

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดและ การเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

สุปรีดา มั่นคง* Ph.D. (Gerontological Nursing)

จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี*** พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

สายพร รัตนเรืองวัฒนา* วท.ม.(พยาบาล)

ลัดดา พูนผลทรัพย์***วท.ม.

เปรมฤดี ปองมงคล** พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

ศยามล ตีภัย***วท.บ.(การพยาบาลและการผดุงครรภ์)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงขณะพักฟื้นตัวในโรงพยาบาลและพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรวมถึงการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 89 คู่ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คู่ ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการของแต่ละหอผู้ป่วย และกลุ่มทดลอง จำนวน 44 คู่ ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับรูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุเฉลี่ย 67.5 ปี และ 68.4 ปี ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวหรือบุตรชาย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยสูงอายุและญาติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ การผ่าตัด ความสามารถในการทำหน้าที่ การเตรียมพร้อมญาติ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**

ความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์ในปัจจุบันพบว่าโครงสร้างอายุคนไทยเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุ เป็นผลจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วนในระยะเวลาอันสั้น ในปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ ประมาณ 4 ล้านคนหรือราวร้อยละ 7 ในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุ เกือบ 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นเกือบ 11 ล้านคนหรือเท่ากับร้อยละ 17 ประมาณว่า 1 ใน 6 ของประชาชนไทยในตอนนี้จะเป็นผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพกลุ่มใหญ่ทั้งผู้สูงอายุปกติและเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้น มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 28 ของเตียงทั้งหมดทั่วประเทศ คิดเป็น 3 เท่าของจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ มีผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2527 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.1 ในปี พ.ศ. 2546 (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2546) เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุในแผนกศัลยกรรม พบว่าเพิ่มจากร้อยละ 33.43 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 41.85 ในปี พ.ศ. 2546 (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2546) ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย

มักมีปัญหาที่ซับซ้อนแตกต่างจากวัยอื่นเกิดกลุ่มอาการเฉพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะสับสนเฉียบพลัน แผลกดทับ อุบัติเหตุหกล้ม ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการผ่าตัดและการได้รับยาระดับความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงและใช้เวลานานในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นดัชนีวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความสามารถในการทำหน้าที่ประเมินได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เมื่อเจ็บป่วยเจ็บป่วย ในบางครั้งผู้สูงอายุก็สามารถปรับตัวชดเชยได้ แต่ในบางสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวชดเชย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ญาติเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้สูงอายุ การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดโดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือ เป็นการช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุและเป็นการเตรียมพร้อมญาติในการช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลที่บ้านก็ลดลง ซึ่งการมีส่วนร่วมของญาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการผ่าตัด และการฟื้นคืนสภาพปกติโดยเร็ว ดังนั้นพยาบาลควรมีรูปแบบ

การดูแลที่เฉพาะ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ป้องกันความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทฤษฎีและ/หรือแนวความคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มออกจากโรงพยาบาลในสภาวะที่ยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับความ

สามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้าโรงพยาบาล ถึงแม้จะเพิ่มขึ้นในขณะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ก็ยังต่ำกว่าก่อนเข้าโรงพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ชวลี แยมวงษ์, และสุวรรณี มหากายนันท์, 2539; วิริยะ สัมปทานกุล, 2542; สุปรีดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พงษ์ รอดจินดา, และสุนทรี เจริญวิทยกิจ, 2549) เมื่อความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัยอื่น (Covinsky et al., 2003) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล (วิภาวรรณ ชุ่ม, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุทธรังษะ, 2539) จากการศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2539) ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในแผนกอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่ได้รับการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้สูงอายุและญาติในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ (2538) ที่พบว่าการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีผลดีต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล แต่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

นอกจากนี้ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ถูกนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีความสำเร็จตามจุด

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

มุ่งหมายของคิง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าและมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hanucharunkui & Vinya-nguag, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของ ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ (2545) โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุ ญาติ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่ได้รับ และตระหนักถึงผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมยังมีผลลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล (สุมนา แสงมาโนช, 2541) ซึ่งเป็นผลดีทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ญาติผู้ดูแลก็ยังเป็นแหล่งประโยชน์และแรงสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ การเตรียมพร้อมของญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kneeshaw, Considine, & Jennings, 1999) และการเตรียมพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ดูแล (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990; Monkong & Messecar, 2004)

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดและมีสุขภาพดีขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่

ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ และช่วยลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งมีประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล การมีรูปแบบการพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น ทฤษฎีของโอเร็มที่มุ่งให้ผู้สูงอายุพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองหลังการผ่าตัด โดยให้ผู้สูงอายุและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้สามารถวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุหลังผ่าตัดออกจากโรงพยาบาลได้ในเวลาที่เหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด การเตรียมพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางคำนวณเพื่อหาขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าดังต่อไปนี้ $\alpha = .05$, power = .80, effect size = .60 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 รายต่อกลุ่ม ในการศึกษานี้ใช้ 45 รายต่อกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

สุปรดา มั่นคง และคณะ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 5 โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2549 ถึงเดือนมีนาคม 2550 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุ 90 ราย จำนวนญาติผู้ดูแล 90 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 45 ราย และกลุ่มทดลอง 45 ราย

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนและวิธีในการเก็บข้อมูล

	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง
ช่วงที่ 1	กลุ่มควบคุม 15 ราย	กลุ่มทดลอง 15 ราย	กลุ่มควบคุม 15 ราย
ช่วงที่ 2	กลุ่มทดลอง 15 ราย	กลุ่มควบคุม 15 ราย	กลุ่มทดลอง 15 ราย

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการของแต่ละหอผู้ป่วย
กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับรูปแบบการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลที่ให้ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วม เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยมีการดำเนินการดังนี้

ระยะเริ่มแรก

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุและค้นหาผู้ดูแลหลัก

ระยะดำเนินการ

1. ให้คำแนะนำและแจกคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ
2. ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด

ขั้นตอนและวิธีในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลสลับกลุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นระหว่างสองกลุ่มในระหว่างดำเนินการวิจัย (ตารางที่ 1)

3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล

ทุกวันหลังการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดังต่อไปนี้

3.1 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการฝึกหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารขา การเคลื่อนไหวร่างกาย และลุกเดิน (early ambulation) ตามคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

3.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ตามศักยภาพและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด

4. เตรียมพร้อมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นเรื่องการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามคู่มืออย่างต่อเนื่อง

**การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**

ระยะสิ้นสุด ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุ ความพร้อมของญาติก่อนกลับบ้านและความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการของแต่ละหอผู้ป่วย โดยปราศจากการจัดกระทำใดๆ ในระยะดำเนินการจากผู้วิจัย แต่ยังคงมีกิจกรรมในระยะเริ่มแรก และระยะสิ้นสุด หลังประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุ ความพร้อมของญาติก่อนกลับบ้านและความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลในระยะสิ้นสุดแล้ว ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำและคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการของแต่ละหอผู้ป่วย ร่วมกับการให้การพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุด

2. คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ซึ่งได้รับการตรวจสอบเนื้อหาในคู่มือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลศัลยกรรม 1 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การทำงาน โรคประจำตัว และยาที่รับประทาน เป็นประจำ

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด/การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และสถานที่อยู่อาศัยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (The Modified Activities of Daily Index, MBI) ถูกสร้างขึ้นโดย มาร์โฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) แปลเป็นภาษาไทยและปรับโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเนื่องจากกิจกรรมขึ้น-ลงบันได ไม่สามารถประเมินได้ในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงตัดออกเหลือ 9 กิจกรรม คะแนนอยู่ในช่วง 0-18 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล 3 ครั้ง ใช้ประเมินผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ขณะแรกกับ และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .51

4. แบบประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล ถูกสร้างขึ้นโดย อาร์ชโบลและสจวต (Archbold & Stewart, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (Wirojratana, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เพื่อประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ การหาข้อมูล การจัดการกับความเครียด การดูแลเพื่อให้เกิดความ

สุปรีดา มั่นคง และคณะ

พึงพอใจ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเกิต (Likert scale) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 32 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมาก ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง 89 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .88

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดซึ่งมันโร และคณะ (Munro, Jacobson, & Brooten, 1994) ปรับจากแบบวัดความพึงพอใจของลาโมนิกา (Lomonica/Orient Satisfaction Scale: LOPSS) มีข้อคำถาม 28 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 14

ข้อและเชิงลบ 14 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบลิเกิต (Likert scale) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 140 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความพึงพอใจมาก ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง 89 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93

6. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแล มีที่มาและลักษณะของข้อคำถามเช่นเดียวกับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาปรับเพื่อใช้ประเมินญาติผู้ดูแล คะแนนรวมสูงสุด 140 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความพึงพอใจมาก ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง 89 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .94

ตารางที่ 2 แผนผังการเก็บข้อมูล

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
แรกรับ	1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนเข้า รพ. และขณะแรกรับ	1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนเข้า รพ. และขณะแรกรับ
หลังผ่าตัด	การพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
ก่อนออกจาก รพ.	1.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนออกจาก รพ. 2.แบบประเมินความพร้อมของญาติ 3.แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ	1.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนออกจาก รพ. 2.แบบประเมินความพร้อมของญาติ 3.แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะ- แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุและ ญาติผู้ดูแล จำนวน 89 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คู่ (เนื่องจากได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน 1 คู่) และกลุ่มควบคุม 45 คู่ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี ค่าเฉลี่ย 67.9 ปี (SD = 5.99) โดยอายุเฉลี่ยผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลอง 68.4 ปี (SD = 6.24) และกลุ่มควบคุม 67.5 ปี (SD = 5.77) ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลเป็นบุตร ในกลุ่มทดลอง 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 และกลุ่มควบคุม 38 ราย คิด เป็นร้อยละ 84.4 จากการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ Fisher's Exact และสถิติที่ ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา

การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การมีโรคประจำตัว การใช้ยา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และญาติผู้ดูแล ยกเว้นเรื่องเพศของผู้ป่วยสูงอายุ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีผู้ป่วยสูงอายุชายมากกว่า หญิงในกลุ่มทดลอง แต่มีผู้ป่วยสูงอายุหญิงมากกว่าชาย ในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 47.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 33.4 ในกลุ่มควบคุม ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ โรคเมเร็ง ร้อยละ 56.8 และร้อยละ 35.6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มทดลอง คือ มะเร็งลำไส้ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ส่วนในกลุ่ม ควบคุมคือ นิ้วในท่อน้ำดี 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 และมะเร็งลำไส้ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.8 ผู้ป่วย สูงอายุมีการย้ายหอผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 38.6 และร้อยละ 37.8 ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3-29 วัน ค่าเฉลี่ย 9.81 วัน (SD= 6.07) ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นบ้าน ของผู้สูงอายุเองร้อยละ 72.7 และร้อยละ 73.3 ใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

สุปรีดา มั่นคง และคณะ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 89)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 44)		กลุ่มควบคุม (n = 45)		ค่าสถิติ
	จำนวน	%	จำนวน	%	
เพศ					
ชาย	29	65.9	20	44.4	$\chi^2 = 4.14$
หญิง	15	34.1	25	56.6	p = .04
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	2	4.6	5	11.1	Fisher's Exact = 7.32, p = .06
ประถมศึกษา	28	63.6	19	42.2	
มัธยมศึกษา	8	18.2	6	13.3	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	6	13.6	15	33.4	
การประกอบอาชีพ					
ทำงาน	11	25	12	26.7	$\chi^2 = .03$
ไม่ทำงาน	33	75	33	73.3	p = .86
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	10	22.7	8	17.8	$\chi^2 = .34$
คู่	34	77.3	37	82.2	p = .56
รายได้					
พอเพียง	39	88.6	43	95.6	Fisher's Exact = 1.51, p = .22
ไม่พอเพียง	5	11.3	2	4.4	
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
ตนสังกัด	31	70.5	25	55.6	$\chi^2 = 2.52$
ประกันสุขภาพ ประเภทอื่นๆ	5	11.3	10	22.2	p = .28
จ่ายเอง	8	18.2	10	22.2	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	15	34.1	12	26.7	$\chi^2 = .58$
มี	29	65.9	33	73.3	p = .45
ยาที่รับประทานเป็นประจำ					
ใช้ยา	27	61.4	30	66.7	$\chi^2 = .27$
ไม่ใช้ยา	17	38.6	15	33.3	p = .60
ญาติผู้ดูแล					
บุตร/คนอื่น	32	72.7	38	84.4	$\chi^2 = 1.82$
คู่สมรส	12	27.3	7	15.6	p = .18

**การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**

ความสามารถในการทำหน้าที่

ผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ตารางที่ 4) เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในช่วงแรกรับและก่อนออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยสูง

อายุในกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 มากกว่ากลุ่มทดลองซึ่งพบ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.6 แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในช่วงแรกรับและก่อนออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนเข้าโรงพยาบาล แกรับ และก่อนจำหน่าย (N = 89)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่								
	ก่อนเข้าโรงพยาบาล			แรกรับ			ก่อนจำหน่าย		
	Min-Max	M	SD	Min-Max	M	SD	Min-Max	M	SD
กลุ่มทดลอง (n = 44)	16-18	17.77	.48	16-18	17.70	.59	13-18	17.34	1.20
กลุ่มควบคุม (n = 45)	16-19	17.71	.59	12-18	17.49	1.08	13-18	17.24	1.10

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในช่วงแรกรับและก่อนออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 89)

การเปลี่ยนแปลง	กลุ่มทดลอง (n = 44)	กลุ่มควบคุม (n = 45)	ค่าสถิติ	p
ลดลง	6	10	Fisher's Exact = 1.57	.46
คงเดิม	37	33		
ดีขึ้น	1	2		

เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เรื่องการกระจายแบบปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายแบบไม่ปกติ แต่เมื่อทดสอบคุณสมบัติ homogeneity of regression across group พบว่า ขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้ารับการรักษาและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ค่า $F_{1,85} = .24$ ($p = .63$) และทดสอบความแปรปรวนของความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มด้วย Levene's test พบว่า ได้ค่า $F_{1,87} = .001$ ($p = .98$) สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในแต่ละกลุ่มมีค่าเท่ากัน (homogeneity of variance) ซึ่ง

สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้ารับการรักษาเป็นตัวแปรร่วม เมื่อทดสอบสมมติฐานอิทธิพลของตัวแปรร่วมได้ค่า $F_{1,86} = 14.55$ ($p < .001$) แสดงว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้ารับการรักษา มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ค่า $F_{1,86} = .05$ ($p = .83$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยใช้คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้ารับการรักษาเป็นตัวแปรร่วม (N = 89)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	.051	1	.015	.05	.83
ตัวแปรร่วม	15.363	1	15.363	14.55	<.001
ความคลาดเคลื่อน	90.834	86	1.056		
รวม	26719.0	89			

**การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**

การเตรียมพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุ

คะแนนความเตรียมพร้อมของญาติในการดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนการเตรียมพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ด้วยสถิติ (N = 89)

กลุ่มตัวอย่าง	การเตรียมพร้อมของญาติ			
	Min-Max	M	SD	t
กลุ่มทดลอง (n = 44)	11-32	23.48	5.42	-2.97*
กลุ่มควบคุม (n = 45)	12-32	20.44	4.11	

*p < .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่า ญาติ
ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความพร้อมมากกว่าญาติผู้ดูแล
ในกลุ่มทดลองทุกข้อ ข้อที่ญาติผู้ดูแลตอบว่ามีความ
พร้อมมากที่สุด คือ ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการดูแล
ผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง
เท่ากับ 3.25 (SD = .75) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ

สถิติ (t-test) เปรียบเทียบคะแนนความเตรียมพร้อม
ของญาติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ (t = 2.97, p<.05) (ตารางที่ 7)

2.76 (SD = .80) ส่วนข้อที่ญาติผู้ดูแลตอบว่ามี
ความพร้อมน้อยที่สุด คือ ท่านคิดว่ามีความพร้อมใน
การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล
ผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง
เท่ากับ 2.64 (SD = .99) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ
2.29 (SD = .76) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 89)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n = 45)		กลุ่มควบคุม (n = 44)	
	M ± SD		M ± SD	
1. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน	3.11 ± .81		2.67 ± .80	
2. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน	3.02 ± .76		2.6 ± .75	
3. ท่านคิดว่ามีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแล ให้กับผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน	2.70 ± .93		2.58 ± .94	
4. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้สูง อายุมากน้อยเพียงใด	2.64 ± .99		2.29 ± .76	
5. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจทั้งต่อตัวตนเอง และผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด	3.05 ± .78		2.69 ± .63	
6. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด	2.84 ± 1.01		2.40 ± .84	
7. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทาง โรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด	2.86 ± .93		2.47 ± .79	
8. ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด	3.25 ± .75		2.76 ± .80	

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

เนื่องจากคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ดังนั้น จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุด

เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม คือ ท่านจะกลับมาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 4.66 (SD = .71) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.58 (SD = .92) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจน้อยที่สุดในกลุ่มทดลอง คือ พยาบาลควรมีความละเอียดรอบคอบมากกว่านี้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.39 (SD = 1.2) ในกลุ่มควบคุม คือ ท่านสามารถระบายความรู้สึกกับพยาบาลได้เมื่อต้องการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (SD = 1.2)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (N=89)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความพึงพอใจ		
	Median	Range	Mann-Whitney U
กลุ่มทดลอง (n = 44)	117.50	88-140	716.5*
กลุ่มควบคุม (n = 45)	112.0	60-134	

*p < .05

คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ สถิติที่ (t-test) เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.60, p<.05) โดยคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 10) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุด

เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม คือ ท่านจะกลับมาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ คะแนนเฉลี่ย ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 4.66 (SD = .57) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.42 (SD = .92) ส่วนข้อที่ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจน้อยที่สุดในกลุ่มทดลอง คือ พยาบาลควรมีความละเอียดรอบคอบมากกว่านี้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.52 (SD = 1.34) ในกลุ่มควบคุม คือ ท่านสามารถระบายความรู้สึกกับพยาบาลได้เมื่อต้องการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (SD = 1.2)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ (N=89)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความพึงพอใจ			
	Min-Max	M	SD	t
กลุ่มทดลอง (n = 44)	88-140	117.00	13.64	-2.60*
กลุ่มควบคุม (n = 45)	61-136	108.58	16.75	

*p < .05

**การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มใช้บริการสุขภาพกลุ่มใหญ่ทั้งบริการสุขภาพในชุมชนและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (functional decline) ขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลงจากการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2539; วิริยะ สัมปทานกุล, 2542; สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2549; Covinsky et al., 2003; Wakefield & Holman, 2007) ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามวัย ภาวะของการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรงมากขึ้น และจากการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การผ่าตัด การนอนพักรักษาตัวบนเตียงในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากสิ่งแวดล้อมและกฎเกณฑ์ในโรงพยาบาล ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลง (Creditor, 1993; Graf, 2006; Wakefield & Holman, 2007) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง 6 ราย ในกลุ่มควบคุม 10 ราย เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแลมีส่วนช่วยป้องกันความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลและช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการเคลื่อนไหวสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ

หลังการผ่าตัด นอกจากเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ และปอดแฟบ เป็นต้น ยังเป็นการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุตามศักยภาพ ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยสูงอายุได้รับข้อมูลและการแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ส่วนในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับรูปแบบการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งเป็นผลดีแก่ตัวผู้ป่วยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของ ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ (2545) พบว่าการกระตุ้นให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้านในระดับที่ดี ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกราย

ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเมื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ขณะแรกรับพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ขณะแรกรับในระดับดีมาก ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นผู้ที่แพทย์

นัดมาผ่าตัดและได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย ก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับดี สามารถช่วยเหลือตนเองใน กิจกรรมประจำวันได้ดี จึงฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้ดี

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในช่วงผู้สูงอายุระยะต้น มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 68.4 ปี และ 67.5 ปี ตามลำดับ ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่ม ทดลอง คือ มะเร็งลำไส้ ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่และ ต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ส่วน ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบมากในกลุ่มควบคุม คือ นิ้วใน ท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งใช้ระยะเวลาในการฟื้นสภาพ น้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุทั้งสองกลุ่ม สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวันได้ดี ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เล็กน้อยในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 17.34 ($SD = 1.10$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 17.24 ($SD = 1.11$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โควินสกี และคณะ (Covinsky et al., 2003) ที่พบว่า อายุยิ่งมากขึ้นการ ฟื้นฟูสภาพระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยิ่งยาก มากขึ้นและใช้เวลานานขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีความ สามารถในการทำหน้าที่ลดลงระหว่างพักรักษาตัวและ ในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงมา ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยสามารถฟื้นฟูสภาพหลังการ ผ่าตัดได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งต้องใช้เวลานาน ในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด จากการศึกษาครั้งนี้ยัง สนับสนุนว่าความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้ารับ การรักษามีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำ หน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

การที่ผู้สูงอายุจะพึ่งพาตนเองได้นั้นมีความ เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้สูงอายุจะ มีความสุขสบายเท่าที่ยังสามารถเคลื่อนไหวและ สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้อง พึ่งพา การที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลลดลง เมื่อเทียบกับ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุทั้งสองกลุ่ม ต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อ ที่บ้านและยังต้องการการดูแลต่อเนื่องจำนวนวันนอน ที่ผู้ป่วยสูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของทั้งสอง กลุ่มไม่แตกต่างกัน คือ 9.68 วัน ในกลุ่มทดลอง และ 9.93 วัน ในกลุ่มควบคุม ซึ่งสั้นกว่าจำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน แผนกศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์ ในปี พ.ศ.2547 ซึ่งเท่ากับ 11.07 วัน (พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ, 2550) และสั้นกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วย สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด และพักรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติในปี พ.ศ. 2549 เท่ากับ 11.89 วัน (หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2549) จะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลนั้นสั้นลง การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็น สิ่งที่สำคัญและจำเป็น ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับคู่มือที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยที่กลุ่มทดลองได้รับคู่มือตั้งแต่แรกกับร่วมกับมี พยาบาลติดตามดูแลให้คำแนะนำตามคู่มือ กระตุ้น ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุ มีโอกาสพบทวน และปฏิบัติตามคู่มือตั้งแต่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือ ก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพ ต่อที่บ้าน ดังนั้น ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม ได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการรักษาพยาบาล เช่น ทำแผล ดูแลงูเปิดทางหน้าท้อง ดูแลสายระบาย ที่ออกจากแผลผ่าตัด เป็นต้น

รูปแบบการพยาบาลที่คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาและสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มตอบว่ามีความพร้อมน้อยที่สุด คือ ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากน้อยเพียงใด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นรูปแบบการพยาบาลที่จะช่วยลดความเครียดจากการดูแลจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น

ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บูล และคณะ (Bull, Hansen, & Gross, 2000) ที่พบว่า การรับรู้การดูแลอย่างต่อเนื่องและความเตรียมพร้อมในการดูแลหลังการจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการย้ายหอผู้ป่วยระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 38.6 และร้อยละ 37.8 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ การย้ายหอผู้ป่วยแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว อย่างไรก็ตาม จากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุดเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม คือ ท่านจะกลับมาที่โรงพยาบาลแห่งนี้

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุและประเมินความพร้อมของญาติ เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นไปอย่างราบรื่น ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล วางแผนการประสานงานร่วมมือกัน เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้ใช้บริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากการดูแลระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง การดูแลอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ตลอดจนบุคคลหลายๆ ฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Bull & Robert, 2001; Naylor et al., 1999) ถึงแม้ในการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเตรียมพร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน และทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ แต่ในบริบทของการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยสูงอายุ

และญาติผู้ดูแลเฉพาะในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาจจะยังไม่เพียงพอ การติดตามประเมินในช่วงหลังออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วง 2 อาทิตย์แรกของการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของทั้งผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นในการติดตามประเมินผล ดังนั้นอาจต้องพิจารณาเพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีเป้าหมายที่จะรักษา คงไว้ ส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความจำเป็นในการทำนวย การจัดการ และการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ผู้สูงอายุต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รูปแบบการพยาบาลที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อปกป้องรักษาสุขภาพ พึ่งพาตนเองได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ญาติผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทั้งในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน โดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือ เป็นการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ป้องกันความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลง

ขณะเจ็บป่วย และพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ และเป็นการเตรียมพร้อมญาติในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ นอกจากนี้ ความเครียดของญาติผู้ดูแลก็เป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและมีแนวทางให้ความช่วยเหลือ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะบางประการ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลผู้สูงอายุในการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรวมถึงการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในครั้งต่อไป การเลือกกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของผู้สูงอายุ เช่น อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุระยะกลาง (frail elderly) หรือผู้สูงอายุระยะท้าย (oldest old) และผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับก่อนเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุและเตรียมพร้อมญาติในการดูแล นอกจากนี้การเพิ่มการติดตามประเมินผลในช่วงที่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลกลับไปอยู่ที่บ้านก็เป็นสิ่งที่จำเป็น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อวางแผนการฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน และประเมินผลลัพธ์ ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ เกิดผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ และญาติผู้ดูแล

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด และการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ประเภท Health Service Research ประจำปีงบประมาณ 2549 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.นพ. ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย ที่ปรึกษาโครงการวิจัยครั้งนี้ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ มาลาธรรม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา, สุภาณี กาญจนจารี, สุมาลี กิตติภูมิ, วาธินี คัชมาตย์, และสุภาพ อาอีเอื้อ (2550). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 13(2), 164-180

ประคอง อินทรสมบัติ, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สิรินทร ฉันทศิริ กาญจน, ขวลิ แยมวงษ์, และสุวรรณี มหาภยนันท์. (2539). ผลของการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2(3), 4-15.

ประณีต ส่งวัฒนา, ชนิษฐา นาคะ, ไข่มพัตร์ มณีวัต, แฉ่งน้อย ม่วงแก้วงาม, อรุณรัตน์ นฤบาล, และ สายพิน ปานบำรุง. (2545). การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 22(2), 41-58.

วิภาวรรณ ชะอุ่ม, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒินะ. (2539). ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2(3), 16-25.

วิริยะ สัมปทานกุล. (2542). ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. ใน *ชั้นฤทัย กาญจนจิตรรา และคณะ (บก.), สุขภาพคนไทย 2550*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมนา แสงมาโนช. (2541). ผลของการส่งเสริมให้ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก สะโพกหักที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปริดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรดิลาพันธ์, พจณี รอดจินดา, และสุนทรี เจียรวิทยกิจ. (2549). ความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 12(3), 318-333.

หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2546). สถิติทั่วไป พ.ศ.2546. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2549). สถิติผู้ป่วยใน ภาควิชาศัลยศาสตร์ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

Archbold, P. G., & Stewart, B. J. (1986). *Family caregiving inventory*. Unpublished manuscript, School of Nursing, Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University, Portland.

- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiving role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 76-87.
- Bull, M. J., & Robert, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118(3), 219-223.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-68.
- Hanucharunkui, S., & Vinya-nguag, P. (1991). Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery and satisfaction with care. *Nursing Science Quarterly*, 4(1), 14-20.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Ageing*, 23, 97-101.
- Kneeshaw, M. F., Considine, R. M., & Jennings, J. (1999). Mutuality and preparedness of family caregivers for elderly women after bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 12(3), 128-135.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965) Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Monkong, S., & Messecar, D. (2004). Psychometric analysis of Family Care Actions Index (FCAI) in the Thai population. *Thai Journal of Nursing Research*, 8(3), 192-206.
- Munro, B. H., Jacobsen, B. S., & Brooten, D. A. (1994). Re-examination of the psychometric characteristics of the La Monica Oberst Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing and Health*, 17, 119-125.
- Naylor, M., Brroten, D., Campbell, R., Jacobson, B. S., Mesey, M. D., Pauly, M. V., et al. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trail. *Journal of the American Medication Association*, 281(7), 613-620.
- Wakefield, B. J., & Holman, J. E. (2007). Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 161-177.
- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory*. Unpublished doctoral dissertation, Oregon Health & Science University, Portland.

A Program for Improving Post-Operative Functional Ability of Older Patients and their Caregivers' Preparedness

Supreeda Monkong* Ph.D. (Gerontological Nursing)

Saiporn Ratanaruengwatana* M.S. (Nursing)

Premrudee Pongmonkol** M.N.S. (Nursing Administration)

Jirapee Soonthornkul Na Chonburi*** M.N.S. (Adult Nursing)

Ladda Poonponsupp*** M.S.

Sayamon Deeying*** B.N.S. (Nursing and Midwifery)

Abstract: The purpose of the study was to prevent functional decline during hospitalization and improve functional ability of post-operative older patients, and prepare caregivers for taking care of their older patients at home. Subjects were recruited from three surgical units at the university hospital. The total sample (N= 89) consisted of the control group (n = 45) and the experimental group (n = 44). The control group was treated with the usual care provided in the surgical units while the experimental group was treated with the usual care and caregivers' participation in taking care of the older patients. The mean age of older patients in the control group was 67.5 years; however that of older patients in the experimental group was 68.4 years. Most caregivers were the older patients' daughters or sons. The results showed that in the analysis of the student-t test, the mean score of the caregivers' preparedness in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($p < .05$). In addition, the mean score of the older patients and their caregivers' satisfaction in the experimental group were significantly higher than that in the control group ($p < .05$). However, there was no difference in older patients' functional status between these two groups. The findings support the effectiveness of the intervention program for older patients and their caregivers' satisfaction and caregivers' preparedness for continuity of care at home.

Keywords: Older patients, Surgery, Functional ability, Caregivers' preparedness

*Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Head Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Professional Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University