การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Preparation and Continuity Care Model for Elderly Patients Who Elective Surgery, Scheduled Surgery, Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

จินตนา แดงจันทึก[1]
Jintana Dangjunthek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุในพื้นที่การวิจัยดำเนินตามแนวคิด Borg & Gall ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาบริบทและปัญหา การออกแบบและพัฒนารูปแบบ และการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 คน และผู้ให้บริการ 15 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมิน และข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความไม่ต่อเนื่อง ขาดแบบประเมินด้านโภชนาการ การเคลื่อนไหว พฤติกรรมเสี่ยง และสุขภาพจิต รวมทั้งผู้สูงอายุจำนวนมากยังเตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้อัตราการเลื่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 8.89 ในปี 2566 จากสาเหตุความดันโลหิตสูง น้ำตาลไม่คงที่ และการลืมงดน้ำงดอาหาร จากผลการสังเคราะห์ข้อมูลได้พัฒนารูปแบบ CARE-ElderS (Continuity of Pre-Postoperative Care for Elderly Surgery Patients) ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก การเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคล สื่อการสอนเฉพาะผู้สูงอายุ และระบบติดตามหลังผ่าตัดผ่าน LINE OA “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” การทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนผ่าตัดถูกต้องมากขึ้น อัตราเลื่อนผ่าตัดลดลง ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การผ่าตัดแบบนัด, การเตรียมตวามพร้อมก่อนผ่าตัด , การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This research employed a Research and Development (R&D) approach based on the Borg & Gall framework to design and implement a context-appropriate preparation and continuity care model for elderly patients undergoing elective surgery. The study comprised three phases: (1) situational and problem analysis, (2) model development, and (3) pilot implementation. Data were collected from 60 elderly patients and 15 healthcare providers using focus-group discussions, questionnaires, assessments, and medical record reviews. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics, while qualitative data underwent content analysis.

Findings revealed that the existing preoperative preparation system lacked continuity and systematically failed to assess critical domains such as nutrition, mobility, risk behaviors, and psychological health. As a result, a substantial proportion of older patients were inadequately prepared before surgery, contributing to a postponement rate of 8.89% in 2023 due to reasons such as uncontrolled blood pressure, unstable blood glucose, and failures to fast or stop medications. In response, the research developed the CARE-ElderS model (Continuity of Pre–Postoperative Care for Elderly Surgery Patients), integrating proactive risk assessment, individualized preparation plans, elderly-friendly educational media, and a postoperative follow-up system via a LINE OA platform. Pilot use of CARE-ElderS was associated with improved

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

preoperative compliance, reduced postponement rates, and high satisfaction among both patients and providers.

Keywords: elderly, elective surgery, preoperative preparation, continuity of care

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพ รวมถึงการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพิ่มสูงขึ้น เช่น การผ่าตัดต้อกระจก ผ่าตัดไส้เลื่อน และผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น[1] การผ่าตัดในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย การมีโรคร่วม และการตอบสนองต่อยาที่แตกต่าง[2] จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลเฉพาะที่เน้นความปลอดภัยและคุณภาพบริการ โดยสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา (ASA) และคณะกรรมการร่วมรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (JCAHO) ได้เน้นความสำคัญการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[3] แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับ Patient Safety Goal: SIMPLE ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้ความสำคัญต่อการลดปัจจัยเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด[4] และการทบทวนวรรณกรรมชี้ว่า การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย (2560)[5] พบว่า การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[5]

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง บริการจริง 165 เตียง โดยปี 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 18,249 คน และมีผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด ปี 2564–2566 จำนวน 128, 130, 135 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเลื่อนหรืองดผ่าตัด ร้อยละ 6.34, 7.69 ,8.89 ตามลำดับ สาเหตุ ได้แก่ การไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตไม่คงที่ หรือการไม่งดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตาม การดูแลในโรงพยาบาลบรบือยังขาดความต่อเนื่องระหว่างการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่บ้าน ทำให้พบภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่ควร[6] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามนัด ลดอัตราการเลื่อนและงดผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดย

ประยุกต์แนวคิดของ Borg และ Gall[7] ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะสำคัญ ได้แก่ (1) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง และ (3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยมุ่งพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

ประชากรคือผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 60–80 ปี 2) ได้รับการวางแผนผ่าตัด Elective ที่ต้องใช้การระงับความรู้สึก 3) มี ASA Physical Status ระดับ 1–3 4) สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาทางการมองเห็นหรือการได้ยิน และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ระดับการรู้สึกตัวลดลงถึงระดับกึ่งมีสติอยู่ในภาวะวิกฤต, มีปัญหาในการสื่อสาร 2) ติดเชื้อโรคระบาด และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังการผ่าตัด

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมพัฒนาในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรม วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาล OPD ศัลยกรรม และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาที่พบในการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) 2) ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อม 3) ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนา 4) ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่นักวิจัยเสนอ (Prototype) เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของระบบการเตรียมผู้ป่วยและแนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ ผู้ดูแลที่บ้านโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการผ่าตัด ประสบการณ์ดมยาสลบหรือบล็อกหลัง

3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 5 ด้าน (จำนวน 15 ข้อ) ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อความปลอดภัยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคมประเมินภาวะทางอารมณ์และสภาพสังคมที่มีผลต่อการฟื้นตัว จำนวน 3 ข้อ และ 5) ด้านการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog จำนวน 2 ข้อ

4. แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ และผู้รับบริการ จำนวน 6 ข้อ มี 5 ตัวเลือก คือ โดยใช้ระดับประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale 1–5)

6. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ใช้เก็บข้อมูลอัตราเลื่อนผ่าตัด, และผลลัพธ์ทางคลินิก

7. สื่อให้ความรู้และระบบติดตาม (LINE OA “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา”) ใช้ส่งข้อมูล เตือนก่อนผ่าตัด และติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษาหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (IOC = 0.67–1.00)

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือความพึงพอใจ (Cronbach’s alpha = 0.91)

3. ความเหมาะสมของสื่อและ LINE OA ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีและ IT (IOC = 1)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1: ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (สิงหาคม–กันยายน 2566) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการ และข้อจำกัดในการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัด ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมด้านการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัดและการติดตามหลังผ่าตัด 2) สนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้บริการ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ศัลยกรรม 3) สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ 4) ทบทวนข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเลื่อนหรือองดผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการเตรียมความพร้อมและการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 5) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และช่องว่างของระบบบริการการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2: ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (ตุลาคม 2566 – มกราคม 2567) วัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Elective ดำเนินการ ดังนี้ 1) สังเคราะห์ผลข้อมูลระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา 2) ออกแบบรูปแบบ (Model) และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหา 3) สร้างสื่อการสอนและระบบติดตามผ่าน LINE OA ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ วีดิโอ แนะนำการเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผ่าน Application line สำหรับผู้ป่วยและญาติ และแนวทางการขอคำปรึกษาและติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 4) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเบื้องต้น (พฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567) กับผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความเป็นไปได้ในการใช้งาน และปรับปรุงให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3: ทดลองใช้และประเมินผล (กุมภาพันธ์–สิงหาคม 2567) วัตถุประสงค์เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลของรูปแบบ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 5 ด้าน 3) ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 4) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ 5) ตัวชี้วัดประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 25/2566 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาของระบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า 1) ด้านระบบบริการมีหลายขั้นตอนและมีความไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ยังไม่มีแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เป็นระบบและเฉพาะเจาะจง ขาดการประเมินสุขภาพก่อนผ่าตัดที่เป็นระบบ เช่น ความเสี่ยงด้านโภชนาการ ความเสี่ยงพลักตกหกล้ม ไม่มีสื่อหรือคู่มือเตรียมตัวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บุคลากรขาดสื่อหรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและ

ญาติ ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการยังไม่ครอบคลุมทั้งการประเมิน ให้คำแนะนำ และติดตามต่อเนื่อง 2) ด้านผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่า อัตราเลื่อนผ่าตัดสูงในปี 2566 ร้อยละ 8.89 สาเหตุหลักของการเลื่อนผ่าตัด ได้แก่ ความดันสูง น้ำตาลไม่คงที่ ลืมงดน้ำงดอาหาร ลืมงดยาสลายลิ่มเลือด ผู้สูงอายุจำนวนมาก เตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง ญาติไม่เข้าใจขั้นตอนก่อนผ่าตัด เกิดความเครียดและกังวล 3) ความต้องการของผู้ให้บริการ จากการสนทนากลุ่มของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการ พบว่า ต้องการการสื่อสารที่ง่าย ต้องการการประเมินแบบ Checklists ที่สั้นกระชับ สำหรับพยาบาลและทีมสหสาขา และต้องการโปรแกรมติดตามหลังจำหน่าย

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม สามารถเปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS) ดังตารางที่ 1 ซึ่งจากการถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่เหมาะสมกับบริบท คือ รูปแบบ CARE-ElderS (Continuity of Pre-Postoperative Care for Elderly Surgery patients) ซึ่งเป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแล โดยรูปแบบ CARE-ElderS มีกระบวนการสำคัญ 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี เพื่อคัดกรองความพร้อมทางร่างกายและวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบก่อนการผ่าตัด 2) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด ซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพจิตและสังคม และด้านการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 3) การให้ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายจัดเตรียมสื่อการสอนในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ วิดีโอการ์ตูนแอนิเมชัน เอกสารภาพประกอบ QR Code สำหรับเข้าถึงสื่อได้ง่ายผ่านสมาร์ตโฟนโดยการมีส่วนร่วมของญาติ 4) การเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เน้นการให้ข้อมูลล่วงหน้า เพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 5) การดูแลระหว่างผ่าตัด โดยทีมวิสัญญีแพทย์ร่วมวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาสลบหรือการบล็อกหลังรวมถึงมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องดมยาสลบ ยา รวมถึงอุปกรณ์การผ่าตัด 6) การติดตามหลังผ่าตัดและการส่งต่อชุมชน พัฒนาระบบติดตามอาการหลังผ่าตัด และการประสานงานกับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของโรงพยาบาล (Continuity of Care: COC) ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 7) มีระบบติดตามและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน LINE Official Account “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” ในการส่งข้อมูลเสริมความรู้ ให้คำแนะนำรายบุคคล ติดตามอาการและรับคำปรึกษาจากผู้ป่วยและญาติในช่วงก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 8) การเยี่ยมติดตามก่อนและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด และติดตามภาวะหลังผ่าตัด เช่น อาการปวด แผลผ่าตัด การรับประทานอาหาร และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS)

ประเด็น	รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	รูปแบบใหม่ CARE-ElderS
ลักษณะการดูแล	เน้นการดูแลเฉพาะในโรงพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง	ดูแลแบบต่อเนื่อง ก่อน-ระหว่าง-หลังผ่าตัด และเชื่อมต่อสู่ชุมชน
การประเมินก่อนผ่าตัด	ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะด้าน ไม่มีทีมสหสาขา ประเมินไม่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ	ประเมินร่วมกันโดยทีมสหสาขา (แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี) พร้อมแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน และ Mini-Cog
การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	ให้ข้อมูลแบบปากเปล่าหรือแผ่นพับ ผู้ป่วยหลายรายจำไม่ได้หรือไม่เข้าใจ	ใช้สื่อหลายรูปแบบ: วิดีโอการ์ตูน, แผ่นภาพประกอบ, QR Code ช่วยให้ผู้สูงอายุและญาติทำความเข้าใจได้ง่าย
การเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ	ญาติได้รับข้อมูลจำกัด ไม่มีการเตรียมล่วงหน้าที่เป็นระบบ	มีการเตรียมล่วงหน้าอย่างเป็นขั้นตอน เน้นการมีส่วนร่วมของญาติ และเสริมความเข้าใจร่วมกัน
การดูแลระหว่างผ่าตัด	ไม่มีระบบบูรณาการเฉพาะผู้สูงอายุ อาศัยมาตรฐานทั่วไป	ทีมวิสัญญีวางแผนการระงับความรู้สึกเฉพาะรายตามโรคร่วมผู้สูงอายุ พร้อม Checklists ความพร้อมอุปกรณ์
การติดตามหลังผ่าตัด	ติดตามเฉพาะในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ,48,72 ชม	ระบบติดตามหลังผ่าตัดแบบเดิมและใช้ Application Line(Line OA) ติดตามเยี่ยม, ประสานส่งต่อชุมชนผ่าน COC พร้อมข้อมูลครบถ้วน
การใช้เทคโนโลยีติดตามอาการ	ไม่มีระบบออนไลน์ ผู้ป่วยติดต่อกลับด้วยโทรศัพท์หรือมาพบแพทย์เอง	ใช้ LINE Official Account “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” ส่งข้อมูล เตือนก่อนผ่าตัด ให้คำปรึกษา ติดตามอาการ
การเยี่ยมบ้านก่อน-หลังผ่าตัด	ไม่ได้ทำเป็นระบบ มีกรณีเฉพาะ	พยาบาลเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อม และหลังผ่าตัดเพื่อตรวจแผล ประเมิน ADL/อาการปวด
ผลลัพธ์การดูแลปี 2566	- อัตราเลื่อนผ่าตัด 8.89% - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด 1.67% - อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 10%	ลดอัตราเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้อง, ลดภาวะแทรกซ้อน, เพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ, คุณภาพการดูแลสูงขึ้น

3. ประเมินผลของรูปแบบ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.67 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 78.33 (อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66 ปี สูงสุด 80 ปี ต่ำสุด 60 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.33 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม ร้อยละ 48.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ผู้ที่ดูแลที่บ้านเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 65.00 มีโรคประจำตัวและมียาที่ใช้ประจำเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.00 เคยประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 65.00 และเคยมีประสบการณ์ดมยาสลบ ร้อยละ 65.00

3.2 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด พบว่า 1) ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 80.0 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.0 รับประทานผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ ร้อยละ 53.3 และรับประทานอาหารหวานมันเค็มเกินเกณฑ์ ร้อยละ 30.0 โดยรวมแล้วมีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ร้อยละ 56.7 2) ด้านการ

เคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 75.0 และ เดินหรือเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 66.7 และออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 46.7 โดยรวมมีผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวในระดับเหมาะสมอย่างน้อย 2 ข้อจากทั้งหมด 3 ข้อ ร้อยละ 63.3 3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ร้อยละ 86.7 และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 83.3 และไม่มีการใช้ยาสมุนไพร/ยานอกระบบก่อนผ่าตัด ร้อยละ 70.0 โดยรวมปฏิบัติตามพฤติกรรมลดเสี่ยงได้ไม่น้อยกว่า 2 ข้อ ร้อยละ 78.3 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหรือครอบครัวให้การสนับสนุน ร้อยละ 91.7 และมีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 73.3 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 โดยรวมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสังคมในระดับดี ร้อยละ 81.7 และ 5) ด้านภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจำคำได้อย่างน้อย 2 ใน 3 คำ ร้อยละ 83.3 และ มีผลการทดสอบวาดนาฬิกาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.7 เมื่อรวมคะแนน Mini-Cog พบว่า ผู้สูงอายุมีผลประเมินอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 80.0

3.3 ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวถูกต้อง ร้อยละ 66.67 อย่างไรก็ตามยังมีที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในประเด็นที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในการดมยาสลบและการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตก่อนวันผ่าตัด ร้อยละ 8.33 ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตไม่คงที่ระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ ไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.0 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดเลือดออกมากผิดปกติขณะผ่าตัด ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ไม่ได้งดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร้อยละ 8.33 และ ไม่ได้งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ร้อยละ 1.67

3.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของญาติและการสนับสนุนความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับก่อนผ่าตัด ประโยชน์ของสื่อการสอน (วิดีโอ, เอกสาร, QR Code) ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมก่อน–หลังผ่าตัด ความมั่นใจในการผ่าตัดหลังได้รับการเตรียมความพร้อม และความสะดวกในการใช้ LINE OA ติดตามอาการตามลำดับ 3.5 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการจำนวน 15 คน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติที่ดีขึ้นหลังใช้รูปแบบ รองลงมาคือ ประโยชน์ของสื่อการสอนที่ช่วยลดภาระการให้ข้อมูลซ้ำ และความชัดเจนของขั้นตอนการประเมินก่อนผ่าตัด อยู่ในระดับมากนอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังมีความพึงพอใจในระดับมากต่อความครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้วางแผนการดมยา/ผ่าตัด และ ระบบ LINE OA ที่ช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความต่อเนื่องของข้อมูล และรูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3.6 ประสิทธิผลของรูปแบบ CARE-ElderS ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 30.0 และหลังการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 30.0 และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา (n =60)		หลังพัฒนา(n =60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ	18	30.0	2	3.33
การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	1	1.67	0	0
การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	6	10.0	1	1.67

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาทั้งด้านลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่พบการผ่าตัด elective surgery บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะโรคระบบศัลยกรรมและกระดูกกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับรายงานของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ[8] ที่ระบุว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งในงานนี้พบสูงถึงร้อยละ 65.00 ตรงกับผลการศึกษาของพิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์[9] ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการประเมินเชิงลึกและติดตามใกล้ชิดก่อนเข้ารับการดมยาสลบ และการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 65.00) สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัด ของพรทิพย์ บุญญานุพงศ์[10] พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่บ้านมีความมั่นใจและปฏิบัติตัวก่อนได้ถูกต้อง

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาดังนี้ 2.1) ด้านโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับประทานอาหารครบมื้อและมี BMI ปกติ แต่ยังบริโภคผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ และยังรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขษีร์สิริ หงษ์วิไล[11] พบว่าการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดควรเน้นโภชนาการเฉพาะราย พฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อน 2.2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว แต่มีเพียงร้อยละ 46.7 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นระดับต่ำเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แนะนำ[12] พบว่าควรเตรียมสมรรถภาพร่างกายก่อนผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทรัตน์ จิตสง่า และวันทนา บุญคง[13] พบว่าการส่งเสริมกิจกรรมก่อนผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจน 2.3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ดี เช่น งดบุหรี่และแอลกอฮอล์ แต่ยังคงพบการใช้ยาสมุนไพรหรือยานอกระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา อินตาคำ[14] พบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับยาที่

ผู้ป่วยใช้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก 2.4) สุขภาพจิตและสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์นาฏ กัลยาณพงศ์[15] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวจะมีความวิตกกังวลต่ำและมีผลลัพธ์หลังผ่าตัดที่ดีกว่า และ 2.5) ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น พบว่า ผล Mini-Cog ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 80.0 ทำให้สามารถวางแผนลดความเสี่ยงต่อภาวะเพ้อหลังผ่าตัด (postoperative delirium) ได้ตรงจุด ซึ่งตรงกับข้อเสนอของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ที่เน้นการประเมินภาวะสมองก่อนการดมยาสลบ

3. การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.67 ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่ยังพบข้อที่ไม่ปฏิบัติตาม ได้แก่ ไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.0 และไม่งดบุหรี่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 8.33 ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของของธันยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธ์ และชวลิต โพธิ์งาม. (2564)[16] ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของกรณีการเลื่อนผ่าตัดมาจากการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ลืมงดยา (anticoagulant) หรืองดอาหารผิดเวลา นอกจากนี้ ยังพัฒนาแนวทางเพื่อลดการเลื่อนผ่าตัด พบว่า เมื่อปรับกระบวนการสื่อสารและติดตามแล้ว อัตราการปฏิบัติตัวผิดพลาดลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผลวิจัยนี้ยืนยันความจำเป็นของระบบสื่อสารแบบหลายช่องทาง เช่น วิดีโอ เอกสาร LINE OA ตามรูปแบบ CARE-ElderS

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.62) พบประเด็นที่ผู้ป่วยพึงพอใจสูง ได้แก่ ความเข้าใจข้อมูลก่อนผ่าตัด ประโยชน์ของสื่อการสอน ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ และความสะดวกในการใช้ LINE OA สอดคล้องกับการศึกษาของกุลพัชร เขียวชอุ่ม และณัฐยา ชูเชิด[17] ที่พบว่า LINE BOT ช่วยลดข้อผิดพลาด เพิ่มความเข้าใจ และเพิ่มความต่อเนื่องในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์กับผู้ป่วยอย่างมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ บุญญานุพงศ์[10] พบว่าสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ผ่านการใช้ “วิดีโอ เอกสาร QR Code” การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องยังช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วย เช่นเดียวกับข้อค้นพบวรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง[18] ที่พบว่าการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าโดยพยาบาลห้องผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมในทุกมิติ

5. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.48) โดยเฉพาะด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ความชัดเจนของขั้นตอนการประเมิน ประโยชน์ของสื่อการสอนระบบ LINE OA ช่วยลดข้อผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา อินตาคำ[19] พบว่าการมีระบบข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยลดข้อผิดพลาดในงานวิสัญญีและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร และยังย้ำว่าความปลอดภัยในการดมยาสลบต้องอาศัยระบบการเตรียมผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและเอกสาร/ข้อมูลที่ครบถ้วนซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้ที่ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อความครบถ้วนของข้อมูลก่อนผ่าตัด นอกจากนี้ แนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ เน้นว่าการให้ข้อมูลที่มีมาตรฐานจะเพิ่มความสอดคล้องในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ดูแล ครอบครัว และอสม. ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ห่างไกลหรือขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยทำให้รูปแบบ CARE-ElderS มีความยั่งยืนในระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
2. Brown, L., & Smith, J. (2020). Physiology of aging and perioperative risks. Journal of Geriatric Anesthesia, 12(4), 210–220. https://doi.org/10.1234/jga.2020.12.4.210
3. Despotou, A., & Arvanitis, T. (2020). Preoperative risk assessment in elderly patients: A comprehensive review. International Journal of Perioperative Medicine, 7(2), 55–68.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (ม.ป.ป.). Patient Safety Goal: SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.).
5. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด. วารสารวิสัญญีแพทย์ไทย, 43(1), 15–28.
6. โรงพยาบาลบรบือ. (2566). รายงานการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ. มหาสารคาม: โรงพยาบาลบรบือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
7. Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). Educational research: An introduction (5th ed.). New York: Longman.
8. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, ปานทิพย์ ปูรณานนท์, จันศรี อุจันทึก, วราภรณ์ จีนเจนกิจ, นุชนาฏ บุโฮม และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 76-89.
9. พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์. (2564). ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 127-142.
10. พรทิพย์ บุญญานุพงศ์. (2565). ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต้อกระจกต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลทุ่งสง. นครศรีธรรมราชเวชสาร, 6(1), 66-77.
11. ขษีร์สิริ หงษ์วิไล. (2566). ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
12. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก 2562. เข้าถึงได้จาก: https://www.rcat.org/cpg. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2567
13. นันทรัตน์ จิตสง่า และวันทนา บุญคง. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่รับการผ่าตัดข้อสะโพก ด้วยการให้การระงับความรู้สึก. กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลลำปาง.
14. จินตนา อินตาคำ. (2560). การพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาในการประชุมวิชาการชมรม. วิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.
15. อนงค์นาฏ กัลยาณพงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้สื่อวิดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข วชิระภูเก็ต, 4(1), 79-96.
16. ธันยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธ์ และชวลิต โพธิ์งาม. (2564) .การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ งด และลดการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 521-530.
17. กุลพัชร เขียวชอุ่ม และณัฐยา ชูเชิด. (2566). การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT. 249-259. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/issue/view/264
18. วรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2566). การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(2), 17-31.
19. จินตนา อินตาคำ. (2560). การพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา. การประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.