



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ปิยธิดา ภูมศรี พย.บ.¹

นงเยาว์ มีเทียน ปร.ด.²

สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ปร.ด.³

(วันรับบทความ :2 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :23 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :11 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตามการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพยาบาลของชุมชน ทำการศึกษา 3 ระยะ 1) ค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 13 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องฉุกเฉิน 10 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ 4) แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ และ 5) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .97, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ ระหว่างช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดด้วยสถิติ One-Way Repeated Measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า 1) ก่อนใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีอาการท้องอืดแน่นท้องร้อยละ 80.60 และการเคลื่อนไหวลำไส้ล่าช้าหลังผ่าตัดร้อยละ 8.96 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ก่อนระงับความรู้สึก (2) ขณะระงับความรู้สึก และ (3) หลังระงับความรู้สึก มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .97 ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) ทุกหมวดได้มากกว่าร้อยละ 70 และ 3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ดังนั้นควรมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องประเภทอื่นเพิ่มเติม

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nongyaow.m@msu.ac.th Tel: 091-0605640



Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Promote Postoperative Bowel Movements among Emergency Abdominal Surgery Patients Undergoing General Anesthesia

Piyatida Phuchomsri B.N.S.¹

Nongyaow Meethien Ph.D.²

Surachat Sittipakorn Ph.D.³

(Received Date: April 2, 2025, Revised Date: May 23, 2025, Accepted Date: June 11, 2025)

Abstract

This study aimed to develop and evaluate clinical nursing practice guidelines (CNPGs) to promote postoperative bowel mobility in patients undergoing emergency abdominal surgery under general anesthesia, following Soukup's evidence-based advanced nursing model. The study was conducted in three phases: 1) identifying clinical problems, 2) searching for evidence-based practices, and 3) implementing the guidelines. The sample was selected using purposive sampling and included 13 anesthetists and ward nurses and 10 emergency abdominal surgery patients who underwent general anesthesia. The research instruments consisted of (1) the developed CNPG, (2) a general information record, (3) a bowel function recovery assessment form, (4) a guideline quality assessment tool, and (5) a feasibility assessment tool for implementing the guidelines with content validity indexes (CVI) of .97, 1, 1, 1 and 1, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and One-Way Repeated Measures ANOVAs were used to compare the differences in mean scores of bowel function recovery at 24, 48, and 72 hours post-surgery.

The results showed that: 1) before implementing the CNPGs, 80.60% of patients experienced abdominal bloating and 8.96% had delayed bowel motility postoperatively; 2) the CNPG consisted of three phases of nursing care: (1) pre-anesthesia, (2) intra-anesthesia, and (3) post-anesthesia, with a CVI of .97 and Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II) scores for all domains greater than 70%; 3) the trial implementation of the CNPG demonstrated statistically significant differences in mean bowel function recovery scores at 24, 48, and 72 hours postoperatively. Furthermore, the feasibility of implementing the CNPGs was rated at 100%, indicating a high potential for practical application. Therefore, the CNPGs should be adopted and should be evaluated for use with other types of abdominal surgery patients.

Keywords: clinical nursing practice guideline, emergency abdominal surgery, general anesthesia

¹Student, Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

³Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Corresponding Author, Email: nongyaow.m@msu.ac.th Tel: 091-0605640



บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน (Emergency abdominal surgery) ถือเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติในช่องท้องซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดทันทีเพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ยังถือเป็นปัญหาและภาวะทางสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการฉุกเฉินและเกิดภาวะคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หรือเพื่อวินิจฉัยปัญหา สาเหตุของความเจ็บป่วยจากโรคหรือการได้รับบาดเจ็บ¹ จากสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวนมากด้วยโรคในระบบทางเดินอาหาร มีจำนวนถึง 448,976 ราย โรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินได้รับการวินิจฉัยดังต่อไปนี้ โรคทางเดินอาหารอุดตัน 18,955 ราย โรคแผลทะลุในทางเดินอาหารส่วนต้น 6,005 ราย และโรคไส้ติ่งอักเสบ 5,863 ราย²

การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เป็นภาวะเร่งด่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถรอดได้ ซึ่งจำเป็นในการรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น³ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย มากกว่าปกติ เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหรือมีเวลาเตรียมตัวน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวางแผนไว้ล่วงหน้า จึงเกิดความวิตกกังวลและไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร^{4,6} ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการผ่าตัดได้⁷ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ไม่สุขสบาย ปวดแผลท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ⁸ การติดเชื้อของแผล ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง ปวดระดับรุนแรง⁹ ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว และความเหนื่อยล้า¹⁰ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ มีการฟื้นตัวที่ล่าช้า ก่อให้เกิดผลเสียทั้งร่างกายและจิตใจ^{8,10} ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น^{11,12} ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางคลินิกทรุดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน^{11,13} และมีความเสี่ยงต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่แย่งได้¹⁴

โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดที่ให้อารมณ์ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่มีการรบกวนระบบอวัยวะภายในและทางเดินอาหารอย่างมาก จนเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ คือ ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด^{15,16} ซึ่งโดยปกติทั่วไป ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง การทำงานของลำไส้เล็กจะมีการฟื้นตัวภายใน 6 – 24 ชั่วโมง การฟื้นตัวของกระเพาะอาหารภายใน 24 -48 ชั่วโมง และการฟื้นตัวของลำไส้ใหญ่ภายใน 48 – 72 ชั่วโมง^{15,16} ภายหลังผ่าตัดหากผู้ป่วยเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหรือหยุดการเคลื่อนไหว จะส่งผลทำให้ลำไส้ไม่มีการบีบตัว เกิดการสะสมของแก๊สและของเหลว จนมีการคั่งค้างในลำไส้ ทำให้เกิดความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบาย ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ขับถ่าย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือตรวจไม่พบการเคลื่อนไหวของลำไส้¹⁷

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดมหาวิทยาลัยมหาสารคามเน้นให้บริการระดับทุติยภูมิ จากสถิติการให้บริการระดับความรู้สึกรู้สึกในการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน พ.ศ. 2561 – 2565 พบจำนวน 43, 88, 137, 325 และ 380 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินด้วยโรคระบบทางเดินอาหารและลำไส้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ จำนวน 3, 5, 14, 28 และ 50 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน สาเหตุส่วนใหญ่คือ ภาวะลำไส้ติ่งอักเสบ (Acute appendicitis) รองลงมาคือ ภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) จากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 30 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ อาการท้องอืด ไม่ผายลม อึดอัดแน่นท้อง และคลื่นไส้ อาเจียน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.66 และอาการปวดแสบ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบตามมา คือ ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีการพลิกตะแคงตัวในวันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ปวดแผลเพิ่มขึ้น และจากอาการดังกล่าวยังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดแสบได้¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังการผ่าตัดได้ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความจำเป็นและความสำคัญมากสำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น จึงมีการพัฒนาโปรแกรมการช่วยฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวนมากและหลากหลายวิธี ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลของการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าว ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเท่าที่ควร เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการพยาบาลเฉพาะส่วนไม่มีการศึกษาที่ทำการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในทุกระยะการระงับความรู้สึก



บทบาทวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ให้การให้บริการทางวิสัญญีแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ซึ่งมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยตาม 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึก ให้การบริการผู้ป่วยตามหลักการมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาล¹⁸ สำหรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินนั้น วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก คือ การประเมินผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมความพร้อมด้านบุคคลากร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ยา รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยที่สุด

ซึ่งจากสถานการณ์ปัญหาที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของโรงพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อาการท้องอืด รองลงมาคือ แน่นท้อง คลื่นไส้ และการเคลื่อนไหวลำไส้หลังผ่าตัดลดลง ซึ่งปัจจุบันปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมาได้ เช่น 1) เกิดภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด 2) นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 3) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และ 4) ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดมากขึ้น เมื่อสอบถามถึงการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินพบว่า พยาบาลผู้ดูแลยังมีแนวทางการจัดการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เป็นระบบ โดยวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลแต่ละคนยังคงให้การพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมของตนเอง และวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งถือว่ายังไม่ใช่กลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญ นอกจากนั้น ในปัจจุบันโรงพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่เป็นรูปแบบชัดเจนมาก่อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของชูชีพ¹⁹ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสำหรับหน่วยงานวิสัญญีและหน่วยงานผู้ป่วยใน โดยมีเป้าหมายในการช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และสามารถฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติโดยเร็วที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

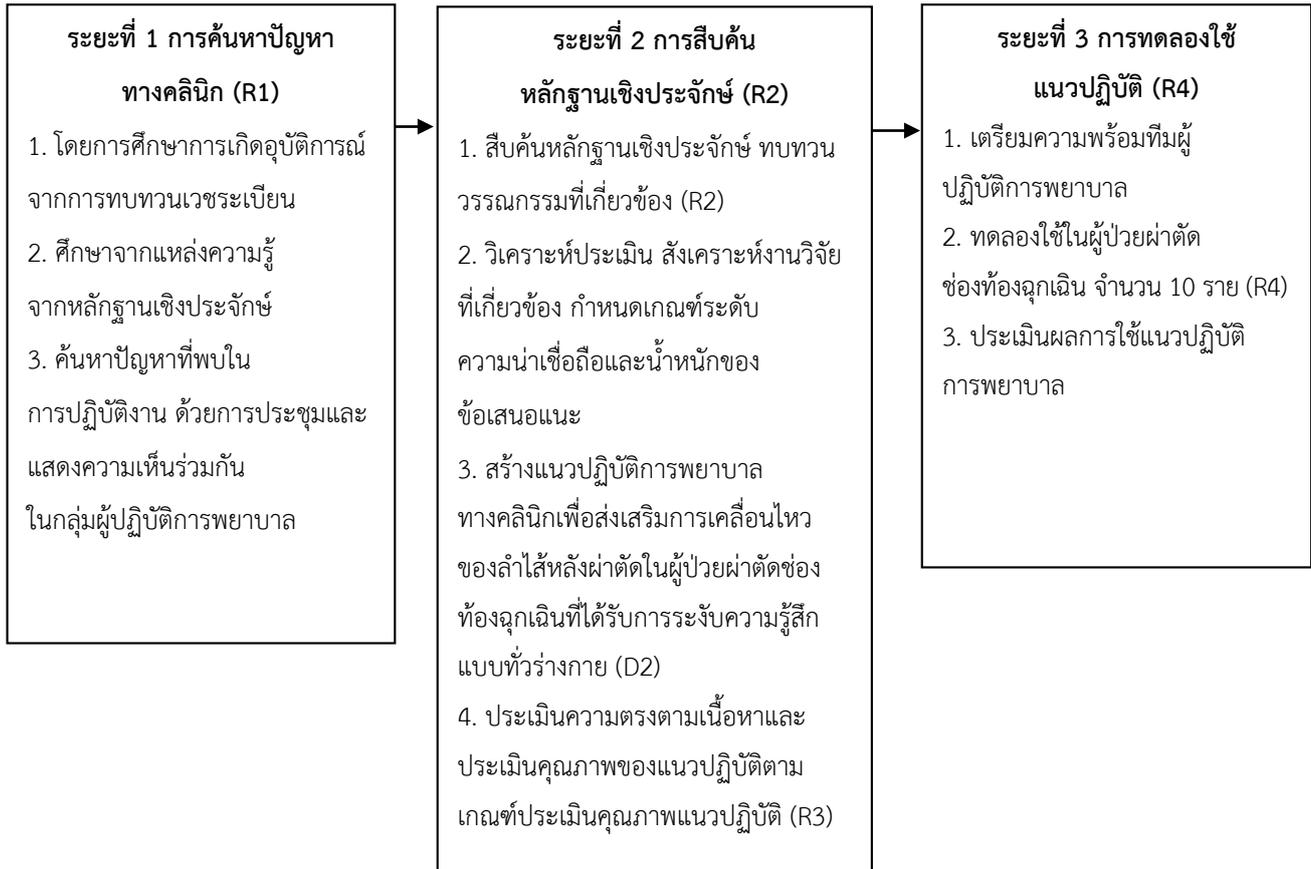
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนานี้ไปใช้
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นนี้

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องผ่าตัดและแผนกผู้ป่วยสามัญชั้น 9 โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคือวิสัญญีพยาบาล 8 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย 5 คน ร่วมทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ¹⁹ ทำการศึกษาในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ดังนี้ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence trigger phase) ปัญหาจากการปฏิบัติงานจริง (Practice trigger) และสืบค้นจากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence supported phase) 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติของชูคัพ¹⁹

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก เพื่อค้นหาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาทางคลินิกและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน (R1)

1. ศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนและแบบบันทึกรายงานความเสี่ยงของหน่วยวิสัญญี เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยวิสัญญีในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) =1 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาที่พบในผู้ป่วยคืออาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และลำไส้เคลื่อนไหวน้อยหลังผ่าตัด เป็นต้น

2. จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน พบว่าแม้จะมีแนวทางส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด แต่ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ครอบคลุมทุกระยะของการฟื้นฟูการทำงานของลำไส้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลแห่งนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอปัญหาแก่หน่วยงาน และจัดประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน (D1)



ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญีพยาบาลและทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อนำเสนอปัญหาที่พบในผู้ป่วยและสอบถามทบทวนการปฏิบัติงาน สอบถามความเห็นและให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม จัดตั้งทีมในการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (R2) เพื่อสืบค้นข้อมูลความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ขั้นตอนที่ 1 โดยวิธีการดังนี้ 1) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2566 (ค.ศ. 2009-2023) โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Thaijo, Google search, Google scholar, ScienceDirect, PubMed, SpringerLink และ Scopus 2) กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO และกำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3) กำหนดเกณฑ์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) โดยใช้แนวทางของโพลิตและเบ็ก²⁰ 4) กำหนดน้ำหนักของข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปใช้ โดยจัดการแบ่งเกรดของข้อเสนอแนะ (Grade of recommendation) โดยใช้แนวทางของสถาบันโจอันนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute)²¹

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย รวมทั้งคู่มือและแผนผังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการทบทวนและสกัดอย่างมีคุณภาพ (D2)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREEII²² (R3) จากนั้นนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ (D3)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยวิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (R4) โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) รู้สึกตัวดี เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอาการวิกฤต ที่ต้องส่งต่อ ICU 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมแนวปฏิบัติได้ครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 จากงานวิจัยที่เคยศึกษามาแล้ว²³ ได้ค่า Effect size คือ 2.73 กำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ระดับอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 8 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มเป็น 10 ราย ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 10 คน 2) วิสัญญีพยาบาลในหน่วยวิสัญญี 8 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย จำนวน 5 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาล ข้อมูลการระงับความรู้สึก และข้อมูลการผ่าตัดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

คะแนนการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาแบบรายคู่ด้วยสถิติ Pairwise comparison และเปรียบเทียบการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ 3 ช่วงเวลา 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานใช้ One-way repeated measure ANOVA



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมของคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 288-157/2567 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในคนและมีกรพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีการคัดเลือกอาสาสมัครแบบสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหลังได้รับข้อมูลครบถ้วน รักษาความลับ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้รับการพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิในการถอนตัวและการไม่เข้าร่วมโดยไม่มีผลต่อการรักษา ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 1 ปี

เครื่องมือการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษสาขาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพวิสัญญีชำนาญการ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการทำแนวปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 2 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
2) แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและแผนผังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ .97 และตรวจสอบและประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดย AGREE II²² ทั้งหมด 6 หมวด ผลคะแนนการประเมินคุณภาพในแต่ละหมวดอยู่ระหว่างร้อยละ 87.50-93.33

3) แบบประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ของ ศิริพรพรรณ ภมรพล²⁴ เป็นแบบประเมินการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดจากความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง การผายลม การถ่ายอุจจาระและอัตราการเคลื่อนไหวลำไส้ ทำการประเมินในช่วงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นการระดับคะแนน 1-4 คะแนน คะแนน 1 หมายถึง ไม่เกิดเลย และ 4 หมายถึง เกิดตลอดเวลา คะแนนต่ำ หมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนสูง หมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

4) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินโดยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้เกี่ยวกับ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 2) ความหมายเชิงของศาสตร์ 3) แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ 4) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ 5) ความคุ้มค่าในการนำไปใช้ มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ (ใช่ = 1 คะแนน, ไม่ใช่ = 0 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (11.34 – 17 คะแนน) ระดับปานกลาง (5.67- 11.33 คะแนน) และระดับต่ำ (0 – 5.66 คะแนน) มีค่า CVI เท่ากับ 1

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 67 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.66 มีอายุเฉลี่ย 35.81 ปี (S.D.=20.59) เป็นวัยผู้ใหญ่ (19-59 ปี) ร้อยละ 74.63 วัยผู้สูงอายุ (>60 ปี) ร้อยละ 20.90 โรคที่พบคือ Acute Appendicitis ร้อยละ 67.16 รองลงมา คือ Gut Obstruction ร้อยละ 7.46 เป็นผู้ป่วยประเภท 1 (American Society of Anesthesiologists Classification; ASA Classification) ร้อยละ 50.75 ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดค่อนข้างนาน (มากกว่า 60 นาที) มีแผลขนาดใหญ่ และเป็นการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร และลำไส้ร้อยละ 89.55 ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดร้อยละ 71.64 และการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Explore laparotomy) ร้อยละ 25.37 เริ่มมีการเคลื่อนไหวร่างกายเฉลี่ยที่ 21.16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีผู้ป่วยที่ไม่เคลื่อนไหวพลิกตะแคงตัวใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 34.33 ผู้ป่วยทุกรายแพทย์พิจารณาให้ดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารต่อหลังผ่าตัด มีอาการท้องอืดแน่นท้องหลังผ่าตัดมากถึง ร้อยละ 80.60 (ร้อยละ 4.48 มีอาการไม่ผายลมภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) มีภาวะการเคลื่อนไหวลำไส้หลังผ่าตัดล่าช้า ร้อยละ 8.96 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 5.52 วัน (นานที่สุดคือ 19 วัน)

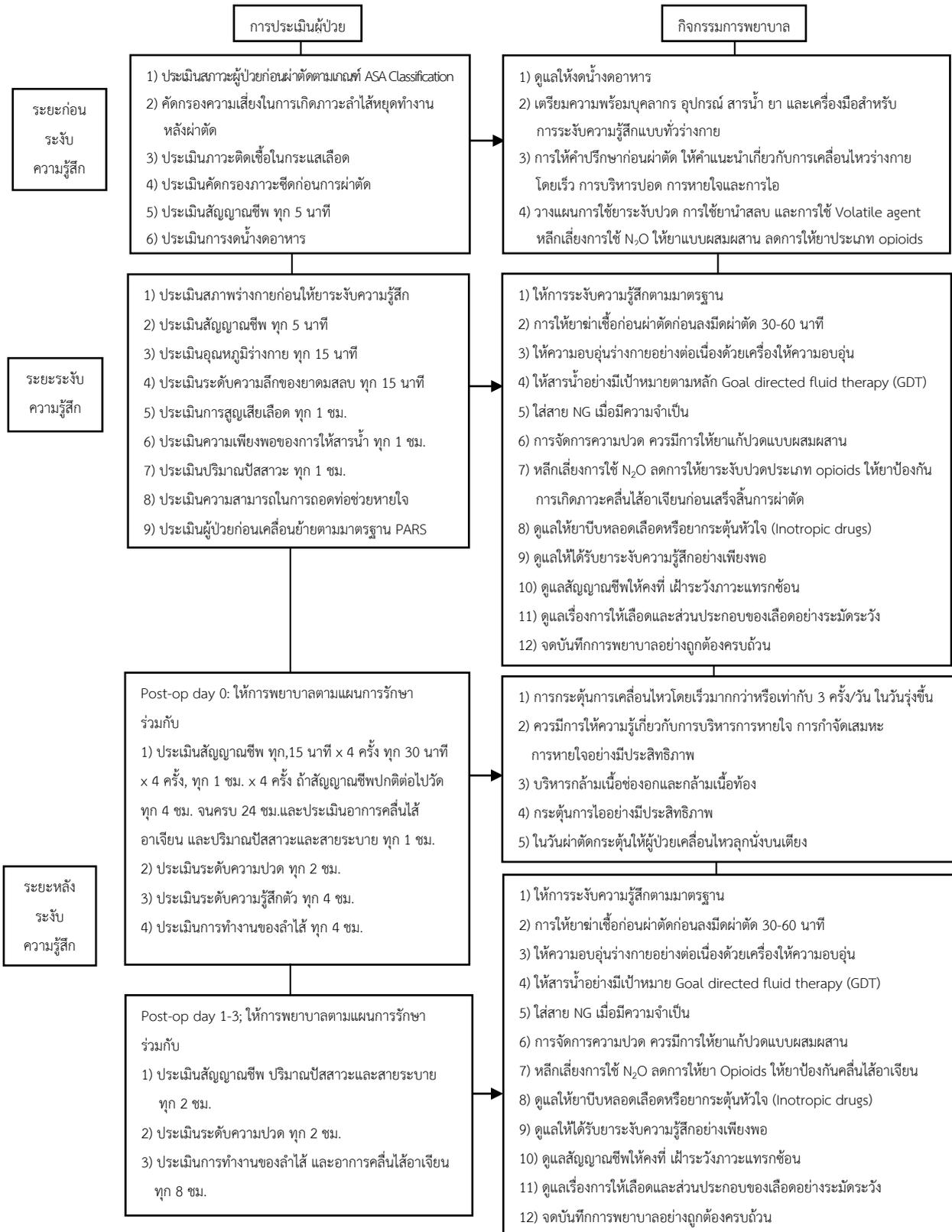


จากการสัมภาษณ์แบบรายกลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์ ประชุมและหารือกับพยาบาลวิสัญญี พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญชั้น 9 สามารถสรุปประเด็นสถานการณ์ทางการพยาบาล ได้ดังนี้ พยาบาลมีความหลากหลายด้านเทคนิค องค์ความรู้ และทัศนคติในการดูแล โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 23-34 ปี (อายุเฉลี่ย 33.76 ปี) และมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยปัจจุบันระหว่าง 0-2 ปี ร้อยละ 46.15 ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 61.54 และร้อยละ 38.46 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทาง ขาดประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน ศัลยกรรม นอกจากนี้ พยาบาลยังไม่มีแนวทาง/แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่ชัดเจน เช่น การประเมินการฟื้นตัวของลำไส้ การกระตุ้นการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมหรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ระยะที่ 2 พบหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 49 เรื่อง ใช้แนวทางการประเมินระดับคุณภาพงานวิจัยของโพลิตและเบ็ก²⁰ งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือในระดับ 6 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 12.25) ระดับ 5 จำนวน 16 เรื่อง (ร้อยละ 32.65) ระดับ 4 จำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 16.32) ระดับ 2 จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 26.53) และระดับ 1 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 12.25) มีระดับของข้อเสนอแนะตามแนวทางของสถาบันโจอันนาบริกส์²¹ อยู่ในระดับ A จำนวน 48 เรื่อง (ร้อยละ 97.96) และระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 2.04) จึงนำการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนระงับความรู้สึก ระยะระงับความรู้สึก ระยะหลังระงับความรู้สึก สรุปได้ดังภาพที่ 2

ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัตินี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) = .92 .94 1 1 และ 1 ตามลำดับ และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) = .97 ข้อเสนอแนะอยู่ในส่วนของการให้ยาและบริบทที่ต้องเป็นไปตามดุลพินิจของแพทย์ จึงทำการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติให้เหมาะสมตามคำแนะนำทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ²⁰ ทั้งหมด 6 หมวด พบว่ามีค่าคะแนนตามหมวดดังนี้ 1) การประเมินขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 93.33 2) การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 91.11 3) การประเมินความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 90.41 4) การประเมินความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 87.77 5) การประเมินการนำไปใช้ ร้อยละ 87.50 และ 6) การประเมินความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ร้อยละ 90

ระยะที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.10 ปี มีภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่มีโรคร่วม แบ่งตาม ASA Classification ส่วนใหญ่เป็น ASA 1E ร้อยละ 70 ไม่มีประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน เข้ามาได้รับการรักษาด้วยโรค ดังนี้ 1) Acute Appendicitis ร้อยละ 60 2) Peptic Ulcer ร้อยละ 20 3) Peritonitis ร้อยละ 10 4) Bowel Ischemia with Obstruction ร้อยละ 10 การผ่าตัดที่ได้รับส่วนใหญ่เป็น Open Appendectomy ร้อยละ 70 การผ่าตัด Exploratory with Simple Suture with Omental Patch ร้อยละ 20 การผ่าตัด Small Bowel Resection with Lysis Adhesion with Side-to-side Anastomosis ร้อยละ 10



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย



ระยะที่ 3 (ต่อ) เป็นการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 100 ตำแหน่ง Lanz ร้อยละ 70 Long midline ร้อยละ 20 Midline ร้อยละ 10 มีระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 90 ใช้ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 65.50 นาที (S.D.=7.89) มีขนาดความกว้างของแผลเฉลี่ย 13.30 เซนติเมตร (S.D.=6.41) มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 32.50 มิลลิลิตร (S.D.=60.38) ระยะเวลางดน้ำงดอาหารเฉลี่ย 8.70 ชั่วโมง (S.D.=5.81) เริ่มรับประทานอาหารทางปากหลังผ่าตัดเฉลี่ย 14 ± 15.08 ชั่วโมง และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเฉลี่ยภายใน 5.20 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (S.D.=1.39) ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกนั้น ผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 100 ก่อนผ่าตัดไม่ได้รับยาประเภท Opioids ไม่ได้รับยา Atropine ไม่ได้รับยาประเภท Barbiturate แต่ใน ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับยา Opioids เป็น Morphine มีระยะเวลาในการระงับความรู้สึกเฉลี่ย 75 นาที (S.D.=42.09) และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง คือ 10.70 (S.D.= 2.36), 13.50 (S.D.=2.01) และ 14.80 (S.D.=1.87) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ ระหว่างช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว แบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มของคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้นในทุกระยะการพยาบาลตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1 และการฟื้นตัว ด้านการทำงานของลำไส้มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ในทุกช่วงเวลา คือ 1) ระยะ 24 กับ 48 ชั่วโมง 2) ระยะ 24 กับ 72 ชั่วโมง และ 3) ระยะ 48 กับ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ (n=10)

การฟื้นตัวด้านการทำงาน ของลำไส้	ระยะเวลาหลังผ่าตัด (ชั่วโมง)			ss	df	MS	F	p-value
	Mean (S.D.)							
	24 ชม.	48 ชม.	72 ชม.					
ความรู้สึกอึดแน่นท้อง	3.30 (0.82)	3.50 (0.70)	3.80 (0.63)	1.26	1.20	1.05	2.40 ^a	.148
การผายลม	3.00 (0.47)	3.70 (0.48)	3.70 (0.48)	3.26	2	1.63	8.647 ^b	.002**
การขับถ่ายอุจจาระ	1.50 (0.52)	2.60 (0.69)	3.40 (0.96)	18.20	2	9.100	28.241 ^b	<.001***
เสียการเคลื่อนไหวลำไส้	2.90 (0.87)	3.70 (0.48)	3.90 (0.31)	5.60	1.151	4.867	11.455 ^a	.005**
คะแนนรวมการฟื้นตัว	10.70 (2.35)	13.50 (2.01)	14.80 (1.87)	87.80	2	43.900	43.418 ^a	<.001***

Repeated Measurement ANOVA a=Greenhouse-Geisser, b= Sphericity Assumed, SS = Sum of square, df = Degree of Freedom. MS = Mean square, ** p-value <.01, *** p-value <.001

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของช่วงเวลา 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้	p-value		
	24 กับ 48 ชั่วโมง	24 กับ 72 ชั่วโมง	48 กับ 72 ชั่วโมง
คะแนนรวมการฟื้นตัว	<.001***	<.001***	.011*

Pairwise comparison * p-value <.05, ** p-value <.01, *** p-value <.001

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลหน่วยวิสัญญีจำนวน 8 ราย ประจำหอผู้ป่วยสามัญชั้น 9 จำนวน 5 ราย รวมทั้งสิ้น 13 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ในช่วง 23-63 ปี ร้อยละ 69.23 ศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันอยู่ในช่วง 0-2 ปี ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 69.23 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และพยาบาลมีความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100



การอภิปรายผล

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้พัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการที่ทำให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมถึงมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบและสกัดใช้งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 5 ร้อยละ 32.65 รองลงมาคือระดับ 2 ร้อยละ 26.53 มีระดับของข้อเสนอแนะส่วนใหญ่อยู่ในระดับ A ร้อยละ 97.96 แนวปฏิบัตินี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .97 และมีคะแนน AGREE II²³ อยู่ระหว่าง 87.50-93.33 ซึ่งถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจากการทบทวนและสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบมีความชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์และปฏิบัติได้จริง

เมื่อนำไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด คือ 10.70 (S.D.=2.36), 13.50 (S.D.=2.01) และ 14.80 (S.D.=1.87) ตามลำดับ ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัตินี้มีแนวโน้มของคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้นในทุกระยะเวลาการพยาบาลตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติดีขึ้น การฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ในทุกช่วงเวลา คือ 1) ระยะ 24 กับ 48 ชั่วโมง 2) ระยะ 24 กับ 72 ชั่วโมง และ 3) ระยะ 48 กับ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดเป็นไปตามปกติและดีขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดและไม่พบการเกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ล่าช้าหลังผ่าตัด เนื่องจากการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมีการลดการใช้ยาและยาตามสลบที่ส่งผลในการเกิดการกีดขวางของลำไส้ล่าช้าตั้งแต่ในระยะก่อน ขณะ ต่อเนื่องมาถึงระยะหลังระงับความรู้สึก การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายรวมถึงการบริหารกล้ามเนื้อช่องอกและหน้าท้องมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ส่งผลผ่านการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งควบคุมการหดตัวของลำไส้ (Peristalsis) และช่วยเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในทางเดินอาหาร นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวยังเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังลำไส้ ลดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Post-operative ileus) และลดอาการปวดผ่านการหลังสารเอ็นดอร์ฟิน^{25,26} ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลำไส้ที่ตีขึ้นเดียวกันกับการศึกษาของ เจชญา เจริญศิริพิศาล และคณะ²⁷ Chapman และคณะ¹⁶ Hajiandeh และคณะ²⁸ Pravani และคณะ²⁹ และ Rao และคณะ³⁰ ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามหลักการส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (ERAS) เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด กระตุ้นการให้อาหารโดยเร็ว การให้ยาาระงับปวดแบบผสมผสาน การให้สารน้ำอย่างมีเป้าหมาย (Goal directed fluids therapy) การเคี้ยวหมากฝรั่ง เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลมีการฟื้นตัวในการทำงานของลำไส้รวดเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาล เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสุนิสา เกยสันเทียะ และคณะ³¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p < .05$) เช่นเดียวกันกับทิพวัลย์ รัตนพันธ์ และคณะ³² ที่ทำการศึกษาในเรื่องการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมีอาการท้องอืดในระดับเล็กน้อย และอาการท้องอืดจะลดลงในวันที่ 2-3 ของการผ่าตัด

ผลการวิจัยพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในระดับสูงทุกคน คะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 76.92-100 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้มีคะแนนสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาคือ 1) ทิพวัลย์ รัตนพันธ์ และคณะ³² ได้คะแนนร้อยละ 57.10 2) เกศกนก ศรีวิหะ และคณะ³³ ได้คะแนนร้อยละ 61.51 และ 3) ศิริรัตน์ จารุรัชกุล และคณะ³⁴ ได้คะแนนร้อยละ 70 ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้จริงและมีประสิทธิภาพครอบคลุมในทุกระยะของการพยาบาล รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลสามารถดูแลเชื่อมโยงทั้งในส่วนของการพยาบาลวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้



ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยการส่องกล้อง ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้า รวมถึงควรมีการขยายระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน
2. ควรมีการศึกษาต่อเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม เพื่อจัดความอคติและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาครบทั้ง 4 ระยะ ตามขั้นตอนของซุคัพ
3. ควรมีการอบรมและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่พยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้การนำไปใช้จริงมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบูรณาการเข้ากับกระบวนการพยาบาลตามบริบท

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือระยะเวลาการวิจัยน้อยและมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อยจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

References

1. Devolder BE. Gastrointestinal Surgery. In: Rothrock JC. Alexander's care of the patient in surgery. 17th ed. Philadelphia, PA: Elsevier-Health Sciences Division; 2022. P. 285-340.
2. Health Administration, Ministry of Public Health. Service Plan Reporting System for Surgery, Fiscal Year 2024. 2024. (in Thai)
3. Awuah WA, Adebusoye F, Wellington J, Adebawale OT, Tenkorang PO, Abdul-Rahman T. It is time to revisit and re-evaluate Africa's sub-par emergency surgical delivery. *International Journal of Surgery Global Health*. 2023;6(4):e0177. doi:10.1097/GH9.0000000000000177.
4. Hatchimonji JS, Kaufman EJ, Vasquez CR, Shashaty MG, Martin ND, Holena DN. Obesity is associated with mortality and complications after trauma: a state-wide cohort study. *Journal of Surgical Research*. 2020;247(1):14-20. doi:10.1016/j.jss.2019.10.047.
5. Jiwanmall M, Jiwanmall SA, Williams A, Kamaski S, Sugirtharaj L, Poornima K, et al. Preoperative anxiety in adult patients undergoing day care surgery: prevalence and associated factors. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2020;42(1):87-92 doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_180_19.
6. Kassahun WT, Mehdorn M, Wagner TC, Babel J, Danker H, Gockel I. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Scientific Reports*. 2022;12(1):6312. doi:10.1038/s41598-022-10302-z.
7. Goldfarb CA, Bansal A, Brophy RH. Ambulatory surgical centers: a review of complications and adverse events. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2017;25(1):12-22. doi: 10.5435/JAAOS-D-15-00632.
8. Venara A, Neunlist M, Slim K, Barbieux J, Colas PA, Hamy A, et al. Postoperative ileus: pathophysiology, incidence and prevention. *Journal of Visceral Surgery*. 2016;153(6):439-46. doi:10.1016/j.jviscsurg.2016.08.010.
9. Kusuwan W. The incidence of adverse events in patients undergoing surgery under Anesthesia at Jainad Narendra Hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2020;4(8):133-47. (in Thai)



10. Duangpaeng S, Baramee J, Sangsaikaeaw A. Factors influencing postoperative symptom clusters among Persons Undergone Abdominal Surgery. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2016;19(6):119-30. (in Thai)
11. Pongam S, Chatchumni M. The study of post-surgical complications, pain levels, length of stay, and hospitalization costs of post-abdominal surgery patients, Singburi Hospital. *Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2020;3(3):49-63. (in Thai)
12. Stethen TW, Ghazi YA, Heidel RE, Daley BJ, Barnes L, Patterson D, et al. Walking to recovery: the effects of missed ambulation events on postsurgical recovery after bowel resection. *Journal of Gastrointestinal Oncology*. 2018;9(5):953-61. doi:10.21037/jgo.2017.11.05.
13. Chongsakul A, Yoosomboon N, Karuncharernpanit S. Development of comprehensive care model for one day surgery of Phaholpolpayuhasena Hospital, Thailand. *Region 4-5 Medical Journal*. 2020;39(1):109-25. (in Thai)
14. Haines KJ, Skinner EH, Berney S. Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilization following major abdominal surgery: an observational cohort study. *Physiotherapy*. 2013;99(1):119-25. doi:10.1016/j.physio.2012.05.013.
15. Cagir B. Postoperative ileus [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://emedine.medscape.com/article/2242141-overview>.
16. Chapman SJ, Thorpe G, Vallance AE, Harji DP, Lee MJ, Fearnhead NS. Systematic review of definitions and outcome measures for return of bowel function after gastrointestinal surgery. *British Journal of Surgery Open*. 2018;3(1):1-10. doi:10.1002/bjs5.102.
17. Thapsuwan A. The role of nurses in managing bloating in surgical patients undergoing abdominal surgery. *Siriraj Medical Bulletin*. 2019;9(3):189-93. (in Thai)
18. Thai Association of Nurse Anesthetists. Clinical practice guidelines for nurse anesthetists. Bangkok: Thai Association of Nurse Anesthetists; 2020. (in Thai)
19. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*. 2000;35(2):301-9. doi:10.1016/S0029-6465(22)02468-9.
20. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
21. Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Review's Manual 2014 Edition*. Adelaide: JBI; 2014.
22. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research and evaluation. The AGREE Next Step Consortium [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 21]. Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.
22. Wiwanpong C. Development of a nursing care model for preventing abdominal distention among patients with open appendectomy. *Yasothon Medical Journal*. 2022;24(2):28-35. (in Thai)



23. Phamornpon S, Toskulkao T, Kimpee S, Iramaneerat C. Factor predicting bowel function recovery in patients after open colorectal resection surgery. *Journal of Thai Association of Radiation Oncology*. 2013;1:38-46. (in Thai)
24. Bragg D, El-Sharkawy AM, Psaltis E, Maxwell-Armstrong C, Lobo DN. Postoperative ileus: Recent developments in pathophysiology and management. *Clinical Nutrition*. 2015;34(3):367–76. doi:10.1016/j.clnu.2015.01.016.
25. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*. 2019;43(3):659–95. doi:10.1007/s00268-018-4844-y.
26. Jaroensiripisarn J, Jinawong J, Prakob J, Samerchua W. The effects of a recovery program on postoperative recovery in postoperative exploratory laparotomy patients in the surgical ward at Chomthong Hospital, Chiangmai Province. *Journal of Nursing and Therapeutic Care* 2024;42(3):e271355. (in Thai)
27. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Bill V, Satyadas T. Meta-analysis of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols in emergency abdominal surgery. *World Journal of Surgery*. 2020;44(5):1336-48. doi:10.1007/s00268-019-05357-5.
28. Pravani AR, Sureshkumar S, Mahalakshmy T, Kundra P, Kate V. Adapted ERAS pathway versus standard care in patients undergoing emergency surgery for perforation peritonitis – a randomized controlled trial. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022;26(1):39-49. doi:10.1007/s11605-021-05184-x.
29. Rao L, Liu X, Yu L, Xiao H. Effect of nursing intervention to guide early postoperative activities on rapid rehabilitation of patients undergoing abdominal surgery: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2021;100(12):1-5. doi:10.1097/MD.00000000000024776.
30. Koesanthia S, Wongkongkam K, Danaidutsadeekul S, Thawitsri T. Impact of early mobility program on open abdominal surgery patients' post-operative bowel function recovery during the first 72 hours. *Thai Journal of Nursing Council*. 2022;37(2):61-80. (in Thai)
31. Ruttanaphan T, Chinnawong T, Naka K. Development and evaluation of clinical nursing practice guidelines for promoting recovery in elderly patients after abdominal surgery. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2021;41(4):60-73. (in Thai)
32. Srivita K, Lorsomradee S, Suwanna K, Jareonrattanadaechakul N, Palasri P. Development of caring method for trauma patients undergoing emergency laparotomy surgery under a general anesthetic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;21(4):76-90. (in Thai)
33. Jaruratchakul S, Chanthathip W, Chaibunjhongwat T, Saeoueng K. Development of a nursing model for injured emergency department patients who capital undergo urgent surgery at Sisaket Hospital. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(1):e275994. (in Thai)