

# ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

## Effect of Pre-Operative Preparing Program on Recovery in Post Abdominal Surgery Patients

สรารุติ สีถาน

อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

Email : s.sritan@hotmail.com

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธภูมิจังหวัดลพบุรี การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ประเมินจากแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วย ระดับความปวด จำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวด จำนวนครั้งของการลุกขึ้นจากเตียง จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวของลำไส้และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสถิติค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทีอิสระ(t-test) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การฟื้นตัว การผ่าตัดช่องท้อง

## Abstract

This quasi-experimental study was designed to examine the effect of the pre-operative preparing program on recovery in post abdominal surgery patients based on Roy's adaptation model. The samples consisted of 60 patients undergoing abdominal surgery in the secondary case hospital in Lopburi province. The samples were divided into two groups; intervention and control groups, each group composed of 30 patients. Post-operative recovery after abdominal surgery assessment (PORA) was used to assess post-operative recovery after surgery patients. PORA consisted of five categories including pain scores, number of analgesic drugs used, number of ambulation, the number of bowel movements and post-operative complications. PROA was a test for reliability using Cronbach's alpha coefficient, the reliability was 0.79. Independent t-test procedure was used to analyze the data. The results indicated that the patients who participated pre-operative preparing program had a significantly higher recovery score than patients who received routine nursing care score ( $p < .001$ ).

**Keywords :** Preparing pre-operative program, recovery, abdominal surgery

## บทนำ

ปัจจุบันโรคในระบบทางเดินอาหารมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทยพบมากเป็นลำดับที่ 2 ของผู้ป่วยนอกและอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยใน<sup>(1)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างปี 2555-2557 ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 49.4, 49.9 และ 50.77 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> อีกทั้งยังสอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างปี 2556-2558 ที่พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8, 36.2 และ 38.5 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> โดยพยาธิสภาพของอวัยวะภายในช่องท้องมีสาเหตุจาก 1) มีการอุดตัน ได้แก่

การเกิดนิ่วในท่อทางเดินน้ำดี การอุดตันลำไส้ การเกิดไส้เลื่อน 2) มีการแตกทะลุ ได้แก่ ภาวะอาหารทะลุ การแตกของหลอดเลือดแดงในช่องท้อง 3) มีการอักเสบและการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ และ 4) เนื้องอก ได้แก่ มะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้<sup>(4)</sup> โดยการรักษาความผิดปกติดังกล่าวส่วนใหญ่ผู้ป่วย จะได้รับการผ่าตัด<sup>(5)</sup>

การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (exploratory laparotomy) และการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (laparoscopic surgery) โดยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องจัดว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งจะกระทบต่อ



การปรับตัวของระบบต่างๆ ในร่างกาย และอาจทำให้ประสิทธิภาพในการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดลดลง ทั้งนี้กระบวนการผ่าตัดช่องท้องจะมีการลงมิตผ่านผนังหน้าท้อง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในร่างกายเกิดการบาดเจ็บ ทำให้เกิดอาการบวม ดึงรั้ง และทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง อีกทั้งมีการกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ โดยเกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่รับและส่งสัญญาณการเจ็บปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้และแปลผลออกมาเป็นอาการปวด<sup>6</sup> ซึ่งความปวดจะกระตุ้นการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน<sup>(7)</sup> ทำให้มีการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มการใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้งร่างกาย และยากลายกล้ามเนื้อขณะผ่าตัด เป็นผลให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนล้าและอ่อนเพลียภายหลังได้รับการผ่าตัด<sup>(8)</sup> ผลกระทบจากความปวดหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามนอนนิ่งๆ หายใจตื้นๆ และลดเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้พักและลดการกระตุ้นอาการปวด ส่งผลให้การขยายตัวของปอดลดลง ซึ่งผลกระทบจากการผ่าตัดที่กล่าวมาข้างต้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 1) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ถุงลมปอดแฟบ ปอดอักเสบ 2) ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ภาวะตกเลือด ภาวะช็อก (shock) 3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด การอุดตันของลำไส้ 4) ระบบผิวหนัง ได้แก่ การติดเชื้อ แผลแยก 5) ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การติดเชื้อ โดย

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยช้าลง<sup>(9)</sup>

การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดมีปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ อายุ ความเสี่ยงทางพฤติกรรม การเสียเลือดขณะผ่าตัด การอักเสบของเยื่อぶล่ำไส้ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะโภชนาการ สภาวะจิตใจ และโรคประจำตัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียง แสง กิจกรรมการพยาบาล การได้รับความรู้ก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึกมากกว่า 180 นาทีขึ้นไป<sup>(10)</sup>

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอและเหมาะสมกับระยะเวลา มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม<sup>(11)</sup> ประกอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต้องเผชิญกับอาการปวดแผลอย่างรุนแรง และไม่ทราบวิธีการจัดการอาการปวด อีกทั้งขาดทักษะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด<sup>(12)</sup> ดังนั้นการที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดด้วยวิธีการ



สอนและการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ<sup>(13)</sup> การสอนและการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เปรียบเสมือนเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ที่ผ่านกระบวนการในร่างกาย (process) และแสดงออกมาเป็นการปรับตัว (output) ซึ่งการปรับตัวดังกล่าว คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ และไม่ปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ไม่ครอบคลุม ประกอบกับผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการรับรู้ จึงไม่สามารถรับรู้ข้อมูลที่ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด มีความจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีภายหลังการผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม โดยมีวิธีการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายไว้ล่วงหน้าของระบบทางเดินอาหาร ตับ และท่อทางเดินน้ำดี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดลพบุรี โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ 1) สามารถสื่อสารกันได้เข้าใจโดยภาษาไทย 2) มีสติสัมปชัญญะดี รู้สึกตัวดี 3) ได้รับความระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) และเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่เกิดจากอุบัติเหตุและเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopic surgery)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณอำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30<sup>(14)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย คือ กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 ราย โดยสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก (random sampling)

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย<sup>(15)</sup> ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด เทคนิคการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด และเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมก่อนผ่าตัด

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษา ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 2 การฟื้นตัวหลังผ่าตัดใช้แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่พัฒนามาจากดัชนีฟังก์ชันการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดของจอห์นสันและคณะ<sup>(16)</sup> ประกอบด้วย 5 ส่วนดังต่อไปนี้

1. แบบวัดระดับความปวดแผลผ่าตัด เป็นแบบรายงานด้วยตนเองในสองมิติ คือ ความรู้สึกปวดที่แผลผ่าตัดและความรู้สึกทุกข์ทรมาน อันเนื่องมาจากอาการปวดแผลผ่าตัด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนสูง แสดงถึงผู้ป่วยมีอาการปวดและทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดมาก คะแนนต่ำแสดงถึงผู้ป่วยมีอาการปวดและทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดน้อย

2. จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด ประเมินโดยแบบสำรวจการใช้ยาระงับปวดทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดตามที่ปรากฏในรายงานเวชระเบียน ร่วมกับการรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดจริงในแต่ละวัน โดยนับได้ 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก ส่วนคะแนนต่ำแสดงถึงผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดน้อย

3. จำนวนครั้งของการลุกขึ้นจากเตียง และเดินไปมาหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยจดบันทึกจำนวนครั้งในแต่ละวันในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำให้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำมาบันทึกลงในแบบประเมินการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นจำนวนครั้งในแต่ละวันโดยนับได้ 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายมาก คะแนนต่ำแสดงถึงผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย

4. จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) โดยผู้วิจัยจะประเมินและจดบันทึกลงในแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง เป็นจำนวนครั้งในหนึ่งนาที่ โดยนับได้ 1 ครั้ง คิดเป็น 1 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของลำไส้มาก คะแนนต่ำแสดงถึงผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กน้อย

5. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดประเมินโดยสำรวจจากเวชระเบียนผู้ป่วยในส่วนของการรักษาของแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ ร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยโดยบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดจนถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัด แต่ละชนิดของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับ



ผู้ป่วยจะนับเป็น 1 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมาก คะแนนต่ำแสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ซึ่งผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ เลขที่ EC019/2557

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลากและดำเนินการวิจัยกับตัวอย่างแต่ละกลุ่ม 1 วัน ก่อนผ่าตัด

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามและสำรวจข้อมูลจากเวชระเบียน

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ดังนี้

### 5.1 กลุ่มควบคุม

5.1.1 ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติและได้มาตรฐาน กล่าวคือ มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจจากทีมสุขภาพทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

5.1.2 ข้อมูลอาการปวดแผลในระยะหลังผ่าตัด ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีทำเครื่องหมายบนแบบวัดอาการปวดแผลผ่าตัด 1 วัน ก่อนผ่าตัดและสอบถามระดับความรุนแรงของความรู้สึกปวดแผลในรอบวันที่ผ่านมา ข้อมูลจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด รวบรวมจากเวชระเบียนร่วมกับการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ข้อมูลจำนวนครั้งของการลุกขึ้นจากเตียงและเดินไปมา รวบรวมโดยการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวของลำไส้ รวบรวมจากการประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ผู้ป่วย และข้อมูลชนิดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียนในส่วนของแผนการรักษาและบันทึกทางการแพทย์ ร่วมกับการสอบถามผู้ป่วย โดยข้อมูลดังกล่าวทำการบันทึกในวันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 17.00-18.00 น. และบันทึกลงในแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

### 5.2 กลุ่มทดลอง

5.2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วย 1 วัน ก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด โดยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและปฏิบัติตาม



5.2.2 ข้อมูลอาการปวดแผลในระยะ หลังผ่าตัด โดยสอบถามระดับความรุนแรงของ ความรู้สึกปวดแผลในรอบวันที่ผ่านมา ข้อมูล จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด รวบรวมจาก เวชระเบียนร่วมกับการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ข้อมูลจำนวนครั้งของ การลุกขึ้นจากเตียงและเดินไปมา รวบรวมโดยการ สอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจำนวนครั้งของ การเคลื่อนไหวของลำไส้ รวบรวมจากการประเมิน การเคลื่อนไหวของลำไส้ผู้ป่วย และข้อมูลชนิดของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวบรวมจาก เวชระเบียนในส่วนของแผนการรักษาและบันทึก ทางโรงพยาบาลร่วมกับการสอบถามผู้ป่วย โดย ข้อมูลดังกล่าวทำการบันทึกในวันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 17.00-18.00 น. และบันทึกลงในแบบ ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา การฟื้นตัวหลังผ่าตัด ใช้ สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนการ

เปรียบเทียบการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

## ผลการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 19-62 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.7 กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-62 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 83.3 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง มีระยะเวลา ที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย 3.76 วัน (SD = 0.64) ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดสูงสุด 3 อันดับ คือ cholecystitis หรือ gall stone คิดเป็นร้อยละ 36.7 ลำไส้อุดตัน คิดเป็นร้อยละ 30 และ มะเร็ง ระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 13.3 และ ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มควบคุม ระยะเวลาที่นอน โรงพยาบาลหลังผ่าตัด เฉลี่ย 5.06 วัน (SD = 0.43) ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดสูงสุด 3 อันดับ คือ cholecystitis หรือ gall stone คิดเป็นร้อยละ 50.3 ลำไส้อุดตัน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และ มะเร็ง ระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 14 ดังแสดง ในตาราง ที่ 1



ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	X <sup>2</sup>
	Mean	Mean	
<b>เพศ</b>			.745 <sup>ns</sup>
ชาย	96.7	83.3	
หญิง	3.3	16.7	
<b>อายุ</b>			.794 <sup>ns</sup>
พิสัย	19 – 62 ปี	20 – 62 ปี	
ค่าเฉลี่ย	48.2 ปี	49.3 ปี	
<b>ระยะเวลาอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด</b>			.674 <sup>ns</sup>
พิสัย	1 – 5 วัน	1 – 6 วัน	
ค่าเฉลี่ย	3.76 วัน	5.06 วัน	
<b>การวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัด</b>			.564 <sup>ns</sup>
ถุงน้ำดีอักเสบ/นิ่วในถุงน้ำดี	36.7	50.3	
ลำไส้อุดตัน	30.0	35.7	
มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร	13.3	14.0	
อื่นๆ	20.0	0.0	

ns = no statistical significance p > .05

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดวันที่ 3 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับปวด มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 (SD = 0.75) การใช้ยาแก้ปวดแบบฉีด มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.43 (SD = 0.50) การใช้ยาแก้ปวดแบบรับประทาน มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 (SD = 0.46) การลุกขึ้นจากเตียง มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 (SD=0.60) การเคลื่อนไหวลำไส้ มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (SD = 0.85)

ขณะที่หลังผ่าตัดช่องท้องวันที่ 3 ของกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับปวดมีคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 7.87 (SD = 0.81) การใช้ยาแก้ปวดแบบฉีดมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 (SD = 0.64) การใช้ยาแก้ปวดแบบรับประทานมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 (SD = 0.69) การลุกขึ้นจากเตียงมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 1.17 (SD = 0.59) การเคลื่อนไหวลำไส้มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 (SD = 0.71)



**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในวันที่ 3 ภายหลังได้รับการผ่าตัด

ข้อมูลด้านการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับความปวด	2.67	0.75	7.87	0.81	25.51	.000*
การใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด (ครั้ง/วัน)	0.43	0.50	2.00	0.64	10.50	.000*
การใช้ยาแก้ปวดชนิดกิน (ครั้ง/วัน)	0.83	0.46	3.00	0.69	14.23	.000*
การลุกเดินไปมา (ครั้ง/วัน)	2.67	0.60	1.17	0.59	-9.69	.000*
การเคลื่อนไหวของลำไส้ (ครั้ง/นาที)	3.07	0.85	2.33	0.71	-8.07	.000*

p<.001\*

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของห้องระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระกันพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ห้องห้อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องที่ได้รับความพร้อมก่อนผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (ตารางที่ 2)

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องที่ได้รับความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องที่ได้รับความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพิจารณาตามกระบวนการปรับตัวตามกรอบแนวคิดของ Roy นับได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดนั้นเป็นปัจจัยนำเข้า ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องที่มีการรับรู้ตระหนักและลงมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยผลจากการปฏิบัติตามโปรแกรมร่างกายจะมีการปรับตัวตามกระบวนการผ่านระบบต่างๆ และแสดงออกมาในรูปแบบของการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริมนต์ (2553)<sup>(17)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลต่อคุณภาพการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว



หลังผ่าตัดที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติ คือ การมีคุณภาพการฟื้นตัวที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการทำหน้าที่ได้ตามปกติ กล่าวคือ มีสถานะอารมณ์ จิตใจที่เป็นสุข สงบ ปราศจากความหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ มีความสุขสบายกาย สามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระ รวมถึงการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความปวดน้อย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย ไม่พึ่งพาผู้อื่น ทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม<sup>(18)</sup>

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมและปฏิบัติตามกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจ เข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ 4-5 ครั้งต่อวัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้ง ต่อวัน บริหารแขนขา 2-3 ครั้ง ต่อวัน ลูกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า 2-3 ครั้งต่อวัน และลุกเดิน 3 ครั้ง ต่อวัน ขณะที่กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่เป็นแบบแผน ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมให้ระบบต่างๆ ในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็ว<sup>(19)</sup> ทั้งนี้

เนื่องจากการหายใจ เข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ ร่วมกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ปอดขยายตัวดี ช่วยขับและระบายเสมหะ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบริหารแขน-ขา พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน และการลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้าจะเป็นการกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ทำให้ร่างกายปรับหน้าที่เข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด<sup>(20)</sup> ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงทำให้คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Heye et al.<sup>(21)</sup> ที่พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะของตนเองก่อนผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความปวดน้อย มีความมั่นใจและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยการพลิกตะแคงตัวบนเตียง ลูกนั่ง ยืนและเดินได้ดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว นอกจากนั้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอิงอร พงศ์พุทธิชาติ (2546)<sup>(22)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การหายใจลึกๆ ไออย่างมีประสิทธิภาพ ออกกำลังกายแขนขา ลุกออกจากเตียงและลงเดิน ช่วยให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดี

จากผลการศึกษาที่สามารถอธิบายโดยสะท้อนกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับ



การผ่าตัดช่องท้อง นอกจากจะมีสิ่งเร้าตรง และ สิ่งเร้าร่วม การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นสิ่งเร้าแฝงที่ผ่าน เข้ากระบวนการปรับตัว โดยผ่านระบบควบคุมทาง สรีระ และระบบรับรู้คิด ส่งผลให้ร่างกายเกิดการปรับ ตัว ซึ่งแสดงผลลัพธ์ที่สามารถประเมินได้ในระยะ หลังผ่าตัด ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ระดับความปวด

จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด การลุกขึ้นจาก เตียง และการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งสะท้อนให้ เห็นคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สามารถนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy มาใช้อธิบายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้องได้



## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สถิติโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2559]. เข้าถึงจาก: <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>
2. โรงพยาบาลสระบุรี. สถิติแผนกศัลยกรรม. สระบุรี: โรงพยาบาลสระบุรี; 2557.
3. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. สถิติแผนกศัลยกรรม. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2558.
4. สมพร ชินโนรส. ตำราการพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่มที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A, Michalski W, Bebenek M, Kryj M. Long-term results of a randomized trial comparing preoperative short-course radiotherapy with preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. *British Jour of Surgery*. 2006;93:15–23.
6. Ljungqvist O, Nygren J, Soop M, Thorell A. Metabolic perioperative management. *Novel Concept Current in Critical Care*. 2005;11:95.
7. Liu LL, Grooper MA. Postoperative analgesia and sedation in the adult intensive care unit aguide to drug selection. *Drugs*. 2003;63:755-67.
8. นิภาวรรณ สามารถกิจ. ปัจจัยทำนายอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2559;33:189–99.
9. Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmell JP, Polomano RC. Assessment, physiological, monitoring and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*. 2008;9(1):S13-S21.
10. พรรณทิพย์ เกียรติสัน. การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. [สารนิพนธ์] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
11. น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: ภาควิสัญญูวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.



12. Gelinas C. Pain assessment and management in critically ill intubated patient, a retrospective study pain management. *American Journal of Critical Care*. 2004;13(2):126-34.
13. Boehnlein MJ, Marek JF. Postoperative nursing. In W. J. Phipps, F. D. Monahan, & J. K. Sands (Eds.), *Medical surgical nursing health and illness perspectives*. Missouri : Mosby;2003.
14. Polit DF, Beck CT. *Using inferential statistics to test hypotheses*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
15. Roy C. *The Roy adaptation model*. 3<sup>rd</sup> ed. Upper Saddle River. NJ: Pearson; 2008.
16. Johnston G, Goss JR, Malmgren JA, Spertus JA. Health status and social risk correlates of extended length of stay following coronary artery bypass surgery. *Annals of the Thoracic Surgery*. 2004;77:557-562.
17. สิริมนต์ ดำริห์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
18. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57:52-8.
19. Girard NJ. Clients having surgery. In J. M. Black & J. H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. Singapore: Elsevier; 2008.
20. Porth CM. *Pathophysiology : Concept of altered health states*. 7<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
21. Heye ML, Foster L, Bartlett MK, Adkins S. A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility and self efficacy. *Applied Nursing Research*. 2002;16(2):174-83.
22. อิงอร พงศ์พุทธิชาติ. การเสริมแรงเพื่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.

