

Original article

Factors predicting recovery in patients with post total laparoscopic hysterectomy

Nongnaphath Somthong¹, Ratsiri Thato^{2*}

¹Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Background: Recovery is the goal of health-care services that emphasizes on patient's point of recovery in those who receive total laparoscopic hysterectomy to return to normal and active daily living and well-being. There are a number of factors involving the recovery which includes duration of pelvic pain of pre-operation, body mass index of pre-operation, patient's ability post-operation, anxiety of the patient pre-operation, and knowledge of the patient about pre-operation.

Objective: To identify predictive factors for recovery among patients with post total laparoscopic hysterectomy.

Methods: A multi-stage sampling from 2 sectionary hospitals, King Chulalongkorn Memorial Hospital and Rajavithi Hospital, recruited 109 subjects. Their data were collected using 7 questionnaires: 1) demographic data form; 2) duration pelvic pain before operation; 3) body mass index record; 4) post-operation ability of the patient; 5) hospital anxiety scale; 6) knowledge about pre-operation; and 7) quality of recovery. The data were analyzed using stepwise multiple-regression.

Results: Recovery of patients with post total laparoscopic hysterectomy was of moderate level (17.36 ± 3.09). Significant factors to recovery among patients with total laparoscopic hysterectomy were anxiety of pre-operation ($\beta = -0.35$), knowledge about pre-operation ($\beta = 0.41$), ability of the patient post-operation ($\beta = 0.26$) and body mass index of pre-operation ($\beta = -0.25$). However, duration pelvic pain of pre-operation was not significant factor. They could explain the 63.2% of recovery in patients with post total laparoscopic hysterectomy ($P < 0.05$).

Conclusion: This study promotes postoperative recovery in patients with post total laparoscopic hysterectomy.

Keywords: Recovery, total laparoscopic hysterectomy.

*Correspondence to: Ratsiri Thato, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

E-mail: ratsiri99@gmail.com

Received: June 13, 2018

Revised: May 10, 2019

Accepted: May 14, 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก ผ่านกลองทางหน้าท้อง

นางนภัส สมทอง¹, รัตน์ศิริ ทาโต²¹หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย: การฟื้นหายหลังผ่าตัด คือ เป้าหมายที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่เป็นปกติ และมีภาวะสุขภาพที่ดีในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งการฟื้นหายหลังผ่าตัดมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้อง

วิธีการทำวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 109 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด 3) แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด 4) แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด 6) แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด 7) แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา: การฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (17.36 ± 3.09) ปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($\beta = -0.35$) ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ($\beta = 0.41$) ปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ($\beta = 0.26$) และปัจจัยด้านดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ($\beta = -0.25$) สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้องได้ร้อยละ 63.2 ปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ไม่สามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้องได้

สรุป: เพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้องให้อยู่ในระดับดีบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องจัดโปรแกรมในเรื่องการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการก่อนผ่าตัด และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก

คำสำคัญ: การฟื้นหายหลังผ่าตัด, การผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้อง.

โรคทางนรีเวชเป็นโรคที่เกิดพยาธิสภาพขึ้นกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี ซึ่งทำหน้าที่สืบพันธุ์และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์⁽¹⁾ พบได้มากในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน ปวดท้องน้อยเรื้อรัง มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด คลำพบก้อนบริเวณท้องน้อย⁽²⁾ การวินิจฉัยส่วนใหญ่ คือ เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ พบร้อยละ 47 - 65 เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกพบร้อยละ 20 - 50 ถุงน้ำรังไข่ พบร้อยละ 4 - 7⁽³⁾

สถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยนรีเวชเข้ารับการผ่าตัดมดลูก ประมาณ 600,000 รายต่อปี⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยพบประมาณ 40,000 - 50,000 รายต่อปี⁽⁵⁾ ในปัจจุบันมีการนำเทคนิคการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (total laparoscopic hysterectomy, TLH) มาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากแผลผ่าตัดเล็ก สูญเสียเลือดน้อย ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น

การผ่าตัดส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากการดมยาสลบแบบตัวร่างกาย การจัดทำ low lithotomy ร่วมกับการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง⁽⁶⁾ ส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบการทำงานของไต จึงพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องขณะพักฟื้นในโรงพยาบาล

การฟื้นหายหลังผ่าตัด (recovery) หมายถึง การกลับมาทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่สมบูรณ์ และคุณภาพชีวิตที่ดีปกติ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกิดขึ้นในหลายมิติ ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) early recovery phase 2) intermediate recovery phase 3) late recovery phase⁽⁷⁾ ทั้งนี้ในระยะ Intermediate recovery phase พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านร่างกาย เช่น มีอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อ่อนเพลีย กระทั่งต่อการทำกิจวัตรประจำวันและในบางรายต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล และปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 สังกัด คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ในอัตราส่วน 1:3

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 82 ราย และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 27 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience simple) ตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา จำนวน 109 ราย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 405/2518) และโรงพยาบาลราชวิถี (รหัสโครงการที่ 61081) ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยชี้แจงเอกสารในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หากมีผลต่อการรักษากลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด มีหน่วยเป็นเดือน ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่า r เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 แบบประเมินดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (body mass index, BMI) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁸⁾ ความเที่ยงของแบบบันทึกมีค่า Kappa เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง⁽⁹⁾ ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คะแนนรวม 27 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดน้อย (0 - 8 คะแนน) เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดปานกลาง (9 - 18 คะแนน) เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดมาก

(19 - 27 คะแนน) ความเที่ยงแบบสอบตามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai hospital anxiety and depression scale) ฉบับภาษาไทย⁽¹⁰⁾ ครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาศึกษาเฉพาะส่วนที่ 1 ประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ โดยคะแนนรวม คือ 0 - 21 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ (0 - 7 คะแนน) มีความวิตกกังวล (8 - 10 คะแนน) มีความผิดปกติทางจิตเวช (11 - 21 คะแนน) ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยในวิธีที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้อง⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดน้อย (0 - 6 คะแนน) ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมาก (7 - 10 คะแนน) ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.67

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด (quality of recovery-9) ฉบับภาษาไทย⁽¹²⁾ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยคะแนนรวมเท่ากับ 0 - 27 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การฟื้นหายหลังผ่าตัดไม่ดี (0 - 9

คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดปานกลาง (10 - 18 คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดดี (19 - 27 คะแนน) ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 55.0 อายุเฉลี่ย คือ 41.92 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.9 มีประวัติการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในระยะ 1 - 6 เดือนก่อนผ่าตัด ร้อยละ 58.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.5 และมีระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.30 วัน

ตารางที่ 1. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ปัจจัยทำนาย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ระยะเวลาของการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด	13.11	8.30	เรื้อรัง
2. ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	21.61	3.62	ปกติ
3. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	11.89	3.41	ปานกลาง
4. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	6.47	3.76	ปกติ
5. ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	8.73	1.78	มาก
6. การฟื้นหายหลังผ่าตัด	17.36	3.09	ปานกลาง

ตารางที่ 2. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) จากการคัดเลือกตัวแปรแบบ stepwise multiple regression (n = 109)

ปัจจัยทำนาย	b	SE _b	Beta	t	P - value
1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	-0.29	0.05	-0.35	-5.16	< 0.001
2. ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	0.72	0.11	0.41	6.10	< 0.001
3. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	0.23	0.05	0.26	4.37	< 0.001
4. ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	-0.22	0.05	-0.25	-4.25	< 0.001
Constant	14.91	1.62		9.19	< 0.001

R = 0.80 adjusted R² = 0.63 SE = 1.88

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด สามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ร้อยละ 63.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

อภิปรายผล

การฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองและเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จึงพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ดี (ระดับ ASA กลุ่มที่ 1)

ปัจจัยที่สามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด อธิบายได้ ดังนี้

ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดแสดงถึงภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มากการเผาผลาญพลังงานในร่างกายช้า การไหลเวียนโลหิตไม่ดี ส่งผลต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องร่างกายต้องใช้พลังงานในกระบวนการหายใจของแผล และกระบวนการอักเสบของร่างกายมากกว่าในภาวะปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของปวงกมล กฤษณบุตร และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เช่น การหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวบนเตียงในทุก ๆ 1 - 2 ชั่วโมง การลุกนั่งบนเตียงหรือปรับเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบลำไส้ ให้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้น⁽⁹⁾ ส่งผลให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamed Al. และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องรวมกับการประคบอุ่น ส่งผลให้

การฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอยู่ในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสารสื่อประสาทออกมามากกว่าในภาวะปกติ ทำให้เกิดอาการทางกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจมากขึ้น ความดันโลหิตสูง หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ทำใหนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee A. และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำ มีระดับการฟื้นหายหลังผ่าตัดดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด มีผลต่อความเข้าใจที่ถูกต้องอันจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Padma Priya S. และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ไม่สามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด 1- 6 เดือน ร้อยละ 58.7 ซึ่งลักษณะอาการปวดเป็นแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง จึงไม่ส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง แม้มีระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดที่แตกต่างกัน

สรุป

การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกมาก ควรทำการศึกษาปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติม และเพื่อเป็นการส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องให้ดียิ่งขึ้น ควรมีการจัดทำโปรแกรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในรูปแบบต่าง ๆ การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการก่อนผ่าตัด และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก

เอกสารอ้างอิง

1. โชสกุล บุญยะวิโรจ. บทความสุขภาพ: โรคทางนรีเวช หากรู้ทันก็ป้องกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/>
2. นันทนา ธนาโนวรรณ. ตำราพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991); 2553.
3. วีระศักดิ์ วงศ์ถิรพร, มณี รัตนไชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจภิบาล, ไอริน เรืองขจร. ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2556.
4. As-Sanie S. Study: Patients use only about half of opioids prescribed after hysterectomy [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 6]. Available from: <https://labblog.uofmhealth.org/rounds/study-patients-use-only-about-half-of-opioids-prescribed-after-hysterectomy>.
5. สุรพงศ์ อัมพวันวงศ์. บทความสุขภาพ: ผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องจะทำให้เป็นวัยทองหรือไม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2560] เข้าถึงได้จาก: <https://www.dailynews.co.th/article/527381>.
6. เทธิญ ถิ่นธาวา. การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2546.
7. Lee L, Tran T, Mayo NE, Carli F, Feldman LS. What does it really mean to “recover” from an operation? Surgery 2014;155:211-6.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติ การป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
9. Hamilton Health Sciences. Your guide to recovery: Information about gynecology surgery at Hamilton Health Sciences [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 6]. Available from: <http://hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/GynecologySurgery.pdf>.
10. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thailand 1996;41:18-30.
11. จิราภรณ์ ทองดอนจุย. การดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องสองทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศิริราช 2556;6:35-43.
12. Ratanasuwan Yimyaem P, Suwantinprapha J, Krisanaprakonkrit W, Uppan K, Saeseaw O, Sorasit C, et al. Quality of recovery score and pain control between continuous epidural bupivacaine – morphine and intravenous patient controlled analgesia after upper abdominal surgery. Srinagarind Med J 2006;21:267-74.
13. Krisanabud P, Thosingha O, Danaidutsadeekul S, Iramaneerat C. Factors associated with recovery among patients undergoing non-traumatic general abdominal surgery within one week. Thai J Nurs Council 2012;27:39-48.
14. Mohamed AI, Abd Elhady RM. Heating pads and early mobilization for reducing postoperative shoulder pain and enhancing recovery of women undergoing gynecological laparoscopic surgery. IOSR J Nurs Health Sci 2016;5:10-6.
15. Lee A, Chui PT, Gin T. Educating patients about anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials of media based interventions. Anesth Analg 2003;96:1424-31.
16. Padma Priya S, Roach EJ, Lobo DJ. Effectiveness of pre-operative instruction on knowledge, pain, and selected post-operative behaviours among women undergoing abdominal hysterectomy in selected hospital, Bangalore, Karnataka Manipal. Manipal J Nurs Health Sci 2017;3:3-9.