

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คุณภาพการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี*

สุพิศตรา ศรีภักดี พย.ม.**

บุษบา สมใจวงศ์ ปส.ด.*** อรรถพล ต๊ะปัญญ ปส.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟิ้นตัวหลังผ่าตัดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คุณภาพการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาน หอผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดรา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินคุณภาพการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81, .83 และ 1 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟิ้นตัวหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟิ้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมและคุณภาพการฟิ้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยเฉพาะภาวะท้องอืดและท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด เพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ส่งเสริมคุณภาพการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โปรแกรมส่งเสริมการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คุณภาพการฟิ้นตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วันที่รับบทความ 22 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 6 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับบทความ 7 กุมภาพันธ์ 2565

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนฐานของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดย กองทุนส่งเสริม ววน.

**พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: Supsr11@kku.ac.th

***ผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****ผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of postoperative recovery program on self-efficacy, quality of postoperative recovery, and postoperative complications among patients with cholangiocarcinoma*

Supattra Sripukdee, MN.S.**

Busaba Somjaivong, Ph.D.*** Attapol Titapun, Ph.D.****

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a postoperative recovery program on self-efficacy, quality of postoperative recovery, and postoperative complications among patients with cholangiocarcinoma (CCA). Samples were 32 patients with CCA who had undergone surgery and were admitted to inpatient wards of a tertiary hospital in the Northeast Thailand. Participants were divided into either the control group or the experimental group, with 16 patients for each group. The control group received standard care, whereas the experimental group received a postoperative recovery program that was developed based on Bandura's self-efficacy theory. Instruments for data collection were: a self-efficacy assessment tool, a quality of postoperative recovery evaluation form, and a postoperative complication scale. Validity test of these instruments obtained Cronbach's alpha coefficient of .81, .83, and 1, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, ANCOVA, Chi-square, and Fisher's exact test.

The results showed that after receiving a postoperative recovery program, the experimental group had significantly higher perceived self-efficacy than before receiving the program ($p < .05$). The overall self-efficacy and the quality of postoperative recovery of the experimental group were significantly statistically higher than those of the control group ($p < .05$). The experimental group had significantly less postoperative complications, especially flatulence and constipation, than the control group ($p < .05$). Nurses should apply this program in caring for patients with CCA after surgery to promote self-efficacy, enhance quality of postoperative recovery, and reduce postoperative complications.

keywords: patients with cholangiocarcinoma; postoperative recovery program; self-efficacy; quality of postoperative recovery; postoperative complication

Received 22 November 2021 Revised 6 February 2022 Accepted 7 February 2022

*This research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University, has received funding support from the National Science, Research and Information Fund (NSRF)

**Registered nurse, Faculty of Medicine Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: Supsri1@kku.ac.th

***Assistant professor, Adult Nursing Division, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

****Assistant professor, Department of Surgery Division, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาบทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีพบอุบัติการณ์มากที่สุดในโลกที่ประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออก เฉียงเหนือ จากการคัดกรองในประชากร 250,000 ราย พบประมาณ 2,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่าปีละ 20,000 ราย¹ ซึ่งการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือการผ่าตัดในระยะแรกเพื่อตัดเนื้อร้ายออกทั้งหมด (complete resection) แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 3-4² ส่งผลให้การผ่าตัดมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น³ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดแฟบ ท้องอืด ท้องผูกตับวาย แผลแยก ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ทางเดินน้ำดีรั่ว และปวดแผล เป็นต้น³⁻⁴ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เครียดวิตกกังวล ด้านสังคม และด้านระบบบริการสุขภาพส่งผลให้ค่ารักษาและอัตราการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นต้น⁴

จากการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด เช่น ภาวะปอดแฟบพบร้อยละ 16.6 ภาวะท้องอืดและภาวะท้องผูกพบร้อยละ 12.5 ภาวะปอดบวมพบร้อยละ 11 และส่งผลให้บางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เป็นต้น⁵ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น ภาวะปอดแฟบเกิดจากผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบเป็นเวลานาน การได้รับยาแก้ปวดซึ่งมีผลกดการหายใจ ปอดขยายได้ไม่เต็มที่ที่ทำให้หายใจตื้นจึงมีเสมหะ อุดกั้น หลอดลม อากาศผ่านเข้าถุงลมปอดไม่ได้ หรือปวดแผล ทำให้หายใจเบา ไม่ไอ สำหรับภาวะท้องอืดเกิดจากอาการข้างเคียงของยาสลบและยาแก้ปวด³⁻⁴ อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด³ จากการศึกษาสำรวจโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด 10 ราย พบว่าส่วนใหญ่ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากกลัวท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ปวดแผลผ่าตัด

ขาดแรงจูงใจ และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหลังผ่าตัด จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า⁶ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เพื่อส่งเสริมให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ที่พัฒนาโดย Bandura⁷ ได้กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดให้สำเร็จได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง จึงจะพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นตามที่ตนเองต้องการ ดังนั้นจึงได้มีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้า⁸ และผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน⁹ อย่างไรก็ตามในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนั้นยังไม่พบการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ในปัจจุบันมีองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ผู้ป่วยสามารถฝึก early ambulation ได้หลังการผ่าตัด 6 ชั่วโมง เมื่อร่างกายมีความพร้อม เช่น สัญญาณชีพและความอึดตัวของออกซิเจนของเลือดอยู่ในเกณฑ์ เป็นต้น¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า การบริหารปอดโดยใช้เครื่องบริหารปอด (incentive spirometer) จะช่วยลดการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ปอดแฟบ สามารถฝึกบริหารปอดได้นานขึ้น และปอดขยายตัวเพิ่มขึ้นด้วย¹¹ อีกทั้งการใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัด (abdominal binder) ทำให้อาการปวดลดลง ช่วยให้

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เพิ่มขึ้น¹² รวมทั้งจากการศึกษานำร่องโดยใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่มีภาวะวิกฤต พบว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เพิ่มขึ้น ไม่พบภาวะท้องอืดและท้องผูก⁶ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำองค์ความรู้เหล่านี้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้มีความเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาโดยการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงเพิ่มขึ้น มีความพร้อมและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่มีคุณภาพ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

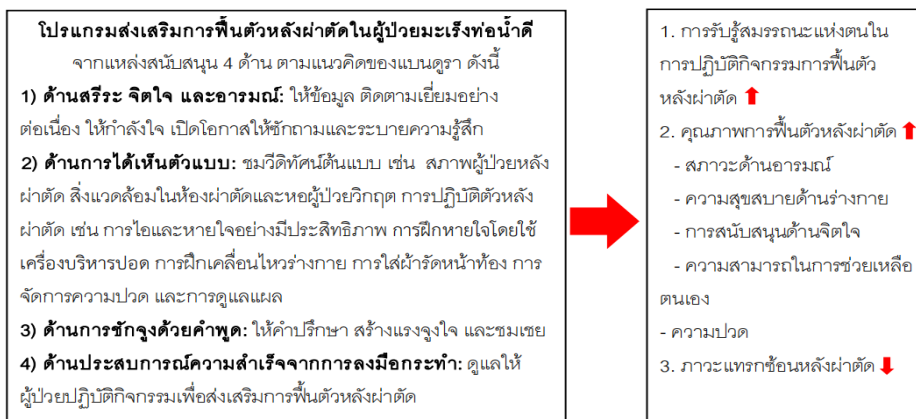
สมมุติฐานการวิจัย

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

- 2) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ Bandura⁷ ที่เชื่อว่าคนที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น บุคคลต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อน และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ 2) ด้านการได้เห็นตัวแบบ หรือการสังเกตจากประสบการณ์การกระทำของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเองแล้วประสบความสำเร็จ 3) ด้านการชักจูงด้วยคำพูด และ 4) ด้านประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าว และแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่แพทย์นัดหมายล่วงหน้าเพื่อมาผ่าตัด (elective surgery) ในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มประชากรที่มารับบริการ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด (open surgery) 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) < grade 5 2) มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน เกณฑ์ยุติการทดลอง (withdrawal criteria) 1) หลังผ่าตัดไม่ได้เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) มีแผลผ่าตัดหน้าท้องแบบเปิด ที่ยังไม่ได้เย็บปิดด้วยลวดเย็บแผลหรือไหม 3) ต้องเข้ารับ

การผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 4) หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง มีภาวะ cholangitis หรือ gut obstruction 5) เสียชีวิตหลังผ่าตัด 6) หลังผ่าตัด 2 วัน มีข้อห้ามในการปฏิบัติกิจกรรม early mobilization ได้แก่ (1) ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด < 88% (2) อัตราการหายใจมากกว่า 40 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที (3) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 130 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาที (4) มีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร (5) ความดันโลหิตเล็ดแดงเฉลี่ย (MAP) มากกว่า 110 มม.ปรอท หรือน้อยกว่า 60 มม.ปรอท

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม n4Studies เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% และ เท่ากับ 10% และจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ของสิริมนต์ ดำริห์ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 33.40 และ 31.68 ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านความปวดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ .87 และ 1.72 ตามลำดับ มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษากลุ่มละ 14 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยคำนวณค่าสูญหายเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มละ 16 ราย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พัฒนาโดย Oetker-Black & Kauth¹³ และ ชญานิศ ขอบอรุณสิทธิ และคณะ⁸ ได้แปลเป็นภาษาไทย คำถามทั้งหมดมี 16 ข้อ ได้แก่ ระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจ เข้า-ออกลึก ๆ จำนวน 3 ข้อ การพลิกตะแคงตัวบนเตียงจำนวน 3 ข้อ การลุกจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ข้างเตียงจำนวน 3 ข้อ การเดินจำนวน 3 ข้อ และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายจำนวน 4 ข้อ โดยคำตอบเป็น rating scale มีทั้งหมด 11 ช่วงคะแนน จาก 0-10 โดยผลรวมคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีค่าตั้งแต่ 0-160 คะแนนที่ต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย และคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .968 เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .81

3) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (quality of recovery: QoR-15) พัฒนาขึ้นโดย Stark et al.¹⁴ และสาวตรี สมมงคล และคณะ¹⁵ ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยแบบประเมินครอบคลุม 5 มิติ ทั้งด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ การช่วยเหลือตนเอง และความปวดเกณฑ์การประเมินแต่ละข้อ เป็นแบบ visual analog

scale ขนาด 0-10 ผลรวมคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 0-150 คะแนน ถ้าคะแนนต่ำ หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ แต่ถ้าคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง มีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8015 เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้ (1) ภาวะปอดแฟบ และ (2) ภาวะปอดบวม ประเมินจากผลการวินิจฉัยโดยแพทย์จากฟิล์มเอกซเรย์ปอด หรือในเวชระเบียน (3) ภาวะท้องอืด ประเมินจากอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยฟัง 3 นาที และหาค่าเฉลี่ย ถ้าพบว่า <6 ครั้ง/นาที ถือว่ามีภาวะท้องอืด หรือการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน และ (4) ภาวะท้องผูก ประเมินจากลักษณะของอุจจาระ และวันที่ขับถ่าย โดยควรมีการขับถ่ายอุจจาระในวันที่ 5 หลังผ่าตัด หรือจากผลการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน สำหรับการแปลผล โดย 0 หมายถึง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และ 1 หมายถึง มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เมื่อนำไปตรวจสอบค่า CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .94 เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .92

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยใช้แหล่งสนับสนุนทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการสนับสนุนด้านสรีระ จิตใจ และอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความกลัว และความวิตกกังวล โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ สังเกต สีหน้าท่าทาง และ

อาการแสดงของผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจ และติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หรือซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

2) ด้านการสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จจากตัวแบบ โดยการนำเสนอผ่านสื่อ ได้แก่

(1) วิถีทัศน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ความยาว 24 นาที แบ่งเป็น ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด วัตถุประสงค์ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ตอนที่ 2 นำเสนอเหตุการณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยวิกฤต ขั้นตอนและเหตุการณ์การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด สภาพจิตใจหลังการผ่าตัด และโปรแกรมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด การพลิกตัว การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การใส่ผ้ารัดหน้าท้อง การประคบและควบคุมความปวด การดูแลแผลและท่อระบาย และอุปกรณ์หรือเครื่องใช้ต่าง ๆ เมื่อนำไปตรวจสอบค่า CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .92

(2) คู่มือส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การใส่ผ้ารัดหน้าท้อง การประคบและควบคุมความปวด การดูแลแผลและท่อระบาย เมื่อนำไปตรวจสอบค่า CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .90

3) ด้านการชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม

4) ด้านประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกรู้ตัว ข้อห้าม เกณฑ์ยุติ และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เมื่อนำไปตรวจสอบค่า CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 16

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

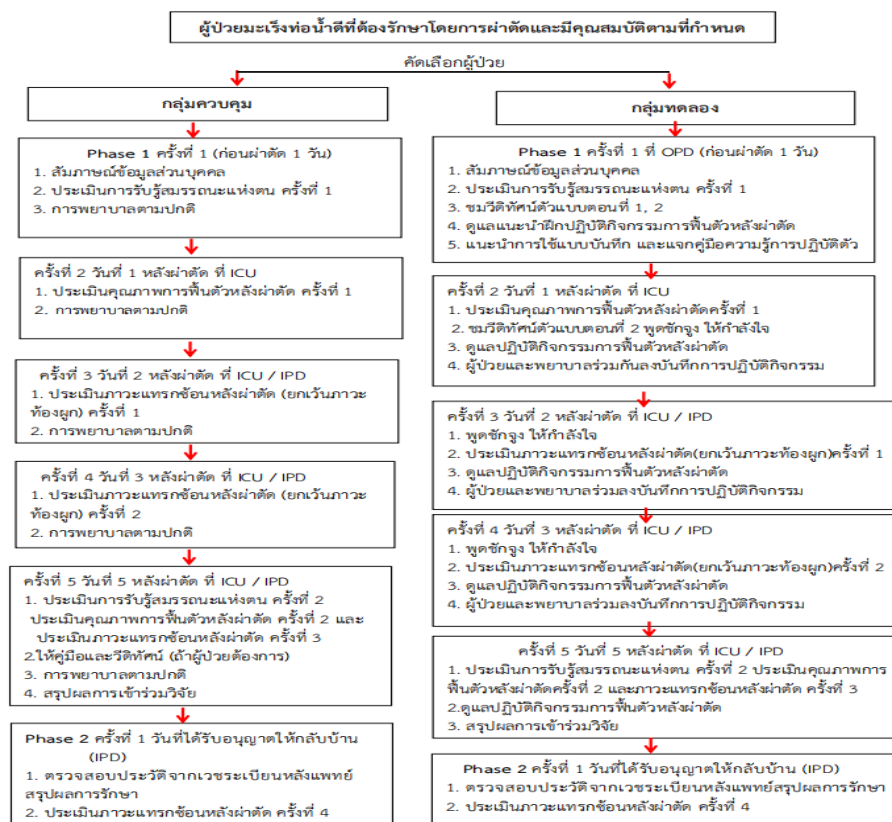
การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE591322 ในวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่ผลต่อการรักษา หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามยินยอม และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเพื่อลดการปนเปื้อนจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันที่นอนโรงพยาบาล) ที่ห้องตรวจคัดสรรกรรม จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย

ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงดำเนินการลงนามเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนและให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ได้แก่สอนการหายใจและการไออย่างถูกวิธี แนะนำการประเมินความปวด จัดทำนอนให้อวัยวะที่ปวดรู้สึกผ่อนคลาย ใช้หมอนหรือผ้าประคอง แผลเวลาไอหรือขยับตัว กระตุ้นพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ออกกกำลังกายบนเตียงและลุกออกจากเตียงโดยเร็วที่สุด เป็นต้น จนครบทั้งหมด 16 ราย จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันที่นอนโรงพยาบาล) และดำเนินการตามขั้นตอนคล้ายกับกลุ่มควบคุม และภายหลังการลงนามเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการให้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยดูแลให้ชมวีดิทัศน์ตัวแบบตอนที่ 1, 2 และแนะนำฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เช่น การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ (ทำอย่างน้อย 6 ครั้ง/รอบ

วันละ 10 รอบ) การฝึกหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด (ทำอย่างน้อย 10 ครั้ง/รอบ วันละ 4 รอบ) การพลิกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายตามขั้นตอน ได้แก่ passive and active exercise ทั้งข้อมือ ข้อศอก ไหล่ ข้อเท้า ข้อเข่า และสะโพก (ทำอย่างน้อย 10 ครั้ง/ข้อ วันละ 2 ครั้ง) การฝึกนั่งข้างเตียง การฝึกยืนและเดินโดยใช้ walker frame และเดินเองตามลำดับ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ทำวันละ 2 ครั้ง การใส่ผ้ารัดหน้าท้องขณะฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การประเมินและควบคุมความปวด การดูแลแผลและท่อระบายต่าง ๆ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น แนะนำวิธีการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม แจกเอกสารคู่มือความรู้ และการปฏิบัติตัว โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้ง/ราย โดยขั้นตอนการวิจัยแสดงรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 19 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้านอายุ ระยะเวลาการผ่าตัด มีการกระจายแบบปกติจึงใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ ข้อมูลด้านเพศ ชนิดของโรค ระยะโรค และชนิดของการผ่าตัด ใช้สถิติ การทดสอบของฟิชเชอร์ ข้อมูลด้านความเครียด วิตกกังวล child pugh classification ใช้สถิติไคสแควร์ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อน และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองใช้สถิติ การทดสอบทีแบบคู่ และวิลคอกซัน 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม 5) เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป การเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะ

ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี มีความเครียดและวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีประวัติเคยดื่มสุราและสูบบุหรี่ เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิด perihilar CCA ระยะ IIIA ผ่าตัดแบบ hepatectomy ร่วมกับ hepaticojejunostomy ระดับ child-pugh classification ระดับ A ระยะเวลาเฉลี่ยการผ่าตัด และปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดพบใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีค่า 5.14 ชั่วโมง (ชม) และ 431.25 มิลลิลิตร (มล) (SD=384.60) และกลุ่มควบคุมมีค่า 4.77 ชม. และ 465.06 มล. (SD=419.48) ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า คุณลักษณะด้านโรคประจำตัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวทุกราย แต่กลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน	กลุ่มทดลอง (n = 16)				95 % CI	pair t -test	p- value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรม การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ	23.63	3.05	29.94	.25	4.74 to 7.87	8.595	< .001*
การพลิกตะแคงตัวบนเตียง	19.56	2.94	27.06	1.34	5.78 to 9.21	9.302	< .001*
การลุกจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ข้างเตียง	13.94	2.17	17.38	2.53	2.00 to 5.00	3.526	.000*(w)
การเดิน	16.75	2.57	26.06	2.62	8.50 to 11.00	3.478	.000*(w)
การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย	25.38	2.31	36.75	3.00	9.08 to 13.66	10.574	< .001*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	99.25	8.70	137.19	7.00	32.71 to 43.16	15.47	< .001*

* $p < .05$ w = Wilcoxon signed-rank test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ ANCOVA โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ($n_1, n_2=16$)

คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง	3,959.37	2	1,979.68	10.72	.00*
กลุ่มทดลอง VS ควบคุม	2,696.74	1	2,696.74	14.61	.00 *
ความคลาดเคลื่อน	5,354.10	29	184.62		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	9,313.47	31	300.43		

* $p < .05$

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ ANCOVA โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ($n_1, n_2=16$)

คะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลอง	2,558.96	2	1,279.48	13.97	.000*
กลุ่มทดลอง VS ควบคุม	608.04	1	608.04	7.05	.012*
ความคลาดเคลื่อน	3,793.91	29	130.82		
คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวม	6,352.87	31	204.93		

* $p < .05$

5. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยเฉพาะภาวะท้องอืดและท้องผูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($n_1, n_2=16$)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n =16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปอดแฟบ	1	6.25	4	25.00		.333 (f)
ท้องอืด	1	6.25	12	75.00	15.676	< .001*
ท้องผูก	2	12.50	10	62.50	8.533	.003*

* p < .05 f = Fisher's Exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($< .05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองจากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Bandura⁷ ตั้งแต่อ่อนผ่าตัดที่ห้องตรวจ ดังนี้ 1) ด้านการสนับสนุนด้านสรีระจิตใจ และอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เพื่อให้คลายความวิตกกังวล ลดความกลัว ซึ่งเมื่อบุคคลคลายความกังวล มีอารมณ์ทางบวก จะส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น⁷ 2) ด้านการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น ผ่านสื่อวีดิทัศน์ต้นแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาโดยการผ่าตัด ตั้งแต่มารับการรักษาโดยการผ่าตัดในวันแรก กระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นสำเร็จได้เหมือนกัน 3) ด้านการชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด และเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งการ

พูดคุยให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หรือซักถามข้อสงสัยต่างๆ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น⁷ และ 4) ด้านประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยได้ทดลองฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตั้งแต่ออยู่ที่ห้องตรวจ ได้แก่ การไอและหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายตามขั้นตอน และการประเมินความปวด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ รวมทั้งแนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง กระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นจะเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น ดังทฤษฎีของ Bandura⁷ ที่กล่าวไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gonella et al.¹⁶ พบว่า การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้นและมีความรู้เพิ่มขึ้นด้วย

2. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($< .05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองตามแนวคิดของ Bandura⁷ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วันนัดผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนกระทั่งวันจำหน่ายออกโรงพยาบาล ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยได้เห็นวิถีทัศนทัศน์แบบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาโดยการผ่าตัดที่คล้ายคลึงกับตน การได้รับคู่มือเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่เนื้อหาและรูปภาพคล้ายคลึงกับวิถีทัศนทัศน์แบบที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง การได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยมีระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจเข้าออกลึกๆ การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การลุกจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ข้างเตียง การเดิน และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรรณ ภมรพล และคณะ¹⁷ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีการให้ความรู้ผ่านสื่อทัศนทัศน์ และการให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติดูแลทวารใหม่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และความสามารถในการดูแลทวารเทียมก็สูงขึ้นด้วย

3. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.05$)

แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีปัจจัยโรคประจำตัวทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเก๊าท์ ที่อาจส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลง แต่เมื่อได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ Bandura⁷ มีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตั้งแต่อายุห้องตรวจ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นให้ความสำคัญในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจึงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ¹⁴ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ เมื่อกลุ่มทดลองสามารถเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และปรับตัวได้ ทำให้ภาวะแทรกซ้อนลดลง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม

2) ด้านความสบายของร่างกายโดยเมื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถลดความวิตกกังวลได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

3) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยสอบถามความต้องการทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้ข้อมูลแนวทางการรักษา การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

4) ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่อายุในห้องผู้ป่วยวิกฤตก็ส่งผลให้ป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง¹¹ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถทำ active mobilization และลุกนั่งข้างเตียงได้ตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัด ดังนั้นส่งเสริมให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น สามารถลุกเดินได้เร็วขึ้นด้วย⁶ และ 5) ด้านความปวด กลุ่มทดลองได้รับการดูแลจัดการความปวดด้วยยา ร่วมกับการใส่ฝารัดหน้าท้องขณะฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายในวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 หลังผ่าตัด จึงทำให้ค่าคะแนนความปวดลดลง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arici et al.¹² พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ใส่ฝารัดหน้าท้องมีระดับค่าคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สวมใส่ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วด้วย รวมทั้งการศึกษาของ เกศริน อินธิยศ และคณะ¹⁸ พบว่า เมื่อสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้แล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมหลังผ่าตัดได้เพิ่มขึ้นด้วย และการศึกษาของ Savikko et al.¹⁹ ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตับ พบว่าผู้ป่วยมีระดับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สูง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง และอัตราการตายเท่ากับศูนย์

4. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยเฉพาะภาวะท้องอืดและท้องผูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.01$) ส่วนภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($>.05$) ดังนี้

4.1 ภาวะท้องอืด กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแล้ว ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดมีการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วกว่าและมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งการพลิกตัว PROM active exercise การลุกนั่งข้างเตียง การยืนและเดินโดยใช้ walker flam และฝึกเดินเอง ดังนั้น จึงช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดภาวะท้องอืด และเริ่มจิบน้ำได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ni et al.²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อมีการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายจะส่งผลให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้เร็วขึ้น สามารถจิบน้ำหรือทานอาหารได้เร็วขึ้น

4.2 ภาวะท้องผูก ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดภาวะท้องผูกสูงกว่ากลุ่มทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากวันที่ 5 หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมยังมีภาวะท้องผูกอย่างต่อเนื่องต้องได้รับยาระบาย คิดเป็นร้อยละ 25 แต่กลุ่มทดลองไม่มีเลย ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดภาวะท้องผูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sommers et al.¹⁰ พบว่า การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้เพิ่มขึ้น ลดภาวะท้องผูก ฟันพุงกำลังของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะท้องผูก จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกคลุ้มคลั่ง ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลต่อ

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วย²¹

4.3 ภาวะปอดแฟบ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะปอดแฟบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($>.05$) โดยภาวะปอดแฟบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานนั้น พยาบาลมีการสอนการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพก่อนและหลังผ่าตัด จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองจะมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลง เช่น โรคประจำตัว เป็นต้น ก่อนผ่าตัดมีภาวะปอดบวม น้ำเล็กน้อย จำนวน 1 ราย แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฯ โดยการฝึกเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (early mobilization) การฝึกหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด จึงช่วยป้องกันถุงลมปอดแฟบหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ do Nascimento et al.¹¹ พบว่าการฝึกหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด จะส่งเสริมให้หายใจได้ลึกขึ้น ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น และลดภาวะปอดแฟบนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sommers et al.¹⁰ พบว่า การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย จะช่วยลดภาวะปอดแฟบ ปอดบวม ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังผ่าตัดด้วย

จากการศึกษานี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura⁷ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ โดยมีการเตรียมความพร้อมและมีการฝึกปฏิบัติส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ตั้งแต่วินาทีผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลที่ห้องตรวจ ขณะผู้ป่วยนอนรักษาอยู่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยใน สร้างแรงจูงใจทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนสำเร็จ การดูแลจัดการความปวดโดยใช้ยาร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น

สามารถรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

สรุปและข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือโรคมะเร็งตับที่รักษาโดยการผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัด นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นแอปพลิเคชันสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล

References

1. Chamadol N, Laopaiboon V, Srinakarin J, Loilome W, Yongvanit P, Thinkhamrop B, et al. Teleconsultation ultrasonography: A new weapon to combat cholangio carcinoma. The European Society for Medical Oncology 2017;2(3): e000231.
2. American Cancer Society. Bile duct cancer (cholangiocarcinoma) [Internet]. 2016. [cited 2017 Mar 25]. Available from: <https://bit.ly/2bngDzp>
3. Thorat A, Lee WC. Critical care issues after major hepatic surgery [Internet]. 2013 February 13. [cited 2015 Sep 1]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/42855>
4. Spolverato G, Maqsood H, Vitale A, Alexandrescu S, Marques HP, Aldrighetti L, et al. Readmission after liver resection for intrahepatic cholangiocarcinoma: A Multi-institutional analysis. Journal of Gastrointestinal Surgery 2015;19(7): 1334–41.
5. Medical records and Statistic department, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. Khon Khon: Srinagarind Hospital;2014. (in Thai)
6. Sripukdee S, Somjaivong B. Nursing innovation development to promote early mobilization for patients who are in a critical condition after cholangiocarcinoma surgery. Journal of Nursing Science & Health 2018;41(4): 13–22. (in Thai)
7. Bandura A, (editors). Self-efficacy in changing societies. Cambridge: Cambridge Univ;1997.
8. Chobarunsitti S, Kasemkitwattana S, Chanruangvanich W. Effects of self-efficacy enhancement on patients post abdominal surgery recovery at Phaphuttabath Hospital, Saraburi. Thai Journal of Nursing Council 2008;21(3):100–14. (in Thai)
9. Damri S. Effects of a recovery promoting program on self-efficacy and the quality of recovery among patients with emergency abdominal surgery [Thesis]. Bangkok: Mahidol University;2010. (in Thai)
10. Sommers J, Engelbert RHH, Dettling-Ihnenfeldt D, Gosselink R, Spronk PE, Nollet F, et al. Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. Clin Rehabil 2015;29(11):1051–63.
11. do Nascimento Junior P, Módolo NSP, Andrade S, Guimaraes MMF, Braz LG, El Dib R. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 2:CD006058.

12. Arici E, Tastan S, Fatih M. The effect of using an abdominal binder on postoperative gastrointestinal function, mobilization, pulmonary function, and pain in patients undergoing major abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Int J Studi* 2016; 62:108-17.
13. Oetker-Black SL, Kauth C. Evaluating a revised self-efficacy scale for preoperative patients. *The Association of Perioperative Registered Nurses Journal* 1995;62(2): 244-50.
14. Stark PA, Myles PS, Burke JA. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: The QoR-15. *Anesthesiology* 2013;118(6):1332-40.
15. Sommongkol S, Leethongin M, Panpruek W, Charoensub V. Factors related to the recovery after urgent abdominal surgery in older persons. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(3):165-74. (in Thai)
16. Gonella S, Delfino C, Rolfo M, Rizzo A, Esposito V, Berchiella P, et al. Effecta of video-based preoperative education intervention plus nurse-led reinforcement discussion on knowledge, self-efficacy, and resilience in patients undergoing major surgery. *Clin Nurs Res* 2021;30(6):753-61.
17. Phamorpon S, Nooyam B, Kanjanasilp P. Effect of self-efficacy-promoting programme on self-care ability of persons with stoma. *Thai Journal of Nursing Council* 2020;36(1): 52-70. (in Thai)
18. Inthiyot K, Chanruangvanich W, Wongkong-kam K, Oranratanaphan S. Impact of combined application of cold compression and abdominal binder as a pain management method on pain levels and postoperative ambulation in gynaecological patients having undergone open abdominal surgery. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2021;36(3)83-102. (in Thai)
19. Savikko J, Ilmakunnas M, Makisalo M, Nordin A, Isoniemi H. Enhanced recovery protocol after liver resection. *British Journal of Surgery* 2015;102:1526-32.
20. NI CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H, et al. Early enforced mobilization after liver resection: a prospective randomized controlled trial. *International Journal of Surgery* 2018;54:254-8.
21. Silva YR, Li SK, Rickard MJFX. Does the addition of deep breathing exercises to physiotherapy-directed early mobilisation alter patient outcomes following high-risk open upper abdominal surgery? Cluster randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2013; 99 (3):187-93.