

## การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย Development of integrated care model for patients undergoing spine surgery in Operating Room, Sukhothai hospital

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

จินดา ทองคมขำ<sup>1</sup>  
Jinda Thongcomkam<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย ดำเนินการเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแบบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 15 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 32 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบการดูแลแบบบูรณาการ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test,  $\chi^2$  test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า แบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบบูรณาการ การดูแลระหว่างผ่าตัดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น  $18.6 \pm 2.4$  คะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น  $78.9 \pm 6.2$  คะแนน อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดลดลงเป็น 2.18% อุบัติการณ์แผลกดทับลดลงเป็น 3.85% อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลงเป็น 0.96% ระยะเวลาฟื้นตัวลดลงเป็น  $3.1 \pm 1.2$  วัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น  $8.9 \pm 0.8$  คะแนน อัตราการเตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.8 และอัตราการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.45, 9.82, 4.23, 5.67, 2.89, 3.45, 6.78, \chi^2 = 6.75, 6.85$  ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** แบบการดูแลแบบบูรณาการ, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, พยาบาลห้องผ่าตัด

### Abstract

This study was action research utilizing both qualitative and quantitative approaches, aimed at developing an integrated care model for spine surgery patients in the operating room at Sukhothai Hospital. The study was conducted from October 2024 to September 2025, spanning 12 months. The sample for model development comprised 15 registered nurses, while the quantitative sample for model evaluation included 32 spine surgery patients. Research instruments consisted of an integrated care model, general information questionnaires, nursing care knowledge assessment tools, care behavior evaluation forms, satisfaction questionnaires, and quality indicator recording forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test,  $\chi^2$  test), while qualitative data underwent content analysis.

The findings revealed that the developed care model comprised six core components: comprehensive preoperative patient assessment and preparation, intraoperative care with safety standards, systematic complication prevention, multidisciplinary team coordination, continuous monitoring and evaluation, and ongoing staff development. Following model implementation, nurses' knowledge of spine

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย

surgery patient care increased to  $18.6 \pm 2.4$  points, care behaviors improved to  $78.9 \pm 6.2$  points, surgical postponement incidents decreased to 2.18%, pressure ulcer incidence reduced to 3.85%, surgical site infection rates dropped to 0.96%, recovery time shortened to  $3.1 \pm 1.2$  days, patient satisfaction increased to  $8.9 \pm 0.8$  points, complete patient preparation rates rose to 93.8%, and standard care compliance improved to 90.6%. All improvements were statistically significant at  $p < 0.05$  ( $t = 8.45, 9.82, 4.23, 5.67, 2.89, 3.45, 6.78; \chi^2 = 6.75, 6.85$ , respectively).

**Keywords:** integrated care model, spine surgery, operating room nursing, patient safety

## บทนำ

โรคกระดูกสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุทำให้กระดูกสันหลังหักหรือเกิดจากความเสื่อมของหมอนรองกระดูก ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลัง และขาอ่อนแรงส่งผลให้เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก รบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพและคุณภาพชีวิตลดลง การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน<sup>1</sup> ถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ชนิดหนึ่งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับกระดูกสันหลัง โดยการเอาสิ่งที่กดทับรากประสาทไขสันหลังออก ทำให้รากประสาทเส้นนั้นเป็นอิสระไม่ถูกกดทับ หรือการผ่าตัดเพื่อรักษาอาการบาดเจ็บ แก้อาการผิดปกติของกระดูกสันหลัง ช่วยจัดแนวกระดูกสันหลังให้ตรง เพิ่มความมั่นคงและความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยใช้วัสดุยึดตรึงภายในกระดูก ผลดีของการผ่าตัดคือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด แก้อาการพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด<sup>2</sup>

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จากสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังปี 2024 ทั่วโลก มีการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 2.5 ล้านรายต่อปี<sup>3</sup> ทวีปเอเชีย มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 600,000 รายต่อปี โดยประเทศที่มีจำนวนการผ่าตัดสูงสุดได้แก่ ญี่ปุ่น จีน และอินเดีย<sup>4</sup> ประเทศไทยพบมีการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 15,000 รายต่อปี<sup>5</sup> ถึงแม้ว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่มี

ประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง แต่จัดเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การจัดทำในการผ่าตัด การผ่าตัดที่ใช้เวลานาน แผลผ่าตัดขนาดใหญ่และลึกถึงบริเวณเส้นประสาท ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยถ่วงกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน และต้องมีการเจาะกระดูกสันหลังเพื่อทำการใส่วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกสันหลังทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย โรงพยาบาลที่ให้บริการต้องมีแพทย์และพยาบาลที่มีเชี่ยวชาญเฉพาะทางการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุโขทัยที่มีศัลยแพทย์เฉพาะทางการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 2 คน จากสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย ปี 2565 - 2567 จำนวน 124, 132 และ 156 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ<sup>5</sup>

การบริการทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดเป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ รวมถึงการประสานงานในทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี และทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมผ่าตัดที่มีบทบาทให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัด<sup>6</sup> พยาบาลห้องผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการแพทย์แล้วยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดและมีความชำนาญเฉพาะด้านการใช้เครื่องมือผ่าตัดร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ในขณะเดียวกันก็ต้อง

ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด<sup>7</sup> จากการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์และอุบัติการณ์ของห้องผ่าตัดในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่ามีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดมากเป็นอันดับที่ 1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดปี 2565-2567 ร้อยละ 4.47, 5.01 และ 6.41 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ร้อยละ 2.5, 2.77 และ 3.35 ตามลำดับ<sup>8</sup> จากการศึกษาสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม พบว่ามีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีไข้ เป็นต้น และไม่พร้อมทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด เป็นต้น และจากการทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ผ่านมาของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดแผลกดทับบริเวณหน้าอกจากการจัดท่าคว่ำ ในปี 2567 จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.53<sup>8</sup> และอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ปี 2565 - 2567 ร้อยละ 0.8, 0 และ 2.61 ตามลำดับ<sup>9</sup> รวมทั้งห้องผ่าตัดมีแนวทางการปฏิบัติงานไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ไม่มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน โดยการใช้ทฤษฎีการพยาบาลแบบบูรณาการ<sup>9</sup> และมาตรฐานงานห้องผ่าตัดเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>10</sup> เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกระบวนการในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย โดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งระยะก่อน

ผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย

### วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) และเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ร่วมด้วย ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

**ประชากร** เชิงคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 18 คน เชิงปริมาณ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 60 คน ที่มารับบริการในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

**กลุ่มตัวอย่าง** เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 15 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 32 คน เปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา

รูปแบบ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power Version 3.1.9.2

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากแพทย์ที่โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน หรือมีผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและให้ความช่วยเหลือได้ มีสภาพร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินได้ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานในงานห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี มีใบประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุและมีสถานะการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full-time) ในห้องผ่าตัด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นประจำ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง มีความสมัครใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลใหม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การฝึกอบรม และการประเมินผลได้อย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามหรือให้ข้อมูลได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ไม่สามารถตอบ

แบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ และพยาบาลวิชาชีพที่มีแผนลาออกหรือโยกย้ายออกจากหน่วยงานในระหว่างระยะเวลาการวิจัย

#### เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ระยะเวลา 12 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาปัญหา ระยะการพัฒนาแบบ ระยะการใช้รูปแบบ และระยะการประเมินผลและติดตาม 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาล 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล 6) แบบบันทึกการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแล ตัวชี้วัดคุณภาพ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลใช้ Paired t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินการรูปแบบการดูแลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย

#### จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ห่องผ่าตัดโรงพยาบาลสุโขทัย

**1.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง** จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 มีอายุระหว่าง 50-65 ปี ร้อยละ 43.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานบริษัท ร้อยละ 43.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-25,000 บาท ร้อยละ 46.9 มีอาการปวดหลังมาแล้ว 1-3 ปี ร้อยละ 40.6 ได้รับการผ่าตัดประเภท Lumbar Fusion ร้อยละ 53.1 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 62.5 โดยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่

**1.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ** จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 53.3 มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด 3-7 ปี ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน ร้อยละ 46.7

**1.3 สถานการณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง** พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย  $14.2 \pm 3.1$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย  $5.8 \pm 1.2$

คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระหว่างผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย  $4.1 \pm 1.4$  คะแนน) และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย  $4.3 \pm 1.6$  คะแนน)

**1.4 สถานการณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง** พยาบาลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย  $62.4 \pm 8.7$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย  $16.8 \pm 2.1$  คะแนน) การจัดทำผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย  $14.3 \pm 2.6$  คะแนน) การป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย  $15.2 \pm 1.9$  คะแนน) การดูแลความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย  $12.1 \pm 2.4$  คะแนน) และการบันทึกและรายงานอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย  $4.0 \pm 1.3$  คะแนน)

**1.5 สถานการณ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย** จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี พบว่า อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ร้อยละ 6.41 อุบัติการณ์แผลกดทับจากการจัดทำ ร้อยละ 11.53 อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 2.61 ระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเฉลี่ย  $4.2 \pm 1.8$  วัน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล  $7.3 \pm 1.2$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

**1.6 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ** จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน พบปัญหาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้และทักษะ พบว่าขาดความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2) ด้านแนวทางการปฏิบัติ พบว่าไม่มีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานและไม่มีการประสานงานระหว่างทีม 3) ด้านการจัดการความเสี่ยง พบว่าขาดการประเมินความเสี่ยงที่เป็นระบบและการติดตามที่ต่อเนื่อง 4) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พบว่าขาดอุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสม



และ 5) ด้านการสื่อสารและประสานงาน พบว่า  
ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมดูแล

## 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด กระดูกสันหลังแบบบูรณาการ

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัย  
และทีมงานได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ  
ผู้เชี่ยวชาญ และผู้บริหาร ผ่านการจัดประชุมเชิง  
ปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง รูปแบบการดูแลที่  
พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 12 เดือน ประกอบด้วย 6  
องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินและเตรียม  
ความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบบูรณาการ 2) การ  
ดูแลระหว่างผ่าตัดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย 3)  
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ 4) การ  
ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) การติดตาม  
และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนา  
ศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการ  
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานการบรรยาย การ  
สาธิต การปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
การจัดทำคู่มือการปฏิบัติ และการประเมิน  
ความก้าวหน้า

## 3. ผลของรูปแบบการดูแลต่อผลลัพธ์ด้าน ความรู้ พฤติกรรม และตัวชี้วัดทางคลินิกของการ ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

3.1 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ  
การดูแลในพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15  
คน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

กระดูกสันหลัง เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบ  
 $14.2 \pm 3.1$  คะแนน เป็นหลังการใช้รูปแบบ  
 $18.6 \pm 2.4$  คะแนน ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย  
เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบ  $62.4 \pm 8.7$  คะแนน  
เป็นหลังการใช้รูปแบบ  $78.9 \pm 6.2$  คะแนน และ  
ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล มีค่าเฉลี่ย  
 $8.7 \pm 1.1$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง  
การใช้รูปแบบการดูแล ภายหลังจากการใช้  
รูปแบบการดูแล พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการ  
ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้นจาก  
 $14.2 \pm 3.1$  คะแนน เป็น  $18.6 \pm 2.4$  คะแนน และ  
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก  $62.4 \pm 8.7$   
คะแนน เป็น  $78.9 \pm 6.2$  คะแนน

3.3 การประเมินตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล  
ผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพก่อนและ  
หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า อุบัติการณ์การ  
เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจาก  
6.41% เป็น 2.18% ( $t=4.23$ ,  $p<0.001$ )  
อุบัติการณ์แผลกดทับจากการจัดท่าลดลงจาก  
11.53% เป็น 3.85% ( $t=5.67$ ,  $p<0.001$ ) อัตรา  
การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลงจาก 2.61% เป็น  
0.96% ( $t=2.89$ ,  $p=0.008$ ) ระยะเวลาการฟื้นตัว  
หลังผ่าตัดลดลงจาก  $4.2 \pm 1.8$  วัน เป็น  $3.1 \pm 1.2$  วัน  
( $t=3.45$ ,  $p=0.002$ ) และระดับความพึงพอใจของ  
ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก  $7.3 \pm 1.2$  คะแนน เป็น  $8.9 \pm 0.8$   
คะแนน ( $t=6.78$ ,  $p<0.001$ ) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ (n=32)

| ตัวแปร                            | ก่อนใช้รูปแบบ |      | หลังใช้รูปแบบ |      | t    | p-value |
|-----------------------------------|---------------|------|---------------|------|------|---------|
|                                   | $\bar{x}$     | S.D. | $\bar{x}$     | S.D. |      |         |
| 1. อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด (%) | 6.41          | 2.1  | 2.18          | 1.3  | 4.23 | <0.001* |
| 2. อุบัติการณ์แผลกดทับ (%)        | 11.53         | 3.2  | 3.85          | 1.8  | 5.67 | <0.001* |
| 3. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (%)  | 2.61          | 1.4  | 0.96          | 0.7  | 2.89 | 0.008*  |
| 4. ระยะเวลาการฟื้นตัว (วัน)       | 4.2           | 1.8  | 3.1           | 1.2  | 3.45 | 0.002*  |
| 5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (คะแนน)  | 7.3           | 1.2  | 8.9           | 0.8  | 6.78 | <0.001* |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

## 3.4 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วย และผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม เมื่อ

วิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ เปรียบเทียบก่อน  
และหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า อัตราการ

เตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 68.8 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 93.8 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=6.75$ ,  $p=0.009$ ) อัตราการจัดทำผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 75.0 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 96.9 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=5.93$ ,  $p=0.015$ ) อัตราการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 81.3 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 100.0 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=6.40$ ,  $p=0.011$ ) อัตราการบันทึกข้อมูลครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 56.3 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 87.5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=7.29$ ,  $p=0.007$ ) อัตราการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 62.5 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 90.6 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ( $\chi^2=6.85$ ,  $p=0.009$ ) อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 43.8 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 59.4 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=1.56$ ,  $p=0.212$ ) อัตราการมีการประสานงานระหว่างทีมเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 37.5 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 53.1 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=1.59$ ,  $p=0.207$ ) อัตราการติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 50.0 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 62.5 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=1.02$ ,  $p=0.313$ ) และอัตราการมีความพึงพอใจระดับสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 46.9 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 65.6 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=2.25$ ,  $p=0.134$ ) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม (n=32)

| ตัวแปร                                         | ก่อนใช้รูปแบบ (ร้อยละ) | หลังใช้รูปแบบ (ร้อยละ) | $\chi^2$ | p-value |
|------------------------------------------------|------------------------|------------------------|----------|---------|
| 1. อัตราการเตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์             | 68.8                   | 93.8                   | 6.75     | 0.009*  |
| 2. อัตราการจัดทำผู้ป่วยถูกต้อง                 | 75.0                   | 96.9                   | 5.93     | 0.015*  |
| 3. อัตราการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน        | 81.3                   | 100.0                  | 6.40     | 0.011*  |
| 4. อัตราการบันทึกข้อมูลครบถ้วน                 | 56.3                   | 87.5                   | 7.29     | 0.007*  |
| 5. อัตราการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน             | 62.5                   | 90.6                   | 6.85     | 0.009*  |
| 6. อัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ           | 43.8                   | 59.4                   | 1.56     | 0.212   |
| 7. อัตราการมีการประสานงานระหว่างทีม            | 37.5                   | 53.1                   | 1.59     | 0.207   |
| 8. อัตราการติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง | 50.0                   | 62.5                   | 1.02     | 0.313   |
| 9. อัตราการมีความพึงพอใจระดับสูง               | 46.9                   | 65.6                   | 2.25     | 0.134   |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

### สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ห่องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัยผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังพบว่า พยาบาลมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญจิตรศักดิ์ศรีวัฒนา และคณะ, 2563<sup>11</sup> ที่พบว่าพยาบาล

ขาดความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลระหว่างผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ปัญหาที่พบใน

การศึกษาครั้งนี้ เช่น อุบัติการณ์แผลกดทับจากการจัดทำและการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเทพ สิริมหาชัยกุล และสิบลิน จิรวรพัฒน์<sup>12</sup> ที่ระบุว่าแผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน การขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและการประสานงานระหว่างทีมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังที่ สุภิดา สุวรรณพันธ์ และคณะ<sup>13</sup> ได้กล่าวว่า การมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การศึกษานี้ยังพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหกอค์ประกอบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการของ Barbara M. Dossey<sup>14</sup> ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ การที่รูปแบบนี้เน้นการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพสอดคล้องกับการศึกษาระหว่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าการทำงานแบบทีมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย<sup>15</sup> การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart<sup>16</sup> ที่เน้นการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาองค์ประกอบด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization, 2020<sup>17</sup> ที่เน้นการใช้มาตรการป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน การที่รูปแบบนี้รวมองค์ประกอบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ และคณะ<sup>18</sup> ที่พบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเป็นปัจจัย

สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ดังที่ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล<sup>19</sup> ได้เสนอแนะไว้ว่าวัตถุประสงค์ที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแสดงให้เห็นการปรับปรุงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน การที่ความรู้และพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ จันทราโยธากร<sup>20</sup> ที่พบว่าการมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติงานของพยาบาล การลดลงของอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับและการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด สะท้อนถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกันที่นำมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alvarado และคณะ<sup>21</sup> ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางการป้องกันที่เป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่ระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลงและความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรมาลี ภูมิเรืองศรี และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่าการดูแลแบบมีระบบช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นและความพึงพอใจมากขึ้น การที่อัตราการเตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์และการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงการปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่เน้นการเตรียมความพร้อมและการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด<sup>23</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย หัวหน้าฝ่ายการ



พยาบาล และหัวหน้าห้องผ่าตัด ที่ให้การสนับสนุน การดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ บูรณาการ ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วัสดุแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ทีมผ่าตัดที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนา

รูปแบบและทดลองใช้ ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดกระดูกสันหลังและครอบครัวที่เข้าร่วม การศึกษาด้วยความเต็มใจ สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่าง ยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังและ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนาและคณะ. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):15-23.
2. อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, พัทธนี สมกำลัง. การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วารสารการพยาบาล. 2561.
3. World Health Organization. Global spine surgery statistics 2024. WHO Press; 2024.
4. Asian Spine Journal. Spine surgery statistics in Asia Pacific region 2024. Asian Spine J. 2024.
5. กรมการแพทย์. สถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2564.
6. Michael, Shriver, Valerie. Perioperative nursing care and patient safety. J Perioper Nurs. 2015.
7. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ องค์นิมิต, อาริยา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และปฏิบัติการพยาบาลที่ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ. 2563;38(3):51-60.
8. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุโขทัย. รายงานตัวชี้วัดคุณภาพห้องผ่าตัด ปี 2565-2567. สุโขทัย: โรงพยาบาล สุโขทัย; 2567.
9. Barbara M, Dossey BM. Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner: Doing critical participatory action research. 3rd ed. Springer; 1988.
11. ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนาและคณะ. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):15-23.
12. พรเทพ สิริมหาไชยกุล, สืบสิน จิรวรรณ. ทบทวนวรรณกรรม แผลกดทับ. วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย. 2564;5(2):55-77.
13. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ องค์นิมิต, อาริยา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และปฏิบัติการพยาบาลที่ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ. 2563;38(3):51-60.
14. Barbara M, Dossey BM. Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.
15. Sethi RK, Pong RP, Leveque JC, Dean TC, Olivar SJ, Rubin LE. The Seattle Spine Team approach to adult deformity surgery: a systems-based approach to perioperative care and subsequent reduction in perioperative complication rates. Spine Deform. 2014;2(2):95-103.
16. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.
17. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2020: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO Press; 2020.
18. จิราภรณ์ ฉลนุวัฒน์ และคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการ ผ่าตัดยึดตรึงกระดูกสะโพกภายในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย บุรพา. 2564;29(4):34-46.

19. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. คู่มือเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2559.
20. ลักษณะ จันทราโยธากร. การพัฒนาคุณภาพการเย็บก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพริ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566;41(2):78-89.
21. Alvarado AM, Porto GB, Wessell J, Buchholz AL, Arnold PM. Venous thromboprophylaxis in spine surgery. *Global Spine J.* 2020;10(1\_suppl):65S-70S.
22. อมรมาลี ภูมิเรืองศรีและคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):327-334.
23. Colomina MJ, Bagó J, Pérez-Bracchiglione J, Aquino MBN, Salas KR, Requeijo C, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in spine surgery: a systematic review. *Eur Spine J.* 2021;30(5):1175-1187.