

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัด โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัด ตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังทั้งในระยะก่อนและหลังได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด และแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัด ตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน จะมีความวิตกกังวลหลังผ่าตัดลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. แบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนดีกว่าแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวอย่างประชากร

ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลประสาท ญาไท ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2535 - 15 กุมภาพันธ์ 2536 จำนวน 32 คน ได้จากวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และนำมาจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยพิจารณาจับคู่ (Matched pair) ให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติตรงกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะกล้ามเนื้อขาอ่อนและการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และประสพการณ์การผ่าตัด

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยจับฉลากจัดผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมล่วงหน้า และจัดผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติตรงกับผู้ป่วยรายดังกล่าวเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อเข้าคู่กัน

สำหรับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามปกติ ผู้ช่วยวิจัยจะทำการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และวัดอีกครั้งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และวัดแบบแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ทุกวันหลังผ่าตัด เป็นเวลา 3 วัน ส่วนจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะบันทึกตั้งแต่วันที่ 1 หลังการผ่าตัดจนถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนกลุ่มทดลอง หลังจากผู้ช่วยวิจัยได้ทำการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัดแล้ว ผู้วิจัยจะทำการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินซึ่งสร้างโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นเกณฑ์ และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ โดยกิจกรรมการพยาบาลจะครอบคลุมตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด โดยมีเอกสารประกอบการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังผ่าตัด การฝึกบริหารร่างกาย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยรอผ่าตัดอยู่ที่ห้องผ่าตัดด้วย หลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ทำการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในวันที่ 1 หลังผ่าตัดและวัดแบบแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่นเดียวกับในกลุ่มควบคุม คือ วัดแบบแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ทุกวันหลังผ่าตัดเป็นเวลา 3 วัน ส่วนจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะบันทึกตั้งแต่วันที่ 1 หลังการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



การวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้เวลา 2 เดือนครึ่ง เริ่มจาก วันที่ 1 ธันวาคม 2535 ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2536 ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ 32 ชุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t-test pair โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* ของสถาบันบริการคอมพิวเตอร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็น แบบประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและแผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกระดุกสันหลังตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน และสื่อในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกระดุกสันหลัง ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ต้องการศึกษาจำนวน 5 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบวัดความวิตกกังวล และแบบวัดแบบแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง หลังจากนั้นได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบวัดความวิตกกังวลทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างประชากรจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .82

2.2 แบบวัดแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างประชากร จำนวน 20 ราย

2.2.1 แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีค่าความเที่ยง .70

2.2.2 แบบวัดการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีค่าความเที่ยง .86

2.2.3 แบบวัดความเจ็บปวด

ก. แบบวัดการรื้อยาแก้ปวด มีค่าความเที่ยง .86

ข. แบบวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

มีค่าความเที่ยง .89

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะตัวอย่างประชากรในการวิจัยส่วนใหญ่ เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุระหว่าง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทคิดเป็นร้อยละ 93.75 และไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 68.75 ตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.38 เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มพบว่า ตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเรื่องเพศ ช่วงอายุ การวินิจฉัยโรค และประสบการณ์การผ่าตัดในจำนวนเท่า ๆ กัน และมีระดับการศึกษาในจำนวนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ ตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.76 และ 96.88 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกับกระดูกสันหลัง

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

สรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ความวิตกกังวลหลังการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะต่ำกว่าก่อนทดลอง

2.2 ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อน และหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ที่ระบุว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ผลการเปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากร

3.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตัวอย่างประชากร พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มทดลอง คือ ท้องอืด คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนในกลุ่มควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ท้องอืด และปัสสาวะขุ่นหรือแสบขัด คิดเป็นร้อยละ 30.77 ทั้งสองประเภท (ตารางที่ 6)

3.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดของตัวอย่างประชากรพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมและพบว่าในกลุ่มทดลอง ตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในระดับปานกลางและน้อย อย่างละเท่า ๆ กันในวันที่ 1 หลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ทั้งสองระดับ และส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 81.25 และ 87.50 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.25 ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.25 และ 62.50 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

3.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 15)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการพลิกตะแคงตัวและลุกเดินของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัดค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการพลิกตะแคงตัวและลุกเดินของตัวอย่าง ประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง การพลิกตะแคงและลุกเดินของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผน การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและลุกเดิน ของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม

ในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันของตัวอย่าง ประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอด 3 วันหลัง ผ่าตัด ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแล ตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย ของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้ง 3 วันหลังผ่าตัด โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายของตัวอย่างประชากร ในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรม การดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 14)

3.4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 16)

ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ด้านจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน แบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของตัวอย่าง ประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลัง ผ่าตัด 8.56 วัน และตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลหลังผ่าตัด 9.69 วัน

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของ ตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม และคะแนนแบบ

แผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการทดลองบางส่วน เฉพาะแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งระบุว่า แบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนดีกว่าแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนผลการทดลองเกี่ยวกับแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จึงเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 ที่ระบุว่าความวิตกกังวลหลังการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะต่ำกว่าก่อนทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของลินเดอแมน (Lindeman, 1974) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดจากพยาบาล

ห้องผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลหลังผ่าตัด ต่ำกว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเชื่อมจากพยาบาลห้องผ่าตัด และผลการวิจัยของฟอร์ติน (Fortin, 1984) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดโดย การสอนการบริหารร่างกาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และฝึกการผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามปกตินอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของฉวีวรรณ สิทธิเวช (2521) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และผลการวิจัยของภัสพร ขำวิธา (2534) ซึ่งศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง (2535) ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามปกติไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยดังกล่าวแม้ว่าจะมิได้เป็นการนำทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมาใช้ในการพยาบาลก่อนผ่าตัด แต่ก็มีวิธีการพยาบาลบางประการที่คล้ายคลึงกับกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดแก่ผู้ป่วย ของ ลินเดอแมน, ฟอร์ตินและฉวีวรรณ สิทธิเวช การสอนการบริหารร่างกาย การฝึกการผ่อนคลายของฟอร์ติน การสัมผัสต่อความวิตกกังวลของภัสพร ขำวิธา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของวัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง ซึ่งผู้วิจัยแต่ละท่านก็ได้เลือกศึกษาผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลนอกจากจะครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่กล่าวมาแล้ว ยังรวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการพยาบาลอื่น ๆ ที่จะช่วยลดหรือกำจัดต้นเหตุของความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ป่วย

จากผลการวิจัยนี้และการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะลดลงได้ เมื่อพยาบาลได้ปฏิบัติกรพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึกและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะไม่สามารถลดลงได้เองจากระยะก่อนผ่าตัดแม้ว่าการผ่าตัดจะเสร็จสิ้นไปแล้วก็ตาม ดังเช่นการวิจัยของ แชนแมนและคอกซ์ (Chapman & Cox, 1977) ที่พบว่าความวิตกกังวลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของจอห์นสตัน 11 (Johnston, 1980) ที่พบว่า ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดในผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสูงกว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลในระยะก่อนและหลังผ่าตัดของผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการที่ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลง เป็นผลจากการได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจากพยาบาลห้องผ่าตัด

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนี้ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินสภาพ และให้การพยาบาลผู้ป่วย สิ่งนี้ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีแหล่งข้อมูลเพิ่มขึ้น จากเดิมที่มีเพียงตัวผู้ป่วยและบันทึกรายงานประจำตัวผู้ป่วยเท่านั้นโดยสามารถรวบรวมข้อมูลจากญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้ด้วย นอกจากนี้การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยทำให้ พยาบาลห้องผ่าตัดมีแนวทางและขอบเขตที่ชัดเจนในการประเมิน ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงมีความครบถ้วนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้นซึ่งทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายยิ่งขึ้น

ในขณะที่เดียวกันการที่พยาบาลห้องผ่าตัดไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยยังทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถให้การพยาบาลก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามแผนที่กำหนดขึ้น โดยมีได้ถูกจำกัดด้วยเวลา สถานที่ และสภาพของผู้ป่วยดังที่เคยเป็นมา พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถใช้เวลาในการประเมินสภาพผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กับสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ สามารถที่จะระบายความรู้สึกหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เขากำลังประสบอยู่ให้พยาบาลห้องผ่าตัดฟัง การที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนี้เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่สามารถช่วยย่นให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลของตนลงได้

นอกจากนี้พยาบาลยังมีโอกาสได้ทราบถึงความเข้าใจผิดต่าง ๆ ของผู้ป่วย และช่วยปรับความเข้าใจหรือความคาดหวังต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ตรงกับความเป็นจริงได้ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้ทราบเพียงว่าตนเป็นโรคหนองหรือกระดูกกักทับเส้นประสาท แต่ไม่ทราบว่าหนองหรือกระดูกนั้นอยู่ที่ใด และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดชามาก ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนจะได้รับการผ่าตัดที่ขา การที่พยาบาลจะสามารถประเมินปัญหาเหล่านี้ได้ พยาบาลจะต้องมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากพอควร ซึ่งระยะเวลาช่วงที่ผู้ป่วยคอยผ่าตัดอยู่ที่ห้องผ่าตัดนั้นไม่เพียงพอ ประกอบกับการที่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัดอยู่ที่ห้องผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง (Johnston, 1980) ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และความสามารถในการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลลดลง (Nyamathi & Kashiwabara, 1988) ซึ่งทำให้แม้ว่าพยาบาลจะสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้แต่กิจกรรมการพยาบาลซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดกระทำต่อผู้ป่วยก็อาจจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตาม

ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นการพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสรุปได้ว่า ผลการทดลองบางส่วน เฉพาะแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งระบุว่า แบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนดีกว่าแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนผลการทดลองเกี่ยวกับแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรเป็นรายด้าน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของรุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยของพรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) อรชร มาลาหอม (2534) และวัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง (2535) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

งานวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ กัน คือ รุ่งทิพย์ จามรมาน และพรจันทร์ พงษ์พรหม ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง อรชร มาลาหอม ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไต ส่วนวัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้แม้ว่าจะได้รับการผ่าตัด เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระตุกสันหลัง แต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ ในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่เพียงบนเตียง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระตุกสันหลัง และเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมิได้ลุกจากเตียงโดยเร็วนี้ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มทดลองคือ ท้องอืด คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มควบคุมมี 2 ประเภท คือ ท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด และ บั๊สสาวะขุ่น / แสบขัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยล่าช้าได้โดยพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้ง 2 ประเภทนี้เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ทั้งสองประเภทการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปีกกระตุกสันหลังมักจะมีอาการท้องอืด เป็นเพราะหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องนอนอยู่เฉย ๆ กับเตียง ไม่สามารถลุกเดินไปมาได้ ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของลำไส้ลดลง และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงได้นี้ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนดื่มน้ำน้อย เพื่อจะได้ไม่ต้องบั๊สสาวะบ่อย ๆ เนื่องจากรู้สึกว่าการถ่ายบั๊สสาวะบนเตียงเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และสร้างความลำบากให้กับผู้ที่ดูแล เมื่อผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยก็จะส่งผลให้มีอาการแสบขัด ขณะถ่ายบั๊สสาวะ หรือบั๊สสาวะอาจจะขุ่นได้

เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็นภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการไม่ได้ลุกเดินหลังผ่าตัด และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและลุกเดินในสองวันแรกหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันได้

3.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่

3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1



และ 2 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยบางส่วนสอดคล้องกับผลการวิจัยของรุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความเจ็บปวดในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยของพรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลในระบบสัมผัสและให้ความรู้ มีความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยของอรชร มาลาหอม (2534) และวัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง (2535) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความเจ็บปวดในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

งานวิจัยดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าจะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ต่างก็ต้องเผชิญกับการเจ็บปวดอันเนื่องมาจากการผ่าตัดเช่นเดียวกัน การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยแต่ละท่านได้ศึกษา ล้วนแต่เป็นการพยาบาลที่มุ่งจะลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วยกันทั้งสิ้น จะเห็นได้ว่า ความสอดคล้องที่ชัดเจนประการหนึ่งของงานวิจัยเหล่านี้ รวมทั้งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยก็คือ ความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่าความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ผลการวิจัยยังมีความแตกต่างกันที่เป็นเช่นนั้น เพราะ ในระยะแรกหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้เนื้อเยื่อเหล่านี้มีการหดตัว และหลั่งสารต่าง ๆ ออกมา รวมทั้งกรดแลคติก ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลโดยการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และวิธีการปฏิบัติตนต่าง ๆ แต่ก็ไม่สามารถลดความเจ็บปวดอันเกิดจากผลทางสรีระได้ นอกจากการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งรุ่งทิพย์ จามรมานได้ทำการศึกษา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลโดยการให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล การปรับความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและสภาพภายหลังการผ่าตัดให้ตรงกับความเป็นจริง การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกเกี่ยวกับอิริยาบถที่ถูกต้อง ที่เป็นเช่นนี้เพราะในระยะ 2 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตให้ลุกจากเตียง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการทำงานที่ต่างกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง และมีความปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อเป็นอย่างมาก รวมไปถึงการปวดแผลผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณไขสันหลัง ซึ่งถึงแม้ว่าแพทย์จะทำการผ่าตัดเอาสิ่ง

ที่กดไขสันหลังออกไปแล้ว แต่ก็ยังต้องใช้เวลาระยะหนึ่งอาการปวดจากการที่เส้นประสาทถูกกด จึงจะหายไป ดังนั้นผลการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด จึงไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของรุ่งทิพย์ จามรมาน ซึ่งศึกษาความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 87.50 ในกลุ่มทดลองและ 62.50 ในกลุ่มควบคุม โดยที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะในระยะนี้เริ่มมีกระบวนการหายของแผล ระดับของสารเคมีที่ถูกปล่อยมาจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายเริ่มลดลง ทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกถูกกระตุ้นน้อยลง

นอกจากนี้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยบางราย เริ่มได้รับอนุญาตให้ลุกจากเตียงได้ การที่ผู้ป่วยได้ลุกจากเตียงนี้เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความรู้สึกเจ็บปวดได้ จากการสังเกตพบว่า ในวันที่ผู้ป่วยได้ลุกจากเตียงผู้ป่วยจะมีสีหน้าแจ่มใส และรายงานว่าความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานลดลงมากหรือไม่มีเลย ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากการได้เปลี่ยนอิริยาบถ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเกร็งน้อยลง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยได้ลุกจากเตียงและเดินทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในผลการรักษาว่าตนจะหายเป็นปกติ จากผลการวิจัยพบว่าในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมีการพลิกตะแคงและลุกเดินมากกว่าตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยนี้บางส่วนสอดคล้องกับผลการวิจัยของอรชร มาลาหอม(2534) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีจำนวน

ครั้งในการลุกเดินในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของวัชรี กลิ่นเฟื่อง (2535) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีจำนวนครั้งในการลุกเดิน ในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดและระยะทางในการเดินในวันที่ 2 หลังผ่าตัด มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และผลการวิจัยของจอห์นสัน และคณะ (Johnson et al, 1978) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดมีการลุกเดินหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

การพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา วิธีการดูแลตนเองทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกกิจกรรมการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด รวมทั้งยังช่วยให้อายุผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องทำด้วยความสมัครใจทำ ตามระดับความสามารถที่มีอยู่ (นวลชนิษฐ์ ลิมนนวิสัย, 2530) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจึงมีคะแนนการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตลอด 3 วันหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อนิยามแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละเรื่องจะพบว่าในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและการลุกเดินของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและลุกเดินของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยของแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องคะแนนการพลิกตะแคงและลุกเดินในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงได้ด้วยท่าที่ถูกต้องและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการพลิกตะแคงตัวประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับอนุญาตให้ลุกเดินใน 2 วันแรกหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นเพราะในการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังนั้น ได้มีการตัดปีกกระดูกสันหลังออกมากทำให้แพทย์เกรงว่าจะทำให้กระดูกสันหลังยังรับน้ำหนักของร่างกายได้ไม่ดีพอ แม้ว่าการลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัดจะเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิ่งที่ยื่นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย (Luckmann & Sorensen, 1980) แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นอีกที่มีอิทธิพลต่อการลุกเดินหลังผ่าตัด ปัจจัยที่กล่าวนี้ก็คือ ความต้องการและวิธีการรักษาของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด แม้ว่า

ตามทฤษฎีแล้วผู้ป่วยจะสามารถลุกได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด (Mourad, 1980; Brunner & Suddarth, 1982) แต่จากการวิจัยนี้พบว่าแพทย์มักจะทำให้ผู้ป่วยนอนพักกับเตียงอย่างน้อย 2-7 วัน เมื่อเป็นเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องนี้ การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตให้ลุกจากเตียงใน 2 วันแรกหลังผ่าตัดนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วัชร กลินเือง ซึ่งทำการศึกษานักป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ซึ่งไม่มีข้อจำกัดในการลุกเดินหลังผ่าตัด

สำหรับในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับอนุญาตให้ลุกจากเตียงได้แล้ว ผลการวิจัยจะพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและลุกเดินในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและลุกเดินในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้จะมีได้มีการควบคุมในเรื่องวิธีการรักษา แต่วิธีการรักษาของแพทย์ก็ได้มีผลกระทบต่อการศึกษาแต่อย่างใด เพราะเมื่อพิจารณาถึงวิธีการรักษาของแพทย์จะพบว่า ในกลุ่มทดลอง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ที่ต้องการให้นอนผู้ป่วยพักกับเตียง 2-3 วัน มี 12 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ที่ต้องการให้นอนผู้ป่วยพักกับเตียง 7 วันมี 4 ราย ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ที่ต้องการให้นอนผู้ป่วยพักกับเตียง 2-3 วัน มี 11 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ที่ต้องการให้นอนผู้ป่วยพักกับเตียง 7 วันมี 5 ราย ดังนั้นการที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและการลุกเดินของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการพลิกตะแคงและลุกเดินของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุมจึงไม่น่าเกิดจากตัวแปรในเรื่องวิธีการรักษาแต่เป็นผลจากการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวมานที่ผู้ป่วยได้รับ

ในด้านของการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันของตัวอย่างประชากรทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน แม้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับคำแนะนำและการกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่การที่ผู้ป่วยนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ ไม่กล้าตัดสินใจทำอะไรด้วยตนเอง (Conway, 1978) และเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงได้ใน 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนคอยความช่วยเหลือจากพยาบาลในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่กล้าที่จะแสดงความต้องการของตน ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการทำกิจวัตรประจำวัน

ด้วยตนเองแต่ผู้ป่วยก็มีได้มีการทำกิจวัตรประจำวันต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันเป็นรายวันพบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ในวันที่ 1 2 และ 3 หลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 68.75, 87.50 และ 68.75 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมครึ่งหนึ่งของตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากร มีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ในวันที่ 1 2 และ 3 หลังผ่าตัดในระดับปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 68.75 และ 62.50 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นเป็นลำดับทั้งสองกลุ่ม

สำหรับด้านการบริหารร่างกายนั้น ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนนั้น จะได้รับคำแนะนำ และมีโอกาสฝึกการบริหารร่างกายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด รวมทั้งได้ทราบถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการบริหารร่างกายมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ตลอด 3 วันหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาเป็นรายวันพบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดส่วนมากของ ตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายในระดับปานกลางและน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ทั้งสองระดับ ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายในระดับปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 56.25 และ 68.75 ตามลำดับ แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่าในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ของตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และ 68.75 ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ครึ่งหนึ่งของตัวอย่างประชากรมีคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00

จากการสอบถามผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารร่างกายจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เนื่องจากแพทย์มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยเพียงช่วงสั้น ๆ ในแต่ละวัน ทำให้แพทย์ไม่สามารถที่จะอธิบายและฝึกให้ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายอย่างถูกต้องได้ การให้คำแนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย และฝึกอิริยาบถที่ถูกต้องนี้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรจะทำแก่ผู้ป่วย และพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้เสริมหรือช่วยให้ในบางส่วนเท่านั้นแต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมิได้ให้ความสำคัญแก่กิจกรรมการพยาบาลนี้เลย ดังนั้นจึงควรที่จะมีการปรับปรุงการพยาบาลก่อนผ่าตัดในส่วน of พยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวดหลังซ้ำอีก

ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริหารร่างกายสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากร พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของลินเดอแมน (Linderman, 1974) ซึ่งพบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยของพรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) และอรชร มาลาหอม (2534) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง มีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่แตกต่างจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของจอห์นสันและคณะ (Johnson et al., 1978) และดอดสัน (Dodson, 1985) ซึ่งพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด การวิจัยของสมพร ชีโนรส (2525) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนก่อนการผ่าตัดนี้ว่าไนไต มีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลการวิจัยของวัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง(2535) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ส่งเสริมการดูแลตนเองมีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดนี้แม้ว่าจะถูกกำหนดด้วยสภาพของ

ผู้ป่วย คือ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่พอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ โดยอยู่ในความดูแลของญาติ แพทย์ก็จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ แต่สภาพของผู้ป่วยก็มีใช้ปัจจัยเดียวเท่านั้นที่กำหนดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด จากการทำวิจัยครั้งนี้พบว่า แพทย์มักจะให้ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งตัดไหมเสร็จ จึงจะอนุญาตให้กลับบ้านทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อยที่สุด 7 วัน ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเดินและช่วยเหลือตัวเองได้ตั้งแต่วันที่ 3 หลังผ่าตัด ที่เป็นเช่นนี้เพราะจากสภาพการจราจรในปัจจุบันไม่เอื้อต่อการที่ผู้ป่วยจะเดินทางไปมาระหว่างบ้านและโรงพยาบาลเพื่อมาให้แพทย์ตรวจดูแลผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยังอาศัยอยู่ต่างจังหวัด ดังนั้นแพทย์จึงทำการตัดไหมให้ผู้ป่วยและรอให้ญาติพร้อมที่จะมารับผู้ป่วยก่อนแล้วจึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แม้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่ก็ไม่มีผลทำให้ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน

ความสอดคล้องจากแนวคิดเชิงทฤษฎี และผลการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้เห็นว่า การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังนี้ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีแหล่งข้อมูลในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินสภาพผู้ป่วย ทำให้พยาบาล สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม รวมทั้งให้ทิศทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งกำจัดหรือลดต้นเหตุของความเครียดที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังต้องเผชิญช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองในระยะเวลาหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจึงสามารถลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ป่วยที่มีต่อต้นเหตุของความเครียดเหล่านั้นได้ คือสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังนี้ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งในด้านส่วนตัวและด้านภาระงาน จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความพอใจที่พยาบาลห้องผ่าตัดออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย และพร้อมที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่พยาบาลห้องผ่าตัด ในขณะที่เดียวกันก็จะซักถามข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่างๆ นี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่องยิ่งขึ้น และหากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้นำทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ในการ

พยาบาลก่อนผ่าตัดด้วย ก็จะทำให้การทำงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลห้องผ่าตัด มีความประสานสอดคล้องมากยิ่งขึ้น สามารถลดเวลาในการทำงานที่ซ้ำซ้อนกันได้

เนื่องจากการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนนี้ เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้เป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ จากการสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการพยาบาลในลักษณะเช่นนี้เป็นอย่างยิ่ง

การที่พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถให้บริการซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยมีศาสตร์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจแล้ว การพยาบาลในลักษณะดังกล่าวยังทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้พัฒนาความสามารถในเชิงวิชาชีพ ก่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความพึงพอใจในวิชาชีพการพยาบาลมากยิ่งขึ้น และเป็นการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นด้วย

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกระดุกสันหลัง ตามรายละเอียดในแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนนี้ เป็นสิ่งที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เพราะการที่พยาบาลห้องผ่าตัดจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยนี้ สามารถที่จะแบ่งเวลาไปเยี่ยมได้ในช่วงเวลาว่างซึ่งอาจเป็นช่วงเช้าหรือบ่ายก็ได้ นอกจากนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละคนก็จะรับผิดชอบดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องที่ตนปฏิบัติงานอยู่ประจำเท่านั้นไม่ได้จำเป็นต้องเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นแม้ว่างานที่ห้องผ่าตัดจะยังไม่เสร็จสิ้นลง แต่พยาบาลห้องผ่าตัดก็สามารถผลัดเปลี่ยนกันไปเยี่ยมผู้ป่วยได้ สำหรับในโรงพยาบาลที่มีการกำหนดให้การเริ่มผ่าตัดกระทำได้ไม่เกินเวลา 14.00-15.00 น. และกำหนดให้มีการนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นนโยบายสำคัญของการบริการของพยาบาลห้องผ่าตัด ก็จะเป็นสภาพการณ์เอื้อต่อการนำการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้มากยิ่งขึ้น

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้กับผู้ป่วยขณะที่รอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดนั้น แม้ว่าจะมีความคล้ายคลึงกับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่ให้กับผู้ป่วย แต่การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ที่หอผู้ป่วยและได้ให้การพยาบาลบางส่วนไปแล้ว ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถใช้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยคอยผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่องจากที่ได้ให้ไว้แล้วที่หอผู้ป่วยได้ทันที โดยไม่ต้องเสียเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นไปในการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินผู้ป่วย ดังเช่นการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากกิจกรรมการพยาบาล

ของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเต็มที่

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้ป่วย ตัวพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรที่จะดำเนินการบริหารจัดการในการที่จะทำให้บุคลากรทุกฝ่ายตระหนักในความสัมพันธ์ของการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน และสนับสนุนให้มีการนำการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ในหน่วยงาน รวมทั้งควรสนับสนุนให้มีการศึกษาและนำทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมาใช้ในการพยาบาลประเภทอื่น ๆ ด้วย

อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถกล่าวได้ว่าการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประเภทอื่น ๆ และผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ จะได้ผลเป็นอย่างไรจึงควรมีการทำวิจัยในเรื่องนี้ต่อไป

จากผลการวิจัยและการอภิปรายผลตามที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 สำหรับผู้บริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาหาวิธีการกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกฝ่ายเห็นความสำคัญของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลก่อนผ่าตัด และสนับสนุนการนำการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

1.2 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลห้องผ่าตัดควรจะมีการนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยซึ่งใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นแนวคิด มาใช้ร่วมกัน เพื่อที่จะสามารถลดเวลาในการทำงานที่ซ้ำซ้อน ทั้งในการประเมินสภาพผู้ป่วยและในการให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1.3 พยาบาลห้องผ่าตัดควรจะนำแผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไปกระตุกสั่งหลังตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลก่อนผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

1.4 การจัดหลักสูตรการเรียนการสอน ควรมีการนำการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนี้ ไปเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งจะทำให้นักศึกษาเข้าใจถึงการพยาบาลผ่าตัดที่มีคุณภาพ และสามารถพัฒนาทักษะของนักศึกษาในการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

2.1 ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนใน

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล ความตระหนักในคุณค่า
ของตนเองของพยาบาล และความสามารถในเชิงวิชาชีพทางการพยาบาล

2.2 ความมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนใน
การพยาบาลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด