

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะแทรกซ้อน
หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง
The Effects of an Educative-Supportive Program on Prevention of
Postoperative Complication Behaviors and Postoperative Complications in
Colorectal Cancer Patients After Open Abdominal Surgery

อัญญานิตา บุตรสุด*¹, เบญญพร บรรณสาร¹, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์²

¹สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

²ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

Aunnita Butsud*¹, Benyaporn Bannaasan¹, Chatchi Mingmaliraks²

¹Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University,
Pathum Thani 12120

²Department of Surgery, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani 12120

*Corresponding authors, e-mail: phrotchana@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องจำนวน 52 คน ในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 - เดือน ตุลาคม 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ 2) แบบประเมินอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด 3) แบบประเมินการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ 4) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Independent t-test และ Two-way Mixed-design ANOVA ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3 และ 5 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3 และ 5 ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3 และ 5 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่าตัดเปิดช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This study was quasi-experimental research using two groups and repeated measurement design. The purpose of this research aimed to investigate the effects of an Educative-Supportive program on the prevention of postoperative complication behaviors and postoperative complications in colorectal cancer patients after open abdominal surgery. The purposive sample consisted of 52 patients undergoing an open abdominal surgery at Bhumibol Adulyadej Hospital Directorate of Medical Services between December 2020 – October 2022. The 26 subjects were assigned to the experimental group and the other 26 to the control group. Instruments used for data collection were the demographic and stage of health data form, the Pain Numerical Rating Scale, the Bowel Function Recovery Evaluation, and the Behaviors Complication Prevent Assessment form. Data were analyzed by means of descriptive statistics, chi-square, independent t-test, and two-way Mixed-design ANOVA. The results showed that the mean scores for postoperative complication prevention behavior on days 1,3 and 5 of the experimental group were significantly higher than the control group ($p < .001$). The mean score of postoperative pain on days 1,3 and 5 of the experimental group were significantly lower than the control group ($p < .001$). The mean scores of bowel function recovery after surgery on days 1, 3 and 5 of the experimental group were significantly higher than the control group ($p < .001$).

Keywords: educative-supportive program, colorectal cancer, open abdominal surgery, post op complications, complication prevention behaviors

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) เป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นลำดับที่ 3 ของโลก พบผู้ป่วยรายใหม่ 1.8 ล้านคนทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 2 ของโรคมะเร็งทั่วโลก อัตราการเสียชีวิต 861,663 คนต่อปี⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบในเพศชายเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 20.70 และเพศหญิงเป็นลำดับที่ 2 ร้อยละ 12.20 ของโรคมะเร็ง พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป⁽²⁾

การรักษาหลักที่สำคัญและทำให้หายขาดจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้คือการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้ระยะรับรู้สีกทั่วร่างกาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ⁽³⁾ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีอาการเจ็บปวดแผลแบบเฉียบพลันรุนแรง พบได้ร้อยละ 100.00⁽⁴⁾ และส่งผลต่อระบบประสาททางเดินอาหาร ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง พบได้ร้อยละ 10.00-30.00⁽⁵⁾ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจ การให้ความรู้ด้วยวาจาอย่างเดียวไม่สามารถสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองได้⁽⁶⁾ การฝึกฝนทักษะให้เกิดความมั่นใจ และเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองพยาบาลต้องใช้ระยะเวลา⁽⁷⁾ แต่ในระยะเวลาที่จำกัดภายหลังการผ่าตัดร่วมกับความไม่สุขสบาย

หากผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัว และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁽⁸⁾ การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การสอนและฝึกทักษะเทคนิคการผ่อนคลาย การจัดการกับความปวด การหายใจ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁽⁹⁾

จากสถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยเองการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบปัญหาสำคัญคือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่งผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สูญเสียทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณในการดูแลรักษาและบุคลากร การสร้างพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สิ่งสำคัญคือความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมที่ใช้เพิ่มพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ผ่านมา มีระยะเวลาการศึกษาสั้น โดยจัดโปรแกรมเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด 1 วัน⁽¹⁰⁾ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการเกิดทักษะและพฤติกรรมที่ต่อเนื่องได้ เพราะการฝึกปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการสอน สาธิต ติดตามสนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁽¹¹⁾ เสนอว่า เมื่อบุคคลมีความต้องการดูแลตนเองเกินกว่าความสามารถที่บุคคลกระทำด้วยตนเองได้ ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็น ดังนั้นระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-Supportive Nursing System) ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถตัดสินใจวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, 5
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, 5
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด และการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, 5
4. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด และการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, 5

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, 5 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

ประกอบด้วย

1. การสอน (Teaching)
 - 1.1 ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน
 - 1.2 สาธิตการฝึกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การผ่อนคลายด้วยเทคนิคการหายใจ
- การประกอบแผล
- การเคลื่อนไหวร่างกาย (Early ambulate)
2. การชี้แนะ (Guiding)

การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเอง การฝึกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
3. การสนับสนุน (Supporting)
 - 3.1 ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ระยะก่อนการผ่าตัด
 - 3.2 ติดตามให้คำปรึกษา กระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ในระยะหลังผ่าตัด
4. การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing environment)
 - 4.1 การเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการจัดเวลาฝึกปฏิบัติ
 - 4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับกิจกรรมของผู้ป่วย



พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น

- พฤติกรรมการจัดการอาการเจ็บปวด
- พฤติกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้



ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

- อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง
- การฟื้นตัวของลำไส้ดีขึ้น



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two-group repeated measurement design) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบอนุกรมเวลา ด้วยโปรแกรม G*power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.25 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง⁽¹²⁾ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ระดับ .05 และอำนาจทดสอบ (power) เท่ากับ .80 การทดสอบทางสถิติของ F-test (ANOVA : repeated measures, between factors) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน และมีการวัดซ้ำ 3 ครั้ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 รายเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.00⁽¹³⁾ จำนวน 8 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลอง 26 ราย จับคู่ matched pairs ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุใกล้เคียงกันห่างกันไม่เกิน 5 ปี และชนิดการผ่าตัด

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ

1.2 แบบประเมินการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง 2) การผายลม 3) การขับถ่ายอุจจาระ 4) เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 4-16 คะแนน ระดับคะแนนสูงหมายถึงการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ดี

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale 3 ระดับ คือ ข้อความด้านบวก คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน ข้อความด้านลบ คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ = 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย = 3 คะแนน) 15 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15- 45 คะแนน คะแนน 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระดับมาก

1.4 แบบประเมินอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด (Pain Numerical Rating Scale) ประเมินความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง แบ่งระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความเจ็บปวดของสมาคมเรื่องการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย ในการแปลความหมายดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เจ็บปวด 1 – 3 คะแนน หมายถึง เจ็บปวดเล็กน้อย 4 – 6 คะแนน หมายถึง เจ็บปวดปานกลาง 7 – 9 หมายถึง เจ็บปวดมาก 10 คะแนน หมายถึง เจ็บปวดที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมเป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยผู้ป่วยจะได้รับการสอนความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และสถิติการฝึกปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และติดตามการฝึกปฏิบัติตามคู่มือการฝึกกิจกรรมเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ และระยะเวลาที่ใช้มีความเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักจำนวน 30 ราย โดย

1) แบบประเมินการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ข้อ 1-3 หาค่าความเที่ยงโดยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) และนำมาคำนวณทางสถิติ Intraclass correlation เท่ากับ 1.00 ข้อ 4 หาค่าความเที่ยงโดยวิธีการหาความเท่าเทียมของผู้สังเกต (Inter-rater reliability) นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของการสังเกต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แคปปา (Kappa coefficient) เท่ากับ 1.00

2) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทดสอบความเที่ยง แบบสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal consistency) ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.799 แบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือได้ และ

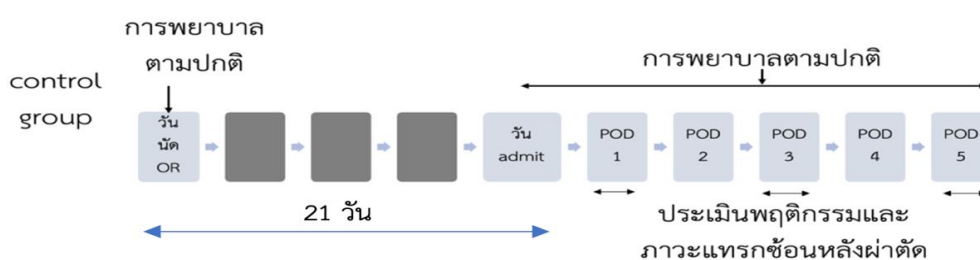
3) แบบประเมิน Pain Numerical Rating Scale หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) และนำมาคำนวณทางสถิติ Intraclass Correlation เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพโครงการ 106/2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB No.77/63

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 26 รายแรก เข้ากลุ่มควบคุมและ 26 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

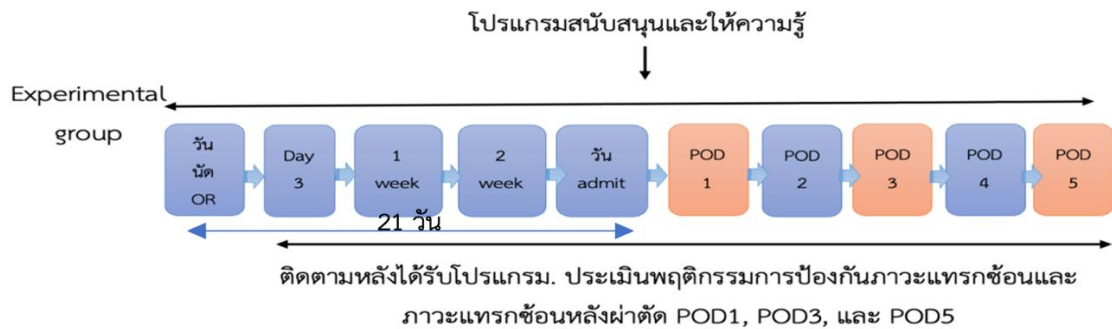


ครั้งที่ 1 วันนัดผ่าตัด

วันนัดผ่าตัดผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัด เช่นการงดเจ็ดย่าง การเตรียมตัวมาอนโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2-4 post op day 1, day 3, และ day 5 ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้วยแบบประเมิน Pain Numerical Rating Scale แบบประเมินการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ และแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

กลุ่มทดลอง



ครั้งที่ 1 ขึ้นเตรียมก่อนผ่าตัด (วันนัดผ่าตัด) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การ รักษา ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินและจัดการอาการเจ็บปวด สาธิตการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจ Deep Breathing exercise การไออย่างมีประสิทธิภาพ การ ประคองแผล และการพลิกตะแคงตัว ใช้เวลา 40 นาที และดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนคู่มือ E-book, VDO clip และขออนุญาตติดตามผู้ป่วยทาง Application line

ครั้งที่ 2-4 ติดตามทาง Application line 3 ครั้ง คือ 1. หลังได้รับโปรแกรม 3 วัน 2. หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และ 3. หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 5 วันที่ผู้ป่วย Admit ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรับฟังปัญหา ข้อขัดข้อง ให้กำลังใจ และสังเกตและ ประเมินการฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 6-10 post op day 1-5 ติดตามส่งเสริม กระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในวัน Post op day 1, 3, 5

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และวิเคราะห์ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เปรียบเทียบความแตกต่างของอายุระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t test เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 ด้วยสถิติ Two-way Mixed-design ANOVA

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มควบคุมเพศชายร้อยละ 57.70 เพศหญิงร้อยละ 42.30 กลุ่มทดลองเพศชายร้อยละ 73.10 เพศหญิงร้อยละ 26.90 อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 69.69 ปี และ 66.92 ปี ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 46.00 รองลงมาระดับปริญญาตรีร้อยละ 25.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 51.90 และมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน $> 40,001$ บาท มากที่สุดร้อยละ 50.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม n=26	กลุ่มทดลอง n=26	Statistic test	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	15 (57.70)	19 (73.10)	1.359 ^c	.244
หญิง	11 (42.30)	7 (26.90)		
อายุ (ปี)	X (SD)	X (SD)		
	69.69 (9.82)	66.92 (9.74)	1.021 ^t	.736
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	4 (15.40)	5 (19.20)	6.510 ^c	.368
มัธยมศึกษา	12 (46.10)	12 (46.20)		
อนุปริญญา/ปวส.	3 (11.50)	3 (11.50)		
ปริญญาตรี	7 (26.90)	6 (23)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14 (53.80)	13 (50.00)	3.348 ^c	.646
ข้าราชการ	1 (3.80)	0 (0.00)		
รับจ้าง	4 (15.30)	6 (23.10)		
อื่น ๆ	8 (30.70)	5 (26.90)		
รายได้				
<20,000	4 (15.40)	3 (11.50)	3.056 ^c	.548
20,001-40,000	8 (30.70)	22 (42.30)		
>40,001	14 (53.80)	12 (46.20)		

2. ข้อมูลสภาวะสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค CA Sigmoid colon มากที่สุดร้อยละ 26.9 ระยะเวลาดำเนินโรค (Staging) มากที่สุด ระยะที่ 3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 42.3 และกลุ่มทดลองร้อยละ 46.2 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Rt. Hemicolectomy มากที่สุด กลุ่มควบคุมร้อยละ 23.1 และกลุ่มทดลองร้อยละ 30.8 ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดมากที่สุด 2.00-3.00 ชั่วโมง ทั้งสองกลุ่มร้อยละ 53.8 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร้อยละ 84.3 และร้อยละ 80.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลสภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=52)

ข้อมูลสภาวะสุขภาพ	กลุ่มควบคุม n=26	กลุ่มทดลอง n=26	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Diagnosis			
CA Caecum	3 (11.5)	5 (19.2)	.913
CA Ascending colon	6 (23.1)	4 (15.4)	
CA Descending colon	3 (11.5)	5 (19.2)	
CA Sigmoid colon	7 (26.9)	7 (26.9)	
CA Transverse colon	4 (15.4)	2 (7.7)	
CA Recto sigmoid colon	1 (3.8)	1 (3.8)	
CA Rectum	2 (7.7)	2 (7.7)	
วิธีการผ่าตัด			
Rt. hemicolectomy	6 (23.1)	8 (30.8)	.739
Lt. hemicolectomy	5 (19.2)	5 (19.2)	
Subtotal colectomy	3 (11.5)	3 (11.5)	
Low Anterior resection	3 (11.5)	4 (15.4)	
Anterior resection	3 (11.5)	1 (3.8)	
Sigmoidectomy	4 (15.4)	5 (19.2)	
Staging			
Stage 1	1 (3.8)	1 (3.8)	.980
Stage 2	10 (38.5)	10 (38.5)	
Stage 3	11 (42.3)	12 (46.2)	
Stage 4	4 (15.4)	3 (11.5)	
ระยะเวลาการผ่าตัด			
1-2 ชั่วโมง	7 (26.9)	3 (11.5)	.400
2-3 ชั่วโมง	14 (53.8)	14 (53.8)	
3-4 ชั่วโมง	3 (11.5)	7 (26.9)	
> 4 ชั่วโมง	2 (7.7)	2 (7.7)	
Underlying			
No underlying	4 (15.4)	5 (19.2)	.869
DM, HT, DLP, Heart disease	22 (84.3)	21 (80.7)	

ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,100) = 506.874, p < .001$) พิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,50) = 187.029, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	3774.782	2	1887.391	506.874	.000*
เวลา*กลุ่ม	4.192	2	2.096	.563	.571
ความคลาดเคลื่อน	372.359	100	3.724		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2354.077	1	2354.077	187.029	.000*
ความคลาดเคลื่อน	629.333	50	12.587		

หมายเหตุ F = Repeated measures ANOVA *p< .001

ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.736,86.806) = 224.568$, $p < .001$) พิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,50) = 57.796$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 ด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	279.731	1.736	161.124	224.568	.000*
เวลา*กลุ่ม	1.321	1.736	.761	1.060	.343
ความคลาดเคลื่อน	62.282	86.806	.717		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	80.410	1	80.410	57.796	.000*
ความคลาดเคลื่อน	69.564	50	1.391		

หมายเหตุ F = Repeated measures ANOVA (Greenhouse-Geisser) *p< .001

ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,100) = 721.146$, $p < .001$) พิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,50) = 58.312$, $p < .001$) พิจารณาปฏิสัมพันธ์เวลา*กลุ่ม ค่า $p < .001$ แสดงว่าระยะเวลามีผลต่อการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ร่วมด้วยดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 ด้านการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	686.031	2	343.006	721.146	.000*
เวลา*กลุ่ม	9.090	2	4.545	9.555	.000*
ความคลาดเคลื่อน	47.564	100	.476		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	93.853	1	98.853	58.312	.000*
ความคลาดเคลื่อน	80.474	50	1.609		

หมายเหตุ F = Repeated measures ANOVA *p< .001

จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3 และ 5 พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังผ่าตัดวันที่ 5 สูงกว่าวันที่ 3 และวันที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลผ่าตัดวันที่ 1, 3 และ 5 พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังผ่าตัดวันที่ 5 ต่ำกว่าวันที่ 3 และ ต่ำกว่าวันที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5

ตัวแปร		Time		
		POD1 Mean (SD)	POD3 Mean (SD)	POD5 Mean (SD)
พฤติกรรมป้องกัน	กลุ่มทดลอง	31.35 (3.237)	38.65 (2.884)	43.38 (2.115)
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม	23.85 (1.933)	30.42 (2.656)	35.81 (2.417)
ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	กลุ่มทดลอง	5.38 (.752)	3.35 (.797)	2.15 (.967)
	กลุ่มควบคุม	6.73 (1.402)	5.04 (.720)	3.42 (.809)
การฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้	กลุ่มทดลอง	7.62 (.983)	10.00 (1.095)	13.23 (.587)
	กลุ่มควบคุม	6.35 (.797)	8.85 (1.120)	11.00 (.849)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่ำสุดในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และมีคะแนนเพิ่มขึ้นในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผลกระทบจากการผ่าตัดส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในช่วงหลังผ่าตัดวันแรก ๆ เช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุน

และให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกช่วงเวลา แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัดใกล้เคียงกัน การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกัน แต่ในระยะก่อนผ่าตัดกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การสอน ให้ความรู้เรื่องการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการอาการปวด สาธิตการฝึกหายใจ การประคบแผล การพลิกตะแคงตัว และการลุกขึ้นนั่งโดยเร็วหลังผ่าตัด 2) การชี้แนะด้วยการกำหนดเป้าหมายการฝึกปฏิบัติกิจกรรมด้วยตัวผู้ป่วยเอง การให้คำแนะนำผ่าน E-book VDO Clip Application Line 3) การสนับสนุนด้วยการติดตามให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและชมเชยการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดการเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับกิจกรรมและเอื้อต่อการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของปานพิกุล สุกุลและคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของวินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เกิดจากการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมและจัดการความเจ็บปวดและมีการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจ การประคบแผล เพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ลดความกระตือรือร้นต่อแผลผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร ช้อยุ่น และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าผลของโปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องช่วยพยุงเดินหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับผ่านการสอน สาธิต และการฝึกปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2, และ 3 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดวันที่ 1, 2, และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2, และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ พงนิย์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน⁽¹⁸⁾ พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการเตรียมความพร้อมในการเผชิญความปวด การจัดการความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และจิราภรณ์ ขวณรัมย์⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจมีความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ย 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ การฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการป้องกัน

ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การลุกเดิน การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้^(20,21) แสดงว่าผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา และการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1, 3, และ 5 ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลาข้อจำกัดการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรใช้วิธีการสุ่มเพื่อป้องกันความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่างและเหตุการณ์พ้องที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอื่น ๆ ได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่ารักษาพยาบาล ส่งผลต่อการเพิ่มผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาล เช่น การผ่าตัด Hysterectomy เป็นต้น
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามและประเมินผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะยาวเพื่อให้สามารถจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: J Clin.* 2018;68(6):394-424.
2. Ministry of public Health, National Cancer Institute, Department of Medical Services. Hospital-based cancer registry 2020 [internet]. 2021 [cited 2022 Jan 25]. Available from: http://www.nci.go.th/e-book/hosbased_2563/index.html (in Thai)
3. Paruk F, Chausse JM. Monitoring the post surgery inflammatory host response. *J Emerg Crit Care Med.* 2019;3:47. doi: 10.21037/jeccm.2019.08.06.
4. Kumkaew J, Phattanarudee S, Areepium N. Postoperative pain management in adult abdominal surgical patients in general department, Nopparat Rajathanee hospital. *Thammasat Med J.* 2015;15(1):80-90. (in Thai)
5. Hamberger RC, Maykel AJ, Alavi K. Postoperative Ileus. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019;32(3):166-70.
6. Cheumthong P, Kimsungnoem N, Namjuntra R. The effects of educative supportive program on self care behaviors and HbA1c in persons newly diagnosed with type 2 diabetes. *J Nurs Sci Health.* 2020;43(1):78-86. (in Thai)
7. Sompa A, Terathongkum S, Piaseu N. Factors predicting diabetes preventive behavior in persons with pre-diabetes. *Rama Nurs J.* 2015;21:96-109. (in Thai)
8. Dajenah M, Ahmed F, Thabet A, Ghaleb K, Nikbakht HA. Early postoperative complications of gastrointestinal surgery and its associated factors in Yemeni patients treated in a teaching hospital: a retrospective monocentric study. *Cureus.* 2022;14(5):1-10. doi: 10.7759/cureus.25215.
9. White SJ, Chularee S, Chiaranai C. The role of nurses in caring for patients undergoing abdominal surgery. *J Health Nurs Ednc.* 2020;26(1):231-50. (in Thai)
10. Sritan S. Effect of pre-operative preparing program on recovery in post abdominal surgery patients. *HCU J.* 2017;20(40):101-13. (in Thai)
11. Orem D. *Nursing: concept of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
12. Cohen J. *Statistic power for the behavioral sciences.* 2nd ed. New York: Academic press; 1977.
13. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence.* 8th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2017.
14. Phamornpon S, Toskulkao T, Kimpee S, Iramaneerat C. Factors predicting bowel function recovery in patients after open colorectal resection surgery. *J Thai Assoc Radiat Oncol.* 2013;19(1):38-46. (in Thai)

15. Sagulkoo P, Jansiri U, Kasemmala S. Effects of educative supportive nursing program via Line application on abilities to perform activities of daily living and the recovery after abdominal surgery among surgical patients. APHEIT J Nurs Health. 2024;6(2):1-18. (in Thai)
16. Prateepwattanaphan W, Jittanoon P, Buapetch A. Effects of an supportive-educative nursing program on caregivers' caring capabilities and abilities to perform activities of daily living of Muslim patients with stroke. Rama Nurs J. 2021; 27(3):343-59. (in Thai)
17. Khoyun S, Poothawee W, Srisoy A. Effect to post-operative recovery program with the use of easy walk equipment to prevent complications in abdominal surgery patients. Srinagarind Med J. 2019;34(4):386-92. (in Thai)
18. Wongsiri P, Pitaktan S. Effects of pain management program toward release pain, anxiety and satisfaction receiving general anesthesia for women's cesarean section, recovery room, Suratthani hospital. Reg 11 Med J. 2022;33(3):441-60. (in Thai)
19. Homvisasevongsa Y, Chuanrum J. Comparison of postoperative pain between patients received and not trained Relaxing techniques that use breathing training in patients with abdominal hysterectomy. Med J Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2019;34(2):167-79 (in Thai)
20. Bragg D, Sharkawy AME, Psaltis E, Armstrong CAM, Lobo DN. Postoperative ileus: recent developments in pathophysiology and management. Clin Nutr. 2015;34(3):367-76.
21. Koesanthia S, Wongkongkam K, Danaidutsadeekul S, Thawisri T. Impacts of early mobility program on open abdominal surgery patients post-operative bowel function recovery during the first 72 hours. J Thai Nurs Midwifery Counc. 2022;37(2):61-80. (in Thai)