหรือสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลได้

6. ภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ ผู้ที่มีสุขภาพดีมักจะตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี เนื่องจากมีศักยภาพเพียงพอในการที่จะตอบสนองความต้องการดังกล่าว การคำนึงถึงระยะพัฒนาการของบุคคล จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ นอกจากนั้นยังทำให้ทราบถึงระยะของการพัฒนาความสามารถของการดูแลตนเองของบุคคลได้อีกด้วย (Orem, 2001)

7. สังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีพของมนุษย์ การดูแลตนเอง รวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรม จะรวมถึงศาสนา ความเชื่อ การศึกษา และเศรษฐกิจ โดยศาสนาแต่ละศาสนาจะสอนให้คนมีความเชื่อและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นศาสนายังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียมประเพณี และกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยส่งผลให้การดูแลตนเองของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อของตนเอง องค์ประกอบของสังคมวัฒนธรรมที่บุคคลประพฤติปฏิบัติอยู่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor , 1989 อ้างตาม สมจิต, 2544)

8. แหล่งที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับบริการสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่อยู่อาศัยในถิ่นทุรกันดาร ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขได้น้อยลง นอกจากนั้นยังมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ จึงต้องพึ่งพาตนเองโดยการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ หรือภูมิปัญญาของท้องถิ่น เป็นต้น

9. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต, 2544) หากระบบบริการสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามความสามารถที่มีอย่างเต็มที่ จะเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพึ่งพาตนเองในสังคม นอกจากนั้นการมีระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง สามารถมารับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

10. ระบบครอบครัว โดยครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญ และสามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว สามารถจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ (สมจิต, 2544) เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

11. แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งปริมาณของความต้องการการดูแลตนเองและกลวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน (Orem, 2001) เช่น คนที่สูบบุหรี่ จะต้องรู้จักวิธีดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการได้รับสารที่เป็นอันตรายจากการสูบบุหรี่หรือการแสวงหากลวิธีเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

12. แหล่งประ โยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของ แหล่งข้อมูล หากบุคคลมีศักยภาพในการหาแหล่งประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้จะทำให้บุคคลสามารถตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปในการดำรงชีวิตตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเองได้ (Orem, 2001)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและจากแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเรียม (2001) สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับ

ปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ของบุคคล ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของบุคคล โดยอาจเป็นทั้งปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลหรืออาจเป็นปัจจัยขัดขวางในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก็ได้

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบไปกลับ

การผ่าตัดแบบไปกลับเป็นการผ่าตัดที่ไม่ต้องนอนค้างในโรงพยาบาล เพียงแต่ต้องการเฝ้าระวังภายหลังการผ่าตัดในช่วงเวลาสั้นๆ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดระยะเวลาในการรอผ่าตัดนาน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดความเครียดจากการนอนพักในโรงพยาบาล ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบไปกลับอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัย ลดความเสี่ยง นับเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความคุ้มค่าจากการทำผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ การประเมินสภาพและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ (สุริรัตน์และกรวีร์, 2546) ได้แก่ การจัดให้มีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกรณี que ผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะมาพบบุคลากรทีมสุขภาพที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีข้อเสีย คือบุคลากรทีมสุขภาพไม่ได้พบผู้ป่วยด้วยตนเอง ซึ่งหากเกิดอาการผิดปกติในวันที่นัดผ่าตัดจะทำให้เสียเวลาต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป การโทรศัพท์สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยโดยบุคลากรทีมสุขภาพ อาจจะเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลจะมีการซักถามความพร้อมหรือสภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน การใช้โทรศัพท์ช่วยในการเตรียมและประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการสอบถามปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อมูลสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ลดความยุ่งยากในการเดินทาง ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล (Dinger, 2007) ลดอัตราการเลื่อนผ่าตัด ลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว (Kleinpell, 1997) รวมทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยได้อีกด้วย (Yellen & Ricard, 2005)

หลักการทั่วไปในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ

ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมินสภาพและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยดังนี้

สภาวะของผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีสุขภาพทั่วไปสมบูรณ์ หรือมีโรคประจำตัวที่ไม่รุนแรง จัดเป็นผู้ป่วยที่มีสุขภาพเหมาะสมในการเข้ารับการผ่าตัดแบบไปกลับ แต่หากผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีผลไปถึงอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย หรือมีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรงซึ่งอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้แก่ โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ก็มักถูกจัดเข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ควรมีการประเมินถึงการผ่าตัดในอดีต ยาที่ใช้ประจำ ความเจ็บป่วยในครอบครัว สำหรับการตรวจร่างกาย จะตรวจทุกระบบเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดแบบไปกลับ ควรเน้นการประเมินในระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้พิจารณาจากผลการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ โดยทำการตรวจเฉพาะระบบที่น่าสงสัยว่าจะมีความผิดปกติให้แก่ผู้ป่วย

การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดแบบไปกลับ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมักมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นในวันที่มารับการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความต้องการข้อมูลในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 ก่อนวันผ่าตัด ทั้งนี้ร้อยละ 99 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกต้องการข้อมูลที่เป็นเอกสาร ร้อยละ 92 ต้องการข้อมูลโดยวิธีการพูดคุยอธิบาย ซึ่งการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด ควรมีหลักการและแนวทาง ดังนี้ (ประณีต, 2547)

1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้ ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น ภาวะด้านจิตใจ และอารมณ์ในขณะนั้น เพราะการมีความแปรปรวนด้านอารมณ์และจิตใจ จะทำให้ความตั้งใจและความสามารถในการจดจำและรับรู้ของผู้ป่วยลดลง หากผู้ป่วยมีความปวดก่อนการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ และทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก ดังนั้นจึงควรรหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อจำกัดก่อน หรืออาจให้ญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลร่วมกับผู้ป่วย หรือแทนผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดมาก

2. ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน โดยการสนทนาซักถามให้ทราบเกี่ยวกับประเภทของข้อมูลและความมากน้อยของข้อมูลที่ต้องการ หรือให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกข้อมูลและระดับของข้อมูลที่ต้องการ ทั้งนี้เพราะความสามารถในการเรียนรู้และความต้องการข้อมูลในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนี้

- 2.1 ควรกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลผู้ป่วย เช่น ควรให้ข้อมูลเวลากลางวัน ช่วงบ่าย หรือเย็นก่อนวันผ่าตัด

- 2.2 ให้ข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากหลายช่องทาง เช่น การใช้ภาพจากสื่อเสียงต่างๆ สไลด์หรือวีดิทัศน์ อธิบายพร้อมสาธิต การใช้คู่มือหรือแผ่นพับ การเยี่ยม

ผู้ป่วย และการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลโดยเลือกใช้ข้อบ่งชี้ร่วมกัน ทั้งนี้ ควรวางแผนการให้ข้อมูลและเลือกสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้ป่วย สื่อการสอนเป็นตัวกลางในการนำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน จะช่วยสอนได้ดีกว่าการสอนที่ไม่ใช้สื่อ และได้ผลดีที่สุด สื่อการสอนที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบันมีจำนวนมาก เช่น เครื่องฉายวีดิทัศน์ หุ่นจำลอง ภาพโฆษณา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามสื่อการสอนจะมีจุดประสงค์และวิธีการใช้แตกต่างกัน การเลือกสื่อการสอนต้องคำนึงถึงเหตุผล และหลักการหลายอย่าง เพื่อให้คุ้มค่ากับประโยชน์ที่จะได้รับจากสื่อ นั้น อีกทั้งสื่อยังสามารถสร้างความสนใจ สร้างความเพลิดเพลิน ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกวัย ช่วยให้เกิดความเข้าใจและจำได้ดี สามารถแบ่งเบาภาระงานของพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถลดความวิตกกังวล อีกทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการ ใช้คู่มือ แผ่นพับ และวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเพิ่มขึ้น (Stem & Lockwood, 2005) ในขณะที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยและใช้เวลาโดยรวมน้อย (Yellen & Ricard, 2005) จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ

2.3 ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ไม่สับสน คำพูดหรือภาษาที่ใช้ต้องชัดเจน ใช้ศัพท์สามัญที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ควรเป็นข้อมูลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้และข้อเท็จจริงมากกว่าความคิดเห็น ข้อมูลที่ให้ความสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล หรือเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกดังกล่าวได้ก่อนที่จะเลือกให้ข้อมูล

2.4 ใช้ระยะเวลาเวลาในการสอน หรือให้ข้อมูลที่สั้น และมีเวลาให้ผู้ป่วยได้ซักถาม หรืออภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง หรือภายหลังให้ข้อมูล พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องที่ได้ให้ข้อมูลไปแล้ว หากเป็นเรื่องในของการปฏิบัติตัว ควรให้ผู้ป่วยทดลองทำตาม และสาธิตให้ดูจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง ทั้งนี้ควรยึดหลักที่ว่า การให้ข้อมูลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บปวด และการรักษามากขึ้น จนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้

2.5 ให้ข้อมูลที่มีมาตรฐานและรูปแบบเดียวกัน หรือให้เป็นระบบที่เชื่อถือได้ โดยต้องมีการประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูล เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสับสนของข้อมูลที่อาจให้ไม่ตรงกัน เช่น ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาในพักรักษาในโรงพยาบาล การดูแลเฉพาะ หรือที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

2.6 การใช้สื่อการสอนซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลได้ดีกว่าการสอนที่ไม่ใช้สื่อ และได้ผลดีที่สุด อีกทั้งสื่อยังสามารถสร้างความสนใจ สร้างความเพลิดเพลิน ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกวัย ช่วยให้เกิดความเข้าใจและจำได้ดี สามารถแบ่งเบาภาระงานของพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถลดความวิตกกังวล สื่อการสอนที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบันได้แก่ เครื่องฉายวีดิทัศน์

หุ่นจำลอง และรูปภาพต่างๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สื่อการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดประสงค์และวิธีการใช้แตกต่างกัน การเลือกสื่อการสอนต้องคำนึงถึงเหตุผล และหลักการหลายอย่าง เพื่อให้คุ้มค่ากับประโยชน์ที่จะได้รับจากสื่อ นั้น อาจเลือกให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามความเหมาะสม ในการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลผู้ป่วยจะได้รับความรู้อย่างละเอียดเนื่องจากผู้เรียนมีโอกาสซักถามและทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ส่วนการให้ข้อมูลแบบเป็นรายกลุ่ม คือ มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป จะช่วยให้เกิดแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้สอนและผู้ป่วยด้วยกัน มีข้อดีคือสามารถสอนผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน แต่มีข้อเสียคือ ประเมินการสอนและช่วยการแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ยาก หากสอนเป็นรายกลุ่มควรเลือกกลุ่มที่มีประเภทของการผ่าตัดคล้ายคลึงกัน และจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มไม่ควรเกิน 5 คน

2.7 การให้ข้อมูลในระยะหลังผ่าตัด เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตที่บ้านขณะฟื้นฟู ควรใช้หลักการเพิ่มกิจกรรมและประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเป็นแนวทางว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด

2.8 ให้ข้อมูลโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล โดยการสนับสนุนญาติให้อยู่กับผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มให้ข้อมูล จนกระทั่งถึงช่วงการตัดสินใจในการผ่าตัด รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน เนื่องจากพบว่า ญาติมีความต้องการข้อมูลมากที่สุด และยังต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกด้วย

2.9 มีการประเมินผลและติดตามผลการให้ข้อมูล พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการประเมินผลอาจจะถามความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการจะให้เป็นแบบทดสอบก่อนและหลังการให้ข้อมูลหรือไม่

2.10 ต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจ ได้ชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพ และต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพควรปฏิบัติก่อนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการให้ข้อมูล

การประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ แม้ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติกันเป็นประจำทุกวันอยู่แล้ว แต่การให้ข้อมูลมักจะเป็นการให้ตามปกติที่ปฏิบัติกันอยู่เป็นประจำมากกว่าการให้แบบเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพมีจำนวนน้อย มีภาระงานมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย การทำงานจึงต้องเร่งรีบแข่งกับเวลา ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไมเพียงพอ รวมถึงยังอาจไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย แต่การปฏิบัติจริงในปัจจุบันยังพบว่า ยังไม่มีการจัดให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและพบว่าผู้ป่วยทางศัลยกรรมโดยทั่วไปมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก (ศรีประภา,

2551) ซึ่งแม้ว่าการจัดให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบไปกลับควรมีลักษณะรูปแบบเฉพาะ แต่จากการศึกษาผู้ป่วยนอก คลินิกหู คอ จมูก หลังได้รับทราบผลการวินิจฉัยและได้รับการนัดหมายการผ่าตัดล่วงหน้า พบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ผลการผ่าตัด รองลงมา คือ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดตามลำดับ ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น และลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Mitchell, 2000a)

การให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดแบบไปกลับมีความจำเป็นทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยสามารถแบ่งประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการได้เป็น 5 ด้าน (ประณีต, 2547; Bernier, Sanares, Owen, & Newhouse, 2003) ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งการทราบข้อมูลชนิดนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง จึงสามารถช่วยลดวิกฤติทางด้านอารมณ์และช่วยลดความกลัวของผู้ป่วย โดยพบว่า การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับทีมผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อมูลจากการเยี่ยมของบุคลากรทีมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ (Durling, Miine, Hutton, & Ryan, 2007)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติตัว เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตัวขณะได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการได้รับข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ดี สามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ รวมถึงสามารถแสดงออกถึงความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม โดยจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดหลังการจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและให้ความสำคัญ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อน (Mitchell, 2007)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการตัดสินใจได้ และรู้ว่าตนเองจะต้องเรียนรู้และปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง โดยพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทผู้ป่วย การผ่าตัด การควบคุมตนเอง การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และวิธีการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดด้วยตนเอง ช่วยสร้างความคุ้นเคยและช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยได้

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ เพื่อเป็นพื้นฐานในการเผชิญกับสถานการณ์ในการเข้ารับการผ่าตัด เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกในขณะที่ได้รับการระงับความรู้สึกขณะเข้ารับการผ่าตัดได้แก่ การได้พบ ได้เห็น ได้ยินขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งการได้รับข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบว่า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยรายอื่นรู้สึกหรือไม่ ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ การผ่าตัดแบบไปกลับผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ จะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในขณะที่ผ่าตัด เช่น กลัวมองเห็นภาพการผ่าตัดที่กำลังเกิดขึ้นหรือกลัวความปวดจากการฉีดยา ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในขณะที่ผ่าตัดจะสามารถช่วยลดการวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยได้ ข้อมูลสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญ เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการเผชิญการเข้ารับการผ่าตัด เช่น ต้องการทราบสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้พบ ได้เห็น ได้ยินในห้องผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นความรู้สึกปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยผ่าตัดทุกราย จะช่วยลดความวิตกกังวลได้

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจเป็นข้อมูลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัด โดยทีมบุคลากรทีมสุขภาพให้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ในการผ่อนคลายความเครียด ลดวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียด ความกลัวได้

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการที่จะประเมินว่า ผู้ป่วยคนไหนจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงและสามารถอธิบายถึงปัจจัยความเสี่ยงต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ได้ เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ การให้ข้อมูลผู้ป่วยในรายนี้คือควรเน้นให้ข้อมูลในเรื่องการจัดการกับความปวดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการงดน้ำและอาหารอย่างเคร่งครัด ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มพลังอำนาจให้กับตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนไปมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมก่อนถึงวันผ่าตัด และให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ทั้งนี้พยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้ประสานและให้ข้อมูล โดยอธิบายวิธี การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก วิธีการผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ตลอดจนตอบข้อซักถามของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลแบบองค์รวม สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการ

ผ่าตัด (Glimartin & Wright, 2007) ซึ่งพบว่า ปัจจุบันการพิจารณาการผ่าตัดแบบมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย (elective surgery) เป็นส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นการผ่าตัดแบบไปกลับ หรือการให้นอนพักในระยั้ง (23 ชั่วโมง หรือ 72 ชั่วโมง) ดังนั้น การให้การพยาบาลทางด้านร่างกายที่ลดลงอันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทำให้การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นจึงมีความสำคัญมากขึ้น ในการที่จะส่งเสริมให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จและผู้ป่วยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้นการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับหลักของการพยาบาลเกี่ยวกับผ่าตัด จึงควรมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาให้มีความทันสมัย และควรมีลักษณะรูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเป็นการใช้กระบวนการพยาบาล โดยครอบคลุมถึงการประเมินสภาพของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หลังจากนั้นจะมีการวางแผนและให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล สำหรับการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดนั้น ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยมีการให้เอกสารประกอบด้วย ซึ่งในขณะที่การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในระยะนี้ พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยได้ ถึงแม้ว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติจะเป็นเพียงระยะสั้นก็ตาม พยาบาลต้องสามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ร่วมกับการให้เกียรติ และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย การแสดงออกถึงความห่วงใยและความเอื้ออาทรของพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น ไว้วางใจ และช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดไปได้ด้วยดี โดยมีการศึกษา พบว่า การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดแบบไปกลับที่ดีจะทำให้การผ่าตัดปลอดภัย สามารถลดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในขณะที่ผ่าตัดและหลังการผ่าตัดได้ และขณะเดียวกันก็สามารถช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้การผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Mitchell, 2000a)

แนวทางในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมสภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยบุคลากรทีมสุขภาพจะต้องทำการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยการซักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา และผลทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น สำหรับการเตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยบุคลากรทีมสุขภาพควรให้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ในการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อเพิ่มสมรรถภาพแห่งตนในการดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและลดความวิตกกังวล รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับโดยส่วนใหญ่จะเป็นความปวดเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยแพทย์จะสั่งยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยนำกลับไปรับประทานที่บ้าน ในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะรู้สึกแปลกใจที่มีความปวดมากเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดแบบไปกลับ ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าเป็นการผ่าตัด

เล็ก ดังนั้น การจัดการเกี่ยวกับความปวดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรเริ่มจากการแนะนำผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งอาจแนะนำโดยศัลยแพทย์ หรือกลุ่มพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับความปวดได้ และมีการวางแผนการจัดการความปวดที่เหมาะสม

ระยะขณะผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยในระยะขณะผ่าตัด เป็นการพยาบาลที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยถูกรับตัวเข้ามาในห้องผ่าตัดภายใต้การดูแลของพยาบาลแผนกห้องผ่าตัด โดยพยาบาลในแผนกห้องผ่าตัดจะต้องทำการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยให้ตรงกับตารางนัดทำผ่าตัด ตรวจสอบการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในระยะนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อน หรือพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งได้รับการระงับความรู้สึก ในระยะนี้พยาบาลควรให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความความปลอดภัย และมีความมั่นใจในการผ่าตัด พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยให้เกียรติและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย การแสดงออกถึงความห่วงใยและความเอื้ออาทรของพยาบาลในระยะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น ใจกว้างใจ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ และเกิดความรู้สึกที่ดี ได้แก่ การดูแลไม่ให้มีความปวดขณะผ่าตัด โดยการสอบถามผู้ป่วยถึงระดับความปวดเป็นระยะๆ เพื่อประเมินระดับความปวด พยายามให้ความมั่นใจต่อการผ่าตัด อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผ่าตัดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล เป็นต้น

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดจะได้รับการนิคยาชาเฉพาะที่ ดังนั้นเมื่อการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจนสามารถขยับแขนตัวเองได้ดี ไม่มีอาการชา มีนสิริษะหรืออาเจียน การเสียนเลือดและความปวดมักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะแรกวิตกกังวล ดังนั้น เมื่อออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกมากเกินปกติหรือมีความปวดมาก จึงจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ การดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไปกลับที่สำคัญ ได้แก่ ความปวดและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับบ้านช้า ดังนี้

1. ความปวด ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความปวดที่รวดเร็ว ง่าย และได้ผลเป็นที่ยอมรับว่าการใช้แบบประเมินความปวดด้วยสายตาและการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยการใช้โทรศัพท์ที่มีความคุ้มค่าและช่วยลดอุบัติเหตุการปวดได้ (Yeng, Cheung, & Chun, 2002) โดยทั่วไป ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยควรใช้เฉพาะในกรณีจำเป็น หรือเลือกใช้ยาตัวที่ออกฤทธิ์สั้น และเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญไปจนถึงระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Odom-Forren & Moser, 2005) จากการศึกษา พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ก่อนและหลังจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับร้อยละ 7 และในผู้ป่วยบางราย พบว่า อาจมีอาการยาวนานถึงวันที่ 5 หลังจำหน่าย (Pfisterer, Ernst, & Hirlekar, 2001) วิธีการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงยาที่ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน หรือให้ยาระงับปวดที่เพียงพอ เพราะความปวดเองก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังได้รับการผ่าตัด คือ ภาวะโรคเดิมของผู้ป่วย โรคเบาหวาน มีความดันโลหิตต่ำ ภาวะอ้วน การตั้งครรภ์ มีประวัติเมารถเมาเรือ หรือมีประวัติคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดครั้งก่อน การไม่ได้รับอาหารตามกำหนดเวลาก่อนมารับการผ่าตัดครั้งก่อน ความวิตกกังวล เพศหญิงซึ่งอยู่ในช่วงที่มีประจำเดือนประมาณวันที่ 4 หรือ 5 และชนิดของการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดแก้ไขตาเหล่ การผ่าตัดส่องกล้อง การชูดมดลูก หรือการผ่าตัดบริเวณอัมตะ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการผ่าตัด การบรรเทาอาการปวดได้ไม่ดี มีการเปลี่ยนท่าทางหรือเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วแต่ไม่นุ่มนวล และการเริ่มรับประทานอาหารและลุกขึ้นเร็วเกินไป

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องรีบกลับมาปรึกษาโดยทันที ผู้ป่วยจะต้องมีผู้ดูแลในขณะที่เดินทางกลับบ้าน และในระยะ 24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัดจะต้องอยู่ในสภาวะที่ปลอดภัยรู้สึกตัวดี ทานตอบรู้อาหาร หรือกลับสู่สภาพเดิมก่อนผ่าตัด ไม่ปวด หรือปวดเพียงเล็กน้อยได้ ไม่มีการเสียเลือดที่รุนแรง สัญญาณชีพปกติ โดยไม่ต้องใช้ยาใดๆ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือมีอาการมีเพียงเล็กน้อย ซึ่งในระหว่างนั้นห้ามผู้ป่วยขับขี้นานพาทนะ ทำงานหนักหรือยกของหนักๆ

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างมาก ทำให้การผ่าตัดแบบไปกลับมีมากขึ้น เนื่องจากมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวก ประหยัด ลดระยะเวลาการพักฟื้น เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ ต้องการได้รับข้อมูลต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง แต่พบว่ามีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาระงานของพยาบาลมีมาก มีเวลาจำกัด จำนวนข้อมูลมาก ปัญหาการใช้ภาษาระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วย และข้อมูลบางอย่างเป็นหน้าที่

ของแพทย์ที่จะต้องอธิบายผู้ป่วย รวมถึงใช้วิธีการให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้โดยการอธิบายเป็นรายบุคคล โดยไม่เลือกใช้วิธีอื่นๆ ได้แก่ การใช้ภาพประกอบ การใช้สื่อวีดิทัศน์ หรือการใช้คู่มือมาร่วมในการให้ข้อมูลด้วยส่งผลให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ดังนั้น การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับควรมีลักษณะรูปแบบเฉพาะ เนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลาพูดคุยกับทีมสุขภาพน้อยและต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดโดยการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดได้ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระหว่างและหลังผ่าตัด ซึ่งนับเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบไปกลับให้มีประสิทธิภาพ โดยการใช้ระบบการพยาบาล ในด้านการให้ข้อมูล ให้คำชี้แนะ การสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการให้การดูแลแบบองค์รวม จะสามารถส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งเลือกระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรม เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบคุณภาพการพยาบาลทางห้องผ่าตัด โดยสามารถนำไปจัดทำเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไปได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดภายหลังการทดลองอย่างเดียว (two-group, posttest only design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างในช่วงที่ศึกษาคือเดือนกันยายน 2556 ถึง เดือนธันวาคม 2556 ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการนิดยาเฉพาะที่
3. ได้รับการผ่าตัดทำเส้นเป็นครั้งแรกในการรักษาครั้งนี้
4. สามารถอ่าน พูดย และเข้าใจภาษาไทย
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

ในกรณีที่ต้องเปลี่ยนเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่วิธีการนิดยาเฉพาะที่จะไม่เอามาเข้าในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาจริงไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังกล่าว

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการทดสอบที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เนื่องจาก

พบว่า งานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาครั้งนี้คือ ผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ปนัดดา, 2550) ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้ค่าเท่ากับ .77 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน (ภาคผนวก ก) รวมทั้งหมด 50 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

ในการศึกษาผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทีละกลุ่ม โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวนที่กำหนด เพื่อป้องกันการเกิดการปนเปื้อน (contamination) แล้วจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปที่มีอยู่เดิมก่อนวิจัยอีก 1 ชุด เพราะอาจเป็นปัจจัยรบกวนที่สำคัญที่มีผลต่อตัวแปรตามที่ศึกษา โดยผู้วิจัยทำการทดสอบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในตัวแปรนี้ก่อนการทดลองหรือไม่ หากพบว่ามี ความแตกต่างกันผู้วิจัยใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมตัวแปรนี้ ซึ่งในการศึกษาจริงพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปที่มีอยู่เดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาลในครั้ง นี้ ประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์ได้รับยาระงับ

ความรู้สึก ประวัติโรคประจำตัว การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด

2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป เพื่อเป็นการประเมินความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิมในการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยกวนที่สำคัญที่ส่งผลต่อตัวแปรตามที่ศึกษา โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (Self-As-Care Inventory Thai Version: SCIT) ของอิสระมาลัย (Isaramalai, 2002) ซึ่งพัฒนามาจากภาษาอังกฤษ (Self-As-Carer Inventory: SCI) ของเกเดนและเทเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) ประกอบด้วยคำถาม 40 ข้อ ประเมิน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองจำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านทักษะความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองจำนวน 8 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด 6 อันดับ คือ น้อยที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 6 คะแนน โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 40-240 คะแนน นำมาแปลผลค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับต่ำมากคะแนน 40-80 2) ระดับต่ำ คะแนน 81-120 3) ระดับปานกลาง คะแนน 121-160 4) ระดับดี คะแนน 160-200 และ 5) ระดับดีมาก คะแนน 200-240

3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม รวมถึงศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการลงมือปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเป็นจำนวน 26 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนการลงมือปฏิบัติจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด 5 อันดับ คือ น้อยที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน โดยมีคะแนนรวม เท่ากับ 26-130 คะแนน นำมาแปลผลค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในการลงมือปฏิบัติเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับน้อยที่สุดคะแนน 26-46.8 2) ระดับน้อย คะแนน 46.9-67.6 3) ระดับปานกลาง คะแนน 67.7-88.4 4) ระดับมาก คะแนน 88.5-109.2 และ 5) ระดับมากที่สุด คะแนน 109.3-130

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. วิธีทัศนัยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ การปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งจะครอบคลุมไปถึงการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ดี นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตัวในทั้ง 3 ระยะ และคำแนะนำเกี่ยวกับทักษะที่ใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดหลังการจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและให้ความสำคัญคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความปวด (Mitchell, 2007)

2. คู่มือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด เป็นเอกสารที่ใช้ในการให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยซึ่งใช้ข้อความสั้นๆ เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน ซึ่งคำแนะนำในคู่มือ จะประกอบด้วย การเตรียมสภาพร่างกาย เช่น ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยต้องพบศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจและเลือกบริเวณที่จะผ่าตัด การบริหารเส้นเลือด โดยการบีบลูกบอลยางวันละ 3-4 รอบ รอบละ 50-100 ครั้ง หลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีดยา แหวงเส้นให้น้ำเกลือ วัดความดันแขนข้างที่จะผ่าตัด หลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลที่มือหรือแขนข้างที่จะทำการผ่าตัด ตัดเล็บให้สั้น สุภาพสตรีไม่ควรทาเล็บ หรือสวมใส่เครื่องประดับ การเตรียมสภาพจิตใจ คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ในการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน

3. การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้ความรู้ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และนอกจากนั้นยังใช้เป็นช่องทางในการย้ำเตือนผู้ป่วยในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนถึงใช้เพื่อให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) วิธีทัศนัยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด 2) คู่มือเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์หลอดเลือด 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด 2 ท่าน ตรวจสอบความเข้าใจ ความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของข้อความถาม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 4 คือ 1) วิธีทัศนัยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด 2) คู่มือเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด และ 4) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด และข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97 และ .97 ตามลำดับ ตามลำดับ และเมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจริง 50 คนได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อน ผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำห้องที่มีการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด โดยดำเนินการทดลอง ตามขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย (ภาพ 1) ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมการก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณา ด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำการวิจัยต่อหัวหน้าแผนกห้องผ่าตัด หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2. ขั้นทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดที่แผนกผู้ป่วยนอก

2.2 คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยการพูดคุยซักถามและแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ตลอดเวลา

2.2.2 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น

2.2. เมื่อผู้ป่วยที่มารับการตรวจในวันจันทร์ที่แผนกศัลยกรรมหลอดเลือดและได้รับการนัดผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดจะจัดเข้ากลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน 25 คน และหลังจากนั้นผู้ป่วยที่มารับการตรวจจะจัดเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 25 คน เพื่อให้ปราศจากการปนเปื้อนจากปัจจัยแทรกซ้อนจนครบทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลา

3. ดำเนินการทดลองในแต่ละกลุ่มตามวิธีการ ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดจากพยาบาลประจำการที่แผนกดูแลผู้ป่วยก่อนหลังทำหัตถการ และแผนกห้องผ่าตัดตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับผลการตรวจวินิจฉัยโรคและตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ผู้วิจัยดำเนินการโดยการอธิบายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยให้กลุ่มควบคุมทราบ

3.1.2 หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัยและสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.1.3 วันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดที่แผนกห้องผ่าตัด พยาบาลแผนกห้องผ่าตัดพูดคุยซักถามข้อมูล ตรวจสอบเอกสารและเตรียมความพร้อมของกลุ่มควบคุม ดูแลให้เปลี่ยนเสื้อผ้าและให้นั่งรอแพทย์หน้าห้องที่จะผ่าตัด พยาบาลประจำแผนกจะดูแลกลุ่มควบคุมขณะรอรับการผ่าตัดตามกระบวนการพยาบาลตามปกติ ขณะรอผ่าตัดผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

3.1.4 ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามกระบวนการปกติ และผู้วิจัยดำเนินการโดยการสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในขณะผ่าตัดหลังเสร็จการผ่าตัด และติดตามประเมินความสามารถในการลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดหลังจากการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ทางโทรศัพท์

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับผลการตรวจวินิจฉัยโรคและตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับผลการตรวจวินิจฉัยโรคและตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับผลการตรวจวินิจฉัยโรคและตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับผลการตรวจวินิจฉัยโรคและตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

3.2.2 ให้ผู้ป่วยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป

3.2.3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และประเมินสภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจและความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดไปและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ด้วย วิธีการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อวีดิทัศน์พร้อมทั้งแจกคู่มือในการปฏิบัติตัวให้กลับไปทบทวนและปฏิบัติตัวต่อที่บ้านและเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย สำหรับขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที นอกจากนี้หากกลุ่มทดลองต้องการข้อมูลเพิ่มเติมขณะอยู่บ้านสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้

3.2.4 ในกรณีที่กลุ่มทดลองไม่ได้โทรศัพท์ติดต่อมา ผู้วิจัยได้ติดต่อไปหา ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เพื่อให้ความรู้และสอบถามความพร้อมในการที่จะเข้ารับการรักษา

3.2.5 วันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับ เพื่อการฟอกเลือดที่แผนกห้องผ่าตัด พยาบาลแผนกห้องผ่าตัดพูดคุยซักถามข้อมูล ตรวจสอบเอกสาร และเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลองดูแลให้เปลี่ยนเสื้อผ้าและให้นั่งรอแพทย์หน้าห้องผ่าตัด ผู้วิจัยพูดคุยและเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ข้อมูลในส่วนที่ยังไม่เข้าใจเพิ่มเติม และขณะรอผ่าตัด จะได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

3.2.6 ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามโปรแกรม และผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองใน ระยะขณะผ่าตัดหลังเสร็จการผ่าตัด และจะได้รับการติดตามประเมินความสามารถในการลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดหลังจากการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ทางโทรศัพท์

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลทั่วไป คณะกรรมการในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

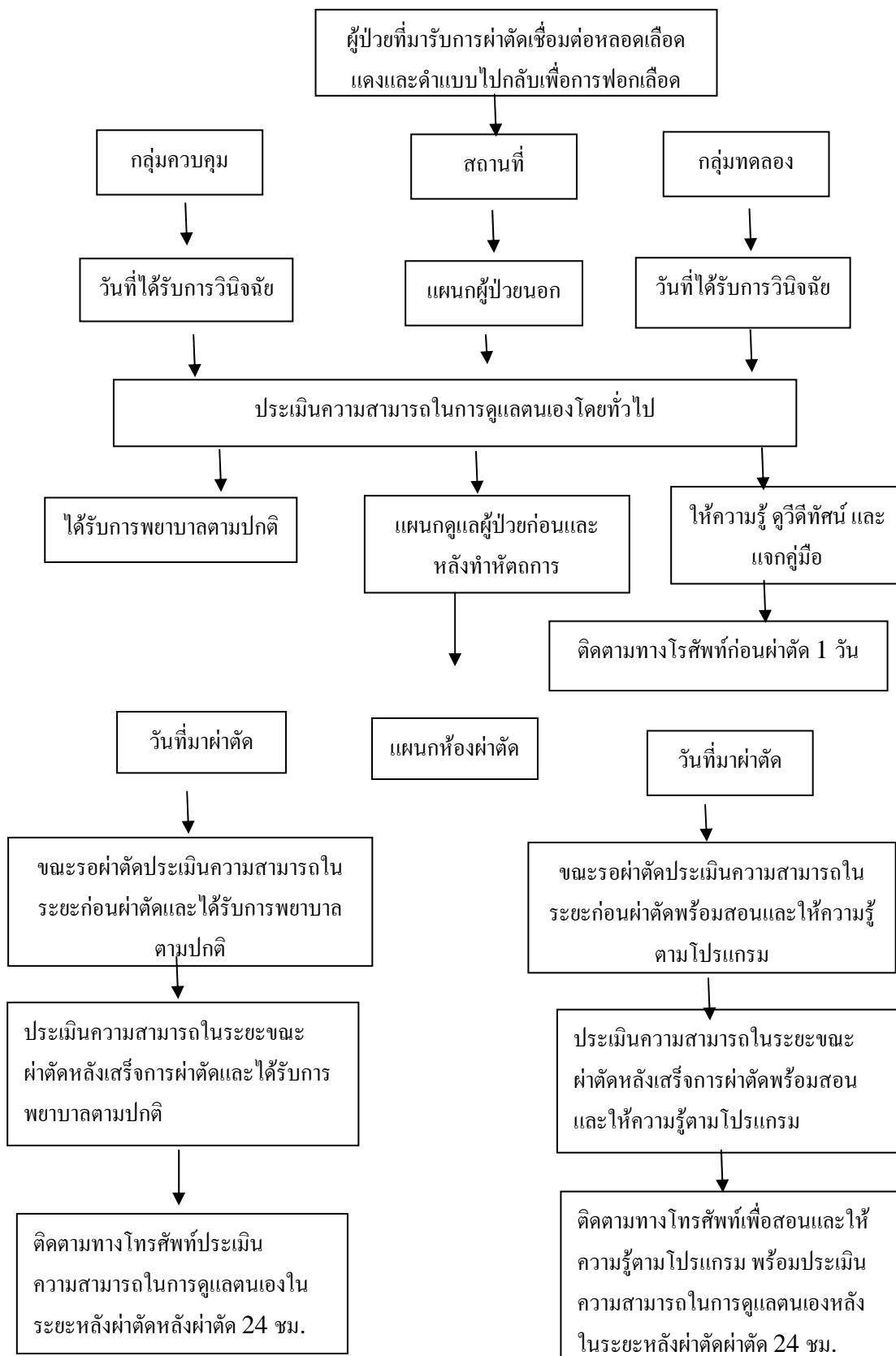
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วม โปรแกรมและตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษา ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ สามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สถิติไคสแควร์ สถิติโลนีสู่ต และสถิติฟิชเชอร์ ตามประเภทของข้อมูล
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) เนื่องจากผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า การแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ



ภาพ 1. ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดภายหลังการทดลองอย่างเดียวเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังและต้องได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด จำนวน 50 คน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ ซึ่งประกอบด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ และการติดตามทางโทรศัพท์ 1 วันก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2556 ถึงเดือนธันวาคม 2556 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อ 1 คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด มีจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ผลการทดสอบคุณสมบัติข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ สถิติโลนีสสุด และสถิติฟิชเชอร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในด้านข้อมูลส่วนบุคคล ยกเว้น การมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อนและการมีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68 และ 60 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80 และ 84) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92) กลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36) รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28) กลุ่มทดลองเกินครึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมมีอาชีพทำสวนและรับราชการ (ร้อยละ 24) รองลงมาทำงานบ้าน (ร้อยละ 20) กลุ่มทดลองมีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 32) รองลงมาทำสวนและค้าขาย (ร้อยละ 20 และ 20) เกินครึ่งมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด (ร้อยละ 68 และ 64) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96 และ 100) คือ โรคไตวายเรื้อรัง (ดังตาราง 1)

ส่วนการมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 52 และ 20) มีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน (ร้อยละ 60 และ 20) ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistic value	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.35	0.56 ^b
ชาย	17	68.00	15	60.00		
หญิง	8	32.00	10	40.00		
สถานภาพ					2.46	0.48 ^a
สมรส	20	80.00	21	84.00		
หม้าย	3	12.00	1	4.00		
โสด	2	8.00	2	8.00		
หย่า/แยก	0	0.00	1	4.00		
ศาสนา					0.00	1.00 ^b
พุทธ	23	92.00	23	92.00		
อิสลาม	2	8.00	2	8.00		
ระดับการศึกษา					10.62	0.06 ^a
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	8.00	6	24.00		
ประถมศึกษา	7	28.00	1	4.00		
มัธยมศึกษา	5	20.00	2	8.00		
อนุปริญญาตรี	2	8.00	1	4.00		
ปริญญาตรี	9	36.00	15	60.00		
ประวัติการมีโรคประจำตัว					1.02	1.00 ^b
ไม่มี	1	4.00	0	0		
มี	24	96.00	25	100		

a = Likelihood Ratio test, b =Fisher's Exact test, c = Chi-Square test

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistic value	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					5.40	0.37 ^a
ทำสวน	5	24.00	1	4.00		
รับราชการ	8	32.00	10	40.00		
รัฐวิสาหกิจ	1	4.00	0	0		
ค้าขาย	4	16.00	5	20.00		
รับจ้าง	2	8.00	5	20.00		
งานบ้าน	5	20.00	4	16.00		
สิทธิการรักษา					7.93	0.05 ^b
เบิกจากต้นสังกัด	17	68.00	16	64.00		
ประกันสังคม	3	12.00	8	32.00		
บัตรประกันสุขภาพ	4	16.00	0	0		
จ่ายเอง	1	4.00	1	4.00		
ประสบการณ์ผ่าตัด					5.56	0.04 ^a
ไม่มี	12	48.00	20	80.00		
มี	13	52.00	5	20.00		
ประสบการณ์ได้รับ					8.33	0.01 ^a
ยาระงับความรู้สึก						
ไม่มี	10	40.00	20	80.00		
มี	15	60.00	5	20.00		

a = Likelihood Ratio test, b = Fisher's exact test, c = Chi-Square test

เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 59.88 ปี (SD = 13.13) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 21,200 บาท (SD = 15,182.22) ส่วนกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 57.52 ปี (SD = 8.89) รายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน 25,000.04 บาท (SD = 19,334.91) เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบ

ความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่า อายุและรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ดังตาราง 2)

ตาราง 2

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ ($N = 50$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		t-test
	M	SD	M	SD	
อายุ (ปี)	59.88	13.13	57.5	28.89	0.74 ^{ns}
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	21,200	15,182.22	25,000.04	19,334.91	-0.77 ^{ns}

ns = non significant

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดภายหลังการทดลองอย่างเดียว ในการศึกษาผู้วิจัยได้มีการวัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่มีอยู่เดิมด้วยสถิติทีอิสระ ไม่แตกต่างกันมาก่อนให้การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.67$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 50$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		t-test
	M	SD	M	SD	
ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป	168.88	23.05	160.28	6.37	1.67 ^{ns}

ns = non significant

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($z = -1.62$ และ -4.94 ตามลำดับ) ส่วนระยะก่อนผ่าตัด พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($z = -1.38$) ดังตาราง 4 และจากการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจึงได้ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ($N = 50$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z
	(n = 25)	(n = 25)	
	Mean rank	Mean rank	
ระยะก่อนผ่าตัด	22.20	28.80	-1.38 ^{ns}
ระยะขณะผ่าตัด	16.02	34.98	-1.62*
ระยะหลังผ่าตัด	15.32	35.68	-4.94*

ns = non significant, *p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลการเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายผลได้ ดังนี้ คือ ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน ในด้านเพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติการมีโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสูงและมีประสบการณ์ชีวิตทำให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เพราะระดับการพัฒนาของบุคคลจะแตกต่างกันตามวัยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 2001) ในด้านสถานภาพการสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทเลียและณัฐนิช (2549) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กล่าวไว้ว่า สถานภาพการสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิด ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างในเรื่องการมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน โดยกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 52 ส่วนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 20 และด้านการมีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 64 ส่วนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 20 ซึ่งจากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้กลับ พบว่า กลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน และมีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองกลับสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจกล่าวได้ว่าการมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน และมีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน แต่อาจไม่ใช่ชนิดเดียวกับการวิจัยที่ได้รับในครั้งนี้อาจไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในครั้งนี้เพราะเป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจงกับการผ่าตัดแต่ละชนิด

จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรียม (2001) โดยสรุปว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ของบุคคลที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแล ซึ่งอาจมีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของบุคคล โดยอาจเป็นทั้งปัจจัยเสริมและปัจจัยขัดขวางในการดูแลตนเอง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิมในการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยกวนที่สำคัญที่ส่งผลต่อตัวแปรตามที่ศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ ไม่แตกต่างกันมาก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในแบบประเมินจะเป็นการวัดความสามารถที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านทักษะความพึงพอใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งในระยะเวลาผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่วนในระยะเวลาก่อนผ่าตัด พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($z = -1.38$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดได้เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้

เนื่องจากโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ เป็นการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ คู่มือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด และการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งมีแผนการสอนที่ประกอบด้วย ขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบไปกลับ การฉีดยาเฉพาะที่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมถึงขั้นตอนต่างๆ สิทธิในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนประกอบของโปรแกรม มีดังนี้

1. วัตถุประสงค์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด มีรายละเอียดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งจะครอบคลุมไปถึงการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะมีพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ดี นอกจากนั้นยังมีข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติต่างๆ และคำแนะนำเกี่ยวกับทักษะที่ใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์และเจียมจิต (2554) พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดหลังการจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและให้ความสำคัญคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความปวด (Mitchell, 2007)

2. คู่มือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด เป็นเอกสารที่ใช้ในการให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยซึ่งใช้ข้อความสั้นๆ เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน ซึ่งคำแนะนำในคู่มือ จะประกอบด้วย การเตรียมสภาพร่างกาย เช่น ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยต้องพบศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจและเลือกบริเวณที่จะผ่าตัด การบริหารหลอดเลือด โดยการบีบถูกลมอย่างวันละ 3-4 รอบ รอบละ 50-100 ครั้ง หลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีดยา ทางเส้นให้น้ำเกลือ วัดความดันแขนข้างที่จะผ่าตัด หลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลที่มือหรือแขนข้างที่จะทำการผ่าตัด ตัดเล็บให้สั้น สุภาพสตรีไม่ควรทาเล็บ

หรือสวมใส่เครื่องประดับ การเตรียมสภาพจิตใจ คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ในการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดช่วยให้สามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชร (2552) พบว่า รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดศัลยกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัดคือ รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเฉพาะโรค และผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องกับความเป็นจริง (ลดาวัลย์, 2545)

ในการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือในการศึกษาในครั้งนี้จะทำในระยะก่อนผ่าตัดคือในวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด พร้อมทั้งให้สื่อวีดิทัศน์แจกคู่มือในการปฏิบัติตัวให้กลับไปทบทวนและปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน การให้ข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองต้องได้รับการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในศึกษาหาความรู้ ต้องการข้อมูล เกิดความร่วมมือ ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเครียด ลดความวิตกกังวล ซึ่งในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลประเภทต่างๆ อย่างต่อเนื่องและการใช้สื่อที่หลากหลายจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (Mitchell, 1997)

3. การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และนอกจากนั้นยังใช้เป็นช่องทางในการย้ำเตือนผู้ป่วยในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนจนถึงใช้เพื่อความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษา พบว่า การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Dinger, 2007) และพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบไปกลับที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์สามารถจัดการกับอาการปวดได้ดีและใช้ยาบรรเทาปวดในปริมาณน้อยกว่า (Dewar, 2003)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ในทฤษฎีระบบการพยาบาล (nursing system theory) การพัฒนาความสามารถแก่บุคคลสามารถกระทำได้ใน 3 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องมาเข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านการเคลื่อนไหวและสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองในงานที่ไม่หนักมากจนเกินไป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้

ความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ ที่จะบูรณาการเนื้อหาและทักษะการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองระดับการคาดการณ์และการปรับเปลี่ยนไว้ด้วยโดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่

1) สอน พัฒนาความรู้หรือทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ประโยชน์ของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดความสามารถในการคาดการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

2) ชี้นำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดสามารถตัดสินใจเลือก ได้แก่ สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองในทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ภายใต้การแนะนำของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3) สนับสนุนส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดสามารถคาดการณ์ถึงกิจกรรมหรือวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด หรือมีความเจ็บปวด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยและพูดให้กำลังใจ การสัมผัสขณะที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม การโทรศัพท์ติดต่อให้กำลังใจขณะผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหลังการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำและเพื่อติดตามความต่อเนื่องในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง การให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการฝึกจับเส้นหลังการผ่าตัดด้วยตนเอง ส่งผลให้รับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโรสมาวดี (Rosmawati, 2005) ที่ศึกษาผลของพัฒนาการพยาบาลต่อการสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนชี้นำ สนับสนุน จัดสิ่งแวดล้อม และสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 3 ครั้ง มีการปฏิบัติดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียดและการรักษาความสะอาดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเพิ่มแรงจูงใจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดในการวางแผนเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าไว้โดยวิธีการชมเชย เช่น การโทรศัพท์ติดต่อให้กำลังใจขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และติดตามความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง คือ สามารถดูแล

ตนเองได้ตามความต้องการ เปลี่ยนแปลงเจตคติ และการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย รับผิดชอบต่อปัญหาและความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ซักถามและระบายความทุกข์ต่างๆ

4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย เป็นส่วนตัว และสถานที่ไม่ควร มีเสียงรบกวนมากเกินไป ไม่รบกวนต่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของนงครัตน์ (2551) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสอน ชี้นำ สนับสนุน จัดสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดภายหลังการทดลองอย่างเดี่ยว เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด โดยมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเนื่องจากอาจเป็นปัจจัยกวนที่สำคัญที่ส่งผลต่อตัวแปรตามที่ศึกษา และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน 2556 ถึง เดือนธันวาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เฉพาะกลุ่มทดลอง ได้แก่โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ ซึ่งมีสื่อการเรียนรู้ คือ 1) วิดีทัศน์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด 2) คู่มือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด และมีการติดตามทางโทรศัพท์ในระยะ 1 วันก่อนผ่าตัดและในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป และ 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ไปหาค่าความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน

โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดแบบไปกลับ การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด การปฏิบัติตัวทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ด้วยการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งเป็นการส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านทักษะความพึงพอใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง อุปสรรคของการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและการใช้คำพูดชักจูง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ลดอุปสรรคและใช้อิทธิพลระหว่างบุคคลโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมิน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้ง 3 ระยะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ประสพการณ์การผ่าตัด ประสพการณ์การได้ยาระงับความรู้สึก และโรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบความต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติไคสแควร์ และสถิติพิชเชอร์ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วิเคราะห์โดยหาค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดลองที่ .05 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากการประเมิน พบว่า คะแนนสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดทั้งในกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($z = -1.62$ และ -4.94 ตามลำดับ) ส่วนระยะก่อนผ่าตัด พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($z = -1.38$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางให้พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพทำการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ โดยเฉพาะการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลและการแจกคู่มือในวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีการโทรศัพท์ติดตามและประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเพื่อเป็นการเปิดช่องทางในการติดต่อในการขอคำปรึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพ

2. หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับควรมีการส่งเสริมสนับสนุน และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง

3. ควรนำแนวทางการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเฉพาะโรคมาใช้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและขยายผลไปยังผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการให้การพยาบาลในห้องผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับโดยเน้นในขณะขณะผ่าตัด และระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด เพื่อประเมินความต่อเนื่องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ควรทำวิจัยในระดับที่กว้างขึ้น คือ การกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดทั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัดเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยร่วมกันเป็นทีมในการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- กำพล เลหาเพื่อแสง. (2548). การผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อการฟอกเลือด. ใน โสภณ จิรสิริธรรม (บรรณาธิการ), *Interposition AV graft* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 118-127). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร.
- คัทลียา อุดติ, และณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2549). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเชื่อมช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25, 171-177.
- จันทนา ทองชื่น. (2545). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราภรณ์ ชวงค์, และเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2554). ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 41-50.
- ปนัดดา มณีทิพย์. (2550). ผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ประณีต สงวัฒนา. (2547). การให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลศาสตรศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องก้าวทันยุคกับการดูแลผู้ป่วย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประมุข มุทิตางกูร. (2548). การผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อการฟอกเลือด. ใน โสภณ จิรสิริธรรม (บรรณาธิการ), *Alternative arteriovenous fistula* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 107-117). กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร.
- วนิดา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วรวรรณ ทัพย์วาริรมย์. (2545). ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วัชร อิมทั่ว. (2552). รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด: กรณีตัวอย่างโรงพยาบาลสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ลดาวลัย อาจหาญ. (2545). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศศิธร ชิดนายิ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง. (2548).
- สมชาย อมรโยธิน. (2548). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยนอก. ใน วิชัย อธิธิชัยกุลทล, รื่นเริง ลีลานุกรม, กำธร ต้นติวิทยาพันธ์, และเสาวภาคย์ จำปาทอง (บรรณาธิการ), ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา (ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1, หน้า 117-123). กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส (1989).
- ลำอังก์ พันธุ์ประทุม. (2550). ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุมล สนั่นชาติวานิช. (2550). ความสามารถในการปฏิบัติของครอบครัวในการสร้างเสริมความมีคุณค่าแห่งตนในผู้ติดสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุริรัตน์ ศรีสวัสดิ์, และกรวิร์ พสุธารชาติ. (2546). การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดผู้ป่วยนอก. ใน วิชัย อธิธิกุลทล, ปวีณา บุญบุรพงศ์, อรวรรณ พงศ์วิรวรรณ, ธนิต วิรัชกบุตร, มะลิ รุ่งเรืองวานิช, และวรีณี เล็กประเสริฐ (บรรณาธิการ), ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา (หน้า 271-278). กรุงเทพมหานคร: ทองพูลการพิมพ์.

- โสภณ จิรศิริธรรม. (2548). *การผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อการฟอกเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- อภินันท์ คูตระกูล. (2545). *การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสันทราษฎร์ อำเภอสันทราษฎร์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสาขาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- Bernier, M. j., Sanares, D. C., Owen, S. V., & Newhouse, P. L. (2003). Preoperative teaching received and valued in day surgery setting. *Association of Operative Room Nurse Journal, 77*(3), 563-582.
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in woman undergoing gynecological surgery. *Journal of Clinical Nursing, 15*(3), 341-352.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice, 3*(3), 69-77.
- Dewar, A., Craig, K., Muir, J., & Cole, C. (2003). Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Journal of Ambulatory Surgery 10*(2), 81-88.
- Dinger, M. (2007). At your convenience: preoperative assessment by telephone. *Journal Perioperative Practice, 17*(7), 294-301.
- Durling, M., Miine, D., Hutton, N., & Ryan, S. (2007). Decreasing patient's preoperative anxiety: A literature review. *Australian Nursing Journal, 14*(11), 35.
- Gast, H.L., Denyes, M. J. Campbell, J. C., Hartweg, D. L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Self-care agency: Conceptualizations and operationlizations. *Advance in Nursing Sciences, 12*(1), 26-38.
- Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the self-as-carer interventory. *Nursing Research, 40*(1), 47-50.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery-a literature review. *International Nursing Review, 54*(2), 183-190.
- Howat, G., Weiters, M., Sames, M., & McLaren, A. (2006) A pilot study of day case and short-stay thyroid surgery. *Journal of One Day Surgery, 16*(1), 9-12.
- Isaramalai, S. A. (2002). Developing a cross-culyural measure of the self-as-carer-inventory questionnaire for the Thai population.(Unpublished doctoral dissertation). University of Missouri, Columbia.

- Jacquet, E., Puche, P., Alahyane, J., Jaber, S., Carabalona, J. P., Bessaou, D.,...Giordan, J. (2006). Evaluation of inguinal hernia in ambulatory surgery: A prospective monocentric study on 1009 inguinal hernia. *Ambulatory Surgery, 12*(4), 167-171.
- Johansson, M., Thune, A., Nelvin, L., & Lundell, L. (2006). Randomized clinical trial of day-care versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery, 93*(1), 40-45.
- Kleinpell, R. M. (1997). Improving telephone follow-up after ambulatory surgery, *Journal of Perianesthesia Nursing, 12*(5), 335-340.
- Mitchell, M. (2000a). Anxiety Management: District-nursing role in day surgery. *Ambulatory Surgery, 8*(1), 119-127.
- Mitchell, M. (2000b). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery, 8*(1), 19-29.
- Mitchell, M. (2007). Psychological care of patients undergoing elective surgery. *Nursing standard, 21*(30), 48-55.
- National Kidney Foundation. (2006). *2006 updates clinical practice guidelines and recommendation*. Boston, MA: National Kidney Foundation.
- Odom-Forren, J., & Moser, D. K. (2005). Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature. *Journal of Ambulatory Surgery, 12*(2), 99-105.
- Orem, D. E. (2001). The Practice of nursing: The individual as the unit of service. In D. E. Orem, S. G. Taylor, & K. M. Renpenning (Eds.), *Nursing: Concept of practice* (pp. 335-339). St. Louis, MO: Mosby.
- Pai, I., & Nicholl, J. E. (2005). Are your day-case patients adequately informed? a survey comparing day-case and inpatients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 11*(5), 509-512.
- Pfisterer, M., Ernst, E. M., & Hirlekar, G. (2001). Post-operative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery: An international, observational study. *Journal of Ambulatory Surgery, 9*(1), 13-18.

- Rosmawati, M. (2005). *The effect of supportive-developmental nursing program on self-care practice' of persons with type 2 diabetes at the hospital of University science Malaysia.* (Unpublished master' thesis). Prince of Songkla University, Songkla.
- Stem, C., & Lockwood, C. (2005). Knowledge retention of preoperative patient information *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 3*(3), 45-63.
- Suhonen, R. A., Livonen, M. K., & Valimaki, M. A. (2007). Day-case surgery patient' health-related quality of life. *International Journal of Nursing Practice, 13*(2), 121-129.
- Tse, K. Y., & So, W. K. W. (2008). Nurses' perception of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing, 63*(6), 619-625.
- Warner, M. A., Shields, S. E., & Chute, C. G. (1993). Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *The Journal of the American Medical Association, 270*(12), 1437-1439.
- Yellen, E. A., & Ricard. (2005). The effect of a preadmission videotape on patient satisfaction. *Association of Operating Room Nurses Journal, 81*(4), 831-845.
- Yeng, Y. P., Cheung, F. L., & Chun, A. Y. W. (2002). Survey on postoperative pain control in ambulatory surgery in Hong Kong Chinese. *Journal of Ambulatory Surgery, 10*(1), 21-24.
- Young, J., O'Connell, B., & McGregor, S. (2000). Day surgery patients' convalescence at home: Does enhanced discharge education make a difference? *Nursing and Health Sciences, 2*(1), 29-39.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณค่า effect size ของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{SD_1^2 + SD_2^2} / 2$$

ค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ ผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ปนัดดา, 2550) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคำนวณโดย

ผลการศึกษาได้ค่า	$\bar{X}_1 =$	7.15	$\bar{X}_2 =$	5.92
	$SD_1 =$	1.16	$SD_2 =$	1.94

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร Pooled SD} &= \sqrt{1.16^2 + 1.94^2} / 2 \\ &= \sqrt{1.34 + 3.76} / 2 \\ &= \sqrt{5.10} / 2 \\ &= \sqrt{2.55} \\ &= 1.23 / 1.256 \\ &= 0.769 \end{aligned}$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน

ภาคผนวก ข

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง ก

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด โดยใช้สถิติ **Skewness** และ **Kurtosis**

	Skewness	Std. Error	Skewness/ Std. Error	Kurtosis	Std. Error	Kurtosis / Std. Error
<i>ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป</i>						
กลุ่มควบคุม	0.380	0.464	0.819	-0.256	0.902	-0.284
กลุ่มทดลอง	0.253	0.464	0.545	0.128	0.902	0.142
<i>ความสามารถในการดูแลตนเอง</i>						
<i>ระยะก่อนผ่าตัด</i>						
กลุ่มควบคุม	0.224	0.464	0.483	-1.770	0.902	-1.962
กลุ่มทดลอง	-0.473	0.464	-1.019	-1.224	0.902	-1.357
<i>ระยะผ่าตัด</i>						
กลุ่มควบคุม	-0.119	0.464	-0.256	-0.370	0.902	-0.410
กลุ่มทดลอง	-3.143	0.464	-6.774	9.969	0.902	11.052
<i>ระยะหลังผ่าตัด</i>						
กลุ่มควบคุม	0.578	0.464	1.246	0.290	0.902	0.322
กลุ่มทดลอง	1.121	0.464	2.416	1.006	0.902	1.115

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉันชื่อนางสาวรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด” ซึ่งดิฉันมีความประสงค์ที่จะขอความร่วมมือและความสมัครใจจากท่าน เพื่อเข้าร่วมวิจัยดังกล่าว

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันจะขอเก็บข้อมูลทั่วไปและขอให้ท่านตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที หลังจากนั้นจะได้รับการแนะนำและการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะไม่มีการอ้างชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ การเสนอผลงานวิจัยจะเสนอในภาพรวม

ในระหว่างการวิจัยหากท่านต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านขณะนี้และต่อไปในอนาคต

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ สามารถติดต่อดิฉันได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 089-7273719 เมื่อท่านได้อ่านข้อความนี้แล้ว และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กรุณาลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย
(นางสาวรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉันชื่อ นางสาวรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด” ซึ่งดิฉันมีความประสงค์ที่จะขอความร่วมมือและความสมัครใจจากท่าน เพื่อเข้าร่วมวิจัยดังกล่าว

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้ลงชื่อในหนังสือยินยอมแล้ว ดิฉันจะขอเก็บข้อมูลทั่วไป และให้ท่านตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 10 -15 นาที และท่านจะได้โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้เกิดความไว้วางใจ 2) ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเอง 3) มีคู่มือในการปฏิบัติตัวในระยะก่อน ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด 4) มีการให้วีดิทัศน์ประกอบภาพและคำอธิบายไปคู่มือเพื่อความเข้าใจในขั้นตอนต่างๆ และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 วันก่อนผ่าตัด และ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเพื่อติดตามและประเมินผล ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัยจะไม่มี การอ้างชื่อท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ การเสนอผลงานวิจัยจะเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือดต่อไป

ในระหว่างการวิจัยหากท่านต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านขณะนี้และต่อไปในอนาคต หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ สามารถติดต่อฉันได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ 089-7273719

เมื่อท่านได้อ่านข้อความนี้แล้ว และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กรุณาลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย
(นางสาวรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รหัสข้อมูล

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอให้ท่านให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างแต่ละข้อตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส
 - 1. สมรส 2. หม้าย 3. โสด 4. หย่า/แยก
4. ศาสนา
 - 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. อื่น ๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษา
 - 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา
 - 4. อนุปริญญา 5. ปริญญาตรี 6. อื่น ๆ ระบุ
6. อาชีพปัจจุบัน
 - 1. ทำสวน 2. ข้าราชการ 3. รัฐวิสาหกิจ 4. ค้าขาย
 - 5. นักเรียน/นักศึกษา 6. อื่น ๆ ระบุ
7. สิทธิในการเบิกค่ารักษา
 - 1. เบิกจากต้นสังกัด 2. เบิกจากประกันสังคม 3. มีบัตรประกันสุขภาพ
 - 4. จ่ายค่ารักษาเอง 5. เบิกจากประกันชีวิต 6. อื่น ๆ ระบุ
8. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
9. การมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน
 - 1. ไม่มี 2. มี ระบุชนิดการผ่าตัด.....

ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย: Group: 1. C 2. S

OPD date: Operation date:

Diagnosis: Operation:

10. การมีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน

1. ไม่มี
2. มี คือ 2.1 การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
- 2.2 การระงับความรู้สึกที่แขนข้างใดข้างหนึ่ง
- 2.3 การระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง
- 2.4 การระงับความรู้สึกแบบอื่น ๆ ระบุ

11. ประวัติการมีโรคประจำตัว

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าท่านมีความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลตนเองตามข้อความแต่ละข้ออยู่ในระดับใด โดยการทำเครื่องหมาย ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับระดับความสามารถตามความเป็นจริงของท่าน โดยระดับความสามารถน้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 1 ไปจนถึง ระดับความสามารถมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 6

	น้อยที่สุด					มากที่สุด
1. ข้อกระดูกตามตัวของท่านเคลื่อนไหวได้ดีเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
2. ท่านใช้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
3. ความเป็นอยู่ในครอบครัวกับการดูแลสุขภาพของท่านไปด้วยกันได้ดีเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
4. ท่านลองใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ๆ ตามคำแนะนำจากผู้รู้เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
5. การดูแลสุขภาพและครอบครัวของท่านสอดคล้องกับชีวิตด้านอื่น ๆ เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
6. ท่านเคยติดตามดูผลดีที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
7. ท่านคิดหาวิธีดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6

	น้อยที่สุด					มากที่สุด
8. ท่านคอยคิดหาวิธีดูแลสุขภาพแบบใหม่ๆ จากสิ่งรอบๆ ตัว เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
9. ท่านแข็งแรงเพียงใดในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.....	1	2	3	4	5	6
10. ท่านคอยสังเกตตัวเองเพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพของท่าน เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
11. ท่านใช้ความพยายามเพียงใดในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตาม กำลังที่มี.....	1	2	3	4	5	6
12. ท่านสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวที่จะมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ ตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
13. ท่านมีความเชี่ยวชาญเพียงใดในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.....	1	2	3	4	5	6
14. ท่านพยายามเพียงใดในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามที่ได้ ตั้งใจไว้ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น.....	1	2	3	4	5	6
15. ท่านรู้ในสิ่งที่ท่านต้องทำเพื่อดูแลสุขภาพเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
16. ท่านทำตามคำแนะนำเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
17. ท่านดูแลตนเองเพราะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญต่อท่าน เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
18. ท่านจดจำความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
19. ท่านเข้าใจเพียงใดว่าท่านต้องใช้ความพยายามในการดูแล สุขภาพด้วยตนเอง.....	1	2	3	4	5	6
20. ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของวิธีต่างๆ ก่อนนำมาดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
21. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่านเพียงใด...	1	2	3	4	5	6
22. ท่านเข้าใจตัวเองเพียงใดว่าเมื่อไหร่ท่านจะดูแลสุขภาพด้วย ตนเองได้หรือไม่ได้.....	1	2	3	4	5	6
23. ท่านหาความรู้หรือคำแนะนำในการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง เพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
24. ท่านพยายามเพียงใดในการปรับสิ่งต่างๆ เพื่อให้การดูแล สุขภาพได้ผลดียิ่งขึ้น.....	1	2	3	4	5	6

	น้อยที่สุด					มากที่สุด
25. ร่างกายของท่านมีความพร้อมเพียงใดในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.....	1	2	3	4	5	6
26. ท่านเลือกใช้วิธีใหม่ในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีเค็มๆ มากเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
27. ตาและหูของท่านดีพอที่ท่านจะดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพียงใด..	1	2	3	4	5	6
28. ท่านจัดการดูแลสุขภาพโดยไม่เป็นอุปสรรคต่อสิ่งสำคัญในชีวิตท่านเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
29. ท่านพยายามทำสิ่งทีรู้อาจจะเกิดผลดีต่อสุขภาพแม้ไม่อยากจะทำเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
30. ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
31. เมื่อท่านเลือกดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีใด ท่านปฏิบัติตามวิธีนั้นอย่างเคร่งครัดเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
32. ท่านดูแลสุขภาพตามแบบฉบับของท่านเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
33. ท่านสนใจสังเกตผลของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
34. ท่านใช้ความพยายามเพียงใดในการทำสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ.....	1	2	3	4	5	6
35. ท่านนำความรู้จากผู้ที่เชื่อถือได้มาดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
36. ท่านแข็งแรงพอที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
37. ท่านมีความรอบคอบเพียงใดในการตัดสินใจเลือกดูแลสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ.....	1	2	3	4	5	6
38. ท่านใช้เหตุผลเพียงใดในการเลือกดูแลสุขภาพด้วยวิธีต่าง ๆ...	1	2	3	4	5	6
39. ท่านรู้ว่าอะไรสำคัญที่สุดที่ท่านต้องทำเพื่อสุขภาพตนเองเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6
40. ท่านสนใจติดตามผลของการดูแลสุขภาพตั้งแต่แรกเริ่มลงมือทำเพียงใด.....	1	2	3	4	5	6

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อความกรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีของท่านในการวิจัยครั้งนี้

**ส่วนที่ 3: แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอด
เลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด**

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ ว่าท่านมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองตามข้อความแต่ละข้อในแต่ละระยะของการผ่าตัดอยู่ในระดับใด โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความสามารถตามความเป็นจริงของท่าน โดยระดับความสามารถน้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 1 ไปจนถึง ระดับความสามารถมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 5 และหากท่านเลือกตอบน้อยที่สุด (1) ถึงปานกลาง (3) โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ท่านไม่สามารถพัฒนาความสามารถในข้อดังกล่าวได้ด้วย

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ระดับความสามารถ					หากท่านเลือก น้อยที่สุด (1) ถึง ปานกลาง (3) โปรดระบุเหตุผล
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
ระยะก่อนผ่าตัด						
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีด ยา แทงเส้นให้น้ำเกลือ หรือวัดความดัน แขนข้างที่จะผ่าตัดได้						
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลที่ มือหรือแขนข้างที่จะทำการผ่าตัดได้						
3. ท่านสามารถบีบลูกบอลยาง หรือกำ-แบ มือวันละ 3-4 รอบ รอบละ 50-100 ครั้งได้						
4. ท่านสามารถรับประทานอาหารและยา ตามที่แพทย์สั่งได้ตามปกติ						
5. ท่านสามารถนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ผ่าตัดที่ท่านทราบ มาใช้ในการช่วยคลาย ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการ ฟอกเลือดของท่านได้						

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ระดับความสามารถ					หากท่านเลือก น้อยที่สุด (1) ถึง ปานกลาง (3) โปรดระบุเหตุผล
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
6. ท่านสามารถเกิดความมั่นใจในการที่จะ เข้ารับการผ่าตัดได้ จากการมีสัมพันธภาพ ที่ดี และจากการได้สอบถามข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ให้การ ดูแลท่าน						
ขณะผ่าตัด						
7. ท่านสามารถนอนนิ่ง ๆ โดยไม่ขยับแขน ข้างที่กำลังผ่าตัดได้ตลอดการผ่าตัด						
8. ท่านสามารถบอกความรู้สึก อาการ ผิดปกติ หรือความต้องการของท่านใน ขณะที่แพทย์ทำการผ่าตัดท่านได้						
9. ท่านสามารถนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ผ่าตัดที่ท่านทราบ มาใช้ในการปรับตัวให้ เข้ากับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดได้ โดยไม่ทำให้ท่านเกิดความกลัวหรือความ วิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น						
10. ท่านสามารถนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ การผ่าตัดที่ท่านทราบ มาใช้ในการ จัดการความปวด หรือมาใช้ในการ บรรเทาปวดที่เกิดขึ้นในระหว่างการ ผ่าตัดได้						
ระยะหลังผ่าตัด						
11. ท่านสามารถดูแลตนเองให้สามารถกลับ ถึงบ้านได้อย่างปลอดภัย ภายหลังจาก ผ่าตัดได้						

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ระดับความสามารถ					หากท่านเลือก น้อยที่สุด (1) ถึง ปานกลาง (3) โปรดระบุเหตุผล
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
12. ท่านสามารถดูแลไม่ให้แผลของท่านถูก น้ำ หรือหากแผลถูกน้ำ ท่านสามารถที่ จะรีบไปทำความสะอาดแผลใหม่ได้						
13. ท่านสามารถรับรู้และบอกได้ว่ามีการ สั้นของเส้นเลือดตรงบริเวณที่ทำผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการปกติ ที่จะต้องมีภายหลัง การทำผ่าตัด						
14. ท่านสามารถรับรู้ถึงอาการผิดปกติที่ เกิดขึ้น หรือที่อาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง การทำผ่าตัด เช่น มีการบวม คล้ำ ปวด หรือไม่มีการสั้นของเส้นเลือดตรง บริเวณที่ได้ทำการผ่าตัดไปแล้ว						
15. ท่านสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหาร และยาตามคำสั่งของแพทย์ ภายหลัง การทำผ่าตัดได้						
16. ท่านสามารถนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ การทำผ่าตัดที่ท่านทราบ มาใช้ในการ คลายความวิตกกังวลต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับการผ่าตัด ภายหลังการทำผ่าตัดได้						
17. ท่านสามารถนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ การทำผ่าตัดที่ท่านทราบ มาใช้ในการ จัดการความปวด หรือมาใช้ในการ บรรเทาปวดที่เกิดขึ้นภายหลังการทำ ผ่าตัดได้						

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ระดับความสามารถ					หากท่านเลือก น้อยที่สุด (1) ถึง ปานกลาง (3) โปรดระบุเหตุผล
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
18. ท่านสามารถเกิดความมั่นใจในการที่ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้ จากการมีสัมพันธภาพที่ดี และจากการได้สอบถามข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่าน						
19. ท่านสามารถทำการเปิดแผล และให้แผลถูกน้ำได้ภายหลังผ่าตัด 7-10 วัน						
20. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการยกหรือหิ้วของหนัก ใส่เสื้อรัดแขน ใส่ยาพิก้าหรือสร้อยข้อมือในแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดทำเส้นเพื่อการฟอกเลือดได้						
21. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการหมุนแขนหรือการทับแขนข้างที่ผ่าตัดทำเส้นเพื่อการฟอกเลือดได้						
22. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสความร้อนหรือความเย็นของแขนข้างที่ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดได้						
23. ถ้ามีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ท่านมีความสามารถที่จะทำการห้ามเลือดเบื้องต้น โดยใช้นิ้วมืออีกข้างกดลงบริเวณที่เลือดออกเพื่อห้ามเลือดได้						
24. ท่านสามารถที่จะมาพบแพทย์ได้ตามนัดทุกครั้ง หรือมาก่อนแพทย์นัดเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับท่าน						

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ระดับความสามารถ					หากท่านเลือก น้อยที่สุด (1) ถึง ปานกลาง (3) โปรดระบุเหตุผล
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
25. ท่านสามารถทำการบริหารหลอดเลือดที่ ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดง และดำเพื่อการฟอกเลือดโดยการบีบลูก บอลยาง หรือกำ-แบมือวันละ 3-4 รอบ รอบละ 50-100 ครั้งได้						
26. ท่านสามารถบอกวิธีการดูแลหลอดเลือดที่ ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดไป แล้ว ให้สามารถใช้งานได้มี ประสิทธิภาพได้นานที่สุดได้						

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อความกรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีของท่านในการวิจัยครั้งนี้

ภาคผนวก จ

คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับ
เพื่อการฟอกเลือด

คู่มือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.


จัดทำโดย

นางสาวรัชต์วรรณ ฤๅ ตะกั่วทุ่ง

นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก จ

บทวีดิทัศน์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับ
เพื่อการฟอกเลือด

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
1	 <p>การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด</p> <p>จัดทำโดย น.ส.รัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต</p>	ดนตรี
2	<p>ภาพผู้ป่วยกำลังเดินเข้าโรงพยาบาล</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>สวัสดีค่ะท่านผู้ชม การเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสำหรับท่าน และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อแพทย์บอกว่าท่านต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด</p>
21	<p>ภาพผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข</p>	<p>ท่านผู้ชมคะผ่าตัด.....</p> <p>.....</p> <p>สวัสดีค่ะ (ดนตรี)</p>

ภาคผนวก ข

แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด

วัตถุประสงค์		กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับ	<p>การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดิคิละฉิน.....</p> <p>เป็นพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไปกลับเพื่อการฟอกเลือด และสอบถามผู้ป่วยถึงการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ และประเมินความรู้ ความต้องการ ข้อมูล และความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย</p>	ทักทาย	<p>เวลา 10 นาที</p> <p>แบบประเมิน</p> <p>ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป</p>	<p>สีหน้ายิ้มแย้ม</p> <p>พูดคุย</p>
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบไปกลับ	<p>การผ่าตัดแบบไปกลับ คือ การผ่าตัดที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเสร็จผ่าตัด เป็นการผ่าตัดที่ไม่ต้องนอนค้างในโรงพยาบาลหรือเป็นการผ่าตัดในลักษณะเข้าไปเย็บกลับเป็นการผ่าตัดเล็กที่ใช้เวลาไม่นานนานมากประมาณ 1- 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย</p>		<p>คู่มือและ</p> <p>วีดิทัศน์</p> <p>การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดแบบไปกลับมี ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับ การฉีดยาเฉพาะที่</p>	<p>ผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำแบบไป กลับเพื่อการฟอกเลือดโดยปกติผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชา เฉพาะที่ด้วย 1% หรือ 2 % xylocain without adrenalineออกฤทธิ์ ต่อเส้นประสาทเพื่อสกัดกั้นความเจ็บปวดเฉพาะบางส่วนของ ร่างกาย โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือชั้นไขมัน จึงทำให้เกิดการ ฉายาเฉพาะที่เป็นยาเฉพาะที่ที่ออกฤทธิ์ได้เร็วมาก การกระจายฤทธิ์ คี</p>		<p>คู่มือและ วัสดุทัศน การเตรียม ความพร้อม ก่อนผ่าตัด</p>	
<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เตรียมความพร้อมก่อน ผ่าตัดแบบไปกลับ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>		<p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	
<p>8. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้อง เผชิญเมื่อเข้ารับการผ่าตัด</p>	<p>.</p>		<p>คู่มือและ วัสดุทัศน การเตรียม ความพร้อม ก่อนผ่าตัด</p>	

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. นายแพทย์ธนาคม เปรมประภา	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นายแพทย์พงศ์ จันทระพิน	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ดร.รัตใจ เวชประสิทธิ์	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. คุณชนิษฐา ศรีวรรณยศ	แผนกดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังทำ หัตถการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ฅ
เอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัย



EC: 56-040-19-9-3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต่าบคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา 90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำเส้นเพื่อการฟอกเลือดแบบไปกลับ
(Effect of Pre-operative Preparation Program on self-care of Patients
Undergoing One-day Surgery, Arteriovenous Fistula (AVF) for
Hemodialysis)
- หัวหน้าโครงการ : นางสาวรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง
- ภาควิชา/คณะ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัยเกี่ยวกับ
บริบาลผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจ และสังคมศาสตร์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2555

.....ประธานอนุกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญสิน ตั้งตระกูลนิช)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

