

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

โสภา หมูศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

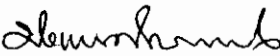
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

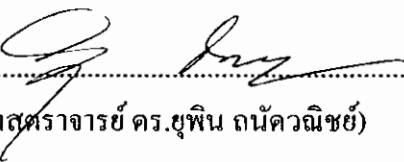
กรกฎาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

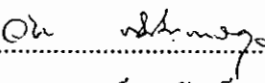
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ โสภา หมู่ศิริ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

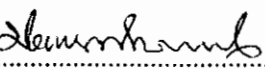
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

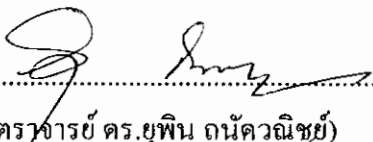
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

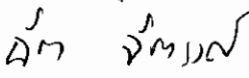
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

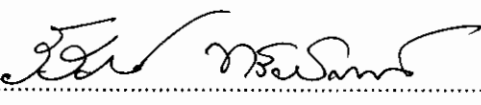
  
..... ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา จันทวงศ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนอมวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่ได้เสียสละเวลา ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดและเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและวิจารณ์ผลงาน รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ช่วยวิจัย และบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก อีกทั้งขอขอบพระคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมงานที่ช่วยขึ้นปฏิบัติงานแทนในช่วงเวลาของการเรียน ตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณผู้ช่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึง กระดูกภายในทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ อดทน ความพากเพียร ใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณสามีและลูก ๆ ที่เข้าใจ เป็นแรงสนับสนุน และให้กำลังใจ จนมีวันนี้ได้

คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูทเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้ ตลอดจนขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพ ที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึง กระดูกภายใน หรือผู้ป่วยอื่น ให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีพลังในการดำเนินชีวิต ต่อไปอย่างมีคุณภาพและมีความสุข

52920034: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล/  
การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/  
ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

โสภิตา หมู่ศิริ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (FACTORS RELATED TO  
DISCHARGE READINESS IN PATIENTS WITH CLOSED FRACTURE OF A LEG  
UNDERGOING INTERNAL FIXATION SURGERY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:  
นิภาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D., ยุพิน ถนงค์วิเศษ, Ph.D. 132 หน้า ปี พ.ศ. 2556.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ  
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher,  
2000) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจำนวน 100 ราย ได้จากการ  
สุ่มแบบแบ่งชั้นและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการ  
รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการ  
รับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ  
.70, .93 และ .93 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556  
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง  
( $M = 150.98$ ,  $SD = 29.67$ ) โดยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าจำนวนวันที่กำหนด โดยนโยบายควบคุมค่า  
รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม  
(Diagnosis Related Groups: DRG) ( $M = 9.76$ ,  $SD = 4.65$ ) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการให้ความหมายเกี่ยวกับการ  
เจ็บป่วยไปในด้านลบ ( $M = 112.52$ ,  $SD = 9.54$ ) และรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของ  
พยาบาลอยู่ในระดับดี ( $M = 126.37$ ,  $SD = 25.19$ ) นอกจากนี้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและการสอนก่อนจำหน่าย  
ออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ .01 ( $r = .27$  และ  $.70$  ตามลำดับ) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับ  
ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.27$ )

ผลการศึกษาเสนอแนะว่า พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย  
ออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการให้ความรู้ด้วยการสอนเนื้อหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและ  
เหมาะสมกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ถูกจำกัดและสั้นลง พร้อมกับหากกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ  
รับรู้และให้ความหมายการเจ็บป่วยของตนเองในทางบวก

52920034: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: DISCHARGE READINESS/ LENGTH OF STAY/ ILLNESS REPRESENTATION/  
DISCHARGE TEACHING/ PATIENTS WITH CLOSED FRACTURE OF A LEG  
UNDERGOING INTERNAL FIXATION SURGERY

SOPA MOOSIRI: FACTORS RELATED TO DISCHARGE READINESS IN PATIENTS  
WITH CLOSED FRACTURE OF A LEG UNDERGOING INTERNAL FIXATION SURGERY:  
NIPHAWAN SAMARTKIT, Ph.D. (Nursing), YUPIN TANATWANIT, Ph.D. (Nursing). 132 P. 2013.

The descriptive study aimed to explore the relationship between discharge readiness and related factors: length of stay, illness representation, and discharge teaching, based on the theoretical framework-- Transition theory (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). One hundred samples were recruited from adult patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery via the stratified random sampling and recruit sample follow inclusion criteria. The instruments applied consisted of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), which were tested for the reliability. Their Cronbach's alpha coefficient values were .70, .93, and .93 respectively. Data were collected during June 2012 to February 2013. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze the data.

The results of the study showed that the samples had high level of discharge readiness ( $M = 150.98$ ,  $SD = 29.67$ ), and the length of stay (LOS) was less than the standardized values assigned by the Diagnosis Related Groups: DRG ( $M = 9.76$ ,  $SD = 4.65$ ). In addition, the samples negatively perceived their illness--illness represent ( $M = 112.52$ ,  $SD = 9.54$ ). For the discharge teaching, the study found that nurses provided teaching to their patients with good quality ( $M = 126.37$ ,  $SD = 25.19$ ). Moreover the result revealed that the length of stay and the discharge teaching related to the discharge readiness positively and significantly ( $r = .27$  and  $.70$ ,  $p < .01$ ). Differently, the illness representation correlated to discharge readiness negatively and significantly ( $r = -.27$ ,  $p < .01$ ).

The study suggested that nurses have to concern discharge readiness of adult patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery, have to teach the content pertinent to the patients' needs appropriate to the shorter limited time (LOS), and have to find strategies to promote these patients to perceive and interpret the meaning of their illness positively.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน .....	15
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน .....	26
การเปลี่ยนผ่านในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหัก ชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน .....	31
ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล .....	33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน .....	39
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	57
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	59
4 ผลการวิจัย .....	61
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	61
5 สรุปและอภิปรายผล .....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผล .....	74
ข้อเสนอแนะ.....	82
บรรณานุกรม .....	85
ภาคผนวก .....	96
ภาคผนวก ก.....	97
ภาคผนวก ข .....	108
ภาคผนวก ค.....	118
ภาคผนวก ง .....	126
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	132

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	การกำหนดขนาดตัวอย่าง ..... 50
2	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ..... 62
3	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ภายในจำแนกตามสิทธิการรักษา..... 64
4	จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ..... 65
5	พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ..... 67
6	พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง ..... 67
7	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ต่อความ เจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ..... 68
8	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้การสอน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล..... 69
9	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ..... 70
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัด ยึดตรึงกระดูกภายใน ..... 71



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	10

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกขาหักเป็นการบาดเจ็บที่พบได้เสมอ ทั้งในการประกอบอาชีพ เล่นกีฬา หรือประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบของคนไทยในปัจจุบัน ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าด้านการคมนาคมและวิศวกรรมยานยนต์ ทำให้มีการขยับขยายพาหนะด้วยความเร็วสูง จนเป็นเหตุให้มีอุบัติเหตุจากรถเพิ่มมากขึ้น โดยศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย (2552) พบว่า จำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์ ซึ่ง ชัชวาล จันทะเพชร (2552) พบว่า ร้อยละ 31.21 ของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีกระดูกขาหัก เนื่องจากเป็นอวัยวะที่ยื่นออกมานอกตัวรถ สอดคล้องกับผลสำรวจของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2553) ที่ พบว่า จำนวนผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเพิ่มจากอัตรา 43.70 ต่อประชากรแสนคนต่อปีในปี พ.ศ. 2550 เป็น 49.19 ต่อประชากรแสนคนต่อปีในปี พ.ศ. 2553 ทั้งนี้ผู้ป่วยกระดูกขาหักโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.63 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่

แม้ว่าการบาดเจ็บจากกระดูกขาหักจะไม่รุนแรงถึงชีวิต แต่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความพิการตามมาได้ ดังนั้นกระดูกขาหักในช่วงวัยนี้จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากภายหลังได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ยังต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราว (Temporary disability) นานถึง 6 เดือน (State of Colorado, 2006) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ในระยะยาว จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในสังคม การเดินทางเพื่อไปศึกษาเล่าเรียนและหรือประกอบอาชีพ (องค์การอนามัยโลก, 2547; Canada & Jones, 2006; Ferguson et al., 2008)

การรักษาที่มีประสิทธิภาพตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักสามารถกลับสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ (อรวรรณ เณลิรัตน์, 2551) ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าของวิวัฒนาการด้านการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บ โดยเร็ว (Early fixation) มากกว่าการชะลอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (Delay fixation) (ชลเวช ชวศิริ และก้องเขต เจริญสุวรรณ, 2551, หน้า 193; ไพรัช ประสงค์จัน, 2552, หน้า 339) เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีของกล้ามเนื้อและข้อ (Solagberu & Abdur-Rahman, 2000) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการเพิ่มขึ้นของการสร้างกระดูกอ่อน (Callus formation) ในกระบวนการสมานกระดูก (Bone healing

process) (Miclau et al., 2007) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูกจะได้รับการผ่าตัดภายในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 17 ชั่วโมง ภายหลังจากการบาดเจ็บ ซึ่งผลของการรักษาที่รวดเร็วนี้นอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงเฉลี่ยเพียง 3.9 วัน (Pendleton, Canada, & Guerrero-Bejarano, 2007)

แม้ว่าการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการรักษาผู้ป่วยยังคงต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเพื่อรอเวลาให้กระดูกติดเองตามธรรมชาติ (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2547, หน้า 12) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญและเรียนรู้กับกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการดูแลบาดแผล การปรับตัวที่จะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ที่จะใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด (Ouellet, Hodgins, Knorr, & Geldart, 2003) ดังนั้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากจำหน่าย ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจึงควรได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Congdon (1994) กล่าวว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถประเมินได้ทั้งจากการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ แต่จากการศึกษาของ Weiss and Piacentine (2006) กล่าวว่า ระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน การประเมินความพร้อมและการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยประเมินจากความคงที่ของอาการทางกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความเจ็บปวด ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย สภาพของแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน การขับถ่าย และความสมดุลของปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย อย่างไรก็ตาม Clark et al. (2005) พบว่า บุคลากรสุขภาพจะประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยประเมินตนเอง ดังนั้นเพื่อให้สามารถวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพจึงควรประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย

Weiss and Piacentine (2006) ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากความพร้อมด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ พบว่า ผู้ป่วยที่

รับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง จะเป็นผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีสภาพร่างกายใกล้เคียงปกติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รับรู้ว่าคุณมีความรู้ที่เพียงพอที่จะดูแลตนเองและรับรู้ว่า จะได้รับความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การจัดเตรียมอาหาร จากครอบครัวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่ง Weiss, Piacentine, Lokken, and Archer (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงจะสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ นอกจากนี้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังสามารถทำนายอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างแม่นยำ

ต่อมา จันทรศัพท์, ณัฐชนก แก่นยิ่ง และพัทธยา วัดสิงห์ (2550) ศึกษาพบว่า การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอภายหลังการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักก่อนที่กระดูกจะติด ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 13.3 เกิดแผลนโหลตามกระดูกหัก สกรูดอน และหักซ้ำในตำแหน่งเดิม ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำเพื่อผ่าตัดแก้ไข นอกจากนี้ในการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ร่างกายส่วนล่างภายหลังการรักษา 1 ปีของ Archer, Castillo, MacKenzie, and Bosse (2006) พบว่า การฟื้นฟูสภาพที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 72 มีท่าเดินผิดปกติจากความพิการของข้อเท้า และอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยงอเข้า จนกลายเป็นภาวะทุพพลภาพถาวร (Permanent disability) เป็นอุปสรรคต่อการดำรงบทบาทในสังคม

Weiss et al. (2007) กล่าวว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน โดยหากผู้ป่วยรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงหมายถึงผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Meleis, Sawyer, Im, Messias, and Schumacher (2000) กล่าวว่า บุคคลจะประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านในแต่ละสถานการณ์นั้นขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และการบำบัดทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมที่ดี การศึกษาพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วมากขึ้น ประกอบกับนโยบายควบคุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Groups:

DRG) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น (พิเชษฐ์ ศรีวัฒนสกุล, 2550; Pendleton et al., 2007) Ouellet et al. (2003) พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มีข้อจำกัดในการได้รับความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในขณะที่ Pendleton et al. (2007) พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงทำให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูกมีความพึงพอใจที่ได้กลับไปรับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย นอกจากนี้การศึกษาของ Weiss, Ryan, Lokken, and Nelson (2004) พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่ต่างกันไปด้วย ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายในตัวบุคคลที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น Meleis et al. (2000) กล่าวว่า การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ ศรีนัตน์ ศรีประสงค์ (2551) และแสงเดือน กันทะชู (2552) พบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านบวกทำให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญหัวใจตายเฉียบพลันมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง สอดคล้องกับ เบนจัวร์ณ ละองผล (2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก พบว่าการให้ความหมายว่าการเจ็บป่วยนี้สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ทำนองเดียวกับ Botha-Scheepers et al. (2006) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยข้อสะโพกและข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของร่างกายส่วนล่างพบว่า หากผู้ป่วยมีการให้ความหมายว่าข้อจำกัดที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบกับตนเองเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ Chan et al. (2009) ที่พบว่าความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับผลการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มีมือมีการตอบสนองอารมณ์ด้านบวก ส่งผลให้พร้อมที่จะกลับไปทำงานเร็วขึ้น จากที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นสรุปได้ว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การมีความรู้ที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเปลี่ยนผ่านจากภาวะทุพพลภาพชั่วคราวไปสู่สภาวะปกติตาม

ระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่ง Meleis et al. (2000) กล่าวว่า การบำบัดทางการพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น Weiss et al. (2007) กล่าวว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม โดยหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการใช้ทักษะที่ดีในการสอน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามด้วยบริบทภายในหอผู้ป่วยที่พยาบาลต้องมุ่งดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006) จึงพบว่า กระบวนการสอนเพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการหรือไม่มีแนวทางชัดเจน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย (สุธีรา สร้อยสังวร, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (แสงเดือน กันทะजू, 2552; Weiss et al., 2007)

ด้วยความก้าวหน้าของวิวัฒนาการด้านการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วมากขึ้น และนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับไปดูแลและฟื้นฟูสภาพตนเองที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อนำผลจากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

### สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ได้ถูกนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านนั้น Meleis et al. (2000) ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/ illness transition) ทั้งนี้การเปลี่ยนผ่านจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of the Transition) ในที่นี้คือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition: Facilitators & inhibitors) ในที่นี้คือการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) ในที่นี้คือการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยปัจจัยทั้งหมดจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับรูปแบบการตอบสนองของการเปลี่ยนผ่าน (Pattern of response) ที่เป็นตัวบ่งชี้กระบวนการว่าผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ในที่นี้ก็คือความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมผลการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกขาหักการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดสมมติฐานดังต่อไปนี้

**สมมติฐานที่ 1** จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Weiss et al. (2004) กล่าวว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมที่ดี นอกจากนี้ยังมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับ ไปดูแลตนเองที่บ้าน โดย Ouellet et al. (2003) พบว่า การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการที่จะได้รับความรู้และฝึกทักษะเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย มรรยาท ณ นคร, จันทร์ฉาย โยธาใหญ่, สิริรัตน์ หาญวงษ์ และสมพิศ การ์ดำริห์ (2542) พบว่าการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงทำให้ผู้ป่วยกระดูกหักบางรายไม่สามารถปรับตัวให้เข้าใจและยอมรับกับสภาพของตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตาม Pendleton et al. (2007) กลับพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกน โลหะคามกระดูก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจที่จะได้กลับไปอยู่กับครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลอาจส่งผลได้ทั้งในทางบวก

และลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

**สมมติฐานที่ 2** การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลจะรับรู้ ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และประเมินตัดสินใจว่ามีผลอย่างไรกับชีวิต โดยแต่ละบุคคลจะมีการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามระดับการรู้สติ (Awareness) และประสบการณ์เดิม (Meleis et al., 2000) จากการศึกษาพบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านดี ทำให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง (ศรีรัตน ศรีประสงค์, 2551; แสงเดือน กันทะชู, 2552) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเป็นกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีที่ได้รับการบาดเจ็บเฉียบพลันและมีปัญหาสุขภาพเฉพาะที่ขาเท่านั้นจึงอาจมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในทิศทางที่แตกต่าง

**สมมติฐานที่ 3** การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ดังนั้นการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านระบุว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นมโนทัศน์ของการบำบัดทางการแพทย์ที่พยาบาลเข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะที่จำเป็นเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น (Meleis et al., 2000) จากการศึกษาของ Weiss et al. (2007) พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูงมีความสัมพันธ์กับการความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง นอกจากนั้นการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ( $r^2 = 33, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กันทะชู (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงเช่นกัน ( $r = 0.291, p < .05$ ) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่



ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมักได้รับการสอนในช่วงเวลาที่ยังคงมีความเจ็บปวด ประกอบกับบริบทของพยาบาลที่มุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัยนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยคุณภาพที่แตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

Weiss et al. (2007) กล่าวว่า การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยต้องเปลี่ยนผ่านจากเหตุการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นลำดับ (Sequential transition) 3 เหตุการณ์ คือ การเตรียมความพร้อมที่ได้รับก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดำเนินชีวิตภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านด้วยความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การขาดความพร้อมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล เกิดเป็นความยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ และอาจนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ด้านลบต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบในการศึกษา เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ทั้ง 4 มโนทัศน์ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน การบำบัดทางการพยาบาล และรูปแบบการตอบสนอง โดยหากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่ มีการเตรียมตัวที่ดี และมีการเฝ้าระวังหรือป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจตามมาในช่วงการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่เป็นไปได้อย่างขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสุขภาพดีมาก่อน (Archer, MacKenzie, Castillo, & Bosse, 2009) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจากผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยพบว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว จึงพยายามปรับตัวให้พร้อมรับกับสภาวะใหม่ เพื่อให้ตนเองสามารถเปลี่ยนผ่านจากภาวะทุพพลภาพชั่วคราวกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นเพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านของผู้ป่วยดำเนินไปได้ด้วยดี พยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างมากในการประเมินความพร้อม ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อม และจัดเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยก้าวข้ามจากภาวะทุพพลภาพไปสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ (Meleis et al., 2000) ทั้งนี้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน

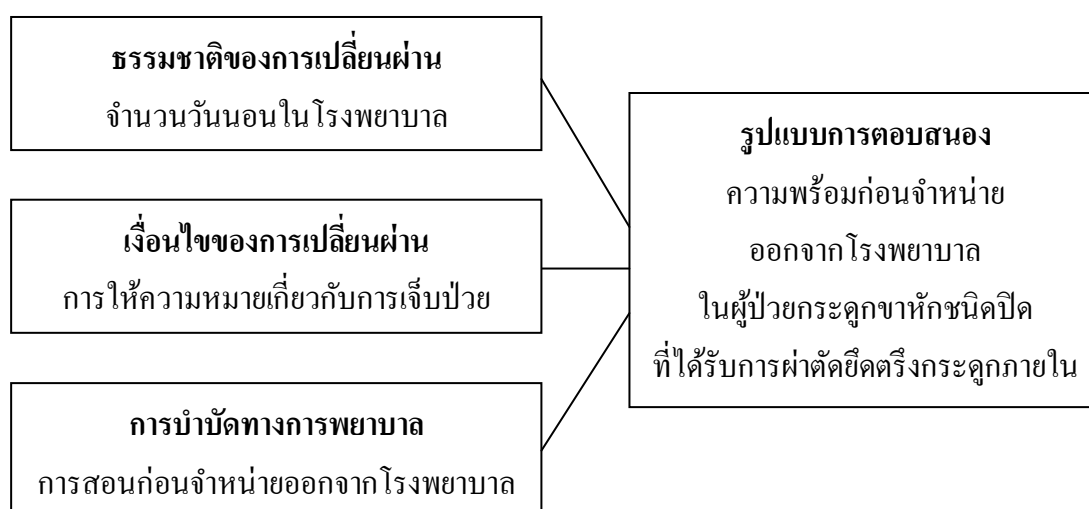
Weiss et al. (2007) กล่าวว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ภายหลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล ซึ่งการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และกระบวนการเตรียมความพร้อมที่บุคลากรสุขภาพจะให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากกระบวนการทั้งหมดจะต้องเริ่มในขณะที่ผู้ป่วยอาจยังไม่มีความพร้อมในด้านร่างกาย ดังนั้นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่จึงอาจเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก สอดคล้องกับคำกล่าวของ Meleis et al. (2000) ที่ว่าหากบุคคลได้รับการเตรียมตัวที่ดี จะเป็นผลให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ง่ายขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงมีผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Weiss et al., 2004)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกล่าวว่า การให้ความหมายเป็นปัจจัยเงื่อนไขภายในตัวบุคคลที่มีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นตัวทำนายได้ว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้นจะสามารถผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือจะมีความยากลำบาก (Meleis et al., 2000) ซึ่งการมีกระดูกขาหักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ไม่สามารถเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้าได้ ดังนั้นการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงขึ้นอยู่กับระดับการรู้สติและประสบการณ์เบื้องหลังของผู้ป่วยแต่ละบุคคล จากการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยมีการให้ความหมายในด้านดีและตรงตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยพิจารณาหาวิธีการและลงมือกระทำหาข้อมูลที่จะนำตนเองไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน และดำรงชีวิตอยู่กับสภาวะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (เบญจวรรณ ละอองผล, 2543; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2551; แสงเดือน กันทะชู, 2552; Botha-Scheepers et al., 2006; Chan et al., 2009)

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดภายหลังการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนกลับสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ซึ่งสำหรับในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน มักได้รับกระบวนการสอนในช่วงเวลาที่อาจยังไม่มีความพร้อมที่จะรับฟัง เนื่องจากยังคงมีความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด (Ouellet et al., 2003) นอกจากนี้ด้วยบริบทภายในโรงพยาบาลที่จะต้องมุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย ทำให้กระบวนการสอนที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย และเป็นเพียงการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น (ขนิษฐา ชวานานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ, 2551;

คูธึรา สร้อยสังวรณ์, 2550; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006) ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าวจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลจากการสอนที่ได้รับ จากการศึกษาพบว่าหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนใช้ทักษะที่ดีในการสอน ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ในระดับสูงทั้งในด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ โดยไม่เกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก (Weiss et al., 2007)

ด้วยกรอบแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 จังหวัดในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

## 2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความพร้อม 4 ด้าน คือ ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (Patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุแล้วมีกระดูกรูปยาวของขาท่อนบน หรือขาท่อนล่างหักชนิดปิดในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งลักษณะของการหักอาจมากกว่า 1 ตำแหน่งในกระดูกชิ้นเดียวกัน และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะคานกระดูก หรือแกนโลหะคานกระดูก และเป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้

2. **ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge readiness)** หมายถึง การรับรู้หรือการคาดการณ์ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ประกอบไปด้วยการรับรู้ความพร้อม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และความรู้สึกลดคล้ยด้านจิตใจที่เป็นผลจากการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนออกจากโรงพยาบาล 2) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นการรับรู้

ถึงความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลที่ต้องการในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการจัดการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 4) ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือเป็นการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ในการศึกษานี้ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล (The Readiness for Hospital Discharge Scale-Adult: RHDS) ของ Weiss and Piacentine (2006) ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551)

**3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay: LOS)** หมายถึงจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ได้รับการบาดเจ็บแล้วมีกระดูกขาหักจนถึงวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ในการศึกษานี้คำนวณจากวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลบด้วยวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

**4. การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness representation)** หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจ ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้แล้วประเมินตัดสินความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่ามีผลกระทบต่อชีวิตตนเองด้านบวก (Positive) ด้านลบ (Negative) หรือเป็นกลาง ๆ (Neutral) ต่อชีวิตของตน โดยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้จะประกอบไปด้วยการรับรู้ใน 2 ส่วน ได้แก่ 1) การรับรู้่อการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้อธิบายการเจ็บป่วยและจำนวนอาการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้ และ 2) การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการประเมินความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ผ่านองค์ประกอบของการรับรู้ ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย การควบคุมอาการด้วยตนเองและการรักษา ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านอารมณ์

ในการศึกษานี้ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire: IPQ-R) ของ Moss-Morris et al. (2002) ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551)

**5. การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge teaching)** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในต่อคุณภาพการสอนทั้งหมดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาการสอน เป็นการรับรู้และการประเมินในข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ที่ผู้ป่วยได้รับ

การสอนจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเปรียบเทียบกับความต้องการข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าว

2) ด้านทักษะการสอน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบายและความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ในการศึกษานี้สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS) ของ Weiss and Piacentine (2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย แสงเดือน ก้นทะชู (2552)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

1.1 ความหมายของกระดูกขาหัก และอุบัติเหตุ

1.2 พยาธิสภาพ อาการ และภาวะแทรกซ้อน

1.3 หลักการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิด

1.4 ผลกระทบต่อผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดภายหลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก

ภายใน

2. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

2.1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน

2.2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน

2.3 รูปแบบการตอบสนอง

2.4 การบำบัดทางการพยาบาล

3. การเปลี่ยนผ่านในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

4. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.1 ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.2 ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

5.1 ความสัมพันธ์ของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.2 ความสัมพันธ์ของการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.3 ความสัมพันธ์ของการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

กระดูกขาหักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ไม่สามารถใช้ขาในการรับน้ำหนัก ทรงตัว และเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือดำรงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เช่นก่อนมีกระดูกหัก ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วก็ตาม ภายหลังจากการรักษาที่ยังคงอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราวที่ไม่สามารถกลับสู่วิถีชีวิตหรือบทบาททางสังคมตามปกติได้ในทันที ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเอง และฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดภายหลังการจำหน่ายได้อย่างต่อเนื่อง จนกลับสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ในที่สุด

### ความหมายของกระดูกขาหัก และอุบัติการณ์

กระดูกขาหัก หมายถึง การแตกแยกออกจากกันของกระดูกขาที่อ่อนบน และหรือขาที่อ่อนล่าง ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากอุบัติเหตุจราจรหรือไม่ใช่ก็ได้ อาจทำให้เกิดการแยกจากกันโดยสิ้นเชิง หรือยังมีบางส่วนของกระดูกติดกันอยู่ ซึ่งแรงที่ทำให้กระดูกหักนี้จะกระจายผ่านเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง ทำให้กระดูกที่แตกนั้นทำลายกล้ามเนื้อ เส้นเลือดและเส้นประสาทได้ (Schoen, 2000, p. 86)

จากการศึกษาพบว่ากระดูกขาหักมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยเฉพาะการหักชนิดปิด (Closed fracture) ที่พบมากถึงร้อยละ 72 ในการหักของกระดูกขาที่อ่อนล่าง (Weiss et al., 2008) และร้อยละ 84 ในการหักของกระดูกขาที่อ่อนบน (Nork, 2010, pp. 1656)

### พยาธิสภาพ อาการ และภาวะแทรกซ้อน

เมื่อมีกระดูกขาหักจะทำให้เนื้อเยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) หลอดเลือดที่เลี้ยงไขกระดูก เนื้อกระดูก (Cortex) เนื้อเยื่อรอบ ๆ กระดูก ตลอดจนเส้นประสาท กล้ามเนื้อ เอ็น และเอ็นยึดข้อถูกทำลายและฉีกขาด ทำให้ในระยะแรกอวัยวะส่วนนั้นจะสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทชั่วคราว ผู้ป่วยจะมีอาการชา และมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ กระดูกที่หักนานประมาณ 2-3 นาที ต่อมากล้ามเนื้อดังกล่าวจะมีการหดเกร็งเพื่อตามกระดูกที่หักไว้ไม่ให้เกิดการเคลื่อนที่มากขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวจึงมีอาการปวดและกดเจ็บ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2553, หน้า 89-90)

ผลของการถูกทำลายเนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยรอบกระดูกหัก ทำให้ขาข้างที่หักมีการสูญเสียหน้าที่ เกิดการผิดรูป (Deformity) และหดสั้นลง (Shortening) เนื่องจากการดึงของกล้ามเนื้อที่อยู่โดยรอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2553, หน้า 89-90) ซึ่งเนื้อเยื่อ เส้นเลือดหรือเส้นประสาทต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ จะได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ



ความรุนแรงของแรงที่มากกระทำต่อกระดูก โดยพบว่าหากแรงที่มากกระทำน้อย กระดูกก็จะมี การเคลื่อนที่น้อย ตลอดจนเส้นเลือดและเส้นประสาทก็ได้รับการบาดเจ็บไม่รุนแรง แต่หากแรงที่มาก กระทำส่งผลให้กระดูกเคลื่อนที่ไปมากก็จะทำให้เนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นประสาทได้รับการ บาดเจ็บมากไปด้วย (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552, หน้า 149-150)

การฉีกขาดของส่วนต่าง ๆ รอบกระดูกหัก ทำให้มีเลือดออก โดยเฉพาะกระดูกต้นขาที่ อาจเกิดการสูญเสียเลือดได้มากถึง 500-1,500 ซีซี จนอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคได้ (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552, หน้า 136) สำหรับกระดูกหักชนิดปิดเลือดที่ออกจะเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อรอบ กระดูกที่หักเมื่อเลือดหยุดไหลจะกลายเป็นก้อนเลือดรอบ ๆ กระดูกหัก (Fracture hematoma) เมื่อ ร่วมกับปฏิกิริยาการอักเสบที่เกิดขึ้นบริเวณกระดูกหัก ก็จะไปกระตุ้นให้เกิดการกำจัดเซลล์ที่ตาย แล้วและหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokine) กระตุ้นการสร้างหลอดเลือด (Angiogenesis) นำไปสู่การ สร้างกระดูกใหม่ด้วยการเปลี่ยนก้อนเลือดให้เป็นเนื้อเยื่อใหม่ (Granulation tissue) ซึ่งจะเปลี่ยนเป็น กระดูกอ่อน (Callus) ในเวลาต่อมาและเข้าสู่กระบวนการปรับแต่งรูปร่างของกระดูกให้แข็งแรง ดังเดิม (วรณีย์ สัตยวิวัฒน์, 2553, หน้า 89, 104-105)

การมีเลือดออกในช่องกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาการอักเสบ ส่งผลให้เกิดอาการบวมและ มีรอยเขียวช้ำ (Ecchymosis) โดยหากเป็นกระดูกหน้าแข้งซึ่งเป็นกระดูกที่อยู่ชิดกับผิวหนังมาก เมื่อ มีการหักโดยเฉพาะเป็นชนิดปิด ทำให้พบอุบัติการณ์ของภาวะความดันภายในช่องกล้ามเนื้อสูงขึ้น (Compartment syndrome) ส่งผลให้การไหลเวียนเลือด ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและเส้นประสาทลดลง เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง โดยอาการแสดงที่สำคัญในระยะเริ่มแรกคือ อาการปวดเมื่อเหยียดกล้ามเนื้อ (Pain on passive stretching) ต่อมาผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชา (Paresthesia) และมีอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อ (Paresis) และหากขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการซีด (Pallor) เย็น (Polar) จนไม่สามารถคลำชีพจรได้ (Pulselessness) เกิดกล้ามเนื้อตายและผู้ป่วยอาจต้องถูกตัดขา (Tzioupis, Cox, & Giannoudis, 2009)

นอกจากนี้พบว่า ในการหักชนิดปิดของกระดูกอุ้งเชิงกราน อาจทำให้เกิดภาวะก้อนไขมัน อุดตันหลอดเลือดได้ เนื่องจากก้อนไขมัน (Emboli) ในกระดูกกระจายเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนได้ช้าลง ประกอบกับปฏิกิริยาการหยุดเคลื่อนไหวนอกจากการมีกระดูกหัก (Reflex immobilization) และการเพิ่มขึ้นของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในกระบวนการอักเสบ ตลอดจนก้อนเลือดที่แข็งตัว (Fibrin clot) ก็จะส่งผลให้เลือดยิ่งไหลเวียนได้ช้าลง ซึ่งอาจส่งเสริมให้ ก้อนไขมันรวมตัวกับก้อนเลือดที่แข็งตัวไปอุดตันที่ปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะ ออกซิเจนในเลือดต่ำ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากการทำงานของระบบ หายใจล้มเหลว (Adult respiratory distress syndrome) (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552, หน้า 330-339)

## หลักการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิด

ผลของกระดูกหักทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เกิดความผิดรูปของอวัยวะ ตลอดจนเกิดการสูญเสียความแข็งแรงของโครงสร้างร่างกาย ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งหลักการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดมี 3 ประการ ได้แก่ การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ (Reduction) การให้กระดูกหักที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่ง (Retention) และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Rehabilitation) (ปริชา รัชย์พลเมือง, 2551, หน้า 9-24)

1. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ หมายถึงการจัดกระดูกหักที่หักซึ่งเคลื่อนที่ไปจากแนวปกติให้เข้าที่หรือกลับไปอยู่ในแนวปกติดั้งเดิม มี 2 วิธี ดังนี้

1.1 การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยไม่ผ่าตัด (Closed reduction) เป็นการตัด ดึง หรือกดในบริเวณกระดูกที่หักด้วยมือ (Manipulation) ซึ่งปัจจุบัน ไม่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแล้ว เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาน้อยกว่าการจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัด ดังเช่น การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างการจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการไม่ทำผ่าตัด และการจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัด ของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักชนิดปิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จำนวน 108 ราย พบว่าการจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัด ทำให้กระดูกติดเร็วกว่าการจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการไม่ทำผ่าตัด 2-28 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการไม่ทำผ่าตัด ภายหลังการรักษาเกิดการติดผิดรูปของกระดูกหน้าแข้งร้อยละ 9.4 (วิชัย อารยะถาวร, 2549)

1.2 การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการทำผ่าตัด (Open reduction) เป็นการผ่าตัดเปิดเข้าไปบริเวณที่มีกระดูกหัก เพื่อจัดเรียงชิ้นกระดูกที่หัก ซึ่ง Valdes Santurio, Garcia, and Ortiz (2008) กล่าวว่าผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก โดยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื่องจากสามารถจัดเรียงกระดูกที่หักให้อยู่ในแนวปกติได้มากที่สุด (Perfect anatomical result) และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและใช้งานขาข้างที่หักได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Perfect functional result) นอกจากนี้ยังทำให้ลดระยะเวลาในการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวลงได้ 4-7 สัปดาห์

2. การให้กระดูกที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่ง คือการประคองประคองให้กระดูกหักที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่ง ๆ จนกว่ากระดูกอ่อนที่สร้างใหม่ (Callus) จะมีความแข็งแรงเพียงพอต่อการป้องกันชิ้นกระดูกเคลื่อนที่ (Displacement) หรือ โกงเป็นมุม (Angulation) ป้องกันการเคลื่อนไหวที่จะส่งผลให้การติดของกระดูกถูกขัดขวางจากการที่เส้นเลือดที่สร้างใหม่ถูกทำลาย และลดความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหว (Active pain-free mobilization) ซึ่งสามารถทำให้กระดูกอยู่นิ่งได้ 2 วิธี ดังนี้

**2.1 การยึดตรึงกระดูกหักภายนอก (External fixation)** คือการค้ำกระดูกที่หักโดยการเข้าเฟืองกัปป์น หรือการดึงโดยใช้น้ำหนักถ่วง ที่แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่การดึงโดยใช้แรงดึงผ่านผิวหนัง (Skin traction) และการใช้แรงดึงจากกระดูกโดยตรง (Skeletal traction)

ในระยะแรกระหว่างรอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ผู้ป่วยกระดูกขาหักจะได้รับการยึดตรึงกระดูกหักภายนอกด้วยการดึงโดยใช้น้ำหนักถ่วง เพื่อให้ขาข้างที่หักอยู่นิ่งส่งผลให้ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดและบวม ซึ่ง ซอราตรี สิริวัตถานันท์ และสุจินต์ เอนกบุญย์ (2530, หน้า 137, 208-209) กล่าวว่ากระดูกต้นขาหักไม่ได้เป็นภาวะเร่งด่วนและไม่จำเป็นต้องรีบผ่าตัด ควรรอเวลาที่เหมาะสมที่สุดนั่นก็คือ 5-10 วันแรกหลังการบาดเจ็บ ทั้งนี้เพื่อให้มีเวลาเพียงพอที่จะค้นหาและรักษาการบาดเจ็บในระบบอื่นที่อาจเกิดขึ้น เพื่อรอให้ภาวะก่อนไข่ม้วนหลุดพ้นหลุดเลือดที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บปรากฏอาการอย่างชัดเจน และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกติดเชื้อ หรือกระดูกไม่ติด นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของ Fulkerson and Egol (2009) พบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก 59 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในในช่วง 7 วันแรกภายหลังการบาดเจ็บจะทำให้เกิดอัตราการติดเชื้อต่ำ และอัตราการติดเชื้อของกระดูกเพิ่มสูงขึ้น

แม้ว่าการชะลอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (Delayed fixation) จะทำให้เกิดผลติดดังกล่าว อย่างไรก็ตามการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก่อนผ่าตัดนาน ๆ พบว่าทำให้เกิดความเสื่อมลงของร่างกาย โดย หากในช่วง 3 วันแรกผู้ป่วยยังคงถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่ก็จะทำให้เกิดการสูญเสีย น้ำ โซเดียม คลอไรด์ และแคลเซียมออกทางปัสสาวะ ส่งผลให้มวลกระดูกของผู้ป่วยจะลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่วนที่ลดลงมากที่สุด ได้แก่มวลกระดูกต้นขา หน้าแข้ง และน่องตามลำดับ ร่วมกับเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็งได้ นอกจากนี้เมื่อต้องนอนในท่าเดิมนาน ๆ หลอดเลือดบริเวณปุ่มกระดูกจะถูกแรงกดจากภายนอก จนทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกลายเป็นแผลกดทับ กล้ามเนื้อช่วยหายใจจะทำงานลดลงส่งผลให้กลไกขับไล่สิ่งแปลกปลอมเสื่อมสภาพเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ถ้าได้เกิดการเคลื่อนไหวลดลงทำให้มีภาวะท้องผูก มีการค้างค้ำของน้ำปัสสาวะและเกิดการติดเชื้อตามมา (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2550, หน้า 159-182)

การจำกัดการเคลื่อนไหวนอกจากจะทำให้เกิดความเสื่อมทางด้านร่างกายดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อในด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งเกิดเนื่องจากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือมีบทบาทหน้าที่ในสังคมลดลง จากการศึกษาพบว่าในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล เบื่อหน่าย รำคาญ จากความไม่มีอิสระ ความลำบากในการเคลื่อนไหวซึ่งเกิดจากความเจ็บปวด และการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาด

สะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า และการขยับถ่าย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด โดยสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมาก ได้แก่ การต้องขยับถ่ายอุจจาระบนเตียง การที่ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา พลิกตะแคงตัวไม่ได้ ความเจ็บปวดขณะยกกันเพื่อสอดหมอนนอนเมื่อต้องการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ การที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ความเป็นห่วงบุคคลที่รัก และความคิดว่าตนจะเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งความรู้สึกเครียดดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรู้สึกด้อยคุณค่า (หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์, 2544)

**2.2 การยึดตรึงกระดูกหักภายใน (Internal Fixation)** คือการผ่าตัดแล้วตามกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราวด้วยโลหะยึดตรึงกระดูกเพื่อรอการติดตามธรรมชาติ

ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดจะได้รับจัดการกระดูกให้เข้าที่โดยการผ่าตัดและยึดตรึงกระดูกหักภายในด้วยโลหะ 2 ชนิด ได้แก่ แผ่นโลหะตามกระดูก (Plate & Screw) และแกนโลหะตามกระดูก (Intramedullary nail) ชาญยุทธ สุขชาติวงศ์ (2550, หน้า 178) กล่าวว่า การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกหักภายใน เป็นวิธีการรักษากระดูกต้นขาหักที่ได้ผลดีกว่าการดิ่งโดยใช้น้ำหนักถ่วง เพราะสามารถจัดเรียงกระดูกให้อยู่ในแนวปกติตามลักษณะกายวิภาคได้มาก ซึ่ง Weiss et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักร้อยละ 58 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โดยร้อยละ 48 เป็นการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูก และร้อยละ 5 เป็นการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก พิเชษฐ ศรีวัฒนสกุล (2550) พบว่าผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักชนิดปิดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจันทน์ 40 ราย ร้อยละ 100 ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกหักภายใน โดย 35 รายเป็นการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก และ 5 รายเป็นการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูก ซึ่งชาญยุทธ สุขชาติวงศ์ (2550) กล่าวว่า รูปแบบการหักของชิ้นกระดูกที่แตกต่างกันก็จำเป็นต้องเลือกใช้โลหะยึดตรึงกระดูกภายในที่แตกต่างกันไปด้วย อย่างไรก็ตามชนิดของโลหะก็ไม่ได้ทำให้ผลของการรักษาแตกต่างกันมากนัก

มานะ ฮันตระกูล (2545) กล่าวว่า การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูกนั้นทำให้กระดูกติดประมาณร้อยละ 90-95 ส่วนแกนโลหะตามกระดูกนั้น เป็นที่ยอมรับของแพทย์โดยทั่วไปว่าให้ผลดีในการใช้รักษากระดูกรูปยาวหัก โดยเฉพาะกระดูกต้นขา เนื่องจากกระดูกที่หักสามารถแบ่งรับแรงได้พร้อมกับแกนโลหะตาม (Load-sharing device) (ไพรัช ประสงค์จัน, 2552, หน้า 28-30) ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น และไม่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ โดย อรวรรณ เฉลิมรัตน์ (2551) การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูกทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก ทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ในวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด

ด้วยประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในดังกล่าว ทำให้ในปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็ว (Early fixation) กันมากขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดกระบวนการสมานกระดูกสูงสุด ดังเช่นการทดลองทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกหน้าแข้งหักให้หนู ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ หลังการบาดเจ็บทันที 24 48 72 และ 96 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ เพื่อดูแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกระบวนการสมานกระดูกภายในหลังได้รับการรักษา 10 วัน พบว่าการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บมีกระบวนการสมานกระดูกเกิดขึ้นสูงสุดทั้งปริมาตรโดยรวมของกระดูกอ่อนที่สร้างใหม่ (Total volume of the callus) ปริมาตรโดยรวมของการเกิดกระดูกใหม่ (Total volume of the new bone) และปริมาตรโดยรวมของกระดูกอ่อน (Total volume of the cartilage) (Miclau et al., 2007)

นอกจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วจะช่วยให้แนวโน้มของกระบวนการสมานกระดูกเกิดขึ้นสูงขึ้นแล้วยังช่วยลดการเกิดภาวะข้อติดแข็งได้อีกด้วย โดยการศึกษาผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักจำนวน 247 รายด้วยการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วพบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพของข้อเข่าดีขึ้น โดยระดับดีเยี่ยมเพิ่มจากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 20 และระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 28.3 เป็นร้อยละ 66.7 (Solagberu & Abdur -rahman, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน 14 วัน หนูทดลองที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บทันทีเกิดภาวะข้อติดแข็งน้อยที่สุด (Miclau et al., 2007)

ประสิทธิผลของการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น นำไปสู่การลดลงของอัตราการเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตันหลอดเลือด ดังเช่นการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ ที่พบว่า การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในของกระดูกอุ้งเชิงกรานหักภายหลังจากการบาดเจ็บที่รวดเร็วในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบ สามารถลดอัตราการเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตันหลอดเลือดลงได้จากร้อยละ 22 เหลือเพียงร้อยละ 4.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Riska ที่พบว่า การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังจากการบาดเจ็บที่รวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตันหลอดเลือดลงเหลือร้อยละ 1.4 เนื่องจากผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็วขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดเป็นไปได้โดยสะดวกไขมันที่หลุดออกมาจากโพรงกระดูกจึงไม่รวมตัวกันเป็นก้อนไปอุดกั้นที่ถุงลมปอด (Alveolar obstruction) ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวปัจจุบันจึงนิยมทำการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วในผู้ป่วยที่มีกระดูกอุ้งเชิงกรานหักกันมากขึ้น (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552, หน้า 337, 339)

การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังการบาดเจ็บโดยเร็ว นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 81 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง (Solagberu & Abdur-rahman, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sprague and Yang (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังการบาดเจ็บโดยเร็ว จะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นกว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการชะลอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โดยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ประมาณ 4 วัน และการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังการบาดเจ็บโดยเร็วจะทำให้ประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้ถึง 12,291 ดอลลาร์สหรัฐ เช่นเดียวกับ ชลเวช ชวศิริ และก้องเขต เจริญสุวรรณ (2551, หน้า 193) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหักเพียงอย่างเดียวอาจทำการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกภายในในเวลาที่เหมาะสมและสะดวก โดยอาจทำภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ หรือในวันที่ 2-5 หลังการบาดเจ็บก็ได้ แต่การผ่าตัดที่ช้าเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

การลดลงของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ โดยจากการศึกษาของ Pendleton et al. (2007) พบว่าการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้กลับไปอยู่กับครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้โรงพยาบาลมีจำนวนเตียงที่จะสามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้เพิ่มขึ้น

แม้ว่าผลของการศึกษาดังกล่าวในเบื้องต้นจะระบุว่า การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บที่รวดเร็วจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วย โดยทำให้แนวโน้มของกระบวนการสมานกระดูกเกิดได้สูงขึ้น ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ลดลง อย่างไรก็ตามการกลับคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วยก็ต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วย

**3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด** ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดแม้ว่าจะได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้ว อย่างไรก็ตามการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเป็นเพียงการตรึงกระดูกให้อยู่กับที่ชั่วคราว เพื่อรอเวลาให้กระดูกติดเองโดยธรรมชาติ (ธีรชัย อภิวรรณกุล, 2547, หน้า 12) ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในสามารถเดินลงน้ำหนักทรงตัว หรือเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม (มรรยาท ณ นคร, 2553, หน้า 19) และต่อเนื่อง ซึ่งอาจต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 12 สัปดาห์สำหรับการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps muscle) จากการไม่ได้ใช้งาน (MacIntyre, Eng, & Allen, 2005) ด้วยเหตุที่การฟื้นฟูสภาพต้องใช้เวลายาวนานในขณะที่

สภาพร่างกายในระบบอื่นอยู่ในสภาพปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักได้รับการพิจารณาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนที่กระบวนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนั้นจะเป็นไปอย่างสมบูรณ์

พยาบาลสามารถฝึกทักษะการออกกำลังกาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินที่ถูกวิธีให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในขณะอยู่ภายในโรงพยาบาล ด้วยการฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps setting exercise: QSE) ประมาณ 20 ครั้งต่อชั่วโมงเพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง สามารถรับน้ำหนักตัวได้ ออกกำลังขาข้อสะโพก (Straight leg raising exercise) เพื่อป้องกันการงอของข้อสะโพกและทำให้กล้ามเนื้อสะโพกแข็งแรง และออกกำลังขาข้อต่าง ๆ ของร่างกายโดยให้ข้อได้มีการขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหว (Range of motion: ROM) โดยเฉพาะข้อเท้า อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 รอบเพื่อป้องกันการเกิดปลายเท้าตก (Foot drop) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเดินลำบากหรืออาจเดินไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูก 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจะเริ่มลงน้ำหนักขาข้างที่หักได้บ้าง (Partial weight-bearing) ต่อมาหลังผ่าตัด 1-2 สัปดาห์จึงเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ (Full weight-bearing) ยกเว้นกรณีที่กระดูกแตกเป็นชิ้นย่อย ๆ (Comminuted fracture) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูกจะต้องเดินโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่หัก (Non weight-bearing) ประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะเริ่มมีกระบวนการสร้างกระดูกอ่อนจึงจะเริ่มให้เดินลงน้ำหนักขาข้างที่หักได้บ้าง ต่อมาประมาณ 12-16 สัปดาห์จึงเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ (อรรพรรณ เกลิมรัตน์, 2551)

นอกจากการออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินที่ถูกวิธีแล้ว ทศนีย์ ษณะศาล (2544) กล่าวว่า ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในควรมีความรู้ในเรื่องถนนขาข้างที่ทำผ่าตัดโดย 2-3 เดือนแรกไม่ควรทำงานหนัก เมื่อผ่าน 3 เดือนไปแล้วสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ก็ยังไม่ควรยกของหนัก และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของโลหะยึดตรึงกระดูกภายใน เช่น การเตะฟุตบอล เตะตะกร้อ ขี่จักรยาน นั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบ ยกของหนัก ฯลฯ และควรมีผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดการพลัดตก หกล้ม เช่น การเข้าห้องน้ำ หรือการเดินขึ้นลงบันได ตลอดจนควรมีการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

จากที่กล่าวมาในเบื้องต้นเห็นได้ว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จำเป็นต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะอย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัด

ยึดตรึงกระดูกภายในต้องตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ที่อาจนำไปสู่ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

**ผลกระทบต่อผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน**  
 ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น ยังคงอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราวที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

**1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย** ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายโดยส่วนใหญ่มาจากพยาธิสภาพและข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง ความเจ็บปวด การบวม การติดเชื้อ ท้องผูก ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลง อาการขาดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง** เนื่องจากภายหลังจากการผ่าตัดกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วนั้น ยังคงต้องถูกจำกัดการลงน้ำหนักขาข้างที่หักจนกว่ากระดูกจะติดดี ซึ่งรูปแบบของการเดินลงน้ำหนักก็ขึ้นอยู่กับความมั่นคงของกระดูกภายหลังการรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย เป็นต้น (ทัศนีย์ ชนะศาล, 2544; นิรมล จิตต์จำนง, 2548; เบญจวรรณ ละอองผล, 2543; Hodgins, Ouellet, Pound, Knorr, & Geldart, 2008; Ouellet et al., 2003)

**1.2 ความเจ็บปวด** เป็นประสบการณ์ความรู้สึกลึกที่ไม่พึงปรารถนาของผู้ป่วยจากการสัมผัสประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกแขนและขาหักจำนวน 26 ราย ในประเทศฮ่องกงของ Wong and Chan (2009) พบว่าผู้ป่วยอธิบายความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมาก (Intense pain) จนไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยา (Lack of control over pain) ซึ่งจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด (Limited knowledge on pain management) ทำให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นและรอจนกระทั่งแพทย์หรือพยาบาลจะมาตรวจเยี่ยมอาการ (Being a good patient) และเลือกที่จะเผชิญความเจ็บปวดด้วยการไม่คำนึงถึง หรืองดการเคลื่อนไหวในบริเวณนั้น (Passive coping) ตลอดจนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Worry about 'shan') เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อว่าความเจ็บปวดอาจเป็นสัญญาณเตือนถึงผลลัพธ์ที่ไม่ดีภายหลังการผ่าตัด (Pain is a negative signal)



**1.3 การบวม** เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือด (Vasodilatation) และการรั่วซึมของพลาสมา (Plasma exudates) ออกมาภายนอกหลอดเลือด (Blood vessels) โดยพลาสมาดังกล่าวเกิดขึ้นจากกระบวนการอักเสบภายหลังการมีกระดูกขาหักและการผ่าตัด ซึ่งหากไม่ได้ทำการรักษาให้สูงกว่าระดับหัวใจจะทำให้เกิดการบวมเจ็บ (Impairment) ของหลอดเลือดดำและการไหลเวียนของทางเดินน้ำเหลือง (Venous and lymphatic) จากการบวมขึ้นรอบ ๆ บริเวณกระดูกที่หัก (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552, หน้า 2) อาการบวมนี้จะหายไปภายหลังสิ้นสุดกระบวนการอักเสบ (บุญสิน บุรณะพานิชย์กิจ, 2547, หน้า 5)

**1.4 การติดเชื้อ** เป็นผลของการทำให้กระดูกหักชนิดปิดกลายเป็นกระดูกหักชนิดเปิดเพื่อยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอม จึงอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2553, หน้า 240) การติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดจะปรากฏอาการภายหลังจากการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในไปแล้ว 4-21 วัน หรือเฉลี่ยที่ระยะเวลา 10 วันโดยผู้ป่วยจะมีการแสดงคือ ปวดลึก ๆ ที่แผลผ่าตัดตลอดเวลาและจะปวดมากเวลากลางคืน มีอาการบวม แดง ร้อนรอบ ๆ แผลหรือมีหนองไหลออกจากแผล ร่วมกับการมีไข้ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมการติดเชื้อที่กระดูกดังกล่าวอาจส่งผลต่อการติดของกระดูก (Schoen, 2000, pp. 66-67, 99, 310, 354)

**1.5 ท้องผูก** เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้ลำไส้มีการบีบตัวน้อยลง (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2553, หน้า 61) นอกจากนี้การที่ต้องปรับเปลี่ยนท่าทางในการขับถ่ายอุจจาระ ประกอบกับความเจ็บปวดเมื่อต้องอยู่ในท่านั่งนาน ๆ ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเกิดอาการท้องผูกได้ ดังเช่นในการศึกษาของ Ouellet et al. (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ร้อยละ 34 มีปัญหาในระบบขับถ่ายโดยเฉพาะมีอาการท้องผูก Hodgins et al. (2008) พบว่าอาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มากกว่าร้อยละ 40 สำหรับในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่มักจะมีการใช้ส้วมซึม ดังนั้นการมีข้อจำกัดในอริยาบถนั่งก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในพบปัญหาท้องผูกได้มากขึ้น

**1.6 ข้อติดแข็ง** เป็นภาวะที่ข้อไม่สามารถขยับได้จนสุดพิสัยของการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นผลจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ภาวะข้อติดแข็งอาจเกิดได้จากการหดสั้นลงของกล้ามเนื้อรอบข้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อสามสตริง (Hamstring) ที่ทอดผ่านข้อสะโพก และกล้ามเนื้อแกสโตรกนิเมียส (Gastrocnemius) ที่ทอดผ่านข้อเข่า นอกจากนี้ยังอาจเกิดขึ้นได้จากการเชื่อมติดกันของข้อจากการหยุดเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณรอบข้อจากการเรียงตัวกันหลวม ๆ เป็นเรียงตัวกันหนาขึ้น ส่งผลให้ความยืดหยุ่นลดลงในเวลา 1 สัปดาห์ วรรณิ สัตยวิวัฒน์ (2553, หน้า 57-58) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมักมีข้อเข่าและข้อสะโพก

งอ ต้นขาหมุนออกนอก ปลายเท้าตก นิ้วงอเข้า ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การยืน และการเดิน เนื่องจากจะต้องใช้พลังงานในการเดินมากกว่าปกติ

**1.7 กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลง** เกิดจากการไม่ได้ใช้งานทำให้มีกระบวนการเสื่อมสลาย (Wasting process) เกิดขึ้นจนส่งผลให้เกิดการอ่อนแรงและฝ่อลีบตามมา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ออกแรงต้านแรงโน้มถ่วงของโลก เช่น กล้ามเนื้อเหยียดเข่า กล้ามเนื้อน่อง จะอ่อนแรงลงเร็วกว่ากล้ามเนื้อกลุ่มอื่น นอกจากนี้กล้ามเนื้อที่มีขนาดใหญ่จะอ่อนแรงเร็วกว่ากล้ามเนื้อที่มีขนาดเล็ก 2 เท่า (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2553, หน้า 57)

**1.8 อาการชา** เกิดจากชิ้นส่วนของเสษกระดูกที่หักกดหรือเบียดเส้นประสาทที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง ซึ่งการหักของกระดูกอาจส่งผลต่อเส้นประสาทที่สำคัญ ได้แก่ สเคียติก (Sciatic nerve) ฟีมอโรล (Femoral nerve) และออพทูราเตอ (Opturator nerve) ทำให้เกิดอาการชาได้ อย่างไรก็ตามภายหลังจากการรักษาแล้วอาการชาจะต้องหายไปนั้สัปดาห์ที่ 2-3 (Schoen, 2000, pp. 18, 99)

ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น ด้วยความเป็นองค์รวมของบุคคลย่อมกระทบต่อจิตใจ และสังคมไปด้วย

**2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ** ภาวะทุพพลภาพชั่วคราวทำให้ผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในต้องพึ่งพาผู้อื่น จนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว คุณค่าในตนเองลดลงจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและการมีคุณภาพชีวิตที่แยกลงในที่สุด ดังเช่นการศึกษาต่อไปนี้

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของ มรรยาท ณ นคร และคณะ (2542) พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหัก (ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยกระดูกรยางค์ส่วนล่างหัก) รายงานว่า ช่วงเวลาของการบาดเจ็บนี้เป็นช่วงเวลาที่มีความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผลกระทบของความเจ็บป่วยและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่ตนเองเป็นบุคคลที่โชคร้าย รู้สึกว่ตนเองเป็นคนป่วย มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ มีความรู้สึกอาย ไม่อยากให้บุคคลอื่นเห็นสภาพของตนเองขณะเจ็บป่วย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ความมีคุณค่าของตนเองลดลง จิตใจอ่อนแอกว่าปกติ รู้สึกว่เป็นภาระแก่ครอบครัวที่ต้องมาเยี่ยม มาดูแลขณะเจ็บป่วย และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพว่จะไม่สามารถประกอบอาชีพหรือเรียนหนังสือได้ตามปกติ จนมีการแสดงของอารมณ์ด้านลบ โดย ร้อยละ 63.2 ของผู้ป่วยยอมรับว่มีอาการมึนงง หงุดหงิด ไม่สบายใจ โดยเฉพาะช่วงเวลาหลังการผ่าตัดระยะแรกเพราะไม่เคยชินกับการมีโลหะค้ำกระดูกอยู่ภายในร่างกาย ทำให้การเดิน นั่ง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ไม่สะดวก จึงเกิดความหงุดหงิดและมีอารมณ์โกรธ นอกจากนี้แล้วยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

ในบ้าน ซึ่งร้อยละ 15.3 มักเก็บปัญหาไว้ไม่พูดหรือระบายให้คนใกล้ชิดทราบ เพราะเกรงว่าบุคคลเหล่านั้นจะไม่สบายใจหรือวิตกกังวลไปด้วย Starr et al. (2004) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ 580 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเครียดภายหลังการบาดเจ็บ โดยร้อยละ 65 เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ถูกรถยนต์ชน และร้อยละ 57 เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการโดยสารรถจักรยานยนต์ ทั้งนี้การมีกระดูกขาหักเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเครียดภายหลังการบาดเจ็บได้มากที่สุด นอกจากนี้ผลจากความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจยับยั้งกระบวนการสมานกระดูก และผู้ป่วยอาจเกิดภาวะข้อติดแข็งได้

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในของ ผ่ากจิต ควรรพคุณ (2548) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40 เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่อยู่ภายในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะของความเบี่ยงเบนในด้านความคิด และการรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม โดยอาการที่แสดงออกเป็นลำดับแรก ๆ ได้แก่ รู้สึกไม่มีความสุข ชีวิตนี้ไม่สนุกसान รู้สึกตนเองไม่มีความดีไร้คุณค่า รู้สึกหดหู่ใจท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และไม่สนใจที่จะทำกิจกรรมใด ๆ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก็จะนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางกายที่ซับซ้อน และเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

**3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม** จากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทำให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (องค์การอนามัยโลก, 2547) และขาดรายได้เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิมในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (นิรมล จิตต์จันทร์, 2548)

จากที่กล่าวมาในเบื้องต้นเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งพยาบาลสามารถป้องกันการเกิดผลกระทบให้ผู้ป่วยได้ในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล ด้วยการประเมิน และวางแผนช่วยเหลือ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากความเจ็บป่วยไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพนั่นเอง

### ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการการเคลื่อน การผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรืออีกสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งบุคคลจะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่อย่างเป็นกระบวนการ โดยเริ่มจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแล้วพบว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว (Ending process) จึงเริ่มต้นที่จะพยายามปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

หรือเข้าสู่สภาวะใหม่ (Neutral process) และเมื่อปรับตัวได้แล้วบุคคลก็พร้อมที่จะยอมรับและแสดงบทบาทใหม่ (New beginning phase) อันเป็นระยะสุดท้ายของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่อาจเกิดผลกระทบมากกว่าคนหนึ่งคนในแต่ละสถานการณ์ อย่างไรก็ตามบุคคลจะสามารถเข้าสู่สภาวะใหม่ได้โดยสะดวกและสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และการช่วยเหลือจากปัจจัยแวดล้อม (Chick & Meleis, 1986)

แม้ว่าการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งเข้าสู่อีกสภาวะหนึ่งจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะการณใหม่ และมีการเตรียมตัวที่ดีมีการเฝ้าระวังหรือป้องกันผลเสียที่อาจตามมาในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น Chick and Meleis (1986) ได้เสนอว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นมโนทัศน์หนึ่งของศาสตร์ทางการพยาบาล โดยพยาบาลและผู้รับบริการจะมาพบกันในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านจากภาวะปกติ (Being healthy) ไปสู่การเจ็บป่วย (Being unhealthy) และเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันตั้งแต่แรกเริ่มเข้าในโรงพยาบาล ระหว่างที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และก่อนกลับบ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ประเมินชนิดต่าง ๆ ของการเปลี่ยนผ่าน แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยที่เอื้ออำนวยในตัวบุคคลและแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมภายนอก ตลอดจนวางแผนให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการมีการตอบสนองที่ดีต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งหมายถึง การฟื้นฟูสภาพได้ดีดังเดิม (Restoration) การคงสภาพเดิม (Maintenance) การป้องกันการเกิดความคิดผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Protection) และการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Promotion)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เป็นทฤษฎีที่มุ่งจะประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชนให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการพยาบาล (Meleis et al., 2000)

**1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน** เป็นมโนทัศน์ที่ประกอบไปด้วยชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Types of transition) แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน (Pattern of transition) และลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition) ดังนี้

**1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน** เป็นการแบ่งชนิดหรือปรากฏการณ์ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งของชีวิต หรือจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งมี 4 ชนิด ได้แก่ 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงวัยของบุคคล 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามเหตุการณ์

ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/ illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลต่อบุคคลในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน 4) การเปลี่ยนผ่านตามระยะขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่มีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น

**1.2 แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน** เป็นรูปแบบทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน ที่ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ หลายอย่างที่ซับซ้อนและยากต่อการจำแนก เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านอาจเป็นการที่บุคคลต้องเผชิญสถานการณ์เดียว (Single transition) หรือมีหลายสถานการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง (Multiple transition) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจมีลำดับของขั้นตอนในการเกิด (Sequential transition) หรือเข้ามาแทรกแซงพร้อม ๆ กันในเวลาเดียวกัน (Simultaneous transition) และอาจมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ (Related transition) หรือไม่มีความสัมพันธ์ก็ได้ (Unrelated transition)

**1.3 ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน** เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนผ่าน ทั้งนี้การเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นไปในทิศทางใด หรือมีการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ บทบาท ความสัมพันธ์ ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรมไปในลักษณะใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังนี้ 1) การรู้สติ (Awareness) เป็นการรับรู้ ความเข้าใจ และยอมรับในประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น 2) การเตรียมพร้อม (Engagement) โดยคิดพิจารณาหาวิธีการและลงมือหาข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน 3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and Difference) เป็นการปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากบทบาทเดิม 4) ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition time span) หากมีความชัดเจนและคงที่ก็จะช่วยลดการเกิดความสับสนและความเครียดต่อเหตุการณ์ที่ไม่สามารถกำหนดได้ 5) จุดวิกฤตหรือจุดเปลี่ยนของเหตุการณ์ (Critical points and event) เป็นการตระหนักรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความแตกต่างไปจากเดิม

**2. เจ็อนใจของการเปลี่ยนผ่าน** เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ที่จะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้นจะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือจะมีความยากลำบาก ซึ่งเจ็อนใจของการเปลี่ยนผ่านได้แก่เจ็อนใจส่วนบุคคล (Personal) ชุมชน (Community) และสังคม (Society)

**2.1 เจ็อนใจส่วนบุคคล** เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่อาจยับยั้งหรือสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย (Meanings) ซึ่งเป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองในด้านบวก ด้านลบ หรือ

เป็นกลาง ๆ ซึ่งผลของการประเมินดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านนั้น ดังนั้นในสถานการณ์เดียวกันแต่ละบุคคลก็จะมีประสบการณ์ผลแตกต่างกัน 2) วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (Cultural beliefs and attitudes) เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ทั้งนี้ในบริบทของแต่ละสังคมก็จะมีวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน 3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) มีผลกระทบต่อจิตใจ และทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้หากบุคคลนั้นมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge) เป็นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสถานะใหม่และปรับตัวเข้ากับสถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์

**2.2 เจ็อนใจจากสภาพชุมชน** เป็นเจ็อนใจอีกประการหนึ่งที่สามารถส่งเสริมหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นต้น

**2.3 เจ็อนใจจากสภาพสังคม** เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่สำคัญระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่าน และมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

**3. รูปแบบการตอบสนอง** เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน โดยประเมินได้จากตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicators) และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

**3.1 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ** เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การมีความต่อเนื่อง (Feeling connected) ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่จะต้องทำให้เกิดความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ 2) การทำให้ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ (Interacting) กับผู้อื่น เนื่องจากจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมอย่างเปิดเผย ชัดเจน และยอมรับต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น 3) การสร้างความเข้าใจในสถานที่และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Location and being situated) เป็นการรับรู้ และสร้างความหมายใหม่ต่อการเปลี่ยนผ่านในขณะนั้น 4) การสร้างความเชื่อมั่นและการปรับตัว (Developing confidence and coping) เป็นการเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้กับผู้รับบริการ

**3.2 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์** เป็นความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Mastery) และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Fluid integrative identities)

4. การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการต่าง ๆ ที่พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือให้บุคคล เปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคและการรักษา และการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม (Intervention) ซึ่งขั้นตอนในการบำบัดทางการพยาบาลมีดังนี้

4.1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Assessment of readiness) โดยทำการประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน บังคับส่วนบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน

4.2 การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) เป็นการให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ การ จัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่เป็นไปได้อย่างขึ้น

4.3 การให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน หรือการให้บทบาทเสริม (Role supplementation) ซึ่งสามารถทำได้โดยส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อ และสร้างเจตคติต่อความเจ็บป่วยในทางที่เหมาะสม ให้ข้อมูลที่จะช่วยในการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ดึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น ครอบครัว ระบบบริการ และสังคมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย

4.4 ประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน เช่น ความสามารถในการปรับตัว ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ถึงการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ

จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ได้นำเสนอว่า การเปลี่ยนจากภาวะปกติไปสู่การเจ็บป่วยนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถทำความเข้าใจกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยปรับเปลี่ยนการให้ความหมาย ประเมินและจัดเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านของผู้ป่วยดำเนินไปได้ด้วยดี ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามจากภาวะทุพพลภาพชั่วคราวไปสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่เหมาะสม (Meleis et al., 2000)

## การเปลี่ยนผ่านในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดนั้นเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Archer et al., 2009) แต่ต้องเปลี่ยนผ่านไปเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วย และด้วยความเจ็บป่วยทำให้ต้องเข้ารับการดูแลรักษาจากบุคคลที่ไม่รู้จักภายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนบริบทภายในหอผู้ป่วยนั้นก็เต็มไปด้วยอุปกรณ์การรักษาที่ห้อยระยงระยง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความหวาดกลัวในการที่จะต้องเห็นผู้ป่วยรายอื่นได้รับความทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บในลักษณะต่าง ๆ ดังนั้นการเผชิญกับสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนเช่นนี้จึงก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดที่ต้องยอมรับ และในเวลาต่อมาไม่นานผู้ป่วยก็ต้องเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ดำเนินไปอย่างรวดเร็วและกะทันหัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมตัวหรือเตรียมใจได้ทันทีที่จะจัดการหรือวางแผนต่อสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นเป้าหมายในชีวิต ครอบครัว การทำงาน หรือแม้แต่สภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังคงต้องเคลื่อนผ่านเข้าสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามช่วงเวลา และเมื่อมีความคงที่ของอาการทางกายก็จะต้องเปลี่ยนผ่านอีกครั้งไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านพร้อมกับภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ซึ่งหมายถึงการมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพ เป็นต้น

ในการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านไปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยระบุว่ากรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนผ่านจากเหตุการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นลำดับ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมที่ได้รับก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดำเนินชีวิตภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านด้วยความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีภาวะทุพพลภาพชั่วคราวอยู่ ดังนั้นสิ่งที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจะสามารถก้าวข้ามไปสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายหลังการจำหน่ายหรือไม่ ก็คือ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละรายจะรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน อันได้แก่ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และการบำบัดทางการพยาบาล



ภาวะทุพพลภาพชั่วคราวที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในต้องการได้รับข้อมูลและฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน อย่างไรก็ตามด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ถูกควบคุมกำกับด้วยแบบแผนการรักษาและนโยบายควบคุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG) ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและกระบวนการเตรียมความพร้อมที่บุคลากรสุขภาพจะให้ความรู้ (Ouellet et al., 2003) ตลอดจนส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวให้เข้าใจและยอมรับกับสภาพของตนเอง (มรรยาท ณ นคร และคณะ, 2542) ดังนั้นจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จึงเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนผ่านไปตามสถานการณ์ซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะปกติของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

การเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะปกติของผู้ป่วย นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านแล้ว ยังมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในต้องตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราวนั้น นับว่าเป็นสถานการณ์การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันที่ไม่สามารถเตรียมตัวเตรียมใจได้ล่วงหน้า ดังนั้นผู้ป่วยจึงอาจมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในลักษณะที่แตกต่างกันไปตามระดับของการรับรู้สติและประสบการณ์เบื้องหลังของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยอาจประเมินว่ามีผลกระทบต่อชีวิตได้ทั้งในด้านบวก ด้านลบ หรือกลาง ๆ ต่อชีวิตของตน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านบวกจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะหาข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนตนเองไปสู่สภาวะปกติ ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านลบจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพจากความไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (เบญจวรรณ ละอองผล, 2543; ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2551; แสงเดือน กันทะขู้, 2552; Botha-Scheepers et al., 2006; Chan et al., 2009) ดังนั้นการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนับได้ว่าเป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลที่อาจยับยั้งหรือสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะปกติของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในควรได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมักได้รับกระบวนการสอนในช่วงเวลาที่อาจยังมีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดอยู่ (Ouellet et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการสอนที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล

ยังคงมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน เป็นเพียงการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะปฏิบัติการพยาบาล (ขนิษฐา ชนวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ, 2551; สุธีรา สร้อยสังวร, 2550; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006) ดังนั้นจากสถานการณ์การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้รับนั้น อาจส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อกลับสู่สภาวะปกติอย่างสมบูรณ์

จากที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น ต้องเปลี่ยนผ่านจากระบวนการรักษาที่รวดเร็วประกอบกับนโยบาย DRG ทำให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงเวลาของการปรับตัวเพื่อกลับสู่สภาพปกติด้วยการแสวงหาความรู้จากบุคลากรสุขภาพ ต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ดังนั้นด้วยธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งก็คือการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงในปัจจุบัน เงื่อนไขของการเจ็บป่วยซึ่งก็คือการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย และการบำบัดทางการแพทย์ซึ่งก็คือการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในบริบทของพยาบาลที่มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน จึงอาจส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านซึ่งสามารถประเมินได้จากความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้

### ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถูกนำเสนอครั้งแรกโดย Finwick ในปีค.ศ.1979 เพื่อใช้ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่นักวิจัยทางการแพทย์ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการ (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2551; Turrel Davis, Graham, & Weiss, 2005; Weiss & Piacentine, 2006)

#### ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

Finwick (1979) ให้ความหมายว่า เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological) จิตใจ (Psychological) และสังคม (Social) ซึ่งสิ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นก็คือ ความสมดุลระหว่างความสามารถของผู้ป่วย

(Patient's ability) และข้อจำกัดของกระบวนการคิด (Shortcoming in the cognitive) อารมณ์ (Affective) และอำนาจของจิตใจ (Psychological domain)

Steele and Sterling (1992) ให้ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่าเป็นการคาดการณ์ของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะออกจากกรดูแลของบุคลากรสุขภาพในระยะวิกฤต จากการรับรู้ในด้านร่างกาย (Physiological) ด้านความคิด (Cognitive) ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวตามอำนาจของจิตใจ (Psychomotor skills) และด้านการสนับสนุนที่จะได้รับภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Social discharge)

Wong, Wong, Brooks, and Yabsley (1999) ให้ความหมายว่า เป็นการที่ผู้ป่วยพิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย (Function status) และจิตใจ (Psychological status) ตลอดจนมีความสามารถในการเผชิญปัญหา (Psychological coping) ดีขึ้น รวมทั้งการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่ดีและเพียงพอ

Weiss and Piacentine (2006) ได้ให้ความหมายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่า เป็นการตัดสินใจ (Judgement) หรือการรับรู้สภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Patient's immediate state) ต่อความสามารถ (Abilities) ในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

จากการให้ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดังกล่าว ทำให้สรุปได้ว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน หมายถึง ปรากฏการณ์การรับรู้และการคาดการณ์ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในเบื้องต้นนั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจะรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้นอยู่กับระดับการเตรียมความพร้อมที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพขณะอยู่ภายใน โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม Weiss et al. (2007) กล่าวว่าบุคลากรสุขภาพจะรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากความคงที่ของอาการทางกายต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความสมดุลของปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การขยับถ่าย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย สภาพของแผลผ่าตัด ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่ง Finwick (1979) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชาชีพก็จะมีตัวชี้วัดในการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในตัวผู้ป่วยคนเดียวกันที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่าบุคลากรสุขภาพจะมีการประเมิน

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยประเมินตนเอง (Clark et al., 2005; Reiley et al., 1996; Weiss & Piacentine, 2006) ดังนั้นในขณะที่บุคลากรสุขภาพประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยอาจยังไม่รับรู้เช่นนั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้สามารถทำนายอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างแม่นยำ โดยหากผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงก็จะสามารถทำนายได้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำจะต่ำ (Turrell et al., 2005; Weiss & Piacentine, 2006; Weiss et al., 2007)

#### **ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน**

การที่ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมหรือไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลนั้นนับได้ว่าเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน อย่างไรก็ตาม Weiss et al. (2007) กล่าวว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีการรับรู้ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ (Personal status) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (Knowledge) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping ability) และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (Expected support) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ** เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Weiss et al., 2007) นอกจากนี้ความปลอดภัยยังเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ต้องการจะได้รับทั้งในด้านร่างกาย (Physical safety) และด้านจิตใจ (Psychological safety) โดยที่ความปลอดภัยในด้านร่างกายนั้นเป็นความสามารถที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย ส่วนความปลอดภัยด้านจิตใจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายมาอย่างดี การขาดความพร้อมด้านสภาพร่างกายและจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังการจำหน่าย และอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (Heine, Koch, & Goldie, 2004)

จากการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่าย 4 สัปดาห์ในประเทศแคนาดาของ Ouellet et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20 ไม่แน่ใจว่าตนเองพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 100 ยังคงต้องเผชิญกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง โดยที่ร้อยละ 69 มีการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเกินขนาด นอกจากนี้ร้อยละ 89 มีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยที่ร้อยละ 22 รู้สึกว่าการเดินด้วยไม้ค้ำยันเป็นสิ่งที่ยุ่งยากมาก ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานอาหาร โดยมีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 34 มีปัญหาในระบบขับถ่ายโดยเฉพาะอาการท้องผูก และร้อยละ 15 เกิดภาวะแทรกซ้อนที่แผลผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ มีเลือดไหล เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจร้อยละ 13.2 และพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาทันทีถึงร้อยละ 8

Hodgin et al. (2008) ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกับ Ouellet et al. (2003) แต่ต่างช่วงเวลากัน โดยติดตามปัญหาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จำนวน 438 ราย ทางโทรศัพท์ 24-72 ชั่วโมงและต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์หลังจำหน่าย พบว่าในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 40 เผชิญปัญหาในการขับถ่าย มีอาการปวด บวม และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจ ร้อยละ 30.6 นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำร้อยละ 3.4 ซึ่งมีสาเหตุมาจากไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ มีภาวะบวม มีก้อนเลือดที่บริเวณแผลผ่าตัด และมีความต้องการที่จะนัดทำผ่าตัดแก้ไขครั้งใหม่

นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายดังกล่าวในเบื้องต้นแล้ว การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยร้อยละ 27 มีอารมณ์ไม่คงที่ จำแนกเป็นเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและอ่อนไหวง่ายร้อยละ 73.8 เบื่อหน่ายนอนไม่หลับและมีอาการอ่อนเพลียร้อยละ 9.1 โกรธง่ายร้อยละ 6.1 และรู้สึกว่าค้อยคุณค้ำร้อยละ 3 (Ouellet et al., 2003)

จากการศึกษาในเบื้องต้นสรุปได้ว่า การขาดความพร้อมด้านสภาพร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาภายหลังการจำหน่ายจนเป็นเหตุให้ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจ หรือกลับเข้ารับการรักษาซ้ำดังเช่นการศึกษาในเบื้องต้น

**2. ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง** เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเหมาะสมของข้อมูลที่ต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การขาดความพร้อมในด้านความรู้ในการดูแลตนเองอาจนำไปสู่ปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

Suhonen and Leino-Kilpi (2005) พบว่าการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะทำให้การเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกสับสนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตที่บ้าน นอกจากนี้

ต่อม จันทรศัพท์ และคณะ (2550) ยังพบอีกว่า การขาดความรู้ในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร้อยละ 35 เดินลงน้ำหนักก่อนที่แพทย์จะอนุญาต ส่งผลให้ร้อยละ 13.3 เกิดการสูญเสียการยึดตรึงกระดูกภายใน จำแนกเป็นแผ่นโลหะตามกระดูกหัก ร้อยละ 50 สกรูถอนร้อยละ 40.5 และหักซ้ำในตำแหน่งเดิมร้อยละ 4.8 ซึ่ง ขนิษฐา ชวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ (2551) พบว่า ด้วยความไม่เข้าใจว่าการเดินลงน้ำหนักก่อนที่แพทย์จะอนุญาตเป็นพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงและความเข้าใจผิดว่าภายหลังการผ่าตัดสามารถเดินลงน้ำหนักได้เลย ทำให้พบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

จากข้อมูลในเบื้องต้นสรุปได้ว่า การขาดความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมจนนำมาซึ่งปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**3. ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา** เป็นการรับรู้ในความสามารถของผู้ป่วยต่อการจัดการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขและจัดการปัญหาที่ดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนอีก

สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็ยังคงมีภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ดังนั้นผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของปัญหาที่จะต้องเผชิญภายหลังการจำหน่ายทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับในด้านร่างกายจากการศึกษาพบว่า เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความยากลำบากในการจัดการกับความเจ็บปวด ความกดดันในการมีข้อจำกัดในการทำงานของร่างกาย (Miller, Piacentine, & Weiss, 2008) ส่วนด้านจิตใจนั้น ปองจิตร ภัทรนาวิก และฝากจิต ควรผดุง (2549) พบว่าผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร้อยละ 40 มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันนี้ได้ และด้านสังคมเกิดจากการมีบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ส่งผลกระทบกับรายได้ที่ต้องลดลงในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลในเบื้องต้นสรุปได้ว่า การขาดความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ที่ตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอสำหรับการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพการบาดเจ็บ

4. ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์และด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่จะได้รับ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น มีความต้องการพื้นฐานทั้งในด้านร่างกายและจิตใจเหมือนกับผู้ป่วยอื่น อย่างไรก็ตามด้วยภาวะทุพพลภาพชั่วคราวที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม Heine et al. (2004) กล่าวว่า การสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวและเพื่อน (Support from family and friends) เป็นแหล่งสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยภายหลังจากจำหน่าย ซึ่งหากว่า ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตเพียงลำพัง ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พร้อมที่จะถูกจำหน่ายเนื่องจากไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และรู้สึกไม่มีความสุขเพราะไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์

นิรมล จิตต์จำนงค์ (2548) ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเอื้ออำนวยให้มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ตลอดจนช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hodgins et al. (2008) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ

จากข้อค้นพบในเบื้องต้นสรุปได้ว่า ด้วยข้อจำกัดทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในต้องอยู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นหากผู้ป่วยมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมจากครอบครัวและเพื่อน ๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ

จะเห็นได้ว่าเมื่อก้าวถึงความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พยาบาลจะต้องคำนึงถึงความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน แต่ในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการดังจะได้อธิบายในลำดับต่อไป

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย กระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลายปัจจัย จำแนกเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สิทธิค่ารักษาพยาบาล การใช้ชีวิตเพียงลำพังภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระดับของความต้องการการดูแล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาการซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการประสานการดูแลระหว่างวิชาชีพ (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2551; แสงเดือน กันทะขู, 2552; Heine et al., 2004; Lerret, 2009; Weiss et al., 2007) อย่างไรก็ตามในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และจากสถานการณ์การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันตลอดจนสถานการณ์การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลงของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทำให้ได้ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์คือ ปัจจัยด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ความสัมพันธ์ของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนผ่านไปตามสถานการณ์

ปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากวิวัฒนาการด้านการรักษาที่มีความก้าวหน้าไปมากทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วมากขึ้น (ชลเวช ชวศิริ และ ก้องเขต เจริญสุวรรณ, 2551, หน้า 193; ไพรัช ประสงค์จีน, 2552, หน้า 339) ประกอบกับการควบคุมคุณภาพของการรักษาด้วยนโยบาย DRG ที่ต้องการให้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค ดังนั้นผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคจึงต้องมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (สุกสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์, 2542) ซึ่งหมายถึงจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลโดยไม่นับรวมวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยปัจจุบันสามารถคำนวณค่ามาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคได้โดยใช้คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 พ.ศ. 2550 หรือทำการคำนวณในโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยลงรหัสการวินิจฉัยโรคและชนิดของการทำผ่าตัดเป็น



ข้อมูลพื้นฐานในการคำนวณ ผลจากการคำนวณด้วยโปรแกรมดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมาตรฐานคือ 13.36 วัน ส่วนผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมาตรฐานคือ 8.7 วัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) กล่าวว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่งซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพการรักษาพยาบาล การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับโรคแต่ละโรคสะท้อนถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลจึงสั้นลง ซึ่งการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงนอกจากจะบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นสิ่งที่แสดงถึงความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นผลดีต่อการบริหารจัดการเตียง ทำให้มีอัตราการหมุนเวียนเตียงที่ดีอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชษฐ์ ศิริวัฒนสกุล (2550) ศึกษาพบว่าภายหลังจากการกำหนดแนวทางการรักษาที่ชัดเจนให้กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักชนิดปิดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชจักรภัฏสุพรรณบุรี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ระยะเวลาเฉลี่ย 3.42 วัน ซึ่งส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงได้ 2.37 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pendleton et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะค้ำกระดูกจะได้รับการผ่าตัดภายในช่วงเวลาเฉลี่ย 17 ชั่วโมงภายหลังได้รับการบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงเฉลี่ยเพียง 3.9 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจจากการได้กลับไปอยู่กับครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้สถานพยาบาลสามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้เพิ่มขึ้น

Ouellet et al. (2003) กล่าวว่าจากการควบคุมค่ารักษาพยาบาลของระบบสุขภาพในประเทศแคนาดา ทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีแผลผ่าตัด ใส่เฟือก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และบางรายอาจมีโรคร่วม อีกทั้งยังคงต้องฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วยการออกกำลังกายหรือการบำบัดอื่น ๆ ซึ่ง Clark et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 50 ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากระบบการส่งต่อ และมากกว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องแต่ไม่ได้รับการส่งต่อ สอดคล้องกับประเทศไทยที่มี DRG เป็นตัวกำหนดให้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะกรณีที่เป็น และให้มีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเมื่ออาการ

คงที่หรือทุเลาลง ทั้งนี้เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปสู่สถานบริการในระดับปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) อย่างไรก็ตามการส่งต่อดังกล่าวก็ยังไม่มีการวางแผนติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ (สยามล อารีรัตน์, 2552; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2551) ดังนั้นการกลับสู่สภาพปกติของผู้ป่วยจะมีความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใดจึงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติคนหรือพฤติกรรมที่ฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (อรวรรณ เฉลิมรัตน์, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงอยู่หลายการศึกษาด้วยกัน ดังเช่น Jacob (2000) ศึกษาจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องท้องจำนวน 45 ราย พบว่าภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการที่จะกลับสู่สภาพปกติเช่นก่อนการบาดเจ็บ อย่างไรก็ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลงของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายได้

มรรยาท ณ นคร และคณะ (2542) กล่าวว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยกระดูกหัก โดยพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เป็นเรื่องยากสำหรับการปรับตัวตั้งรับกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาอย่างรวดเร็วนี้ได้ เนื่องจากภายหลังการมีกระดูกหักจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ก็ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ยังไม่ทันที่จะปรับตัวกับสถานที่ บุคคล สภาพแวดล้อม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง ไม่นานก็จะต้องออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ Ouellet et al. (2003) พบว่าการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการได้รับความรู้ และฝึกทักษะเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะได้รับการค้นหาความเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยร้อยละ 20 รู้สึกสับสนไม่แน่ใจว่าตนเองพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ นอกจากนี้ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่รายงานว่ามีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องเผชิญกับความยากลำบากระดับสูงในการดำเนินชีวิต ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจร้อยละ 13.2 และพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำร้อยละ 8

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดบุตรที่มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลแตกต่างกัน จำนวน 1,192 ราย พบว่ากลุ่มที่มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยาวนานกว่าจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงกว่ากลุ่มที่มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้น เพราะมีความเชื่อมั่นว่าภายหลังการจำหน่ายจะสามารถดูแลบุตรให้ปลอดภัยได้ (Weiss et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bernstein et al. (2002) ที่พบว่า การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่

สั้นลงของมารดาหลังคลอด ทำให้ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยรายงานว่าขาดความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีความสุข และมีความกังวลกับการดูแลบุตรให้ปลอดภัยอยู่ตลอดเวลา

จากที่กล่าวไปแล้วในเบื้องต้นสรุปได้ว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ที่ผู้ป่วยกระดูขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะต้องเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ และเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่าง ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และระบบสุขภาพ (Weiss et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมที่ดี อย่างไรก็ตามข้อค้นพบดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

#### **ความสัมพันธ์ของการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

Moss-Morris et al. (2002) กล่าวว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยคาดหวังต่ออาการ (Somatic symptom) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะรับรู้เพื่อประเมินความหมายของการเจ็บป่วยได้นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบดังนี้

1. อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (Identity) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้อธิบายการเจ็บป่วยและจำนวนอาการในมุมมองของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละอาการ และเชื่อว่าอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้
2. ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยเชื่อว่าที่ผ่านมานั้นการเจ็บป่วยเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Acute/ Chronic) หรือหมุนเวียนสลับเปลี่ยนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง (Cyclical)
3. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย (Consequences) เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับความผาสุก (Well-being) ที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ (Psychological) และสังคม (Social)
4. การควบคุมอาการด้วยตนเองและการรักษา (Personal and Treatment control) เป็นการประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือการรักษา โดยสำหรับตัวผู้ป่วยเองเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย ส่วนการรักษาเป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาที่เพียงพอที่จะทำให้หายจากความเจ็บป่วย

5. ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (Illness coherence) เป็นการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้วทำการให้ความหมายของอาการและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

6. การรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional Representation) เป็นการตอบสนองของอารมณ์/ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า

7. สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) เป็นความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้

สำหรับด้านสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นเป็นส่วนใหญ่ที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย แต่แยกคิดเป็นรายชื่อเพื่อแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ได้แก่ ความเครียด อาหาร ภาวะจิตใจ มลภาวะสิ่งแวดล้อม การกระทำของผู้ป่วย การไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต เป็นความบังเอิญ กรรมพันธุ์ เชื้อโรค และคนอื่นเป็นสาเหตุ

(Moss-Morris et al., 2002) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมีความเหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่สำหรับในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพดีที่ได้รับการบำบัดแบบเฉียบพลันและมีปัญหาสุขภาพเฉพาะที่ขาเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการศึกษาในส่วนนี้

Meleis et al. (2000) กล่าวว่า การให้ความหมายเป็นการที่บุคคลรับรู้ ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และประเมินตัดสินว่ามีผลอย่างไรกับชีวิต ซึ่งผลของการประเมินดังกล่าวอาจเป็นด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลาง ๆ กับชีวิตของตน แต่ละบุคคลจะมีการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามระดับการรู้สติ (Awareness) ซึ่งหมายถึงความรู้สึกตัวว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ในขณะนั้น และนอกจากการรู้สติแล้วการให้ความหมายของแต่ละบุคคลยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่อยู่เบื้องหลัง ซึ่งหมายถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมและทัศนคติอีกด้วย

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจ ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้ป่วยต่ออาการและความเจ็บป่วย ผ่านองค์ประกอบของการรับรู้ ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย การควบคุมอาการด้วยตนเองและการรักษา ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านอารมณ์ ซึ่งการรับรู้ผ่านองค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินและตัดสินความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลาง ๆ

ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่นับได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนของชีวิต จากภาวะทุพพลภาพชั่วคราวที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด โดยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน สถานการณ์การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งกระทบต่อสภาพจิตใจจากความกลัว

และวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยจากที่เดินได้ปกติกลายเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน อาจทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เบื้องหลังของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านบวกและตรงตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยพยายามหาข้อมูล และเตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เพราะตระหนักว่าการกระทำดังกล่าวจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตน

มรรยาท ณ นคร และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยกระดูกหักโดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่มีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกอาย ไม่อยากให้บุคคลอื่นเห็นสภาพของตนเองขณะเจ็บป่วย ตลอดจนอาจคิดถึงสภาพของตนเองภายหลังการรักษาว่าอาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพหรือเรียนหนังสือได้ตามปกติ ซึ่งฝากจิต ควรผดุง (2548) พบว่า การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านลบของผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

เบญจวรรณ ละอองผล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายนอก 2 วันขึ้นไปส่วนใหญ่ ให้ความหมายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ใช่โรคประจำตัวเพียงแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ และรับรู้ว่าจะสามารถรักษาให้หายได้เพียงแต่ต้องใช้เวลาและต่อเนื่อง ซึ่งจากการให้ความหมายด้านบวกเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพก็จะยิ่งทำให้มีแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมด้านบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Botha-Scheepers et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของร่างกายส่วนล่างจากความเสื่อมของข้อสะโพกและข้อเข่า ที่ให้ความหมายว่าการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเป็นเพียงผลกระทบเล็ก ๆ ต่อการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน จะมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านบวกซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยที่ให้ความหมายว่าข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเป็นผลกระทบที่สำคัญต่อการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และเชื่อมั่นว่าจะทำให้กลายเป็น โรคเรื้อรัง จะมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบและรายงานอาการของตนเองว่ามีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าที่คาดหมายไว้ ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่ศึกษาการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มือ พบว่าความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา เช่น จะทำให้กลายเป็น โรคเรื้อรังจากความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลให้

ผู้ป่วยมองโลกในแง่ร้าย และมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ ทำให้นอนหลับยากเพราะความวิตกกังวล และทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลงในที่สุด ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่อและคาดหวังภายหลังการรักษาด้านบวกที่รายงานว่ามีความพร้อมที่จะกลับไปทำงานเร็วขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาใดที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในโดยตรง หรือกลุ่มผู้ป่วยใกล้เคียงมีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะและรายละเอียดของการเจ็บป่วยแตกต่างจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### **ความสัมพันธ์ของการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

การสอนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทอิสระที่ทำนายของพยาบาล (เลิศมะณี ศรีสุพรรณวงศ์, 2548) และเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งการสอนภายในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำลดลงจากร้อยละ 79 เหลือร้อยละ 27.1 อย่างไรก็ตามก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะไม่สามารถจดจำข้อมูลสำคัญที่พยาบาลบอกได้เลย หากขาดทักษะการสอนที่ดีในการส่งผ่านข้อมูลให้กับผู้ป่วย (Walraven, Bennett, Jennings, Austin, & Forster, 2011)

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาล ที่พยาบาลเข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น (Meleis et al., 2000) จุดมุ่งหมายของการสอนเพื่อการจำหน่าย (Discharge teaching goals) ก็เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทราบถึงความจำเป็นของการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค การจัดการเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย และทราบว่าเมื่อใดควรจะต้องได้รับการตรวจตามนัด (Schilling McCann, 2007, pp. 39) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าพยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลตามที่ต้องการได้ เพราะด้วยบริบทภายในโรงพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัยจากอาการและการรักษา จึงไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้ข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

แต่ละรายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสำคัญมากสำหรับการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพภายหลังการจำหน่าย และการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและการจัดการกับอาการดังกล่าว การดูแลบาดแผล กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ ความเจ็บปวดและการบรรเทาด้วยยา การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การตอบสนองด้านจิตใจ การมาตรวจตามนัด ความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006)

การประเมินผลของการเตรียมความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาลสามารถทำได้ในหลาย ๆ ลักษณะ อย่างไรก็ตาม Weiss et al. (2007) กล่าวว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการสอนทั้งหมดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการสอนและด้านทักษะการสอน ซึ่งด้านเนื้อหาการสอนจะประกอบไปด้วยข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา รวมทั้งการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ส่วนด้านทักษะการสอนจะเป็นลักษณะหรือบุคลิกภาพของผู้สอนในการรับฟังและตอบคำถามผู้ป่วย วิธีการสอน การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ความสอดคล้องและตรงกันของข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ช่วงเวลาและระยะเวลาในการสอน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสอนที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังเช่น สุธีรา สร้อยสังวรณ์ (2550) ที่พบว่ากระบวนการสอนที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการ หรือไม่มีแนวทางการชัดเจน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยคัดสรรมาต่อคุณภาพในการให้คำแนะนำของพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพการให้คำแนะนำต่ำมาก ในด้านข้อมูลการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองที่บ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วิธีที่จะจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ส่งผลให้มีอาการดีขึ้น

นอกจากนี้ ทศนีย์ ธนะศาล (2544) พบว่าก่อนผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลแผลผ่าตัด การใช้ไม้ค้ำยัน และการควบคุมน้ำหนัก พร้อมทั้งมีเอกสารหรือแผ่นพับแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดกระดูกขาให้ผู้พื่อนำกลับบ้านไปด้วยเพื่อทบทวนความรู้กรณีที่มีข้อสงสัย จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 75 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีพฤติกรรมกาฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม เลิศมะณี ศรีสุพรรณวงษ์

(2548) กล่าวว่าการให้คำแนะนำตามปกติไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ แต่หากมีการจัดข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นแบบแผน และส่งต่อไปยังผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอนก็จะเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ ซึ่งเนื้อหาควรจะครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ข้อดีของการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ชนิดของวัสดุตามกระดูกภายในที่ผู้ป่วยได้รับและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการป้องกัน การออกกำลังกายหลังผ่าตัดในแต่ละวัน การดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การเดินด้วยไม้ค้ำยัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน เป็นต้น การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจ ระยะเวลาที่ควรมาเอาวัสดุที่ตามไว้ออก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมของญาติ ตามลำดับ

การศึกษาภาวะกระดูกหักที่บ้านในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในของ ขนิษฐา ชวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ (2551) พบว่าการสอนที่ไม่มีคุณภาพขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ภายในโรงพยาบาล กล่าวคือ ไม่มีแบบแผนและไม่ครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย ทำให้เกิดการกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำของผู้ป่วยกระดูกขาหักจากภาวะกระดูกไม่ติด กระดูกติดเชื้อหรือติดเชื้อรูป และแผ่นโลหะหัก ดังนั้นการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุม ประกอบกับบุคลากรทางสุขภาพมีทักษะการสอนที่ดี สามารถอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องที่สอน ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน ตรงตามความต้องการ และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนใช้ทักษะที่ดีในการสอนเพื่อถ่ายทอดข้อมูลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในระดับสูง โดยไม่เกิดการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (แสงเดือน กันทะชู, 2552; Weiss et al., 2007) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม และผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอด และกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน



ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นเพราะเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ประกอบกับการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยในปัจจุบันอันเป็นผลจากวิวัฒนาการด้านการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้นและการควบคุมค่ารักษาพยาบาลในระบบสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการเตรียมดังกล่าวไม่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน และไม่ครอบคลุมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้องค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ เพื่อนำมาพิจารณากำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) ศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 จังหวัดในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีนโยบาย DRG เป็นมาตรฐานในการกำหนดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล มีแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ทำการผ่าตัดรักษายึดตรึงกระดูกภายในให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิด ตลอดจนมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ที่สำนักงานพยาบาลกำหนด (สำนักงานพยาบาลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่ผ่านเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด และได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นแบบสองหาง (Two-tailed Test) และเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550, หน้า 75, 80, 209) ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 84 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถูกขุดการเข้าร่วมการวิจัย (Drop out) จากการจำหน่ายล่าช้า (Delay discharge) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 100 ราย

### การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษาแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มจังหวัดที่อยู่ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบไปด้วย 8 จังหวัดในเขตตรวจราชการที่ 4 และ 5 โดยในเขตตรวจราชการที่ 4 มีจำนวน 4 จังหวัด (กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี และสุพรรณบุรี) เขตตรวจราชการที่ 5 มีจำนวน 4 จังหวัด (ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร) ด้วยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) มาร้อยละ 50 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550, หน้า 193) ได้จังหวัดในเขตตรวจราชการที่ 4 มา 2 จังหวัด คือ จังหวัดนครปฐม และราชบุรี จังหวัดในเขตตรวจราชการที่ 5 มา 2 จังหวัด คือ เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 มาร้อยละ 50 เพื่อเป็นตัวแทนในแต่ละจังหวัด ซึ่งผลจากการสุ่มทำให้ได้โรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาดังนี้ จังหวัดนครปฐมได้โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดราชบุรีได้โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดเพชรบุรีได้โรงพยาบาลพระจอมเกล้า และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้โรงพยาบาลหัวหิน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ (Proportion to size sampling) เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในปีพ.ศ. 2553 ในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย พ.ศ.2553 (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลนครปฐม	233	38
โรงพยาบาลราชบุรี	135	22
โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี	31	5
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	81	13
โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	136	22
<b>รวม</b>	<b>616</b>	<b>100</b>

ขั้นตอนที่ 4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2555 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2556 ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีกระดูกขาหักที่เกิดจากอุบัติเหตุไม่ใช่จากพยาธิสภาพของโรค
4. เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกงูยาวของขาหักชนิดปิดในช่วงกลางของกระดูกต้นขา (Shaft of femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (Shaft of tibia) หรือกระดูกน่อง (Shaft of fibula) หรือทั้งกระดูกหน้าแข้งและกระดูกน่อง (Shaft of both bone) ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งลักษณะของการหักอาจมากกว่า 1 ตำแหน่งในกระดูกชิ้นเดียวกัน (Segmental fracture) และได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

5. ไม่มีการบาดเจ็บร่วมของระบบประสาทและสมอง กระดูกสันหลัง ระบบหัวใจและหลอดเลือด และอวัยวะในช่องท้องหรือทรวงอก

6. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บและการรักษา เช่น ไม่มีภาวะความดันภายในช่องกล้ามเนื้อสูง ภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ การบาดเจ็บของหลอดเลือดและหรือเส้นประสาทของขาข้างที่มีพยาธิสภาพ เป็นต้น

7. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มี ความรุนแรงของโรคร่วมจนต้องได้รับการรักษาต่อในแผนกอื่น

8. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้

9. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ในการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลในวันที่แพทย์มีแผนการรักษาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีแผนการจำหน่าย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างรายนั้นออกจากการศึกษา เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อตัวแปรจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อน

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** เป็นคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความคาดหวังเกี่ยวกับบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาครั้งนี้

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย** เป็นการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนด้วยการเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว สาเหตุของการเกิดกระดูกขาหัก การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ วันที่ได้รับการผ่าตัด วันที่แพทย์ระบุการจำหน่ายผู้ป่วย วันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจริง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และวันที่แพทย์นัดตรวจภายหลังการจำหน่าย

**2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากต้นฉบับเดิมของ Weinman et al. ปีค.ศ. 1996 โดย Moss-Morris et al. (2002) เพื่อใช้สำหรับประเมินการรับรู้และการให้ความหมายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นทั้งในการรับรู้ด้านการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านอารมณ์ ซึ่งแบบสอบถามต้นฉบับประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สาเหตุของการเจ็บป่วย อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามในส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น Moss-Morris et al. (2002) ไม่ได้นำมารวมเพื่อวิเคราะห์การรับรู้ความเจ็บป่วย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงตัดส่วนของสาเหตุของการเจ็บป่วยออก ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ทำการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับและได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.87 ประกอบด้วยข้อคำถาม 51 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** เป็นแบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (Identity) ซึ่งแบบสอบถามเดิมมี 14 อาการทั่วไปที่พบได้ในการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ได้แก่ ปวด/ เจ็บ เจ็บคอ คลื่นไส้ หายใจไม่ออก น้ำหนักลด เหนื่อย/ อ่อนเพลีย ข้อติดแข็ง เคืองตา หายใจมีเสียงวี๊ด ปวดหัว ปวดท้อง/ แน่นท้อง นอนหลับยาก เวียนศีรษะ และไม่มีแรง/ หดแรง แต่สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในอีก 2 อาการ ได้แก่ ซาซา และปวดหลัง รวมทั้งหมดเป็น 16 อาการ ผู้ป่วยจะต้องตอบคำถามว่ามีประสบการณ์ในแต่ละอาการหรือไม่ โดยลักษณะคำตอบเป็นการให้ผู้ป่วยเลือกว่าใช่

หรือไม่ใช่ ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยรายงานในส่วนแรกจะไม่ได้นำมาคิดคะแนน แต่ในส่วนของอาการที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้จะถูกนำมาคิดคะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่ใช่ = 0 และใช่ = 1 คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-18 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างมากว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือจำนวนอาการที่เพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงคุณลักษณะด้านลบของการเจ็บป่วยครั้งนี้

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยตามองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งในส่วนนี้ต้นฉบับเดิมมี 38 ข้อ แต่หลังจากที่ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างผลกระทบต่อชีวิตจากความเจ็บป่วย (Affect my illness) และผลที่ตามมาหลังเกิดจากความเจ็บป่วย (Affect on outcome of my illness) จึงตัดข้อผลที่ตามมาหลังเกิดจากความเจ็บป่วยออกไป เหลือข้อคำถามในส่วนนี้ 37 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 12 ข้อ (ข้อ 1, 4, 8, 12-14, 18, 20-22, 28 และ 36) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวก 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ ที่มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายด้าน เพื่อให้มีความชัดเจนในการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง (Timeline acute/ chronic) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-5 และ 18) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะคงอยู่กับตนเองอย่างถาวรมากกว่าชั่วคราว

การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย (Timeline cyclical) จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 29-32) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 ผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้จะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง

การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย (Consequences) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 6-11) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก

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

ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (Illness coherence) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 24-28) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึงไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional representation) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 33-37) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึงผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ

ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) แปลผลว่าค่าคะแนน โดยรวมที่สูงหมายถึงผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเอง

Moss-Morris et al. (2002) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนของเครื่องมือโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด (Asthma) เบาหวาน (Diabetes) ข้ออักเสบ (Rheumatoid Arthritis) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน (Acute Pain) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) ปวดกประสาทอักเสบ (Multiple Sclerosis) และเอดส์ (HIV) จำนวน 711 ราย พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.75 ในส่วนของแบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย/ 0.89 ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วย/ 0.79 ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย/ 0.84 ในส่วนของการรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย/ 0.81 ในส่วนของการควบคุมอาการด้วยตนเอง/ 0.80 ในส่วนของการควบคุมอาการด้วยการรักษา/ 0.87 ในส่วนของความเข้าใจเกี่ยวกับเจ็บป่วย และ 0.88 ในส่วนของการรับรู้ด้านอารมณ์

Chan et al. (2009) นำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บที่มือจำนวน 57 ราย พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.76 ในส่วนของการสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย/ 0.86 ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วย/ 0.80 ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย/ 0.81 ในส่วนของการรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย/ 0.68 ในส่วนของการควบคุมอาการด้วยตนเอง/ 0.73 ในส่วนของการควบคุมอาการด้วยการรักษา/ 0.69 ในส่วนของความเข้าใจเกี่ยวกับเจ็บป่วย และ 0.84 ในส่วนของการรับรู้ด้านอารมณ์

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 180 ราย พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.71 ในส่วนของการสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย/ 0.80 ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วย/ 0.66 ใน

ส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย/ 0.78 ในส่วนของการรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จากความเจ็บป่วย/ 0.76 ในส่วนของการควบคุมอาการด้วยตนเอง/ 0.79 ในส่วนของการควบคุมอาการด้วยการรักษา/ 0.85 ในส่วนของความเข้าใจเกี่ยวกับเจ็บป่วย และ 0.86 ในส่วนของการรับรู้ด้านอารมณ์

**3. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนา โดย Weiss and Piacentine (2006) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย แสงเดือน กันทะชู (2552) และได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

**3.1 ด้านเนื้อหาการสอน** จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1-6 แต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถาม เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ กับข้อมูลที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา โดยในส่วนของข้อมูลที่ต้องการนั้น ไม่ได้นำมาคิดคะแนนเพื่อวิเคราะห์คุณภาพการสอน แต่นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจริง

**3.2 ด้านทักษะการสอน** จำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 7-18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็น อย่างมาก คะแนนรวมได้จากคะแนนของเนื้อหาการสอนที่ได้รับ และทักษะการสอน ซึ่งอยู่ในช่วง 0-180 คะแนน ซึ่งแสงเดือน กันทะชู (2552) แปลผลคะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนจากการหา อันตรภาคชั้นดังนี้

0-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลต่ำ

61-120 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

121-180 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดี

Weiss and Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 113 ราย ก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.89 ต่อมา Weiss et al. (2007) ได้นำไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรม จำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค



0.92 และแสงเดือน กัณฑ์ (2552) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.85

**4. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล** เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดบุตร โดย Weiss and Piacentine (2006) ต่อมา ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ทำการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ และได้ นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.0 ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 6) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวก โดยที่ข้อ 1 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า พร้อม หรือไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน ส่วนคำถามข้อ 2-23 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

**4.1 ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ** จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2-8 เป็นการประเมินความแข็งแรงของสภาพร่างกายและจิตใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

**4.2 ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง** จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 9-16 เป็นการประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

**4.3 ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา** จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 17-19 เป็นการประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามการรับรู้ก่อนออกจากโรงพยาบาล

**4.4 ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ** จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 20-23 เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-220 ซึ่งแสงเดือน กัณฑ์ (2552) แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้นดังนี้

0-73 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

74-147 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

148-220 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูง

Weiss & Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 113 ราย ก่อนจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.90 จากนั้น Weiss et al. (2007) ได้นำไปทดสอบกับผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรม จำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.93 สำหรับในประเทศไทย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 180 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.85 และแสงเดือน กันทะขู้ (2552) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.79

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

#### การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอน ก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในซึ่งมีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
  - ส่วนที่ 1 อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .64
  - ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเท่ากับ .69
2. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ .92
3. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ .90

เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
  - ส่วนที่ 1 อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .71
  - ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเท่ากับ .70
2. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ .93
3. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ .93

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. หลังจากผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารการพิทักษ์สิทธิเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัส นำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ฯ แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

1.3 ภายหลังจากการได้รับอนุญาตให้สามารถทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยทำการคัดเลือก และประสานผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน โดยมีคุณสมบัติคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี

1.5 ผู้วิจัยฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ก่อนเก็บข้อมูลจริง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถโทรศัพท์แจ้งต่อผู้วิจัยให้มาดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้อง

1.6 ผู้วิจัยติดตามสำรวจกลุ่มตัวอย่างจากผู้ช่วยวิจัยอย่างสม่ำเสมอทุก 1 สัปดาห์ ด้วยการโทรศัพท์สอบถามผู้ช่วยวิจัยที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลต่าง ๆ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

## 2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจจำนวนกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ผ่านผู้ช่วยวิจัยซึ่งทำหน้าที่ประสานงานประจำหอผู้ป่วย ว่ามีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับแผนการรักษา อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้หรือไม่ จากนั้นจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ตลอดจนขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือ จึงให้ลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้เก็บสำเนาไว้ จากนั้นจึงตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์จากเวชระเบียนอีกครั้ง

2.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายคำชี้แจง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของตนเองในสถานที่ที่เงียบสงบ และในขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า หากมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถซักถามรายละเอียดได้ โดยผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียง จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนรวบรวมใส่ซองปิดผนึกเก็บไว้ตามรหัสที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลด้วยพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ด้วยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 จังหวัดในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ในช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 222 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด 135 ราย แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นการเก็บข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเองในหลาย ๆ โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก่อนที่ผู้วิจัยจะไปถึง 34 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ขอลอนตัวออกจากการศึกษาเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย 1 ราย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไปใช้เวลาในการทำแบบสอบถามสูงสุด 45 นาทีและต่ำสุด 20 นาที แต่สำหรับผู้ป่วยที่ขอลอนตัวออกจากการศึกษานั้นก่อนทำแบบสอบถามไม่มีอาการอ่อนเพลียหรืออาการผิดปกติใด ๆ อย่างไรก็ตามหลังจากทำแบบสอบถามไปได้ 10 นาที ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเป็นเวลา 30 นาทีจากนั้นทำการประเมินอาการอ่อนเพลียซ้ำพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนเพลียอยู่ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจให้ผู้ป่วยยุติการเข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามจริยธรรมการวิจัย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 100 ราย ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ความคาดหวังเกี่ยวกับบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล (เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียมที่นอน เป็นต้น) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ นำมาวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	61	61.0
หญิง	39	39.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-35 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	60	60.0
36-60 (วัยกลางคน)	35	35.0
61 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	5	5.0
$M = 35.13, SD = 14.27, Min = 20, Max = 72$		
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	98	98.0
คริสต์	1	1.0
อิสลาม	1	1.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	48	48.0
โสด	45	45.0
หม้าย	7	7.0
<b>บทบาทในครอบครัว</b>		
หัวหน้าครอบครัว	36	36.0
สมาชิกครอบครัว	64	64.0
<b>ความคาดหวังเกี่ยวกับบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล</b>		
ไม่มี	12	12.0
มี	88	88.0
สามี ภรรยา	33	33.0
บิดา มารดา	28	28.0
ญาติพี่น้อง	13	13.0
บุตร	11	11.0
เพื่อน	3	3.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	48	48.0
มัธยมศึกษา	43	43.0
ปริญญาตรี	9	9.0
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	65	65.0
นักศึกษา	10	10.0
ค้าขาย	6	6.0
เกษตรกรกรรม	6	6.0
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	3	3.0
ไม่ได้ทำงาน	8	8.0



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>		
ต่ำกว่าและเท่ากับ 5,000	12	12.0
5,001-10,000	63	63.0
10,001-30,000 )	19	19.0
30,001 ขึ้นไป	6	6.0
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	18	18.0
เพียงพอ ไม่มีเงินออม	62	62.0
เพียงพอ มีเงินออม	20	20.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-35 ปี) (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 35.13 ปี ( $SD = 14.27$ ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของครอบครัว (ร้อยละ 64) มีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 88) โดยบุคคลที่จะคาดว่าจะให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่คือคู่สมรส (ร้อยละ 33) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 65) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 63) และรายได้ที่มีเพียงพอแต่ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 62)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จำแนกตามสิทธิการรักษา ( $N = 149$ )

สิทธิการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	64	42.95
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47	31.54
ชำระเงินเอง	18	12.09
ประกันสังคม	13	8.72
สิทธิข้าราชการ	7	4.70

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ร้อยละ 42.95) รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 31.54)

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดกระดูกหัก การวินิจฉัยโรค ชนิดของโลหะที่ยึดตรึงกระดูกภายใน และประวัติโรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ พิสัยฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>สาเหตุของการเกิดกระดูกขาหัก</b>		
อุบัติเหตุจราจร	78	78.0
อุบัติเหตุตกจากที่สูง	9	9.0
อุบัติเหตุจากการทำงาน	7	7.0
ถูกทำร้ายร่างกาย	3	3.0
พลัดตก หกล้ม	3	3.0
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
กระดูกขาท่อนล่างหักชนิดปิด	53	53.0
กระดูกขาท่อนบนหักชนิดปิด	47	47.0
<b>ชนิดของโลหะที่ยึดตรึงกระดูกภายใน</b>		
แผ่นโลหะคานกระดูก	85	85.0
แกนโลหะคานกระดูก	15	15.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	79	79.0
ไม่ทราบ	5	5.0
มี	16	16.0
ความดันโลหิตสูง	6	6.0
หอบหืด	4	4.0
ไขมันในเลือดสูง	2	2.0
ความดันโลหิตสูงกับไขมันในเลือดสูง	1	1.0
ความดันโลหิตสูงกับหัวใจ	1	1.0
ความดันโลหิตสูงกับเบาหวาน	1	1.0
หัวใจ	1	1.0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหักชนิดปิด จากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 78) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดปิด (ร้อยละ 53) ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก (ร้อยละ 85) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79) โดยมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 16 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 6)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ( $N = 100$ )

การวินิจฉัยโรค	Min	Max	M	SD
กระดูกขาที่อ่อนบนหักชนิดปิด	4	22	11.15	4.81
กระดูกขาที่อ่อนล่างหักชนิดปิด	2	18	8.53	4.18
รวม	2	22	9.76	4.65

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 9.76 ( $SD = 4.65$ ) และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาที่อ่อนบนหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.15 ( $SD = 4.81$ ) โดยจำนวนวันที่น้อยที่สุดคือ 4 วัน และนานที่สุดคือ 22 วัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาที่อ่อนล่างหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.53 ( $SD = 4.18$ ) โดยจำนวนวันที่น้อยที่สุดคือ 2 วัน และนานที่สุดคือ 18 วัน

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย

ตารางที่ 6 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	M	SD
อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย	0-16	1-13	4.46	2.71

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้เฉลี่ย 4.46 อาการ ( $SD = 2.71$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอาการปวดมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 95 (ภาคผนวก ง)

2.2 การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย จำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย วงจรของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย การควบคุมอาการด้วยตนเอง การควบคุมอาการด้วยการรักษา ความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย และการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean %</i>
ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	6-30	10-22	16.38	2.45	54.60
วงจรของการเจ็บป่วย	4-20	7-19	13.05	2.69	65.25
ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย	6-30	11-29	19.84	4.04	66.13
การควบคุมอาการด้วยตนเอง	6-30	9-25	15.68	2.28	52.27
การควบคุมอาการด้วยการรักษา	5-25	12-24	17.89	2.42	71.56
ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย	5-25	10-20	14.54	2.22	58.16
การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย	5-25	8-21	15.14	3.28	60.56
<b>คะแนนรวม</b>	<b>37-185</b>	<b>90-135</b>	<b>112.52</b>	<b>9.54</b>	<b>60.81</b>

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 112.52$ ,  $SD = 9.54$ ) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 1) ด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องใช้เวลาในการกลับคืนสู่สภาพปกติโดยสมบูรณ์ ( $M = 16.38$ ,  $SD = 2.45$ ) 2) ด้านวงจรของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นจะหมุนเวียนสลับเปลี่ยนกันไปไม่มีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ( $M = 13.05$ ,  $SD = 2.69$ ) 3) ด้านผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคม ( $M = 19.84$ ,  $SD = 4.04$ ) 4) ด้านการควบคุมอาการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับไม่สามารถทำให้อาการและการเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้ และตนเองไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่เป็นผลดีต่อการเจ็บป่วยได้ ( $M = 17.89$ ,  $SD = 2.42$ ;  $M = 15.68$ ,  $SD = 2.28$  ตามลำดับ) 5) ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ( $M = 14.54, SD = 2.22$ ) 6) การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ ( $M = 15.14, SD = 3.28$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษามากที่สุด ( $Mean\% = 71.56$ ) รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วย ( $Mean\% = 66.13$ ) ส่วนด้านการควบคุมอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยที่สุด ( $Mean\% = 52.27$ )

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ด้านเนื้อหาการสอน และด้านทักษะการสอน ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

การสอนก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean%</i>
ด้านเนื้อหาการสอน					
ข้อมูลที่ต้องการ	0-60	7-60	45.07	9.28	75.12
ข้อมูลที่ได้รับ	0-60	2-60	41.30	10.07	68.83
ด้านทักษะการสอน					
	0-120	46-116	85.07	16.82	70.89
<b>คะแนนรวม</b>	<b>0-180</b>	<b>64-174</b>	<b>126.37</b>	<b>25.19</b>	<b>72.21</b>

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ( $M = 126.37, SD = 25.187$ ) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่ต้องการกับข้อมูลที่ได้รับพบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่ต้องการสูงกว่าข้อมูลที่ได้รับ ( $M = 45.07, SD = 9.28; M = 41.30, SD = 10.07$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านทักษะการสอนสูงกว่า ( $Mean\% = 70.89$ ) ด้านเนื้อหาการสอน ( $Mean\% = 68.83$ )

### ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	พิสัย ที่เป็น ไปได้	พิสัย ที่เป็น จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean%</i>
ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ	0-70	18-70	46.16	10.78	65.94
ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง	0-80	9-80	56.29	13.83	70.36
ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา	0-30	3-30	19.90	6.02	66.33
ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ	0-40	7-40	28.63	6.89	71.58
คะแนนรวม	0-220	67-220	150.98	29.67	68.63

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 150.98$ ,  $SD = 29.67$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด ( $Mean\% = 71.58$ ) รองลงมาคือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $Mean\% = 70.36$ ) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 66.33$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 65.94$ ) ตามลำดับ

### ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรแต่ละตัวด้วยกราฟ Normal Q-Q และ Scatterplot พบว่าทุกตัวแปรมีการกระจายตามปกติ จากนั้นทำการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test พบว่าตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (ภาคผนวก ค)

จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ( $N = 100$ )

ตัวแปร	ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	.27**
การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	-.27**
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.70**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 10 พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .27, p < .01$ ) นั่นคือถ้าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.27, p < .01$ ) นั่นคือถ้าคะแนนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสูงความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะต่ำ

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .70, p < .01$ ) นั่นคือถ้าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพดีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูงไปด้วยเช่นกัน



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจำนวน 100 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาล บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 จังหวัดในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

1.1 จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-35 ปี) (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 35.13 ปี ( $SD = 14.27$ ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของครอบครัว (ร้อยละ 64) มีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 88) โดยบุคคลที่จะคาดว่าจะให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่คือคู่สมรส (ร้อยละ 33) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 65) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 63) และรายได้ที่มีเพียงพอแต่ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 62) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ร้อยละ 42.95) รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 31.54)

1.2 จากการศึกษาข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหักชนิดปิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 78) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดปิด (ร้อยละ 53) ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก (ร้อยละ 85) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79) โดยมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 16 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 6)

2. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 9.76 ( $SD = 4.65$ ) และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาท่อนบนหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.15 ( $SD = 4.81$ ) โดยจำนวนวันนอนที่น้อยที่สุดคือ 4 วัน และนานที่สุดคือ 22 วัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.53 ( $SD = 4.18$ ) โดยจำนวนวันนอนที่น้อยที่สุดคือ 2 วัน และนานที่สุดคือ 18 วัน

### 3. การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

3.1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้เฉลี่ยเพียง 4.46 ( $SD = 2.71$ ) อาการจากทั้งหมด 16 อาการ โดยอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้มากที่สุดคืออาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 95

3.2 กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นด้านลบ ( $M = 112.52$ ,  $SD = 9.54$ ) โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องใช้เวลาในการกลับคืนสู่สภาพปกติ รับรู้ว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ผลจากความเจ็บป่วยจะกระทบต่อชีวิตอย่างมาก ซึ่งตนเองไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่จะเป็ผลดีต่อการเจ็บป่วยได้เลย อีกทั้งการรักษาที่ได้รับก็ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ

4. การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนข้อมูลที่ต้องการสูงกว่า ( $M = 45.07$ ,  $SD = 9.28$ ) ข้อมูลที่ได้รับ ( $M = 41.30$ ,  $SD = 10.07$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านทักษะการสอนสูงกว่า ( $Mean\% = 70.89$ ) ด้านเนื้อหาการสอน ( $Mean\% = 68.83$ )

5. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 152.53 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

(Mean% = 71.58) รองลงมาคือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (Mean% = 70.36) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา (Mean% = 66.33) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ (Mean% = 65.94) ตามลำดับ

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .27, p < .01$ ;  $r = .70, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.27, p < .01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

## อภิปรายผล

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 35.13 ปี ( $SD = 14.27$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ธนะศาล (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.4) และอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 63.9) ทำนองเดียวกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81) และช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 66) ซึ่ง Ferguson et al. (2008) กล่าวว่า ด้วยความคล่องแคล่วว่องไวของช่วงวัยผู้ใหญ่ (Active Individuals) ที่ต้องเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ทั้งเดินทางเพื่อไปศึกษาเล่าเรียน ทำงานหาเลี้ยงชีพ และปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ เบญจวรรณ ละอองผล (2543) ยังพบอีกว่าเพศชายมักขับจักรยานพาหนะด้วยความเร็วสูงหรือขับจักรยานมา จึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุและมีกระดูกขาหักได้สูงกว่าเพศหญิง

### สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 65) เป็นสมาชิกที่ต้องหารายได้ให้ครอบครัว (ร้อยละ 64) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 63) และรายได้ที่มีเพียงพอแต่ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 62) สอดคล้องกับ เบญจวรรณ ละอองผล (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดเปิดที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกมากกว่าร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาเนื่องจากครอบครัวมีรายได้น้อย ดังนั้นอาชีพที่สามารถทำได้ก็คือ อาชีพรับจ้างหรือกรรมกรที่มีรายได้เป็นรายวัน

### **บุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว (ร้อยละ 64) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 45) ดังนั้นจึงมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 88) โดยบุคคลที่จะคาดว่าจะให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่คือคู่สมรส (ร้อยละ 33) รองลงมาคือบิดามารดา (ร้อยละ 28) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรมล จิตต์จ้านง (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก เนื่องจากโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

### **ภาวะสุขภาพ**

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 60) จึงไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79) มีเพียงส่วนน้อยที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 16) สอดคล้องกับการศึกษาของ Archer et al. (2009) ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 395 ราย มีอายุไม่เกิน 65 ปี ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่ในระดับดีเยี่ยม (Excellent) ร้อยละ 57.2 ระดับดี (Good) ร้อยละ 32.9 และมีเพียง ร้อยละ 9.9 เท่านั้นที่มีโรคประจำตัว (Fair to Poor)

### **สาเหตุและอุบัติการณ์การเกิดกระดูกขาหัก**

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหักชนิดปิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 78) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกระดูกขาที่อ่อนล้าหักชนิดปิด (ร้อยละ 53) รองลงมาคือกระดูกขาที่อ่อนบนหักชนิดปิด (ร้อยละ 47) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล จันทะเพชร (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรแล้วเข้ารับการรักษา ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 80.04) ซึ่งกระดูกหักเป็นการบาดเจ็บที่พบมากเป็นอันดับสอง โดยที่ร้อยละ 31.21 เป็นการหักของกระดูกขา เนื่องจากเป็นอวัยวะที่ยื่นออกมาจากรถ

### **การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะตามกระดูก**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก (ร้อยละ 85) รองลงมาคือแกนโลหะตามกระดูก (ร้อยละ 15) ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูก แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องมีประสบการณ์สูงและต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่ราคาแพง ซึ่งทีมการผ่าตัดในบางโรงพยาบาลอาจยังไม่มีความพร้อม นอกจากนี้การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูกมีต้นทุนการรักษาที่สูงกว่า จึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายและ

เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีองค์การที่สามเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ มานะ ฮันตระกูล (2545) ที่พบว่า การผ่าตัดใส่แผ่นโลหะตามกระดูกเป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว และได้ผลการรักษาไม่แตกต่างจากการผ่าตัดใส่แกนโลหะตามกระดูก และที่สำคัญยังเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก

#### จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 9.76 ( $SD = 4.65$ ) และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาท่อนบนหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.15 ( $SD = 4.81$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.53 ( $SD = 4.18$ ) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาท่อนบนหักชนิดปิด ( $N = 53$ ) มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมาตรฐาน DRG ซึ่งเท่ากับ 13.36 วัน และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดปิดจะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยใกล้เคียงกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมาตรฐาน DRG ซึ่งเท่ากับ 8.7 วัน แต่อย่างไรก็ตามร้อยละ 51.06 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ( $N = 47$ ) เป็นผู้ป่วยที่มีการหักของทั้งกระดูกหน้าแข้งและกระดูกน่องซึ่งต้องใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลมากขึ้น

การที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่น้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมาตรฐาน DRG นั้น เป็นผลจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการรักษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่นิยมผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังการบาดเจ็บโดยเร็ว (Early fixation) กันมากขึ้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552; Miclau et al, 2007; Solagberu & Abdur-rahman, 2000) และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงพบว่าร้อยละ 79 ของผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวมีเพียงการบาดเจ็บที่ขาเท่านั้น ดังนั้นเมื่ออาการคงที่แพทย์ผู้รักษาจึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากอาการทางกายเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss and Piacentine (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยมักถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษาที่พิจารณาจากความคงที่ของอาการทางกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความเจ็บปวด การขยับถ่าย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย สภาพของแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ตลอดจนความสมดุลของปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่าด้วยนโยบาย DRG ที่ประเมินความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และด้วยบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความจำเป็นต้องลดอัตราการครองเตียงของผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pendleton et al. (2007) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูก

ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว เป็นเพราะด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยหนาแน่น การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการทุเลาจะเป็นการระบายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation center) ซึ่งนอกจากจะทำให้มีจำนวนเตียงสำหรับรับผู้ป่วยใหม่แล้วยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามนโยบายในระบบสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลจะถูกกำหนดโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา นโยบายของระบบสุขภาพและสถานการณ์ของสถานบริการสุขภาพมากกว่าการประเมินความพร้อมตามการรับรู้ของผู้ป่วย

### การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ผลการวิจัยพบว่า แม้โดยรวมผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้เฉลี่ยเพียง 4.46 อาการจากทั้งหมด 16 อาการ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็มีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นด้านลบ ( $M = 112.52$ ,  $SD = 9.54$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มือจำนวน 57 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไอร์แลนด์รับรู้ว่ามีอาการบาดเจ็บที่มือจะเป็นเพียงการบาดเจ็บเล็ก ๆ (Minor injury) ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.35 จากทั้งหมด 14 อาการ แต่กลุ่มตัวอย่างก็มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อด้านลบอย่างมากต่อภาวะสุขภาพทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวมีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมปรับตัวเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องใช้เวลาในการกลับคืนสู่สภาพปกติ รับรู้ว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง อีกทั้งการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเองและการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้หายจากความเจ็บป่วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคมที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งร้อยละ 64 เป็นสมาชิกที่ต้องหารายได้ให้กับครอบครัว นอกจากนี้ร้อยละ 65 มีอาชีพรับจ้างที่มีการจ้างงานเป็นรายวัน ประกอบกับร้อยละ 79 เป็นผู้ที่สุขภาพดีมาก่อน ดังนั้นการที่ไม่สามารถเข้ามาในการรับน้ำหนัก ทรงตัว และเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อความเจ็บป่วยด้านผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วยมากที่สุด ( $Mean\% = 66.13$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิต คารมคง (2548) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ทำนองเดียวกับ Chan et al. (2009) ที่พบว่าความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับ

ผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่มือมองโลกในแง่ร้าย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ ( $M = 15.14$ ,  $SD = 3.28$ ) เนื่องจากร้อยละ 95 มีอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 60 นอนไม่หลับ ร้อยละ 47 มีอาการเหนื่อยล้า และร้อยละ 35 รู้สึกว่าไม่มีแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บที่มือทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 31.6 นอนไม่หลับ ร้อยละ 29.8 มีอาการไม่มีแรง และร้อยละ 19.3 มีอาการเหนื่อยล้า ทั้งนี้เป็นผลจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ทำนองเดียวกับ มรรยาท ณ นคร และคณะ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 63.2 มีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ โดยแสดงอารมณ์โกรธ หงุดหงิด ไม่สบายใจ ซึ่งนอกจากจะเกิดจากความยากลำบากในการเดิน นั่ง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังเกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกด้วย ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงยืนยันว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวจนส่งผลให้มีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า เป็นต้น

#### การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการสอนทั้งหมดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในระหว่างที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ( $M = 126.37$ ,  $SD = 25.19$ ) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการสอนที่ได้รับมีคุณภาพดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์การมีกระดูกหักมาก่อน จึงทำให้รับรู้ว่าคุณภาพที่ได้รับนั้นมากพอที่จะกลับไปดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามแม้ค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่ได้รับและข้อมูลที่ต้องการจะใกล้เคียงกัน ( $M = 41.30$ ,  $SD = 10.07$  และ  $M = 45.07$ ,  $SD = 9.28$  ตามลำดับ) แต่ข้อมูลที่ได้รับก็ยังน้อยกว่าข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobs (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรม 45 ราย ในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศแคนาดารายงานว่า ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลไม่ตรงตามความต้องการ โดยก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลจะได้รับข้อมูลส่วนมากเกี่ยวกับกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง การดูแลบาดแผล และการมาตรวจตามนัด ส่วนข้อมูลที่ยังคงได้รับน้อยและเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การทำกายภาพบำบัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านทักษะการสอนนั้นจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพด้านทักษะการสอนดีกว่าด้านเนื้อหาการสอน ( $Mean\% = 70.89$

และ 68.83 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการสอนของพยาบาลที่มีท่าที่เป็นมิตร พุดจาเป็นกันเอง ให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย มีความกระตือรือร้นและใส่ใจรับฟังข้อสงสัยและข้อคำถาม สามารถตอบคำถามได้ชัดเจน ตลอดจนให้ข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญสถานการณ์ปัญหาจริง อีกทั้งข้อมูลที่ให้ก็มีความสอดคล้องและตรงกันกับที่ได้รับจากแพทย์และนักกายภาพบำบัด นอกจากนี้พยาบาลยังมีการสอบถามและประเมินความเข้าใจภายหลังการสอนอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านทักษะอยู่ในระดับดี เนื่องจากพยาบาลสามารถอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ

### ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับสูง ( $M = 150.98, SD = 29.67$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด ( $Mean\% = 71.58$ ) รองลงมาคือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $Mean\% = 70.36$ ) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 66.33$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 65.94$ ) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากร้อยละ 88 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะมีบุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลภายหลังออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้รับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง

ความสำเร็จของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมาให้เห็นเป็นความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับสูงนี้ ทำให้เข้าใจได้ว่าขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยได้มีการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับ และยอมรับต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในทุกขณะ ประกอบกับวัฒนธรรมการดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเมื่อสถานการณ์การจำหน่ายมาถึงผู้ป่วยจึงรับรู้ความพร้อมที่จะเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในระดับสูง

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสภาพร่างกายและจิตใจต่ำสุด ( $Mean\% = 65.94$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการมีกระดูกขาหักเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันที่ภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงมีอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่ จึงทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสภาพร่างกายและจิตใจต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Ouellet et al. (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์



ในประเทศแคนาดาร้อยละ 20 ไม่แน่ใจว่าตนเองพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลหรือไม่โดยเฉพาะความพร้อมในด้านร่างกาย แต่มีความต้องการกลับไปอยู่กับครอบครัวเพื่อให้บุคคลใกล้ชิดดูแล อย่างไรก็ตามผู้ป่วยร้อยละ 90 รายงานว่าได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทำให้มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน

จากผลการศึกษารูปได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสภาพร่างกายและจิตใจที่ต่ำกว่าในด้านอื่น ๆ แต่ด้วยความต้องการที่จะกลับไปรับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .27, p < .01$ ) ซึ่งหมายถึงถ้ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นก็จะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นตามไปด้วย

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นทำให้กระบวนการฟื้นฟูของกระดูกดีขึ้นโดยกระดูกอ่อน (Callus) จะถูกสร้างมากขึ้นเพื่อยึดกระดูกที่หักให้เข้าหากันแน่นขึ้น (Stable) กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหวขาลดลง นอกจากนี้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการทำความเข้าใจและปรับตัวยอมรับกับสภาพการบาดเจ็บ อีกทั้งยังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ได้เพิ่มขึ้นทั้งจากการสังเกตจากผู้ป่วยที่มีลักษณะการบาดเจ็บเช่นเดียวกันและการซักถามจากพยาบาล ดังนั้นเมื่อต้องเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา มรรยาท ฦ นคร และคณะ (2542) ที่พบว่าหากผู้ป่วยกระดูกหักมีเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการบาดเจ็บมากขึ้น ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Ouellet et al. (2003) ที่พบว่า การมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการได้รับความรู้ และฝึกทักษะเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายดังนั้นหากผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นก็จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้มากขึ้น

### ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.27, p < .01$ ) ซึ่งหมายถึง หากกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองก็จะทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังจากผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงต้องเผชิญกับอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด แม้จะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดก็ยังคงรับรู้ว่าการปวดนั้นจะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ซึ่งส่งผลให้นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า นอกจากนี้การที่จะต้องอยู่กับภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเป็นเวลา 6 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรักษาที่ได้รับ ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้ ซึ่งตนเองไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่จะเป็ผลดีต่อการเจ็บป่วยได้เลย การรับรู้ดังกล่าวทั้งหมดทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นด้านลบ ซึ่งอาจส่งผลให้รับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับต่ำ และอาจจะส่งผลกระทบต่อผลการดูแลและการฟื้นฟูสภาพตนเองภายหลังการจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาจิจิต วรรณคุณ (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นหนักหนาสาหัสจนไม่สามารถควบคุมอาการหรือรักษาให้หายขาดได้ในเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะกระทำการกิจกรรมใด ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มือที่มีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่มีมองโลกในแง่ร้าย และไม่มี ความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเอง

### ความสัมพันธ์ระหว่างการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .70, p < .01$ ) หมายถึง หากการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงตามไปด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่าย คือ กระบวนการสอนของพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้มีขึ้น เพื่อฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูหาย ตลอดจนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาพ

ปกติได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นหากคุณภาพของกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลได้มากเพียงใด ผู้ป่วยก็จะตอบสนองด้วยการปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ เพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์มากเท่านั้น

ผลการศึกษาในเบื้องต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 147 ราย ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูง จึงทำให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ธนะศาล (2544) ที่พบว่า ก่อนผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง พร้อมกับมีเอกสารแผ่นพับเพื่อทบทวนความรู้ที่สงสัยเมื่ออยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 75 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน และกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพที่ 1) ซึ่งยืนยันว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง จะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระยการนอนในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นด้านบวก

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .27, p < .01$ ) ซึ่งหมายถึงหากผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานก็จะทำให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง ดังนั้นภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในนี้ พยาบาลควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมา ร่วมกับการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลของแพทย์ นอกจากนี้ควรทำความเข้าใจกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน DRG เพื่อให้สามารถวางแผนเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ถูกจำกัดและสั้นลง

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นด้านลบ ( $M = 112.52, SD = 9.54$ ) ประกอบกับการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.27, p < .01$ ) พยาบาลควรหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนมุมมองของการเจ็บป่วยเป็นด้านบวก ด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาในปัจจุบันที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายและกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เพียงแต่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

1.3 จากผลการศึกษาที่พบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .70, p < .01$ ) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านทักษะการสอนสูงกว่า ( $Mean \% = 70.89$ ) ด้านเนื้อหาการสอน ( $Mean \% = 68.83$ ) ประกอบกับค่าเฉลี่ยของคะแนนข้อมูลที่ต้องการสูงกว่า ( $M = 45.07, SD = 9.28$ ) ข้อมูลที่ได้รับ ( $M = 41.30, SD = 10.07$ ) ดังนั้นพยาบาลควรประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย แล้วนำไปเป็นส่วนประกอบในการวางแผนให้ความรู้ที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและเหมาะสมตามกระบวนการฟื้นหายของผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลควรพัฒนาทักษะการสอนของตนเองตลอดจนควรมีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยภายหลังจากได้รับข้อมูลความรู้

## 2. ด้านบริหารการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .27, p < .01$ ) นั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นข้อกำหนดในการส่งเสริมให้พยาบาลภายในหอผู้ป่วยสร้างแนวปฏิบัติในการเตรียมความรู้อย่างเป็นระบบให้กับผู้ป่วยกระดูขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

## 3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นตัวอย่างในการประกอบการให้ความรู้หรือพัฒนาความรู้ในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั้งปริญญาตรีและปริญญาโท เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกระดูขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

## 4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

4.1 ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ สำหรับการศึกษาระยะยาว ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึง

กระดูกภายใน และผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้ออื่น ๆ

4.2 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ตลอดจนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้ออื่น ๆ

4.3 ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการประเมินความพร้อมตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องไปเรียนรู้และปรับตัวกับสภาพการบาดเจ็บที่ยาวนาน ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามต่อในระยะหลังจำหน่าย เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ความเพียงพอของความรู้และทักษะที่ได้รับต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล

## บรรณานุกรม

- ขนิษฐา ชวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ. (2551). การศึกษาภาวะกระดูกขาหักที่บ้านในผู้ป่วย  
ผ่าตัดตามโลหะที่ขา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลน่าน. วันที่ค้นพบคัดย่อ 28  
มกราคม 2554, เข้าถึงได้จาก [http://r2r.hsri.or.th/portfolio/filedownload/book\\_52\\_2\\_](http://r2r.hsri.or.th/portfolio/filedownload/book_52_2_detail-book.pdf)  
[detail-book.pdf](http://r2r.hsri.or.th/portfolio/filedownload/book_52_2_detail-book.pdf)
- จิราภรณ์ ศรีไชย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ  
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาล จันทะเพชร. (2552). การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ณ ห้อง  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. ตั้งแต่ 1 มกราคม-31  
ธันวาคม พ.ศ.2549. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินไทย, 6(2), 13-23.
- ชลเวช ชวศิริ และก้องเขต เจริญสุวรรณ. (2551). กระดูกต้นขาหัก. ใน ชีรวัฒน์ กุลทนนท์ และ  
กานุพันธ์ ทรงเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราออร์โธปิดิกส์ 1 (หน้า 181-202). กรุงเทพฯ:  
มีเดียเพรส.
- ช่อราตรี สิริวัตกานันต์ และสุจินต์ เอนกบุญชัย. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก. ใน  
ช่อราตรี สิริวัตกานันต์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์  
ฟื้นฟู (หน้า 201-215). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์. (2550). กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ใน วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์,  
ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลหาเจริญสมบัติ และสรศักดิ์ ศุภผล  
(บรรณาธิการ), ออร์โธปิดิกส์ (หน้า 165-180). กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิง.
- ดลีน ปิ่นน้อย. (2546). การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. วารสารชมรม  
พยาบาลออร์โธปิดิกส์, 8(2), 70-74.
- ต่อม จันทรศัพท์, ณัฐชนก แก่นยิ่ง และพัทยา วัตสิงห์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยึด  
ตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกต้นขา ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสวรรค์  
ประชารักษ์. วันที่ค้นพบคัดย่อ 28 มกราคม 2554, เข้าถึงได้จาก [http://drosseous.](http://drosseous.blogspot.com/2010/01/blog-post.html)  
[blogspot.com/2010/01/blog-post.html](http://drosseous.blogspot.com/2010/01/blog-post.html)

- ทัศนีย์ ณะศาล. (2544). *พฤติกรรมกรฟืนฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก*  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรชัย อภิวรราชกุล. (2547). *Orthopaedic Trauma*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- นิรมล จิตต์จำนงค์. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูก  
ขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก* โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า สมุทรสงคราม.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บรรจง มไหสวริยะ. (2004). *การรักษากระดูกหัก โดยวิธีการผ่าตัด และการยึดตรึงกระดูกโดยตรง.*  
ใน *Update in Orthopaedic Management for Orthopaedic Nurses ครั้งที่ 4 วันที่ 10-11*  
*สิงหาคม 2547*. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และ  
กายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญสิน บุรณะพานิชย์กิจ. (2547). *การตามกระดูกหัก*. กรุงเทพฯ: บั๊คเน็ต.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนต์  
ไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- เบญจวรรณ ละอองผล. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความ  
คาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผล  
เปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บั่งอร เหลือมเจริญ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพโดยองค์รวม  
ของผู้ไร้กล่องเสียง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา รักษ์พลเมือง. (2551). *การรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน. กระดูกต้นขาหัก*. ใน *ธีรวัฒน์  
กุลทนนท์ และภานุพันธ์ ทรงเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราออร์โธปิดิกส์ 1 (หน้า 9-25).*  
กรุงเทพฯ: มีเดีย เพรส.
- ปองจิตร ภัทรนาวิก และฝากจิต ควรรผดุง. (2549). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัด  
ใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในและภายนอก*. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่ง  
ประเทศไทย, 11(1), 42-55.*

- ฝากจิต ควรผดุง. (2548). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยด้านร่างกาย และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชษฐ ศิริวัฒน์สกุล. (2550). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16(5), 698-703.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2550). *พยาธิสรีรภาพของการไม่เคลื่อนไหว*. ใน *ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพทกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (หน้า 159-185)*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ไพรัช ประสงค์จีน. (2552). *กระดูกหักและข้อเคลื่อน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรรยาท ณ นคร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- มรรยาท ณ นคร, จันทรฉาย โยธาใหญ่, สิริรัตน์ หาญวงศ์ และสมพิศ การ์คำรินทร์. (2542). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานะ ฮันตระกูล. (2545). *Broken Plate in Femoral Shaft Fracture in Kamphaengphet Hospital; 6 Years Retrospective Study*. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 8*, 10(1 – 2), 45-51.
- เลิศมะณี ศรีสุพรรณชวงศ์. (2548). *ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังได้รับการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส.
- วิชัย อารยะถาวร. (2549). *ผลการรักษาภาวะกระดูกหน้าแข้งหักชนิดไม่มีบาดแผลระหว่างการใส่เฟือกและการผ่าตัดตามด้วยโลหะโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*. *วารสารกรมการแพทย์*, 11(2), 124-128.
- ศยามล อริรัตน์. (2552). *ผลการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำ และความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. คุชฎินิพนธ์พยาบาลศาสตรคุชฎิบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุกลิทธิ พรรณารุ โธทัย. (2542). กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: หลักการและการใช้ประโยชน์. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. เอกสารประกอบการอบรมผู้วิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด.
- ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. (2552). TARC การศึกษากลไกการบาดเจ็บ. วันที่ค้นข้อมูล 10 มิถุนายน 2556, เข้าถึงได้จาก [http://www.tar.ait.ac.th/download/thai/Injury Mechanism study \(Thi\).pdf](http://www.tar.ait.ac.th/download/thai/InjuryMechanism%20study%20(Thi).pdf).
- สุธีรา สร้อยสังวรณ์. (2550). คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงเดือน กันทะขู้. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานผลการประเมินระดับคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2552. วันที่ค้นข้อมูล 5 มีนาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://kmmurse.files.wordpress.com/2011/12/e0b8aae0b8a3e0b8b8e0b89b0603.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 เล่ม 1 ตุลาคม. วันที่ค้นข้อมูล 22 มกราคม 2555, เข้าถึงได้จาก [http://www.chi.or.th/30B/new\\_uc/New48.html](http://www.chi.or.th/30B/new_uc/New48.html)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข. วันที่ค้นข้อมูล 29 มกราคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html>
- หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการดั่งถ่วงกระดูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- องค์การอนามัยโลก. (2547). *บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ: ICF* (ฉบับภาษาไทย). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรวรรณ เฉลิมรัตน์. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักภายหลังใส่โลหะค้ำกระดูก*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุระณี รัตนพิทักษ์. (2545). *การวางแผนจำหน่ายกับพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดและการประยุกต์ใช้* (หน้า 29-35). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิยมวิทยา.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., & Idvall, E. (2008). *Experiences of the Postoperative Recovery Process: An Interview Study*. Retrieved December 13, 2010, from <http://www.bentham.org/open/tonursj/articles/V002/1TONURSJ.pdf>.
- Archer, K., Castillo, R., MacKenzie, E., & Bosse, M. (2006). Gait symmetry and walking speed analysis following lower-extremity trauma. *Physical Therapy*, 86(12), 1630-1640.
- Archer, R. K., Castillo, C. R., MacKenzie, J. E., Michael, J. B., & LEAP Study Group. (2010). Perceived need and unmet need for vocational, mental health, and other support services after severe lower-extremity trauma. *Arch Phys Med Rehabil*, 91, 774-780.
- Archer, R. K., MacKenzie, J. E., Castillo, C. R., & Bosse, J. M., (2009). Orthopedic surgeons and physical therapists differ in assessment of need for physical therapy after traumatic lower-extremity injury. *Physical Therapy*, 89(12), 1337-1349.
- Awad, T. I., & Chung, F. (2006). Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Canadian Journal of Anesthesia*, 53(9), 858-872.
- Baranyi, A., Leithgöb, O., Kreiner, B., Tanzer, K., Ehrlich, G., Hofer, P. H., & Rothenhäusler, H. (2010). Relationship between posttraumatic stress disorder, quality of life, social support, and affective and dissociative status in severely injured accident victims 12 months after trauma. *Psychosomatics*, 51(3), 237-247.
- Bernstein, H. H., Spino, C., Baker, A., Slora, J. E., Touloukian, L. C., & McCormick, C. M. (2002). Postpartum discharge: do varying perceptions of readiness impact health outcomes?. *Ambulatory Pediatrics*, 2(5), 388-395.

- Bone, B. L., Johnson, D. K., Weigelt, J., & Scheinberg, R. (1989). Early versus delayed stabilization of femoral fracture. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 71- A(3), 336-340.
- Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, M. N., Scharloo, M., Houwing-Duistermaat, J. J., Slagboom, E., Rosendaal, R. F., Breedveld, C. F., & Kloppenburg, M. (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14(11), 1104-1110.
- Cannada, K. L., & Jones L. A. (2006). Demographic, social and economic variables that affect lower extremity injury outcomes. *Injury*, 37, 1109-1116.
- Chan, CY. J., Ong, CY. J., Avalos, G., Regan J. P., McCann, J., Groarke, A., & Kelly, L. J. (2009). Illness representations in patients with hand injury. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62, 927-932.
- Cheng, K. S., & Hung, K. L. (2007). Socio-demographic predictors of work disability after occupational injuries. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 45-53.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. Retrieved December 1, 2010, from <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Clark, A. P., Drain, M., Gesell, B. S., Mylod, M. D., Kaldenberg, O. D., & Hamilton. (2005). Patient perceptions of quality in discharge instruction. *Patient Education and Counseling*, 59, 56-68.
- Clay, J. F., Newstead, V. S., & McClure, J. R. (2010). A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic trauma. *Injury*, 41, 789-803.
- Congdon, G. J. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patients, their families, and nurses. *Applied Nursing Research*, 7(3), 125-131.
- Dalton, C. C., & Gottlieb, N. L. (2003). The concept of readiness to change. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 108-117.
- DeSouza, S. M. (2002). Effectiveness of nursing interventions in alleviating perceived problems among orthopaedic patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 211-219.

- Dunham, M. C., Bosse, J. M., Clancy, V. T., Cole, J. F., Coles, J. M., Knuth, T., Luchette, A. F., Ostrum, R., Plaisier, B., Poka, A., & Simon, J. R. (2000). *Practice management guidelines for optimal timing of long bone fracture stabilization in polytrauma patients: The EAST Practice Management Guidelines Work Group*. Retrieved December 3, 2010, from <http://www.east.org/tpg/longbone.pdf>
- Fagermoen, S. M., & Hamilton, G. (2006). Patient information at discharge-a study of a combined approach. *Patient Education and Counseling*, *63*, 169-176.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.
- Ferguson, M., Brand, C., Lowe, A., Gabbe, B., Dowrick, A., Hart, M., & Richardson, M. (2008). Outcome of isolate tibial shaft fractures treated at level 1 trauma centres. *Injury*, *39*, 187-195.
- Finwick, M. A. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, *4*, 9-21.
- FitzGerald, D. J., Boscardin, J. W., Hahn, H. B., & Ettner, L. S. (2007). Impact of medicare short stay transfer policy on patients undergoing major orthopedic surgery. *Health Research and Education Trust*, *42*(1), Part I, 25-44.
- Fourchet, F., Horobeanu, C., Loepelt, H., Taiar, R., & Mellet, P. G. (2011). Foot, ankle, and lower leg injuries in young male track and field athletes. *International Journal of Athletic Therapy & Training*, *16*(3), 19-23.
- Fulkerson, W. E., & Egol, A. K. (2009). Timing issues in fracture management a review of current concepts. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, *67*(1), 58-67.
- Halcomb, E., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., & Griffiths, R. (2005). Life beyond severe traumatic injury: an integrative review of the literature. *Australian Critical Care*, *18*(1), 17-24.
- Heine, J. Koch, S., & Goldie, P. (2004). *Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement*. Retrieved December 3, 2010, from [http://svc019.wic048p.server-web.com/ajp/vol\\_50/4/AustJPhysiotherv50i4Heine.pdf](http://svc019.wic048p.server-web.com/ajp/vol_50/4/AustJPhysiotherv50i4Heine.pdf)

- Hogins, J. M., Ouellet, L. L., Pound, S., Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Applied Nursing Research, 21*, 218-226.
- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research, 13*(1), 12-18.
- Jain, S., Mittal, M., Kansal, A., Singh, Y., Kolar, P. R. & Saigal. (2008). Fat embolism syndrome. *Journal of Association of Physicians of India, 56*, 245-249.
- Lerret, M. S. (2009). Discharge Readiness: *An Integrative review focus on discharge following pediatric hospitalization*. Retrieved December 3, 2010, from <http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletinenfermeria6p2/discharge.pdf>
- MacIntyre, L. D., Eng J. J., & Allen, J. T. (2005). Recovery of lower limb function following 6 weeks of non-weight bearing. *Acta Astronautica, 56*, 792-800.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Sshumacher, K. (2000). Experiencing transition: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science, 23*(1), 12-28.
- Miclau, T., Lu Chuanyng, Thmpson, Z., Choil, P., Puttlitz, C., Marcucio, R., & Helms, A. J. (2007). The effects of delayed stabilization on fracture healing. *Journal of Orthopaedic Research, 25* (12), 1-11.
- Miller, F. J., Piacentine, B. L., & Weiss, M. (2008). Coping difficulties after hospitalization. *Clinical Nursing Research, 17*(4), 278-296.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.
- Nork, E. S. (2010). Femoral Shaft Fracture, In W. R. Bucholz, M. C. Court-Brown, D. J. Heckman, & P. Tornetta (Eds), *Fracture in adult volume two* (pp. 1655-1718). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ottenbacher, K. J., Smith, P. M., Illig, S. B., Fiedler, R. C., & Granger, C. V. (2000). Length of stay and hospital readmission for persons with disabilities. *American Journal of Public Health, 90*(12), 1920-1923.

- Ottenbacher, K. J., Smith, P. M., Illig, S. B., Linn, R. T., Ostir, G. V., & Granger, C. V. (2005). Trends in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation. *Journal of American Medical Association*, 299(14), 1687-1695.
- Ouellet, L. L., Hodgins, P. S., Knorr, S., & Geldart, G. (2003). Postdischarge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7, 87- 93.
- Pendleton, A. M., Canada, L. K., & Guerrero – Bejarano, M. (2007). Factors affecting length of stay after isolated femoral shaft fractures. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 62(3), 697-700.
- Reid, R. C., Bush, M. P., Karwowski, W., & Durrani, K. S. (2010). Occupational postural activity and lower extremity discomfort: A review. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40, 247 – 256.
- Reiley, P., Iezzoni, I. L., Phillips, R., Davis, B. R., Tuchin, I. L., & Calkins, D. (1996). Discharge planning: comparison of patients' and nurses' perceptions of patients following hospital discharge. *Journal of Nursing Scholarship*. 28(2), 143-147.
- Schilling McCann, J. A. (2007). *Best Practices Evidence Based Nursing Procedures*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schoen, C. D. (2000). *Adult Orthopaedic Nursing*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Solagberu, A. B., & Abdur-rahman, O. L. (2000). Improved outcome of fracture treatment by early operative reduction results of surgical adult. *The Nigerian Journal of Surgical Research*. 2, 114-122.
- Sprague, A. M., & Yang, C. E. (2004). Early versus delayed fixation of isolate closed femur fracture in an urban trauma center. *Bulletin. Hospital for Joint Diseases*. 62, 58-61.
- Starr, J. A., Smith, R. W., Frawley, H. W., Borer, S. D., Morgan, J. S., Reinert, M. C., & Mendoza-Welch, M. (2004). Symptoms of posttraumatic stress disorder after orthopaedic trauma. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 86-A(6), 1115-1121.
- State of Colorado. (2006). *Lower extremity injury medical treatment guidelines*. Retrieved December 11, 2010, from [http://www.coworkforce.com/dwc/notices/adopted\\_rules/lower\\_extremity.pdf](http://www.coworkforce.com/dwc/notices/adopted_rules/lower_extremity.pdf)

- Steele, N. F., & Sterling, Y. M. (1992). Application of the case study design: nursing interventions for discharge readiness. *Clinical Nurse Specialist*, 6(2), 79-84.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61, 5-15.
- Turrell, S., Davis, R., Graham, H., & Weiss, I. (2005). Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 116-126.
- Tzioupis, C., Cox, G. & Giannoudis. (2009). Acute compartment syndrome of the lower extremity: an update. *Orthopaedics and Trauma*, 23(6), 433-440.
- Valdes Santurio, R. E., Vallina Garcia, V., & Alvarez Ortiz, V. (2008). Physiopathology and treatment of tibial diaphyseal fracture. *Acta Orthopeda-Traumatologica Iberica*, 52, 47-66.
- Walraven, V. C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, C. P., & Forster, J. A. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 187(7), 391-402.
- Weiss, J. R., Montgomery, M. S., Ehlin, A., Dabbagh, Al Z., Stark, A., & Jansson, Karl-Ake. (2008). Decreasing incidence of tibial shaft fractures between 1998 and 2004. *Acta Orthopaedica*, 79(4), 526-533.
- Weiss, M., & Piacentine, B. L. (2006). *Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale*. Retrieved December 3, 2010, from [http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=nursing\\_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=nursing_fac)
- Weiss, M., Piacentine, B. L., Lokken, L., & Archer, J. (2007). *Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients*. Retrieved December 3, 2010, from [http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing\\_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing_fac)
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). *Length of stay after vaginal birth : sociodemographic and readiness-for-discharge factors*. Retrieved December 3, 2010, from [http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=nursing\\_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=nursing_fac)
- Wikipedia. (2009, December). *Length of stay*. Retrieved November 16, 2011, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Length\\_of\\_stay](http://en.wikipedia.org/wiki/Length_of_stay)

- Winqvist, A. R., Hansen, S. T., & Clawson, D. K. (1984). Closed intramedullary nailing of femoral fractures. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 66(4), 529-539.
- Wong, J., Wong, S., Brooks, E., & Yabsley, H. R. (1999). Home readiness and recovery pattern after total hip replacement. *Journal Orthopaedic Nursing*, 3, 210-219.
- Wong, Mi-Ling. E., & Chan, Wai-Chi. S. (2009). The pain experience and beliefs of Chinese patients who have sustained a traumatic limb fracture. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13, 70-77.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

**การวิจัยเรื่อง** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-04-2555

**ชื่อผู้วิจัย** นางโสภา หมุ่มศิริ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีกระดูกขาหักชนิดปิดและได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 100 คน และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 เดือน เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการนอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีอาการอ่อนเพลียสามารถพักระหว่างตอบแบบสอบถามได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และบริการต่าง ๆ ที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัส แล้วนำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางโสภา หมุ่มศิริ หมายเลขโทรศัพท์ 083-975-8225 หรือที่ ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 084-073-1300

นางโสภา หมุ่มศิริ

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823 หรือแจ้งต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม เบอร์โทร 1145

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

**1. ชื่อวิทยานิพนธ์**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Factors Related to Discharge Readiness in Patients with Closed Fracture of Leg Undergoing Internal Fixation Surgery

**2. ชื่อนิติกร นางโสภณ หมูศิริ**

รหัสประจำตัวนิติกร 52920034      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

**3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ      รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03-04-2555  
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย  
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน  
จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 14 พฤษภาคม 2555 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2555
- 5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี  
โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และ โรงพยาบาลหัวหิน  
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

**4. วันที่ให้การรับรอง: 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2555**

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**  
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

**1. ชื่อวิทยานิพนธ์**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Factors Related to Discharge Readiness in Patients with Closed Fracture of Leg Undergoing Internal Fixation Surgery

**2. ชื่อนิสิต นางโสภา หมูศิริ**

รหัสประจำตัวนิสิต 52920034      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

**3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03-04-2555

- 1) ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2556
- 2) ให้เพิ่มเติม คือ เปลี่ยนสถานที่เก็บข้อมูล จากเดิม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็น โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**4. วันที่ให้การรับรอง: 7** เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2555

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครปฐม โทร. ๑๑๔๕

ที่ นธ ๐๐๒๗.๑๐๒/๒๕๗

วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยในคน

เรียน คุณโสภา หมูศิริ

ตามที่ ท่าน ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน” ทั้งนี้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาในคนได้พิจารณาแล้ว ซึ่งได้มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการได้ตามหนังสือรับรองที่แนบมานี้

ทั้งนี้ หากมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนครปฐม ขอให้ทีมผู้วิจัยรายงานกลับมายังคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ภายใน ๒ สัปดาห์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายแพทย์เลขา ด้านวิริยะกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน

โรงพยาบาลนครปฐม

จพ

(นายจินดา แอกลง)

ผู้ช่วยการโรงพยาบาลนครปฐม



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

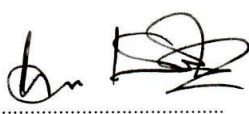
โดย

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม

SiEc เลขที่หนังสือรับรอง 009/2012

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางโสภา หมูศิริ พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
รหัสโครงการ	NPH B-7/2012
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลนครปฐม
เอกสารที่รับรอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการวิจัย</li> <li>- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย</li> <li>- ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย</li> <li>- แบบสอบถามการวิจัย</li> </ul>
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม
วันที่รับรอง	25 / 12 / 2012
วันหมดอายุ	25 / 12 / 2013

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวทางจริยธรรมสากล

ลงนาม.....  


(นายแพทย์เลขา ด้านวิริยะกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
โรงพยาบาลนครปฐม

ลงนาม.....  


(นายแพทย์จินดา แอ๊กทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม

สำนักงาน : กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครปฐม

196 ถ.เทศา ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

โทร (034) 242337 โทรสาร (034) 242337





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ..... กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ฯ โทร ๑๒๔๕

ที่ ..... รบ ๐๐๒๗.๑๐๒/๕๑๗

วันที่ ..... ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง ..... อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาล

เรียน ..... นางโสภา หมูศิริ

สืบเนื่องจากการพิจารณาของอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ชื่อโครงการภาษาไทย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักปิด” ผู้วิจัยหลัก นางโสภา หมูศิริ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการพิจารณาของอนุกรรมการฯ มีมติ อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี ตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะอนุกรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลบ้านโป่ง
เลขรับ ๑๖๓๙
วันที่ 11 ก.ค. 2555
เวลา 11:17 น.



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๙๑๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ มิถุนายน ๒๕๕๕

กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ
รพ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี
เลขรับ 1504
วันที่ 18 ก.ค. 2555
เวลา 9.00 น.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ✓  
 ๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ✓

ด้วย นางโสภา หมูศิริ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล-  
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
 โรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ  
 สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวก  
 ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน  
 โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน ๕ คน ในระหว่างวันที่ ๒๘ มิถุนายน - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผอภ.

(✓) เพื่อทราบ

( ) เพื่อพิจารณา

เห็นควรมอบ...*มีลายเซ็น*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

*สุกัญญา*  
*17ก.ค.๕๕*  
*อิตสาห์*  
*17ก.ค.๕๕*  
*เนทท์*

*สีนวม ๓๓๓, ๕๕๕.*

*๑๖ ก.ค. 18 ก.ค. ๕๕.*

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ (๐๓๘)๑๐๒๘๓๖

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

*สุวิมล ๓๓๓/๕๕*  
*๑3 ก.ค. ๕๕*

*กมล ๓๓๓/๕๕*  
*๑๖ ก.ค. ๕๕*  
*(นางสุวิมล ๓๓๓/๕๕)*  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

*สีนวม ๓๓๓/๕๕*  
 นิตยภัต  
 ๑3 ก.ค. ๕๕

*กมล ๓๓๓/๕๕*  
*๑๖ ก.ค. ๕๕*  
*๑๓ ก.ค. ๕๕*  
*๑๓ ก.ค. ๕๕*



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ค ๑๓

โรงเรียน	วิทยาลัยเทคโนโลยี
รับที่	๘๐๘๖
วันที่	๒๗ มิ.ย. ๒๕๕๕
	๑๖.๑๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางโสภา หมูศิริ นิสิตหลักสูตรระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตเคราะห้จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน ๑๙ คน ในระหว่างวันที่ ๒๘ มิถุนายน - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

วิเศษ ๕๐๓

เห็นสมควรแล้ว ผอ. พยาน

ขอแสดงความนับถือ

๒๗ มิ.ย. ๒๕๕๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๓ - ๙๗๕๘๒๒๕



โรงพยาบาลหัวหิน  
5948 /  
เลขที่.....  
ชื่อ.....  
วันที่..... เวลา.....

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี ๒๐๑๓๑

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๙๖๘

1๐๔๔/55  
สพ.ศ. ๖๖  
(ท.๖๐๗)

๕ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางโสภา หมูศิริ นิสิตหลักสูตรระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน โรงพยาบาลหัวหิน จำนวน ๑๙ คน ในระหว่างวันที่ ๘ มิถุนายน - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

- หนึ่งโปรดทราบ  และพิจารณาแจ้งการ  
 เห็นควรมอบ..... กลุ่มพยาบาล (ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

ดำเนินการ

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา  
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖  
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖  
ผู้วิจัย ๐๘๓ - ๙๗๕๘๒๒๕

*Ammit*  
26/7/55

*๓๐๗ นว. พศ๕ ๕๕๕*  
*๕๗-๗-๕๕*

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



คณะพยาบาลศาสตร์ น.ม.ช.ค.
เลขที่ 00936 /
วันที่ 23 ส.ค. 2555
เวลา

ที่ ศบ ๒๐๐๗/ ๐๔๙

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๑๓ มกราคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

102  
๒๐๐๗/๕

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางโสภา หมูศิริ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย เพื่อนำมาปรับใช้ เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” ของคุณแสงเดือน กันทะขู ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง “การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล” ของคุณศรินทร์น์ ศรีประสงค์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ หลักสูตร Doctor of Philosophy in Nursing Program คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดี

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อโปรดพิจารณา @หม่อม
- สำเนาเรื่องเรียน.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิภากรณ ทรัพย์กรานนท์)

เรื่องส่ง หลักสูตรมีมติอนุมัติ  
13 ม.ค. 55

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๕๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๓๙๗๕-๘๒๒๕

อนุมัติและดำเนินการได้

(รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองคำ ดิลกสุลัย)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

23 ส.ค. 2555

โรงพยาบาล.....

รหัสผู้ป่วย.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ .....ปี

3. ศาสนา

 พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ .....

4. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย อื่น ๆ.....

5. บทบาทในครอบครัว

 หัวหน้าครอบครัว สมาชิกครอบครัว

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

7. ท่านคาดว่าจะมีบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือท่านในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือไม่

 ไม่มี มี ระบุ.....

8. ระดับการศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า

9. อาชีพ

 ทำงานบ้าน รับจ้าง ค้าขาย ทำนา ทำสวน ทำไร่ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ.....

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

<input type="checkbox"/>	ต่ำกว่า 5,000 บาท	<input type="checkbox"/>	5,000 – 10,000 บาท
<input type="checkbox"/>	10,001 – 30,000 บาท	<input type="checkbox"/>	30,001 ขึ้นไป

11. ความเพียงพอของรายได้

<input type="checkbox"/>	ไม่เพียงพอ	<input type="checkbox"/>	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	<input type="checkbox"/>	มีเงินเหลือเก็บ
--------------------------	------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------

12. สิทธิการรักษาครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/>	ชำระเงินเอง	<input type="checkbox"/>	พ.ร.บ. (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)
<input type="checkbox"/>	กองทุนเงินทดแทน	<input type="checkbox"/>	ประกันสังคม
<input type="checkbox"/>	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
<input type="checkbox"/>	เบิกต้นสังกัดจากรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ		
<input type="checkbox"/>	อื่นๆ .....		

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (บันทึกจากเวชระเบียน)

1. วันที่เข้ารับการรักษา.....

2. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

<input type="checkbox"/>	ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	ไม่มี
<input type="checkbox"/>	มี		
<input type="checkbox"/>	เบาหวาน	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/>	หัวใจ	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ.....

3. สาเหตุของการมีกระดูกหัก

<input type="checkbox"/>	ตกจากที่สูง	<input type="checkbox"/>	อุบัติเหตุจากรถ
<input type="checkbox"/>	อุบัติเหตุจากการทำงาน	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ .....

4. การวินิจฉัยโรค

<input type="checkbox"/>	Closed fracture shaft of femur
<input type="checkbox"/>	Closed fracture shaft of tibia
<input type="checkbox"/>	Closed fracture shaft of fibula
<input type="checkbox"/>	Closed fracture both bone of leg



## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

5. ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ


ORIF with Plate & Screw

ORIF with K-nail

อื่น ๆ .....

6. วันที่ได้รับการผ่าตัด.....
7. วันที่แพทย์ระบุการจำหน่ายผู้ป่วย.....
8. วันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจริง.....
9. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล.....วัน
10. วันที่แพทย์นัดตรวจภายหลังการจำหน่าย.....

## แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

### ส่วนที่ 1 อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

**คำชี้แจง** ขอความกรุณาท่าน เขียนวงกลมรอบคำตอบ “ใช่” ข้างหลังอาการที่ท่านพบว่าตั้งแต่ ประสบอุบัติเหตุท่านมีอาการเหล่านั้น และเชื่อว่าอาการนั้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือล้อมรอบคำตอบ “ไม่ใช่” ข้างหลังอาการที่ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุและเชื่อว่าอาการนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

อาการ	ตั้งแต่ป่วยนั้นเคยมีอาการนี้		อาการนี้เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยของฉัน	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
2. ข้อติดแข็ง	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ....				
13. ....				
14. ....				
15. ....				
16. นอนหลับยาก	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่

## แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ต่อ)

### ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย

**คำชี้แจง** กรุณาให้ความเห็นว่าท่าน เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด กับข้อความเกี่ยวกับความเจ็บป่วยข้างล่างดังต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่าน

	ความเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ความเจ็บป่วยของฉันจะหายในเวลาอันสั้น					
2	ความเจ็บป่วยของฉันอาจจะเป็นตลอดไปมากกว่าเป็นชั่วคราว					
3	ความเจ็บป่วยของฉันใช้เวลาานกว่าจะหาย					
4	ฉันจะผ่านความเจ็บป่วยไปได้อย่างรวดเร็ว					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	.....					
...	.....					
...	.....					
...	.....					
...	.....					
...	.....					
...	.....					
37	ความเจ็บป่วยที่ฉันเป็นทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว					

## แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ วงกลมลงในตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงกับท่านในขณะนี้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

<p>1.1 ท่านต้องการฝึกปฏิบัติมากน้อยเพียงใดในเรื่อง การรักษาและการใช้ยา ก่อนกลับไปอยู่บ้าน (เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขาเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ การฝึกการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องด้วยไม้ค้ำยันตามระยะเวลาที่เหมาะสม การใช้สุชา เป็นต้น)</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ต้องการเลย <span style="float: right;">ต้องการอย่างมาก</span></p>
<p>1.2 ท่านได้รับการฝึกปฏิบัติมากน้อยเพียงใดในเรื่อง การรักษาและการใช้ยา ก่อนกลับไปอยู่บ้าน (เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขาเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ การฝึกการเคลื่อนไหวด้วยไม้ค้ำยันตามระยะเวลาที่เหมาะสม การใช้สุชา เป็นต้น)</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ได้รับเลย <span style="float: right;">ได้รับอย่างมาก</span></p>
<p>2.1 ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว (เช่น ข้อควรปฏิบัติ และข้อควรหลีกเลี่ยงในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามการฟื้นฟูของกระดูก และการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น)</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ต้องการเลย <span style="float: right;">ต้องการอย่างมาก</span></p>
<p>2.2 ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว (เช่น ข้อควรปฏิบัติ และข้อควรหลีกเลี่ยงในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามการฟื้นฟูของกระดูก และการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น)</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ได้รับเลย <span style="float: right;">ได้รับอย่างมาก</span></p>

### แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล (ต่อ)

<p>3.1 ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลภาวะอารมณ์เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว (เช่น ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น)</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ต้องการเลย <span style="float:right">ต้องการอย่างมาก</span></p>
<p>3.2 .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ได้รับเลย <span style="float:right">ได้รับอย่างมาก</span></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>18. ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านช่วยลดความวิตกกังวลของท่านเกี่ยวกับการกลับไปอยู่บ้านหรือไม่</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ความวิตกกังวลไม่ <span style="float:right">ความวิตกกังวลลดลงอย่าง</span> ลดลงเลย <span style="float:right">มาก</span></p>



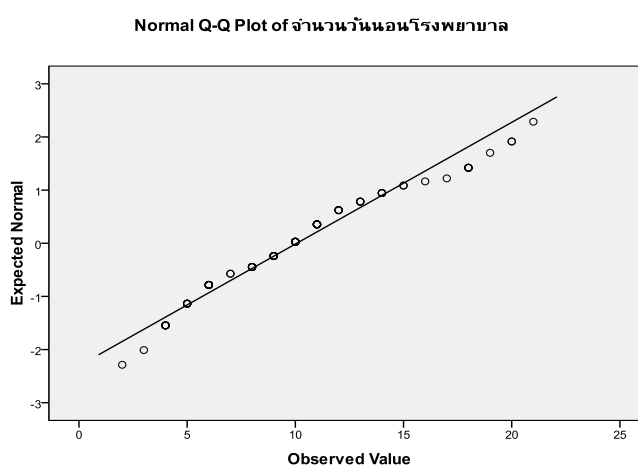
ภาคผนวก ค  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Normal distribution)

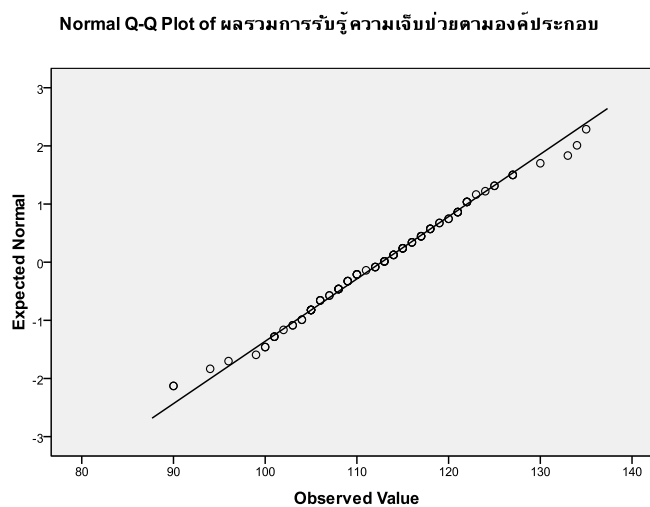
ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบปกติ ดังภาพที่ 2-5

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 การกระจายแบบปกติของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

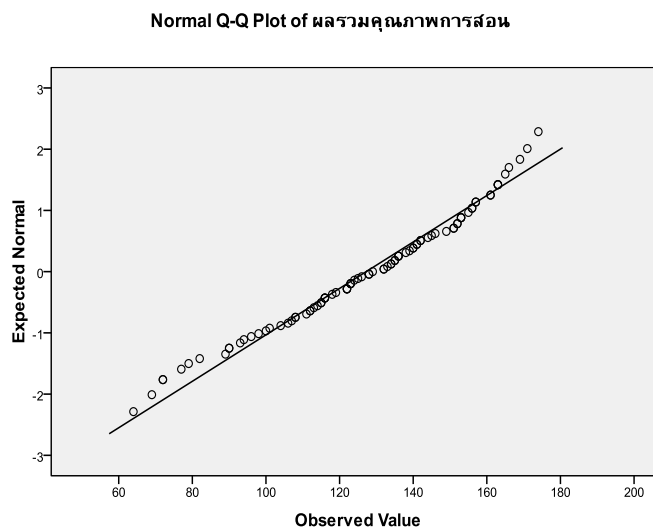
การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย



ภาพที่ 3 การกระจายแบบปกติของการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

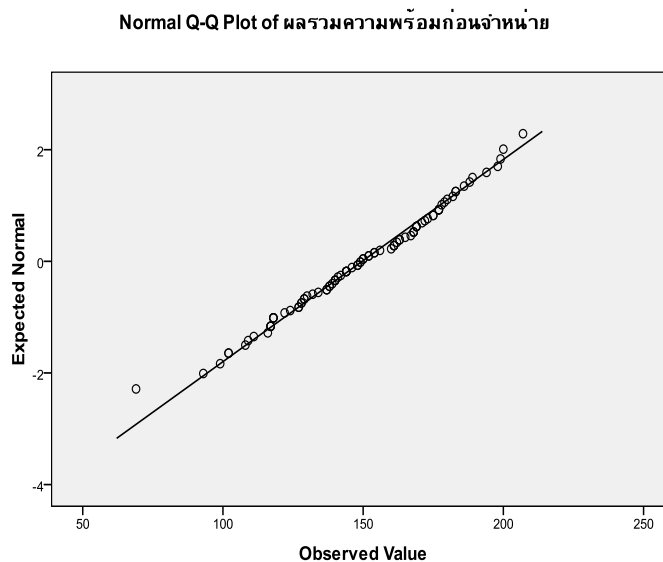


### การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



ภาพที่ 4 การกระจายแบบปกติของการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

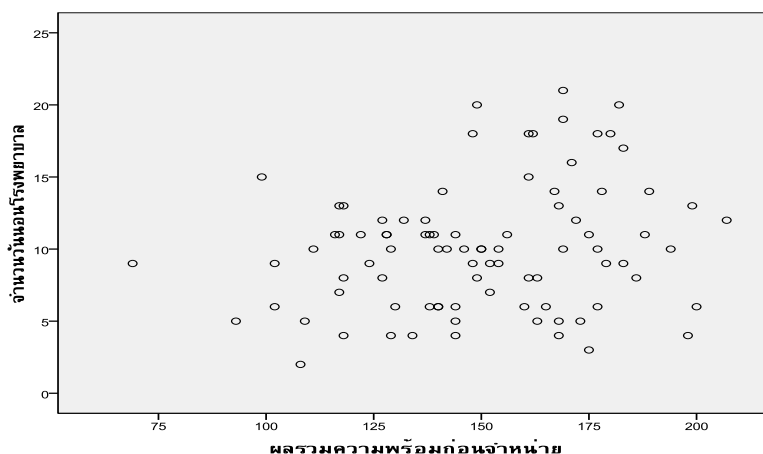


ภาพที่ 5 การกระจายแบบปกติของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) และ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

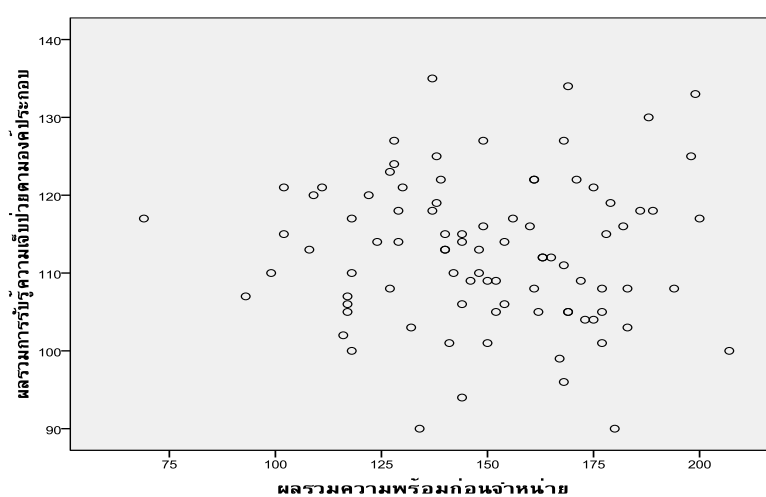
เมื่อพิจารณาภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามพบว่า  
เป็นดังภาพที่ 6-8

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



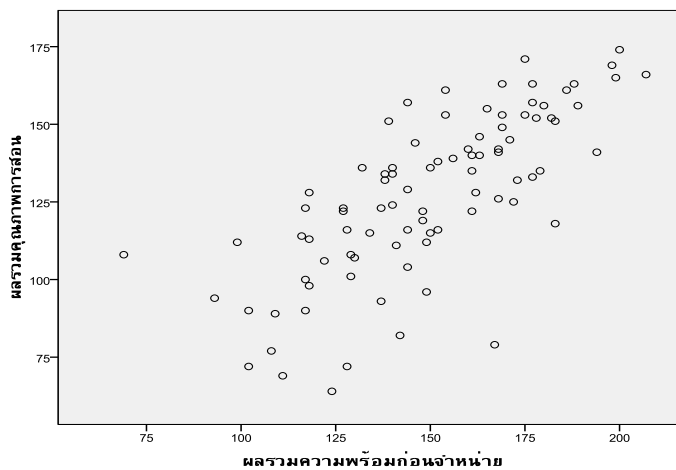
ภาพที่ 6 การกระจายความแปรปรวนของจำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลกับความพร้อมก่อน  
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



ภาพที่ 7 การกระจายความแปรปรวนของการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อม  
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล



ภาพที่ 8 การกระจายความแปรปรวนของการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

เนื่องจากภายหลังจากการพิจารณาภาพการกระจายความแปรปรวนแล้วพบว่า ยังไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอีกครั้งด้วยสถิติ F-test ซึ่งภายหลังจากการทดสอบพบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังตารางที่ 11-13

ตารางที่ 11 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ผลรวมความพร้อมก่อน	Between Groups	(Combined)	11621.797	19	611.674	.762	.742
จำหน่าย * จำนวนวันนอน		Linearity	3354.474	1	3354.474	4.177	.045
โรงพยาบาล		Deviation from Linearity	8267.323	18	459.296	.572	.908
	Within Groups		55414.967	69	803.115		
	Total		67036.764	88			

ตารางที่ 12 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่าย  
ออกจากโรงพยาบาล

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ผลรวมความพร้อมก่อน	Between Groups	(Combined)	27473.564	34	808.046	1.103	.367
จำหน่าย * ผลรวมการรับรู้		Linearity	42.947	1	42.947	.059	.810
ความเจ็บป่วยตาม		Deviation from Linearity	27430.617	33	831.231	1.135	.334
องค์ประกอบ	Within Groups		39563.200	54	732.652		
	Total		67036.764	88			

ตารางที่ 13 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ผลรวมความพร้อมก่อน	Between Groups	(Combined)	57552.764	59	975.471	2.983	.001
จำหน่าย * ผลรวมการสอน		Linearity	36256.815	1	36256.815	110.865	.000
		Deviation from Linearity	21295.949	58	367.172	1.123	.375
	Within Groups		9484.000	29	327.034		
	Total		67036.764	88			

ภาคผนวก ง  
การวิเคราะห์ข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

### อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย นำเสนอข้อมูลความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย และอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย และอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 100$ )

อาการ	การรับรู้อาการ ที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย		การรับรู้อาการ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด	95	95.0	95	95.0
นอนหลับยาก	60	60.0	52	52.0
ชานา	47	47.0	46	46.0
เหนื่อย/ อ่อนเพลีย	47	47.0	44	44.0
ไม่มีแรง/ หดแรง	35	35.0	30	30.0
เวียนศีรษะ	32	32.0	28	28.0
ข้อติดแข็ง	28	28.0	28	28.0
ปวดหลัง	26	26.0	21	21.0
คลื่นไส้	23	23.0	22	22.0
ปวดศีรษะ	22	22.0	19	19.0
น้ำหนักลด	22	22.0	22	22.0
ปวดท้อง/ แน่นท้อง	21	21.0	17	17.0
เจ็บคอ	9	9.0	8	8.0
เคืองตา	5	5.0	1	1.0
หายใจมีเสียงวี๊ด	4	4.0	4	4.0
หายใจไม่ออก	4	4.0	3	3.0

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



จากตารางที่ 14 พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเกิดขึ้นขณะเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือ ปวดขาข้างที่ทำผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือ นอนหลับยากคิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนอาการ หายใจมีเสียงวี๊ดและหายใจไม่ออกเป็นอาการที่พบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4 สำหรับอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัดเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคืออาการนอนหลับยากคิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนอาการ เลือดตกกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1

### **ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแยกเป็นรายด้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรายด้าน (N = 100)

ตัวแปร	ความพร้อมก่อน จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	ด้านสภาพ ร่างกาย และจิตใจ	ด้านความรู้ในการ ดูแลตนเอง	ด้านความสามารถ ในการเผชิญ ปัญหา	ด้านความ คาดหวังในการ ได้รับความ ช่วยเหลือ
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	.27**		.22*	.28*	
การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย					
อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย	-.26**		-.26**		
การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย	-.27**	-.25*		-.33**	-.21*
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.70**	.32**	.68**	.83**	.81**
ด้านเนื้อหาการสอน	.55**	.25*	.52**	.47**	.52**
ด้านทักษะการสอน	.72**	.33**	.71**	.55**	.65**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 15 พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .27, p < .01$ ) นั่นคือ ถ้าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยิ่งมากขึ้นความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูงขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพร้อมด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $r = .22, p < .05$ ) และด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $r = .28, p < .05$ )

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนำเสนอความสัมพันธ์ใน 2 ส่วน ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย

ในการศึกษาพบว่า อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.26, p < .01$ ) นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยรับรู้อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมากความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพร้อมด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $r = -.26, p < .01$ )

การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.27, p < .01$ ) นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยมากความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $r = -.25$ ) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $r = -.33$ ) และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ ( $r = -.21$ )

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .70, p < .01$ ) นั่นคือ ถ้าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพดีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูงตามไปด้วย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $r = .68$ ) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $r = .83$ ) และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ ( $r = .81$ ) ส่วนด้านสภาพร่างกายและจิตใจพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r = .32$ )

เมื่อพิจารณาการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่าด้านทักษะการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่สูง

กว่าด้านเนื้อหาการสอน ( $r = .72, p < .01$ ;  $r = .55, p < .01$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ก็ยังมี  
ความสัมพันธ์กันสูงกว่าในทุก ๆ ด้านของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะ  
อย่างยิ่งในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $r = .71, p < .01$ ;  $r = .52, p < .01$  ตามลำดับ)