

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีรูปแบบของการวิจัยแบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มียายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีกระดูกสะโพกหัก ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสามัญออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (purposive sampling) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหักครั้งแรก ไม่เป็นมะเร็งในระยะที่ลุกลามไปกระดูก ไม่มีการหักของกระดูกในหลายตำแหน่ง และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. มีสถานะจิตปกติ โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป
3. ก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหักสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา
4. สามารถเข้าใจภาษาไทย และสื่อสารได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การประมาณโดยกำหนดค่าอำนาจการวิเคราะห์ (power) ที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และมีขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .60 ซึ่งเป็นขนาดของความสัมพันธ์ในระดับปานกลางที่สามารถใช้ศึกษาให้เห็นผลการวิจัยทางคลินิกที่ชัดเจนสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล (Burns & Grove, 2005) จากการเปิดตาราง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 คน รวมเป็น 28 คน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน จัดกลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และ 15 คนต่อมาจัดให้เข้ากลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัย ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จ ก่อนทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย

1. มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด
2. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เช่น มีการตกเลือดหลังผ่าตัด มีการติดเชื้อของร่างกาย มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 หมวด ประกอบด้วย การรับรู้ (orientation) การจดจำ (registration) ความใส่ใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) การให้คะแนน จะให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกแต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน กำหนดเกณฑ์มาตรฐานคือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนนเป็นผู้ที่มีสมรรถภาพสมองดี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King, 1981) ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ที่ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินและการวินิจฉัยปัญหา (assessment and diagnosis) โดยพยาบาลเข้าไปแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจ พยาบาลและผู้ป่วยสูงอายุ กระตุกสะโปกหัก มีการพูดคุยสร้างปฏิสัมพันธ์ เพื่อการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ และปัญหาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันนี้ มีการประเมินกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะประเมินความต้องการ และความคาดหวังของตนเกี่ยวกับกิจกรรมและความรู้ในการส่งเสริมการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแผลผ่าตัด ขณะเดียวกันพยาบาลประเมินปัจจัยที่ผลการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเพื่อให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องของทั้งสองฝ่าย

2. การกำหนดปัญหา พยาบาลรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมิน และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ตลอดจนปัญหาอื่นๆที่ผู้ป่วยตระหนัก ส่วนการกำหนดวิธีแก้ไขปัญหานั้นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเป้าหมายของพยาบาล กระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายของตนเอง เมื่อพบว่าเป้าหมายของพยาบาลกับผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน จะต้องร่วมกันพิจารณาเพื่อหาเป้าหมายที่เป็นไปได้

2.2 การร่วมกันเสนอวิธีในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ พยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการระบุวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม และเป็นไปได้ รวมทั้งเอื้ออำนวยให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อปัญหานั้นในทางที่ดีขึ้น ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถระบุวิธีที่จะช่วยแก้ไขได้

2.3 พยาบาลกับผู้ป่วยร่วมกันเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหานั้นที่ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นสอดคล้องกัน

3. การปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย (transaction) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้ตกลงเลือก ร่วมกันตามบทบาทของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การจัดการกับอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

4. การประเมินว่ามีการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยพยาบาลกับผู้ป่วยมีการประเมินผลการปฏิบัติร่วมกันว่าสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จต้องมีการพิจารณาว่าอะไรคืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาวิธีจัดอุปสรรคนั้น แล้วมีการประเมินซ้ำ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ชนิดของกระดูกหัก และชนิดของการผ่าตัด

3.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่พิกุล วิญญาเงือก (Vinya-nguag, 1989) ได้แปลและประยุกต์จากดัชนีชี้วัดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery Index) ของจอห์นสันและคณะ

(Johnson, Rice, Fuller, & Endress, 1978) ร่วมกับเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยดัชนีบ่งชี้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้

3.2.1 แบบวัดอาการปวดแผลผ่าตัด ใช้แบบวัดอาการปวดแผลผ่าตัดของพิกุล วิญญาเงือก (Vinya-Nguag, 1989) ที่แปลจากแบบวัดอาการปวดของจอห์นสัน (Johnson, 1973) แบ่งการรับรู้อาการปวดออกเป็น 2 มิติ คือ การรับรู้ความรู้สึกอาการปวดทางร่างกาย (sensory components) และการรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานเนื่องจากอาการปวด (distress components) การประเมินอาการปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานนี้ ใช้มาตรวัดระบบตัวเลข โดยใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แทนคะแนนความรู้สึกปวด และความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกปวด หรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดเลย คะแนน 10 หมายถึง มีความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด หรือมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดมากที่สุด การประเมินความปวด และความทุกข์ทรมาน เป็นการให้ผู้ป่วยบอกเป็นคะแนนตามหมายเลขที่กำหนดให้บนเส้นตรง ให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้ป่วย โดยให้คิดถึงอาการปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากอาการปวดแผลผ่าตัดตลอดวันที่ผ่านมา

3.2.2 แบบบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด หรือปริมาณการใช้ยาแก้ปวด เป็นการจดบันทึกปริมาณยา และจำนวนครั้งของการได้รับยา ที่ได้รับตามแผนการรักษา ทั้งยาแก้ปวดชนิดฉีดและรับประทาน จากใบบันทึกการพยาบาล จำนวนครั้ง และปริมาณการใช้ยานี้จะบันทึกในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3

3.2.3 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นการจดบันทึกจำนวนภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บันทึกจากการสำรวจรายงานบันทึกการรักษาของแพทย์ และรายงานการบันทึกทางการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม แพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้วินิจฉัย ส่วนการเกิดแผลกดทับพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัย จากการสังเกตไม่ว่าจะเกิดในระดับใดก็ตาม

3.2.4 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินความสามารถด้านการกระทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของบาร์เทล (Barthel Index) ที่สร้างโดยบาร์เทลและมาโฮนี (Barthel & Mahoney, 1965) เพื่อใช้วัดระดับความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ของสุทธิชัยและคณะที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, และชาห์ อิบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล

ได้ง่ายและชัดเจน เหมาะสมที่จะใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุของไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาการขึ้นลงบันไดการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

การประเมินผล โดยการสังเกต การสอบถาม และให้คะแนนตามระดับความสามารถตามลำดับดังนี้

กิจกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล และการอาบน้ำเช็ดตัว ประเมิน 2 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้ ให้ 0 คะแนน

ระดับที่ 2 หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ให้ 1 คะแนน

กิจกรรมการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การขึ้นลงบันได การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ ประเมิน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้ ให้ 0 คะแนน

ระดับที่ 2 หมายถึง ต้องพึ่งพามบุคคลอื่นบ้าง ให้ 1 คะแนน

ระดับที่ 3 หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ให้ 2 คะแนน

กิจกรรมการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน และการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้มี 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้ ให้ 0 คะแนน

ระดับที่ 2 หมายถึง ต้องพึ่งพามบุคคลอื่นอย่างมาก ให้ 1 คะแนน

ระดับที่ 3 หมายถึง ต้องพึ่งพามบุคคลอื่นเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ระดับที่ 4 หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ให้ 3 คะแนน

การให้คะแนนแต่ละกิจกรรม มีดังนี้ การรับประทานอาหาร 2 คะแนน การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 3 คะแนน การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 3 คะแนน การสวมใส่เสื้อผ้า 2 คะแนน การอาบน้ำเช็ดตัว 1 คะแนน สุขวิทยาส่วนบุคคล 1 คะแนน การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 2 คะแนน การขึ้นลงบันได 2 คะแนน การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2 คะแนน การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2 คะแนน รวมทั้งหมด 20 คะแนน

3.2.5 แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด เริ่มนับจากวันแรกภายหลังผ่าตัด ไปจนถึงวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำนักรวจากเวชระเบียนของผู้ป่วยใน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (validity)

1. แผนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยผู้วิจัยนำแผนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ปริกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย 2 ท่าน พิจารณา ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำผลมาพิจารณาแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ขึ้น หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาก่อนใช้จริง

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, et al., 1994) ได้รับการทดสอบความตรงแล้ว โดยนำไปใช้ในกับผู้สูงอายุไทย ซึ่งได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา และได้มีการปรับปรุงแก้ไข จนมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประเมินผู้สูงอายุไทย ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ จึงจะไม่ทดสอบซ้ำอีก

การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, et al., 1994) ได้มีการหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยได้หาค่าความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ .79 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทย จำนวน 703 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อหาความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) โดยผู้วิจัย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ 1 ท่าน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ ค่าที่ได้เท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก่อนเริ่มการวิจัย ซึ่งการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และมีสิทธิที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุมัติเก็บข้อมูลการทำวิจัย
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ ออร์โธปิดิกส์ชายและหญิง หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. สืบหารายชื่อผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยพิเศษ ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. กลุ่มควบคุม
 - 4.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยหากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 4.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้ป่วย
 - 4.3 ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของแต่ละหอผู้ป่วย โดยปราศจากการจัดกระทำใดๆจากผู้วิจัย แต่ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 3 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่หนึ่ง ก่อนผ่าตัด 1 วัน ช่วงที่สอง หลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3 ช่วงที่สาม 1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในการเยี่ยมแต่ละครั้งจะเป็นการพูดคุยซักถามในเรื่องทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษา และเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการปวดแผลผ่าตัด จำนวนครั้ง และปริมาณการใส่ยาแก้ปวด

4.4 ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

5. กลุ่มทดลอง

5.1 ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 4.1-4.2 ในกลุ่มควบคุม

5.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้ทราบว่าผู้วิจัยจะเข้าพบและมีปฏิสัมพันธ์แบบมีจุดมุ่งหมาย อย่างน้อย 3 ครั้งก่อนการผ่าตัด และทุกวันภายหลังผ่าตัด จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะใช้เวลาในการให้การพยาบาลวันละประมาณ 40-60 นาที ขึ้นกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ในช่วงเวลา 16.00-20.00 น. โดยในแต่ละวันที่พบกันผู้วิจัยจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.2.1 การประเมินและการวินิจฉัยปัญหา (assessment and diagnosis) โดยพยาบาลเข้าไปแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจ พยาบาลและผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีการพูดคุยสร้างปฏิสัมพันธ์ เพื่อการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ และปัญหาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันนี้ มีการประเมินกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะประเมินความต้องการ และความคาดหวังของตนเกี่ยวกับกิจกรรมและความรู้ในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแผลผ่าตัด ขณะเดียวกันพยาบาลประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพื่อให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องของทั้งสองฝ่าย

5.2.2 การกำหนดปัญหา พยาบาลรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ตลอดจนปัญหาอื่นๆที่ผู้ป่วยตระหนัก ส่วนการกำหนดวิธีแก้ไขปัญหานั้นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

5.2.2.1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเป้าหมายของพยาบาล กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายของตนเอง เมื่อพบว่าเป้าหมายของพยาบาลกับผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน จะต้องร่วมกันพิจารณาเพื่อหาเป้าหมายที่เป็นไปได้

5.2.2.2 การร่วมกันเสนอวิธีในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ พยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการระบุนิ่ววิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม และเป็นไปได้

รวมทั้งเอื้ออำนวยให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อปัญหานั้นในทางที่ดีขึ้น ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถระบุวิธีที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

5.2.2.3 พยาบาลกับผู้ป่วยร่วมกันเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหาที่ทั้งสองฝ่าย มีความเห็นสอดคล้องกัน

5.2.3 การปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย (transaction) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้ตกลง เลือกร่วมกันตามบทบาทของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้แก่ การจัดการกับอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะ เกิดขึ้นเช่นการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบ ทางเดินปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

5.2.4 การประเมินว่ามีการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยพยาบาลกับผู้ป่วย มีการประเมินผลการปฏิบัติร่วมกันว่าสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จต้อง มีการพิจารณาว่าอะไรคืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาวิธีจัดอุปสรรคนั้น แล้วมีการประเมินซ้ำ

6. การรวบรวมข้อมูลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจะดำเนินการเช่นเดียวกันทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

6.1 ข้อมูลอาการปวดแผลในระยะหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะประเมินในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 ในเวลา 16.00-20.00 น. ของทุกวัน ผู้วิจัยจะสอบถามระดับความรุนแรง ของความรู้สึกปวดแผลกับความรู้สึกทุกข์ทรมานในรอบวันที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะบันทึกลงในแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

6.2 ข้อมูลปริมาณของยาแก้ปวดชนิดฉีด และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดชนิด รับประทาน ผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียนโดยจะทำการบันทึกในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดในเวลา 16.00-20.00 น. ของทุกวัน

6.3 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 ครั้ง ครั้งที่หนึ่ง ก่อนผ่าตัด 1 วัน ครั้งที่สอง 1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.4 ข้อมูลชนิดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะทำการสำรวจ และบันทึกจากเวชระเบียนหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.5 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะทำการสำรวจ และบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังจาก que ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของกระดูกสะโพกหัก ชนิดของการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐานบัญญัติ ได้แก่ ตัวแปร เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของกระดูกสะโพกหัก และชนิดของการผ่าตัด ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square) ฟิชเชอร์เอกแซกเทส (Fisher's exact test) และเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของตัวแปรอายุ ด้วยสถิติที (Independent t-test) คะแนนเฉลี่ยทดสอบสมรรถภาพสมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด ด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U Test)

2. เปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดแผลผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้วพบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยแยกวิเคราะห์ทั้งคะแนนอาการปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกรบกวนรำคาญจากอาการปวดแผลผ่าตัด

2.2 เปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด หลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U test) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้วพบการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U test) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้วพบการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

2.4 เปรียบเทียบจำนวนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U test) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้วพบการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

2.5 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้วพบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved