

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
และคุณภาพการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
และคุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน



นางสาวสิริมนต์ คำริห์

ผู้วิจัย

ทิพา ต่อสกุลแก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว,
ปร.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อวัลลดา ศิริเรืองแสง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อวัลลดา ฉันทะเรืองแสง,
พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สุวิมล กิมปี

รองศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี,
ค.ม.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ยาใจ สิทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
และคุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2553

อรุณษา รอยกุลเจริญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณุพา รอยกุลเจริญ,

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุวิมล กิมปี

รองศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี,

ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์,

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิริมนต์ คำริห์

นางสาวศิริมนต์ คำริห์

ผู้วิจัย

ทัศนี ประสบกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ทัศนี ประสบกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ทิพา ต่อสกุลแก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว,

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์นี้ ด้วยความรัก และเมตตา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผ.ศ.ดร. วรณยุพา รอยกุลเจริญ ที่ให้ความกรุณาเป็น กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ Professor Paul S. Myles และ Dr. Sharon L. Oetker-Black ที่อนุญาตให้ใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต นายแพทย์วิศิษฎ์ สงวนวงศ์วาน นางมยุรี กลางประพันธ์ อาจารย์วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ และนางสาวจุฬาทพร ประสงค์สิต ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ตลอดจนคำแนะนำอันเป็น ประโยชน์ และขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ ตั้งวานิชย์ ที่ได้กรุณา ช่วยเหลือในการแปลแบบสอบถาม

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ บัญชา พิทยวรานันท์ ที่กรุณาต่อผู้วิจัยในการแนะนำ ตรวจสอบคุณภาพบทวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนในการเขียนบท การจัดทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณนางกฤษณา สอนลม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง และเจ้าหน้าที่ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่างๆ แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ขอขอบคุณผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ ทำยสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับ บิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว “คำริห์” ที่เป็นกำลังใจ อยู่เคียงข้าง ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ขอขอบคุณมิตรภาพและ ความเป็นเพื่อนของนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 50 ทุกคน ที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ คุณประโยชน์อันพึงมี พึงได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

สิริมนต์ คำริห์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

EFFECTS OF A RECOVERY PROMOTING PROGRAM ON SELF- EFFICACY AND THE QUALITY OF RECOVERY AMONG PATIENTS WITH EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

สิริมนต์ คำรินทร์ 5036802 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ประ.ด.(ประสาทวิทยาศาสตร์), สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, พย.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 50 ราย ที่รับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชายและหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2552 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองและแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้ ไปใช้จริงทางคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินรับรู้สมรรถนะของตนเองมากยิ่งขึ้น ในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด และช่วยเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน/ สมรรถนะของตนเอง/ คุณภาพการฟื้นตัว

EFFECTS OF A RECOVERY PROMOTING PROGRAM ON SELF- EFFICACY AND THE QUALITY OF RECOVERY AMONG PATIENTS WITH EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

SIRIMON DAMRI 5036802 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TIPA TOSKULKAO, Ph.D. (NEUROSCIENCE) SUVIMOL KIMPEE, M.Ed., WALLADA CHANRUANGVANICH, D.N.S.

ABSTRACT

This experimental research's aim was to explore the effects of a recovery promoting program on self-efficacy and the quality of recovery among patients after emergency abdominal surgery using perceived self-efficacy theory as a conceptual framework. The sample group consisted of 50 emergency abdominal surgery patients who had been admitted to men's and women's surgical wards at Saprassittiprasong Hospital, Ubon Ratchathanee, Thailand, from June to August of 2009. The subjects were randomly assigned into experimental and control groups. Data collection was performed by using the Preoperative Self-Efficacy Scale (PSES) and Quality of Recovery Score (QoR-40). Descriptive statistics and an analysis of covariance (ANCOVA) were used for data analysis.

Results of the study indicated that the patients who took part in the recovery promoting program had a significantly higher perceived self-efficacy score ($p < .001$) and a significantly higher quality of recovery score than the patients who received routine nursing care ($p < .001$).

In view of the research findings, the recovery promoting program should be given to patients with emergency abdominal surgery to increase their self-efficacy in performing post-operative activities, which, in turn, should enhance the quality of recovery.

KEY WORDS: EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY/ SELF-EFFICACY/
QUALITY OF RECOVERY

119 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน	12
การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินเพื่อการปฏิบัติ กิจกรรมหลังผ่าตัด	18
การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	21
ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	32
เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง	37
โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของ ตนเองของเบนคูรา	38
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองไปสู่โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัว หลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	42
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
แหล่งเก็บข้อมูล	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
สรุปขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	52
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
บทที่ 5 การอภิปรายผล	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	88
รายการอ้างอิง	103
ภาคผนวก	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	114
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	115
ภาคผนวก ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ANCOVA	117
ประวัติผู้วิจัย	119

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)	54-55
2	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)	56-57
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (t-test)	58
4	จำนวนครั้งต่ำสุด จำนวนครั้งสูง สอดคล้องนิยามและควอไทล์ที่ 3 ของการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 2 3 และ 4	59-60
5	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันที่ 3 หลังผ่าตัด (ก่อนการทดลอง) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันที่ 3 หลังผ่าตัด (หลังการทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	61
6	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันผ่าตัด (ก่อนการทดลอง) และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 5 หลังผ่าตัด (หลังการทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	62
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)	63
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)	64

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	สรุปกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	8
2	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (triadic reciprocal causation)	33
3	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์ กับพฤติกรรม	34
4	แสดงการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับการเกิดพฤติกรรม	36
5	แสดงขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่องท้องในระบบทางเดินอาหารเป็นการผ่าตัดใหญ่ การลงมีดเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการผ่าตัดจะไปกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดอาการบวม ดึงรั้ง และทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่รับและส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้และแปลผลอาการปวด ความปวดจะไปกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Ljungqvist, Nygren, Soop, & Thorel, 2005) ทำให้หัวใจเต้นแรง กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน (Liu & Grooper, 2003) การหดเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของกระบังลมและการขยายตัวของปอด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากในช่วง 1-3 วันแรก (ปีลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Riangkam, 2007) รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อมีการขยับตัว เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง (ปีลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Roark, 2003) รวมทั้งการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยาคลายกล้ามเนื้อขณะผ่าตัดจะทำให้การทำงานของระบบร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนล้าและอ่อนเพลีย (Bunnag, 2003; Munson, 2000) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงพยายามนอนนิ่งๆ หายใจตื้นๆ และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เพื่อให้ร่างกายได้พักลดการกระตุ้นอาการปวด การปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่ มีเสมหะคั่งค้าง ถ้าใส่เริ่มเคลื่อนไหวช้า อันเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ อาการท้องอืด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัด (Porth, 2005) ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Ratbmell, & Polomano, 2008)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด หรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007) การรับรู้วาระบบร่างกายทำหน้าที่ดีขึ้น (Zalon, 2004) มีความสุขสบาย ความปวดน้อย มีภาวะจิตที่เป็นสุขสงบ ปราศจากความหดหู่ เศร้าหมอง (Nelsson, 2006 อ้างใน Allvin et al., 2007) ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละคนอาจต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัว เช่น อายุ เพศ ลักษณะการเจ็บป่วย โรคร่วม สภาวะจิตใจ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาในการใช้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น (Boehnlein & Marek, 2003; Girad, 2008; Smeltzer & Bare, 2004)

ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวดีและเร็ว คือการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยวิธีหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายและลุกออกจากเตียงโดยเร็ว ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและเหมาะสมกับระยะเวลาหลังการผ่าตัดจะส่งเสริมให้ระบบร่างกายกลับสู่ภาวะปกติเร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Browning, Denehy & Scholes, 2007; Girard, 2008)

การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และเหมาะสมกับระยะเวลาหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ทั้งการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าและการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการสอนและการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ (ช่อลดา พันธุ์เสนา, 2542; Boehnlein & Marek, 2003; Girard, 2008; Smeltzer & Bare, 2004) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ทันทีเมื่อรู้สึกตัว แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้าโดยใช้แนวคิด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534; วัชร กิ่งนึ่งเพ็ญ, 2535; เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา, สมจิต หนูเจริญกุล, พรจันทร์ พงษ์พรหม และอรชร มาลาหอม, 2538; อรชร มาลาหอม, 2534) การเสริมแรงเพื่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (อิงอร พงศ์พุทธิชาติ, 2546) การใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย (รุ่งนภา ชัยรัตน์, 2545) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Chobarunsitti, 2007) ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สามารถลุกเดินได้เร็ว ผู้ป่วยจึงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย อย่างไรก็ตาม แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าว ยังไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะการเจ็บป่วยและบริบทของการเตรียมผ่าตัด (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; Smith & Lobo, 2008)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและเฉียบพลันหรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่ามีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขภาวะต่างๆ เพื่อให้มีความพร้อมต่อการผ่าตัดด่วน และจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารและการติดเชื้อของลำไส้เป็นจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยนอก และมากเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยใน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งมีทั้งผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าและผ่าตัดแบบฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องด้วยโรคของระบบ

ทางเดินอาหารและลำไส้มากถึง 3,971, 3,776 และ 4,412 รายตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประเภทของการผ่าตัด พบว่าเป็นการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินร้อยละ 68.95, 66.35 และ 62.44 ตามลำดับ (สถิติแผนกศัลยกรรมทั่วไป, 2551) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดยังเป็นวิธีการที่จำเป็น และการผ่าตัดฉุกเฉินยังมีความสำคัญ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วน คุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูงถึงร้อยละ 4.03 และเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดร้อยละ 5.15 (สถิติแผนกศัลยกรรมทั่วไป, 2551)

การผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินเป็นภาวะเร่งด่วน กระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความเร่งรีบ ประกอบกับผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อยจึงรู้สึกวิตกกังวล เป็นทุกข์และกลัวผลของการผ่าตัด (ธนิต วัชรพุกก์, 2544; บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; Karanci & Dirik, 2003) อีกทั้งความปวด ความวิตกกังวล ยังรบกวนการรับรู้ข้อมูลและการใช้สติปัญญาของผู้ป่วย (Girard, 2008) การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดจึงมุ่งเน้นการชี้แจงเหตุผลของการผ่าตัด ผลของการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและขั้นตอนการเตรียมผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยการคลายความวิตกกังวล และยินยอมรับการรักษา เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการผ่าตัด จึงเตรียมความพร้อมด้านการรักษา ได้แก่ การงดน้ำงดอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การใส่สายสวนกระเพาะอาหารและสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งการจัดเตรียมเวชระเบียนให้ทันเวลา ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดขาดความมั่นใจและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยที่ผ่าตัดฉุกเฉินจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Serejo, et al., 2007; Vermeulen et al., 2007)

จากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดมาก่อน ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ผู้ป่วยซึ่งไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติ ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Girard, 2008) ประกอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญกับอาการปวดแผลอย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Gelinas, 2004; Pasero, 2003) ไม่ทราบทักษะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยจึงต้องการยาบรรเทาปวดมาก (Joanna Briggs Institute, 2004) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนกระเพาะอาหารหรือสายสวนปัสสาวะ ท่อระบาย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมหรือจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Sullivan, 2004) ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจึงมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลในระดับสูงในการดูแลความสุข

สบาย การจัดการความปวด การช่วยเหลือในการลุกนั่ง การฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาดูแลตนเอง รวมทั้งต้องการให้พยาบาลติดตามเยี่ยมและการให้กำลังใจ (อัญชนี สิริ, 2549)

จากประสบการณ์ตรงในการดูแลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดนั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากบริบทของการผ่าตัดฉุกเฉิน ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด ประกอบกับผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและอาการปวดมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าวไว้ข้างต้น เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายจะรู้สึกปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามนอนนิ่งๆ เพื่อลดอาการปวด เพราะฉะนั้นการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ และความสำคัญปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งเป็นกิจกรรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องทุกคน (ชอลดา พันธุ์เสนา, 2542; Girard, 2008) เกิดความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดนั้นได้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เรียนรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้แนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยความสามารถเผชิญกับสถานการณ์และจัดการกับความปวดแผลผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดๆ ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะหรือบุคลิกภาพของบุคคล แต่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการเรียนรู้ เพราะการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และนำไปสู่การประเมิน ตัดสินความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดี (Oetker-Black et al., 1992) สามารถควบคุมความปวดจากการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี รวมทั้งสามารถใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้บ่อยขึ้น (Oetker-Black et al., 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว (Heye, Foster, Bartlett, & Adkins, 2002) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและอาการท้องอืดน้อย (Chobarunsitti, 2007) จากความแตกต่างกันของบริบทการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าและการผ่าตัดแบบ

ฉุกเฉิน จึงไม่สามารถนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า มาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองมาใช้เป็นกรอบแนวคิดและการสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ข้อมูลตามแนวคิดการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองของเบนคูรา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยความตั้งใจ ไม่ย่อท้อ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ (Allvin et al., 2007)

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีผลต่อการเรียนรู้สมรรถนะของตนเอง และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคล ซึ่งแบนดูรากล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมนั้น และประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ นั้น ซึ่งทศนิ ประสพกิตติคุณ (2544) ได้สรุปคำอธิบายของแบนดูรา (Bandura, 1997) ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ใช่ลักษณะเฉพาะหรือบุคลิกภาพของบุคคล (personality trait) แต่เป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเองซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของงานหรือกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เมื่อบุคคลเห็นประโยชน์ของพฤติกรรม และมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง บุคคลจะกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องต่างๆ นั้นสามารถสร้างให้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้มาจาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ โดยสร้างเป็น โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน โดยจัดให้ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดได้เรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง คือ

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง เพราะเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคล และเมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ พยายามใช้ทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ และเมื่อบุคคลนั้นได้รับการส่งเสริมการฝึกทักษะที่เหมาะสม ก็ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น

2) การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) โดยได้เห็นตัวแบบ หรือสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ถึงแม้จะไม่มีอิทธิพลเท่ากับการได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง แต่สามารถทำให้เกิดประสบการณ์ทางอ้อม ซึ่งการสังเกตประสบการณ์จากตัวแบบ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) ตัวแบบบุคคล (live modeling) ที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อ อยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตมีความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้น ตนก็สามารถ

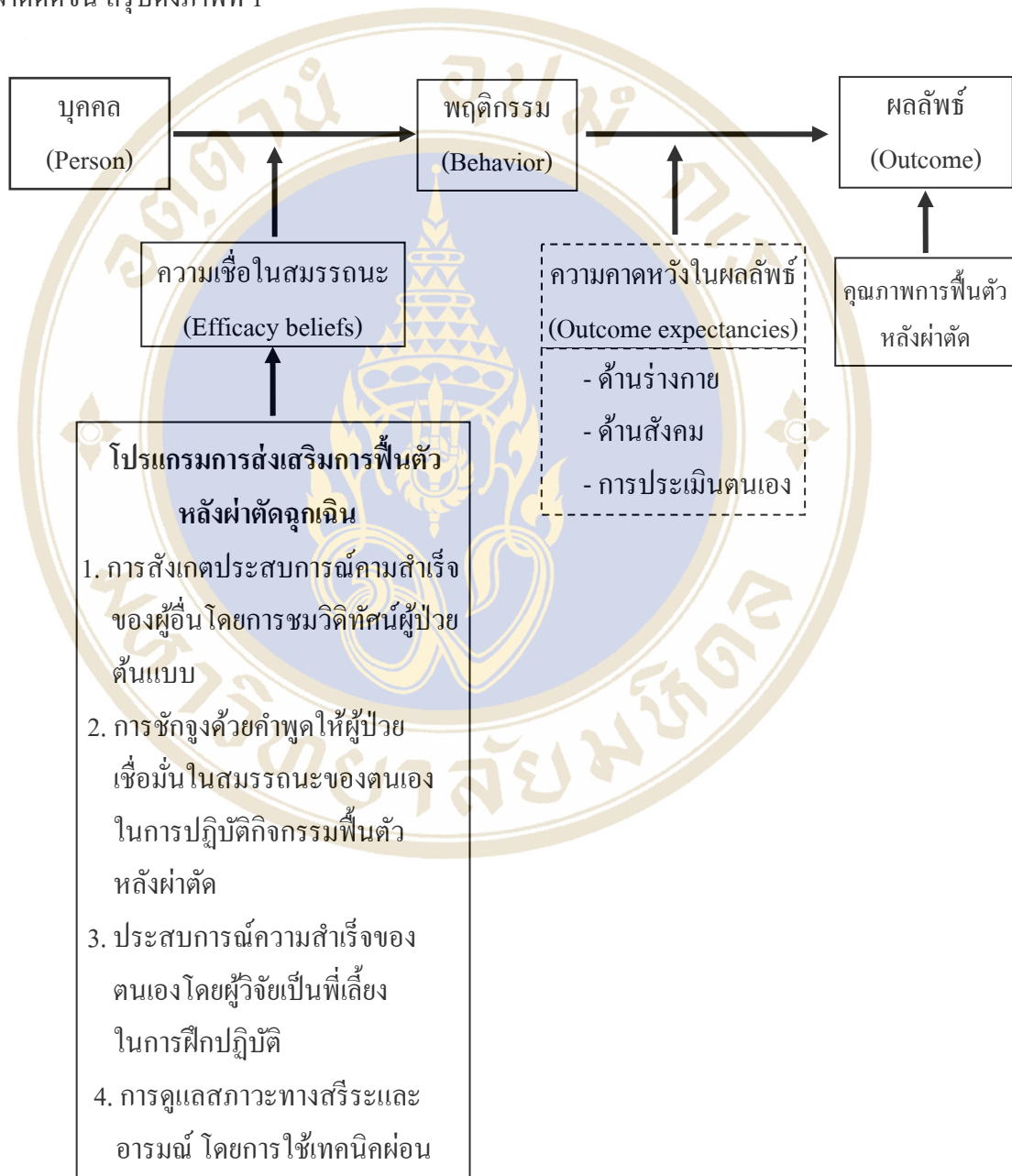
ปฏิบัติได้เพราะมีความคล้ายคลึงกัน การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปตามที่ต้องการ เนื่องจากสิ่งที่ต้องเรียนรู้มีมากกว่าเวลา และโอกาสของผู้สังเกตที่สามารถอำนวยความสะดวก (2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่นำเสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ วิดิทัศน์ สไลด์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง การเสนอตัวแบบวิธีนี้สามารถจัดเตรียมเรื่องราว เน้นพฤติกรรมที่ต้องการ และนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากในสถานที่ต่างๆ ได้ การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมจากตัวแบบนั้นต้องประกอบด้วย 4 กระบวนการ (Bandura, 1997) คือ (1) กระบวนการสนใจ (attention processes) (2) กระบวนการเก็บจำ (retention processes) (3) กระบวนการกระทำ (production processes) (4) กระบวนการจูงใจ (motivation processes)

3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) หมายถึง การที่บุคคลอื่นใช้คำพูดแนะนำ ชักชวน อธิบายเพื่อแสดงให้บุคคลนั้นเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่ง ทศนิ ประสภกิตติคุณ (2544) สรุปคำอธิบายของแบนดูรา (Bandura, 1977) ว่าการพูดชักจูงด้วยคำพูดจะทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (self-doubts) แต่จะเกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ โดยผู้ที่พูดชักจูงให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้คือนั้นต้องเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (significant others) โดยลำพังแล้วการพูดชักจูงด้วยคำพูดมีอิทธิพลน้อยต่อการสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จึงควรใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ

4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง สภาวะด้านร่างกายนั้นหมายถึงการตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อมีสิ่งคุกคาม ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง ไม่มีความปวด จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีภาวะเจ็บป่วย เช่น ไม่สบาย มีความปวด จะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองลดต่ำลง สภาวะอารมณ์ ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การมีภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น มีความพึงพอใจ รู้สึกมีความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ในทางกลับกันหากบุคคลมีภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย เหนื่อยล้า ตึงเครียด จะส่งผลให้บุคคลประเมินค่าความสามารถของตนเองลดลง การรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงต่ำ ดังนั้นดูแลให้บุคคลมีสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดีจะช่วยเสริมให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองของบุคคลเพิ่มขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ข้อมูลจากทั้ง 4 แหล่ง เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้แล้ว จะเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทางปัญญา ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น เกิดการคาดหวังผลจากการปฏิบัติ ซึ่งทั้งการรับรู้สมรรถนะของ

ตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติจะทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ ส่งผลให้ระบบร่างกายกลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว โดยการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดจะส่งเสริมให้ระบบการหายใจ การไหลเวียนโลหิตดี เพิ่มการนำออกซิเจนสู่อวัยวะสำคัญ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งเสริมให้มีคุณภาพการพื้นตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น สรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินและรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2552

นิยามตัวแปร

โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และดำเนินการอย่างมีแบบแผนเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว ทันทีที่วินิจฉัยได้ว่ามีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด และเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1) การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) โดยให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินและปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวแล้วประสบความสำเร็จผ่านวิดีโอทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ

2) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) โดยการชี้แนะ ชักจูงให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งจะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี

3) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) ด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พร้อมกับชี้ให้เห็นการปฏิบัติที่ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง ร่วมกับการให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวด้วยตนเอง

4) การดูแลสถานะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ด้วยการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยทั้งก่อนการฝึกปฏิบัติและขณะฝึกปฏิบัติ โดยการประเมินและควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินซึ่งเป็นการฟื้นตัวระยะกลาง โดยความเชื่อในความสามารถของตนเองนั้นประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง (Preoperative Self-Efficacy Scale: PSES) ที่สร้างโดย Oetker-Black และ Kauth (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดยชญาณิช ชอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คะแนนจาก 0 ถึง 10 เพื่อสอบถามความมั่นใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ลูกเดินการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด คะแนนต่ำหมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง สภาวะที่ร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติ หรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ประเมินจากแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of recovery: QoR-40) ที่พัฒนาโดย Myles, Weitkamp, Jones, Melick และ Hensen (2000) เพื่อวัดคุณภาพการฟื้นตัว 5 ด้าน คือ สภาวะอารมณ์ (Emotional state) ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort) การสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychological support) ความอิสระทางกาย (Physical independence) และความปวด (Pain) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ช่วงคะแนนจาก 1 ถึง 5 เพื่อประเมินเกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด คะแนนต่ำหมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวต่ำ คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวสูง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลตามแนวทางการดูแลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้กับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดโดยการแนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยวาจา ไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งด้านขั้นตอน ระยะเวลา เนื้อหา ทั้งนี้พยาบาลจะให้การพยาบาลตามความรู้ ความสามารถ และเทคนิคการปฏิบัติของแต่ละบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
2. ผลการวิจัยนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน และผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
 - 1.1 อุบัติการณ์การผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
 - 1.2 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
 - 1.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
2. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด
3. การฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 3.1 ความหมายของการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด
 - 3.2 ระยะเวลาของการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด
 - 3.3 การประเมินคุณภาพการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด
 - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 3.5 ข้อบ่งชี้ของการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด
4. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
5. เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง
6. โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนคูรา
7. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองไปสู่ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

1.1 อุบัติการณ์การผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

โรกระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบบ่อย จากสถิติการเจ็บป่วยของคนไทยทั้งประเทศพบว่ามีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารและการติดเชื้อของลำไส้มากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยนอกและมากเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยใน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2550 พบการเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบทางเดินอาหารมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วย ส่วนหนึ่ง จะได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งมีทั้งการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าและการผ่าตัดฉุกเฉิน จากสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในปี พ.ศ. 2549 - 2551 มีจำนวน 3,971, 3,776 และ 4,412 ราย เมื่อจำแนกตามลักษณะการผ่าตัด พบ เป็นการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินร้อยละ 68.95, 66.35 และ 62.44 ตามลำดับ (สถิติแผนกศัลยกรรมทั่วไป, 2551)

1.2 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันมักมีพยาธิสภาพและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาภายในช่องท้อง ซึ่งพอสรุปได้เป็น 4 กลุ่ม (วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล และ ครินทร์ โล่ห์ศิริวัฒน์, 2545; สุริรัตน์ ศรีสวัสดิ์, 2549; Smith & Lobo, 2008) คือ

1. การอักเสบ (Inflammation) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อล้าง ทำความสะอาด หรือเอาหนองออก โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มของการอักเสบ เช่น แผลกระเพาะอาหารทะลุ (Peptic ulcer perforate) ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis), ลำไส้เล็กทะลุ (Small intestine perforate), ลำไส้ใหญ่ทะลุ (Large intestine perforate), ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis), ทางเดินน้ำดีอักเสบ (Ascending Cholangitis), ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis), ลำไส้ใหญ่ส่วนที่โป่งเกิดการอักเสบ (Meckel's diverticulitis), เยื่อช่องท้องอักเสบ (Retroperitoneal abscess) เป็นต้น

2. การอุดตัน (obstruction) ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขสาเหตุของการอุดตันเพื่อให้การไหลผ่านและการระบายภายในของลำไส้ และเพิ่มการนำเลือดไปเลี้ยงส่วนของลำไส้ สาเหตุของการอุดตัน เช่น ลำไส้เล็กอุดตัน (small intestine obstruction), ลำไส้ส่วนซิกมอยด์บิดตัว (Sigmoid volvulus) เป็นต้น (Macutkiewicz & Carlson, 2008)

3. การตกเลือด (Hemorrhage) ที่ไปกดหรือเพิ่มแรงดันในช่องท้องจนเกิดอาการปวด ซึ่งนอกจากอาการปวดแล้วผู้ป่วยที่มีการตกเลือดยังอาจมีอาการแสดงของภาวะช็อกร่วมด้วย สาเหตุของการตกเลือด เช่น การแตกของมะเร็งตับ (Rupture hepatocellular carcinoma), หลอดเลือดแดง

โป่งพองในท้องแตก (Ruptured aortic aneurysm), หลอดเลือดแดงม้ามแตก (Ruptured splenic artery aneurysm) เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIH) เป็นต้น

4. การขาดเลือด (Vascular occlusion) เป็นอาการที่เป็นผลสืบเนื่องจากการอุดตัน การขาดเลือดของอวัยวะภายในช่องท้อง ส่วนใหญ่จะพบในอวัยวะที่เป็นท่อกลวง เช่น การอักเสบของลำไส้ (Necrotizing enteritis) ลำไส้ขาดเลือดหรือตายเน่า (Bowel ischemia or gangrene) (Oldenburg, Lau, Rodenberg, Edmonds, & Burger, 2004)

สาเหตุของอาการปวดท้องเฉียบพลัน ที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เมื่อแยกตามการวินิจฉัยโรคและพบบ่อยมีดังนี้

1. ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) สาเหตุสำคัญ คือ นิ่วไปอุดตันทางเดินน้ำดี ซึ่งการอุดตันที่ตำแหน่งท่อถุงน้ำดี (cystic duct) หรือบริเวณรอยต่อระหว่างถุงน้ำดีกับท่อน้ำดี (Hartmann's pouch) จะทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำดี เกิดนิ่วน้ำดี (bile salt) และการระคายเคืองของผนังถุงน้ำดี เชื้อบุทางเดินน้ำดี จนเกิดเป็นการอักเสบ บวม โป่งตึง นอกจากนี้การอุดตันทางเดินน้ำดี จะทำให้ถุงน้ำดีบีบตัวและคลายตัวอย่างแรงเพื่อขับน้ำดีออก อาการปวดท้องจึงเป็นแบบปวดแบบตัวงอ (colicky pain) ซึ่งมักปรากฏในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกของการอักเสบ โดยผู้ป่วยจะเริ่มปวดท้องบริเวณชายโครงขวา หรือบริเวณลิ้นปี่ เมื่อการอักเสบมากขึ้นจึงเริ่มมีอาการท้องตึงแน่น กดปล่อยแล้วเจ็บ ท้องเกร็งแข็ง และกดเจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวาได้ผลบวก (Murphy's sign) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (anoxia necrosis) และตายเน่า (gangrene) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ (Schein, 2005; Smeltzer et al., 2008)

2. การแตกทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ (peptic ulcer perforate) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคแผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้น (gastric or duodenal ulcers) สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากปฏิกิริยาของกรดและเปปซิน (Pepsin) ต่อตัวปกป้องเยื่อผนังลำไส้ (mucosal defense) โดยกรดมีอิทธิพลต่อเส้นประสาทเวกัส (vagus nerve) ซึ่งมีผลต่อการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และสาเหตุส่งเสริมอื่นๆ คือ การใช้ยา การรับประทานอาหารหวานและรสจัดนานกว่าปกติ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การแตกทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ เพราะจะทำให้กรดในกระเพาะอาหาร (gastric acid) น้ำย่อย (pancreatic enzymes) และน้ำดี (bile) รั่วเข้าสู่ช่องท้อง (peritoneal cavity) เกิดการระคายเคืองเยื่อช่องท้องและอักเสบ ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดท้องแบบทันทีทันใด และปวดรุนแรงจนงอตัว ระยะเริ่มต้นมักปวดบริเวณลิ้นปี่ก่อนแล้วจึงลุกลามไปเป็นปวดทั่วท้อง หน้าท้องเกร็งแข็ง กดเจ็บ (Schein, 2005; Smeltzer et al., 2008)

3. ลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) เป็นภาวะที่สิ่งต่างๆในลำไส้ไม่สามารถเคลื่อนผ่านไปสู่อำนาจส่วนปลาย การอุดตันของลำไส้อาจมีสาเหตุใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ ประเภทที่มีการขัดขวางการทำงานของลำไส้ (mechanical obstruction) เช่น ลำไส้กลืนกัน ลำไส้ติ่งจากกระบวน การอักเสบ หรือมีการรั้งของพังผืด (adhesion bands) ลำไส้บีบตัว ประเภทที่สอง เกิดเนื่องจากลำไส้เป็นอัมพาต (paralytic ileus) ทำให้ไม่มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อในผนังลำไส้ พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและไม่เคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน การอุดตันอาจเป็นเพียงบางส่วน (partial obstruction) หรืออุดตันอย่างสมบูรณ์ (complete obstruction) ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ ลำไส้เล็ก (small bowel obstruction) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องแบบตัวอ (colicky pain) ท้องอืดแน่น คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่าย ไม่ผายลม (Macutkiewicz & Carlson, 2008; Schein, 2005; Smeltzer et al., 2008)

4. เยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ซึ่งมีสาเหตุของการเกิดแยกเป็น 2 ชนิด คือ

- การอักเสบที่ไม่พบแหล่งของต้นเหตุชัดเจน (primary peritonitis) มักพบได้ผู้ที่มิโรคประจำตัวเรื้อรังมาก่อนแล้วเชื้อโรคกระจายไปเยื่อช่องท้องทางกระแสโลหิต มักพบในรายที่มีน้ำคั่งในช่องท้อง เช่น ตับแข็งจากพิษสุราเรื้อรังและมีน้ำในช่องท้อง อาการอาจเริ่มจากค่อยเป็นค่อยไป หรือฉับพลัน โดยจะปวดทั่วๆท้องร่วมกับมีไข้สูง หนาวสั่น

- การอักเสบของเยื่อช่องท้องจากที่มีแหล่งการอักเสบจากอวัยวะในช่องท้อง (secondary peritonitis) และเกิดการปนเปื้อนเข้าสู่เยื่อช่องท้อง เช่น ไส้ติ่งอักเสบแตก แผลกระเพาะอาหารทะลุ ถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง ลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือด เป็นต้น (ปริดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์, 2549) เยื่อช่องท้องที่อักเสบรุนแรงจะทำให้ลำไส้บีบตัวน้อยลงจนหยุดการเคลื่อนไหว (paralytic ileus) เป็นผลให้เกิดการคั่งของสารเหลวและลม ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวเพื่อเพิ่มการไหลเวียน ผนังหลอดเลือดยอมให้สารเหลวซึมผ่านมาก (permeability) สารน้ำจึงออกจากหลอดเลือดมาเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ (third space) ทำให้กระเพาะอาหาร ลำไส้โป่งพอง เกิดเป็นภาวะท้องอืด ปวด และแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก เมื่อสูญเสียน้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์มากๆ จะทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง (hypovolemia) และเกิดภาวะช็อก (Skipworth, & Fearon, 2007; Smeltzer et al., 2008)

1. กระเพาะลำไส้ใหญ่อักเสบเฉียบพลัน (Acute colonic diverticulitis) สาเหตุสำคัญของการอักเสบ คือ การตกค้างของเศษอาหารในบริเวณที่ยื่นออก ทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโต ส่งผลให้เกิดการอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้ายโดย เฉพาะบริเวณซิกมอยด์ (sigmoid colon) ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีไข้ร่วม (Branagan & Senapati, 2008) ซึ่งหากไม่ได้รับการผ่าตัดอย่างทันที่อาจทำให้เกิดภาวะลำไส้ส่วนที่ยื่นแตกได้ (Issa et al., 2008)

2. การแตกทะลุของมะเร็งภายในช่องท้อง (Perforate of carcinoma) พบได้บ่อยคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีการอุดตัน จึงแตกทะลุ มีอุจจาระรั่วไหลเข้าสู่ช่องท้อง เกิดเป็นเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) หรือหารอयरั่วมีขนาดเล็กมักกลายเป็นการอักเสบเฉพาะที่ (localized abscess) โรคที่เกิดจากรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง ขณะที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยลดลง (Smeltzer et al., 2008)

จากข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จะเห็นว่าผู้ป่วยมีลักษณะการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีอาการรบกวน คือ อาการปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน การผ่าตัดต้องรีบดำเนินการอย่างเร่งด่วน ทำให้มีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีการเจ็บป่วยรุนแรงแบบทันทีทันใด ทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวน้อย การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญเหตุการณ์ และไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติการกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด การผ่าตัดที่ได้รับเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ส่งผลต่อการปฏิบัติการกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด (บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; LeMone & Burke, 2000) ดังรายละเอียด

1.3.1 ด้านร่างกาย ผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง คือความสุขสบายที่ลดลง ซึ่งเป็นผลจากอาการปวดแผลผ่าตัด ภาวะอ่อนล้า และคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง รายละเอียดดังนี้

- อาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการลงมีด แล้วเกิดการแปลงสัญญาณ (transduction) ไปยังหน่วยรับรู้อาการปวดของเนื้อเยื่อ (nociceptors) ที่ปลายประสาท (free nerve ending) และหลังสารสื่อประสาทไปรบกวนการไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการเกร็ง บวม (Boehline & Marek, 2003) จากนั้นเกิดการหลั่ง inflammatory mediators ได้แก่ ฮิสตามีน (histamine) สารพี (substance P) แบรดคิไคนิน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) และโพรสตาแกรนดิน อีทู (prostaglandin E₂) ทำให้ปลายประสาทบริเวณแผลมีความไวมากขึ้น (peripheral หรือ primary sensitization) ทำให้ปวดแผลผ่าตัด ขณะเดียวกันสัญญาณประสาทจากบาดแผลหรือบริเวณที่บาดเจ็บจะส่งผ่านเส้นประสาทซีไฟเบอร์ (C fiber) เข้าไปยังไขสันหลัง กระตุ้นเซลล์ประสาทไขสันหลังระดับนั้นหรือระดับใกล้เคียง เกิดการตื่นตัวและปล่อยกระแสประสาทหมุนเวียน กระตุ้นซึ่งกันและกันทำให้มีความไวเพิ่มมากขึ้น (central หรือ secondary sensitization หรือ secondary hyperalgesia) ส่งผลทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น

(พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากร, 2547; Weber & Kellel, 2007) ความปวดก่อนให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมถอย หงุดหงิด ท้อแท้ ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ผู้ป่วยที่ปวดแผลผ่าตัดมากจะไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะท้องอืด ลำไส้ไม่ทำงาน ปัสสาวะคั่งค้าง ปอดแฟบ (Porth, 2005) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ระยะเวลาในการฟื้นตัวยาวนานขึ้น (Boehnlne & Marek, 2003)

- ภาวะอ่อนล้าหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการอ่อนเพลียของร่างกาย จากการศึกษ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะมีภาวะอ่อนล้าปานกลางในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะอ่อนล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ต่ำ ค่าอิเล็กโทรลิตที่ผิดปกติทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความปวด ภาวะไข้และการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Bunnag, 2004; Munson, 2000) ภาวะอ่อนล้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้การกลับสู่ภาวะปกติของร่างกายหรือการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า (Werner et al., 2005; Wu et al., 2005)

- คุณภาพการนอนหลับลดลง เป็นผลจากการทำงานของ reticular activating system (RAS) ซึ่งอยู่เหนือก้านสมองและ bulbar synchronizing region (BRS) ซึ่งอยู่ที่พอนส์ (pons) และสมองส่วนหน้า (medial forebrain) โดย reticular activating system จะรับรู้ความรู้สึกต่างๆ เช่น แสง สี เสียง สัมผัส ความปวด เพราะในภาวะเจ็บป่วยบุคคลจะทนต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้น้อยกว่าในภาวะสุขภาพดี (Pasero, 2003) ทำให้รับกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยอาจมีอาการนอนหลับยาก ตื่นบ่อย และนอนต่อไม่หลับ (Gogenur, Bisgaard, Burgdorf, van Someren, & Rosenberg, 2009; Roark, 2003) ผลจากอารมณ์ ความรู้สึก สารสื่อประสาท เช่น นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และแกมมาอะมิโนไบโตรีคแอซิด (gamma aminobutyric acid: GABA) ทำให้เกิดการตื่นตัว และ bulbar synchronizing region ลดการหลั่งสารซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย และเกิดการหลับเมื่อผู้ป่วยหลับพักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายจะเพิ่มการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) กลูคากอน (glucagon) และคอร์ติซอล (cortisol) เมลาโทนิน ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และการสร้างพลังงานเพื่อนำไปใช้ในการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย (Munson, 2000)

1.3.2 ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยผ่าตัดแบบฉุกเฉินต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เมื่อทราบว่าต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด วิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วย (Girard, 2008) และผลของการรักษา (Karanci & Dirik, 2003) ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงขณะเคลื่อนไหวร่างกาย (Pasero, 2003; Gelinias, 2004) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมยกขยับตัว และผู้ป่วยที่ไม่มีทักษะในการขยับตัวเพื่อป้องกันอาการปวดจะต้องการยา

ระับอาการปวดเพิ่มขึ้น (Joanna Briggs Institute, 2004) หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยอาจสูญเสียความมั่นใจและพลังใจที่ไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้ (Moser et al., 2003) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจึงมีความต้องการการดูแล ในด้านการใช้ยาบรรเทาปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งต้องการคำแนะนำ กำลังใจ จากพยาบาลในระดับสูง (อัญชนี ศิริ, 2549)

1.3.3 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มักมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาพยาบาล (Karanci & Dirik, 2003) และต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก นอนหลับพักผ่อนได้น้อย (ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Pasero, 2003; Riangkam, 2007) รวมทั้งจะรู้สึกปวดแผลมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และไอ (Werner et al., 2005) ประกอบกับภาวะอ่อนล้า (Bunnag, 2003) จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเองและเผชิญกับความปวดลดลง รวมถึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมักหายใจสั้นๆ เคลื่อนไหวร่างกายน้อย จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องจะเคลื่อนไหวร่างกายโดยการลุกนั่งไม่สม่ำเสมอ โดยจะเคลื่อนไหวร่างกายโดยการลุกนั่งบ่อยที่สุดในช่วงเวลาเช้า ส่วนช่วงเวลากลางและเย็นจะลุกนั่งน้อยลง (Browning, Denehy, & Scholes, 2007) ซึ่งการเคลื่อนไหวน้อย หรือเริ่มการเคลื่อนไหวช้า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Grocott et al., 2007)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลกรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงมีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ เหมาะสมกับระยะเวลาหลังการผ่าตัด อันจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี

2. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด

2.1 การประเมินความพร้อมเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง

การปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยเร็ว เป็นสิ่งสำคัญ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดยังต้องคำนึงถึงความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ ดังนั้นก่อนเริ่มการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด จึงต้องประเมินสภาพผู้ป่วยตามเกณฑ์ ดังนี้

- ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด (Sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994 cited in Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

S = หลับ ปลุกตื่นง่าย

1 = ตื่น รู้สึกตัวดี

2 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย

3 = ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา

4 = ง่วงหลับ มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นน้อย หรือไม่มีเลย

ระดับความรู้สึกตัว S ถึง 2 เป็นระดับความรู้สึกตัวที่ผู้ป่วยสามารถรับฟังคำแนะนำต่างๆ ได้ ส่วนความรู้สึกระดับ 3 ควรได้รับการเฝ้าระวัง และความรู้สึกตัวระดับ 4 ควรได้รับการแก้ไขโดยคยากลุ่มโอพอยด์ หรือให้ยาต้านฤทธิ์โอพอยด์ เพื่อให้ระดับความรู้สึกตัวกลับคืนมา

- เกณฑ์ความพร้อมของผู้ป่วยในการลุกนั่งและเดินหลังผ่าตัด (Chae, & Stiegmann, 2006) มีดังนี้

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้
3. สภาพจิตใจเข้าสู่ระดับเดิมก่อนการผ่าตัด
4. ได้รับการจัดการความปวดจนอยู่ในระดับที่เหมาะสม
5. ได้รับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างเหมาะสม
6. ไม่มีท้อระบาย ที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว
7. ไม่มีภาวะผิดปกติเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด
8. แผลไม่มีเลือดออก หรือซึมผิดปกติ
9. การไหลเวียนโลหิตส่วนปลายดี
10. หลังลุกนั่ง 10 นาทีแล้ว ไม่มีอาการวิงเวียน หายใจหอบผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยดังกล่าวเป็นเกณฑ์ทั่วไปที่ศัลยแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ใช้เป็นแนวทางประเมินผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด โดยศัลยแพทย์และพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทั่วไปตามเกณฑ์ก็จะเริ่มให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด

2.2 การปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง

กิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทุกคน การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องจะช่วยให้การทำงานของร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็ว (กันยา ออประเสริฐ, 2545; ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, 2551; Girard, 2008) ในระยะแรกหลังผ่าตัด ทันทีที่รู้สึกตัวผู้ป่วยควรเริ่มปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ ยาว ๆ ไออย่างมีประสิทธิภาพ และบริหารแขน-ขาบนเตียง ในระยะหลังเมื่ออาการคงที่ และไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะจึงเพิ่มการเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งร่วมกับแวงงเท้า และลุกเดินโดยเร็ว (early ambulation) (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004)

ประโยชน์และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีดังนี้ (กันยา ออประเสริฐ, 2545; ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, 2551; deWit, 2009; Girard, 2008; Smeltzer & Bare, 2004)

- การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ จะช่วยให้ถุงลมเล็กๆ ในปอดขยายตัวดี ช่วยขับสารที่ใช้ในการดมยาสลบออกจากร่างกาย ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ได้แก่ ภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ (Dronkers, Veldman, Hoberg, & Waal, 2008) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อรู้สึกตัว ขั้นตอนในการปฏิบัติ คือนอนหงายหนุนหมอน หรือศีรษะสูงประมาณ 30 - 60° หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ จนท้องป่องและหายใจออกช้าๆ ทางปากให้ท้องแฟบ จำนวน 5-10 ครั้ง ปฏิบัติอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถลุกออกจากเตียง

- การไออย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยขับ ระบายเสมหะที่ตกค้างอยู่ในท่อหลอดลม ทางเดินหายใจออกมาภายนอก ทำให้ปอดขยายตัว ป้องกันภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ การไออาจทำให้ปวดแผลเพิ่มขึ้น จึงควรสอนให้ผู้ป่วยประคองแผลผ่าตัดด้วยมือ หมอน หรือผ้าสะอาด เพื่อลดการกระแทกที่แผลและลดอาการปวดขณะไอ ไออย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการปฏิบัติ คือนอนหงายหนุนหมอน นอนศีรษะสูง หรืออยู่ในท่านั่ง แล้วประคองแผลผ่าตัดไว้ จากนั้นหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ 3 รอบ ขณะหายใจออกรอบสุดท้ายจึงไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ

- การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอน ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวดี เพิ่มการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของปอด กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดอาการปวดเมื่อย รวมทั้งเป็นการป้องกันแผลกดทับ วิธีการพลิกตะแคงตัวทำได้โดยเลื่อนตัวมาด้านใดด้านหนึ่ง ใช้มือค้ำนั้น

จับขอบราวกันเตียงแล้วเลื่อนตัวมาให้ชิดขอบเตียง จากนั้นจึงเอื้อมมือไปจับกับราวกันเตียงอีกข้าง เพื่อช่วยดึงตัวให้นอนตะแคงและใช้หมอนรองขาที่อยู่ด้านบน

- การบริหารแขน-ขา จะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดี ลดการคั่งของเลือด คำส่วนปลายและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (Deep vein thrombosis) ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็ว ขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้

การบริหารแขน เริ่มจากนอนหงายหนุนหมอน วางแขนขนานไปกับลำตัว ยกแขนสูงขึ้นเรื่อยพร้อมกับการหายใจเข้าลึกๆ ยาวๆ ทางจุมูกจนแขนอยู่เหนือศีรษะระดับเดียวกับ กับ ใบหู แล้วหายใจออก ช้าๆ ทางปาก พร้อมกับยกแขนกลับวางข้างลำตัว ปฏิบัติซ้ำ 5-10 รอบ

การบริหารขา เริ่มจากให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอน เหยียดขาตรง หมุนปลายเท้าให้เป็นวงกลมทีละข้าง ข้างละ 5-10 ครั้ง จากนั้นดึงปลายเท้าขึ้น กระทบนิ้วเท้าให้ชี้เข้าหาหลังเท้าให้มากที่สุดแล้วชี้กลับไปหาฝ่าเท้าให้มากที่สุด พร้อมเกร็งกล้ามเนื้อขา ข้างละ 5-10 ครั้ง แล้วยกขาสูงจากที่นอนประมาณ 1 ฟุต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะแรกควรบริหารขา ทุก 1-2 ชั่วโมง

- การลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า จะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็ว เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมขยายตัวดี กระตุ้นการทำงานของลำไส้ ช่วยขับแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ ช่วยให้กล้ามเนื้อมีกำลัง การลุกนั่งมี 2 วิธี คือการลุกนั่งแบบหงาย และการลุกนั่งแบบตะแคง แต่วิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง คือ การลุกนั่งแบบตะแคง

การลุกนั่งแบบหงาย ขั้นตอนในการปฏิบัติ เริ่มจากให้ ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง โดยพยาบาล/ญาติ ไขหัวเตียงสูงประมาณ 45-60 องศา จากนั้นผู้ป่วยยันตัวขึ้นจากที่นอนแล้วเลื่อนขาทั้งสองข้างให้ลำตัวหมุนตาม ใช้มือทั้งสองข้างยันที่นอนจนขาทั้งสองข้างห้อยลงข้างเตียง แล้ววางเท้าทั้งสองข้างบนเก้าอี้ข้างเตียง

การลุกนั่งแบบตะแคง จะทำให้เกิดอาการปวดแผลน้อยกว่าการนั่งแบบหงาย ขั้นตอนในการปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยนอนหงาย ถ้าต้องการลุกนั่งมาทางขวา ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมานอนชิดด้านขวา พยาบาลหรือญาติไขหัวเตียงสูงประมาณ 30 - 45 องศา แล้วเดินมายืนข้างเตียงด้านขวา ให้ผู้ป่วยงอขาซ้ายยกคร่อมขาขวา เลื่อนแขนขวามาจับที่นอนและเอื้อมมือซ้ายมาจับที่นอนหรือขอบเตียงเหนือมือขวา เลื่อนเท้าทั้งสองข้างลงจากขอบเตียง เพื่อให้หน้าหน้าขาช่วยถ่วงดึงตัวขึ้นได้ง่าย ใช้มือข้างซ้ายและข้อศอกขวา ยันตัวขึ้น โดยให้น้ำหนักตกบนมือซ้ายและข้อศอกขวา แล้วเลื่อนมือทั้งสองข้างมารับน้ำหนักตัวบริเวณใกล้สะโพก เมื่อนั่งได้แล้วใช้มือทั้งสองข้างทำบนที่นอนบริเวณใกล้สะโพกทั้งสองข้างเพื่อการทรงตัว พยาบาล/ญาติเลื่อนเก้าอี้มารองเท้าทั้งสองข้าง ช่วยให้ผู้ป่วยนั่งได้อย่างสบาย และปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยควรลุกนั่งอย่างน้อยวันละ 3-5 ครั้ง

การแกว่งเท้า เป็นการบริหารขาที่ต่อเนื่องจากการลุกนั่ง เพื่อให้เท้าและขาทั้งสองข้างได้เคลื่อนไหว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดที่ขาเพิ่มขึ้น และช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว ลูกเดินได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยควรแกว่งเท้าหลังจากการลุกนั่งทุกครั้ง ช้าละ 5-10 ครั้ง

- การเดินภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยอาจให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงก่อน จึงนั่งห้อยเท้าโดยวางบนเก้าอี้ข้างเตียง หรือลุกยืนข้างเตียง จากนั้นเริ่มให้เดินออกจากเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร และค่อยๆเพิ่มระยะทางในการเดินจนผู้ป่วยสามารถเดินได้ดี ผู้ป่วยควรลุกออกจากเตียงอย่างน้อยวันละ 3 ครั้งในตอนเช้า กลางวัน และตอนเย็น

การปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยควรปฏิบัติอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง (Boehnlein & Marek, 2003; dWit, 2009; Girad, 2008; Smeltzer & Bare, 2004) และเมื่อสามารถลุกนั่ง และเดินได้ดีแล้ว ก็สามารถลดการปฏิบัติกิจกรรมในระยะแรกลงได้

3. การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

3.1 ความหมายของการฟื้นตัว

การฟื้นตัว (Recovery) หมายถึง การกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือการคืนสู่สภาวะเดิมของร่างกายหลังการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ (The Encarta World English Dictionary, 2005 cited in Allvin et al., 2007)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative recovery) หมายถึง กระบวนการเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด ที่มีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย (physiological) จิตใจ (psychological) สังคม (Social) และการทำหน้าที่ตามปกติ (habitual functions) โดยการฟื้นตัวที่ดีนั้น ร่างกายและจิตใจต้องมีสภาวะร่างกาย จิตใจ เท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด การฟื้นตัวทั้ง 4 มิติ ดังนี้ (Allvin et al., 2007)

- มิติด้านร่างกาย (Physiological) หมายถึง การกลับเข้าสู่สภาวะปกติของระบบร่างกาย ได้แก่ การทำงานของปฏิกิริยาอันกลับ กล้ามเนื้อสามารถเคลื่อนไหวอย่างอิสระ อวัยวะต่างๆกลับสู่การทำงานที่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีความปวดและอาการอ่อนล้าลดลง ร่างกายมีพลังปราศจากภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย

- มิติด้านจิตใจ (Psychological) หมายถึง การกลับคืนสู่สภาวะปกติด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นภาวะที่จิตใจมีความรู้สึกเป็นสุข สงบ ปราศจากความหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ ความโกรธ

ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า รวมถึงการมีประสบการณ์ที่ดี สามารถเผชิญเหตุการณ์ เปลี่ยนผ่าน จากภาวะเจ็บป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดี

- มิติด้านสังคม (Social) หมายถึง การกลับสู่การทำหน้าที่ในสังคม ไม่พึ่งพาผู้อื่น รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

- มิติด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (Habitual function) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การทำงาน การขับรถ เป็นต้น

จากความหมายของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดข้างต้น สรุปได้ว่าการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึงสภาวะที่ร่างกาย (Physiological) จิตใจ (psychological) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องปรับเข้าสู่การทำงานตามปกติ ปราศจากความทุกข์ทรมาน ความปวดลดน้อยลง จิตใจและอารมณ์ปราศจากความหดหู่ เศร้าหมองและ สามารถดำเนินบทบาททางสังคม (Social) ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (habitual functions) มีการพึ่งพาผู้อื่นน้อย

3.2 ระยะเวลาของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรก ระยะกลาง และระยะท้าย (Allvin et al., 2007) ดังนี้

3.2.1 การฟื้นตัวระยะแรก (early phase) คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่นับตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นและสิ้นสุดการรับภาระจับความรู้สึก ผู้ป่วยจะฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก สติสัมปชัญญะเริ่มกลับคืนมา มีปฏิกิริยาตอบกลับอัตโนมัติ (reflex) เริ่มหายใจได้เอง แต่อาจยังไม่มีประสิทธิภาพ อาจยังให้ออกซิเจนและได้รับการดูแลเสมหะ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยจะเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (Black & Hawk, 2005; Miller, 2006) มีการประเมินเสี่ยงการหายใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและระดับความรู้สึกตัว ความมีกำลังของกล้ามเนื้อ และผู้ป่วยจะถูกส่งไปห้องพักฟื้นหรือส่งไปหอผู้ป่วย การฟื้นตัวในระยะแรกนี้มักใช้เวลาประมาณ 2-6 ชั่วโมงหรือในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (deWit, 2009)

3.2.2 การฟื้นตัวระยะกลาง (Intermediate phase) คือช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัด (Craven & Himle, 2003) ร่างกายของผู้ป่วยเริ่มทำงานได้ตามปกติ มีสติสัมปชัญญะเต็มที่มีสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและลุกเดินได้ ไม่มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจน หรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนได้ ระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆขึ้นได้ เช่น มีไข้ ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบ แผลติดเชื้อ เป็นต้น

3.2.3 การฟื้นตัวระยะท้าย (Late phase) คือช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพดีแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆเกิดขึ้น รวมถึงแผลผ่าตัดได้รับการตัดไหมหมดและกลับไปพักฟื้นที่บ้านหรือทำงานได้ตามปกติ

จากระยะของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จะเห็นได้ว่าการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระยะกลางเป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัดมักเกิดในระยษะนี้ และผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ในระยะนี้ มีการขับถ่ายตามปกติ มีความวิตกกังวลลดลง สามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น จนสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ ศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะกลาง และเป็นระยะที่สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.3 การประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน วิธีในการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ประเด็นสำคัญของการประเมิน คือต้องสะท้อนให้เห็นการฟื้นตัวในมิติต่างๆ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ ให้เหมาะสมกับการผ่าตัดและสภาวะของผู้ป่วย (Allvin et al., 2007; Wu & Richman, 2004) การศึกษาที่ผ่านมาประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยการประเมิน ระดับความปวด ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด เวลาที่ผู้ป่วยลุกเดินครั้งแรก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนครั้งและระยะทางในการเดิน ปัจจุบันพบว่าแนวทางในการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีพัฒนาการมากขึ้น การประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจึงต้องเลือกใช้เครื่องมือและวิธีการประเมินให้มีความเหมาะสม เครื่องมือและวิธีการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พอสรุปได้ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือในการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

เครื่องมือประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีหลายชนิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดและระยะของการฟื้นตัว โดยเครื่องมือประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต้องมีคุณสมบัติอย่างน้อย 3 ประการ คือ ความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงตามเกณฑ์ (Content & criterion validity) ความเที่ยง (reproducibility) ความไวในการประเมินทางคลินิก (responsiveness) (Kluivers, Riphagen, Vierhout, Brolmann, & Vet, 2008) เครื่องมือประเมินคุณภาพการฟื้นตัวผ่าตัดช่องท้องที่รวบรวมได้ มีดังนี้

1) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of recovery score: QoR-9) ที่พัฒนาขึ้นโดยไมล์และคณะใช้เพื่อประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ทั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัดแบบ

วันเดียว (Ambulatory surgery) แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ช่วงคะแนน จาก 0-3 คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 18 คะแนนยิ่งสูงคุณภาพการฟื้นตัวยิ่งสูง คะแนนยิ่งต่ำคุณภาพการฟื้นตัวยิ่งต่ำ ทดสอบค่าความตรงกัน (interrater agreement) เท่ากับ .55 ความคงที่ (test-retest reliability) เท่ากับ .61 ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .90 มีความตรงไวต่อการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่วงสัปดาห์แรก โดยพบว่าคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดใหญ่และผ่าตัดเล็กแตกต่างกันในช่วง 3 วันแรก แต่เมื่อครบ 1 สัปดาห์ คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมักไม่ต่างกัน (Myles et al., 1999; สมรัตน์ จารุรักษ์ยานันท์, 2548)

2) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of recovery: QoR-40) ที่พัฒนาขึ้นโดยไมล์และคณะ (Myles, et al., 2000) เพื่อประเมินคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เช่น การผ่าตัดช่องท้อง สูติรีเวช ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดหัวใจ สามารถประเมินการฟื้นตัวได้ครอบคลุม 5 มิติ คือ ภาวะทางอารมณ์ (Emotional state) ความสุขสบายทางกายภาพ (Physical comfort) การประคับประคองจิตใจ (Psychological support) ความเป็นอิสระทางกายภาพ (Physical independence) และความปวด (Pain) ทดสอบความคงที่ (test-retest reliability) เท่ากับ .92 ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .93 และทดสอบแบบครึ่งฉบับ (split-half coefficient) เท่ากับ .83 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ได้รับการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพแล้ว พบว่ามีความตรงและความเที่ยงมากกว่าเครื่องมือชนิดอื่น (Kluivers et al., 2008; Wu & Richman, 2004) และผลการทดลองใช้ในผู้ป่วยชาวจีน สรุปได้ว่า ความคงที่ (test-retest reliability) เท่ากับ .83 ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .91 และความตรงกันของการสังเกต (interobserver) เท่ากับ .77 (Chan et al., 2008)

3) แบบประเมินการทำหน้าที่ 24 ชั่วโมง (24 hour functional ability questionnaire: 24hFAQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Hogue และคณะ เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 หมวด คือ การรู้คิด (cognitive) กายภาพ (physical) และความพึงพอใจในการใช้ยาระงับความรู้สึก (patient satisfaction) ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ข้อคำถามมีทั้งหมด 21 ข้อคำถาม แยกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการ (symptoms) จำนวน 4 ข้อ ค่าคะแนนจาก 1-4 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (actual occurrence) จำนวน 12 ข้อ ค่าคะแนน 1-7 การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย (functional activity) จำนวน 3 ข้อ ค่าคะแนน 1-10 และเวลาที่กลับถึงบ้าน 1 ข้อ และความพึงพอใจในการใช้ยาระงับความรู้สึก 1 ข้อ (Hogue et al., 2000)

4) แบบประเมินข้อบ่งชี้การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (The Surgical recovery index: SRI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องหรือการผ่าตัดที่ไม่ใหญ่มาก (Minimal invasive) สามารถวัดมิติของการฟื้นตัว 2 ด้าน คือ ความ

ปวด (pain) และการทำหน้าที่ตามปกติ (activity resumption) ประกอบด้วย คำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 11 ช่วงคะแนน จาก 0-10 คือ การซื้อของ การจ่ายตลาด การปรุงอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การขึ้นบันได การขับรถ การไปโบสถ์ ไปวัด หรือไปโรงเรียน การดูหนัง การนั่งทำงาน การทำสวนหรือทำงานกลางแจ้ง เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัดการฟื้นตัวในระยะ 1-4 สัปดาห์ (Talamini, Stanfield, Chang, & Wu, 2004)

3.3.2 วิธีประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

1) การให้ข้อมูล โดยผู้ป่วย (self-report) เป็นวิธีที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึก อากา การทำงานของระบบร่างกาย เช่น ความแข็งแรง ความมีพลัง อากาปวด แผลผ่าตัด ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อ อากาเคลื่อนไหว อาเจียน เป็นต้น สิ่ง que ผู้ป่วยประเมินต้องไม่ซับซ้อน ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ การประเมินด้วยวิธีนี้เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ดีและตรง ลดปัญหาการประเมินที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยและลดเวลาที่ใช้ในการประเมิน (ประกาย วิโรจน์กุล, 2548) แต่มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยต้องเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, 2548)

2) การประเมิน โดยผู้สังเกตการณ์ (Observation) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยทางคลินิก โดยประเมินจากอาการทางคลินิก เช่น จำนวนลักษณะกิจกรรมของผู้ป่วย ระดับการพึ่งพาผู้อื่น การทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น การหายใจ การขับถ่าย การแสดงอาการปวด สภาพผิวหนัง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น และให้ระดับในสิ่งที่ประเมินได้จากการสังเกต การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในลักษณะนี้จะได้ข้อมูลที่เป็นปรนัย และขึ้นอยู่กับมาตรฐานวิชาชีพ ข้อมูลที่พยาบาลประเมินได้อาจแตกต่างจากความรู้สึกของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ประเมินจึงต้องมีทักษะและใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ประกาย วิโรจน์กุล, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในบริบทของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินขณะอยู่โรงพยาบาลซึ่งเป็นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระยะกลาง ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ อากาทั่วไปปกติ และจำเป็นต้องติดตามผลของการรักษา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดชนิด QoR-40 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายระยะแรก และผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ ระบุว่า มีความตรง ความไวในการประเมิน ครอบคลุมมิติของคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่าเครื่องมือชนิดอื่นๆ มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง (Kluivers et al., 2008; Wu & Richman, 2004) และเป็นวิธีการ que ผู้ป่วยประเมินอากา ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ได้รับข้อมูลที่เที่ยงตรงมากที่สุด

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยอาจใช้เวลาต่างกันในแต่ละราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ดังนี้

3.4.1 ด้านตัวบุคคล ที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีหลายประการ ดังนี้

1) อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพราะเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจและความยืดหยุ่นของถุงลมปอด พลังงานสำรอง รวมถึงกระบวนการชดเชยทำงานลดลง อายุที่มากขึ้นทำให้ไวต่อภาวะเครียด การใช้ยาระงับความรู้สึกและความทนต่อการผ่าตัดลดลง ความเสื่อมของไตส่งผลต่อการควบคุมสารน้ำ อิเล็กโทรลต์ และการจัดสารจากยาระงับความรู้สึก มีโอกาสเกิดเสมหะคั่งค้าง และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย (Girad, 2008; Mangano, Hill, & Chow, 2008; Smeltzer & Bare, 2004; deWit, 2009)

2) เพศ มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยเพศหญิงจะมีความเครียดต่อเหตุการณ์ต่างๆ (Kopp et al., 2003) และมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกายตามวงจรธรรมชาติ และค่านิยมทางสังคมที่ยอมรับว่าเพศหญิง มีความอ่อนไหว สามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึกได้เต็มที่ ในขณะที่เพศชายต้องมีสุขุมหนักแน่น เพศหญิงจึงมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์มากกว่า เมื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจึงพบว่าเพศหญิงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้ากว่าเพศชาย (Ochroch, Gottschalk, Troxel, & Farrar, 2006)

3) ภาวะโภชนาการ มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากร่างกายต้องใช้พลังงานและสารอาหาร เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ต่อต้านการติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการสมบูรณ์จึงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ภาวะโภชนาการเกินหรือขาด เพราะภาวะขาดสารอาหารทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันไม่เพียงพอ ร่างกายจึงนำเอาโปรตีนไปใช้เป็นพลังงานของเซลล์ร่างกาย ทำให้ขาดความสมดุลของไนโตรเจนและโปรตีน แผลจึงหายช้า มีโอกาสเกิดแผลแยก แผลติดเชื้อสูง (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004; deWit, 2005) ส่วนความอ้วนทำให้ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง เนื่องจากไขมันไปจำกัดการเคลื่อนที่ของกระบังลม ทำให้การระบายอากาศไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูง (Pappachen et al., 2006; Sejero et al., 2007; Vermeulen et al., 2007) เกิดแผลแยก ติดเชื้อง่ายจากการมีไขมันมากเกินไปเล็กน้อย ขบวนการซ่อมแซมเกิดขึ้นช้า (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004; deWit, 2005)

4) โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ได้แก่

4.1) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวายเลือดคั่งหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ง่าย จากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อย เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ รวมถึงภาวะหัวใจหยุดเต้น (Boehnlein & Marek, 2003) ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

4.2) โรคของระบบหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด จะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ความสามารถในการหายใจ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เพิ่มสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004) จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบ และปอดแฟบหลังผ่าตัด

4.3) โรคของระบบทางเดินน้ำดี เช่น โรคตับแข็ง มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากตับเป็นอวัยวะสำคัญในการเผาผลาญอาหารและยา ถ้าตับมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ ความสามารถในการเผาผลาญจะลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดพิษจากยาระงับความรู้สึกมากขึ้น (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004) และมีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและกรดอะมิโน รวมถึงการมีระดับอัลบูมินต่ำ นำไปสู่การลดลงของ อิมมูโนโกลบูลินและไฟบริโนเจน ซึ่งจะทำให้น้ำออกจากหลอดเลือด มีการติดเชื้ของแผลผ่าตัดและมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (Girard, 2008)

4.4) โรคของระบบต่อมไร้ท่อ มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ ซึ่งมีผลต่อการใช้อินซูลินของร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้การหายของแผลช้า และเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004)

4.5) โรคไต ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลง เช่น ไตวายเรื้อรัง จะมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่าคนปกติ ทำให้การขับยาออกทางไตน้อย อาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก ยาแก้ปวดได้ง่ายถึงแม้จะใช้ยาในปริมาณลดลง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดจึงช้า (Boehnlein & Marek, 2003; Mangano et al., 2008; Smeltzer & Bare, 2004)

จากปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทุกรายจึงต้องได้รับการประเมินสถานะร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (physical status) ตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologists: ASA) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการรักษาและการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการประเมิน

สภาวะร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยใช้ ASA จะประเมินจากอายุ การมีโรคร่วม โรคประจำตัว ภาวะทั่วไปรวมถึงภาวะโภชนาการ และชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

การจำแนกสภาวะร่างกาย โดยใช้เกณฑ์ ASA แบ่งเป็น 6 กลุ่ม โดยใช้คำว่า PS (physical status) และให้ตัวเลขตามหลัง ดังนี้

PS 1 หมายถึง ผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา สุขภาพจิตดี และโรคที่มารับการผ่าตัดไม่ทำให้ระบบอื่นเปลี่ยนแปลง อายุไม่มากหรือไม่น้อยเกินไป เช่น ผู้ป่วยอายุ 45 ปี ผ่าตัดได้เดือน เป็นต้น

PS 2 หมายถึง ผู้ป่วยเป็นโรคเพียงระบบเดียวและควบคุมได้ โรคนั้นไม่มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน เช่น สูงอายุ โรคหัวใจหรือความดันเลือดสูงระยะเริ่มแรก โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น

PS 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคหลายระบบ หรือควบคุมโรคในระบบสำคัญได้ โรคนั้นมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน แต่ไม่มีอันตรายถึงขั้นคว้าน หรืออันตรายถึงแก่ชีวิต เนื่องจากโรคที่เป็นอยู่

PS 4 หมายถึง ผู้ป่วยเป็นโรคอันตราย โรครักษายาก ควบคุมโรคไม่ได้ หรือระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้กลับมาสู่ภาวะปกติโดยยา หรือการผ่าตัด เช่น โรคต่อมไร้ท่อที่สูญเสียหน้าที่อย่างมาก โรคตับ หรือโรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพและสูญเสียหน้าที่มาก

PS 5 หมายถึง ผู้ป่วยเจ็บหนัก ร่างกายมีพยาธิสภาพมาก การผ่าตัดเป็นทางเลือกสุดท้ายเพื่อช่วยชีวิต เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคปอดขณะพักยังมีอาการหอบ โรคเบาหวานที่มีโรคแทรก หรือผู้ป่วยที่มีภาวะไม่รู้สึกรู้หาย ความดันโลหิตต่ำมาก ต้องใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ไม่ถึง 24 ชั่วโมง

PS 6 หมายถึง ผู้ป่วยสมองตาย ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อ
 ปรึกษาอวัยวะ

และอักษร E เป็นอักษรที่ใช้เพิ่มตามหลังสภาวะร่างกาย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เช่น PS 3E เป็นต้น

3.4.2 ด้านการรักษาและการผ่าตัด

1) ลักษณะการผ่าตัด การผ่าตัดใหญ่มักใช้เวลาในการผ่าตัดนาน และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆทั่วร่างกายมากกว่าการผ่าตัดเล็ก การฟื้นฟูสภาพของการผ่าตัดใหญ่ จึงช้ากว่าผ่าตัดเล็ก และการผ่าตัดฉุกเฉินมักเตรียมผู้ป่วยได้ไม่สมบูรณ์ทำให้ภาวะแทรกซ้อน มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดหมายหน้า (Arenal, & Bengoeachea-Beeby, 2003; Neary, Foy, Heather, & Earnshaw, 2006; Weissman, & BA., 2008)

2) การใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้งนี้เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ก็จะทำให้เกิดการทำลายขนกวัด (cilia) และเยื่อเมือกหุ้มหลอดลม (mucosa) ทำให้การสร้างมูกเพิ่มขึ้น การขจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง ผลของยาระงับความรู้สึกที่ร่างกายจะลดและยับยั้งการทำงานของระบบประสาท ระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ระยะเวลาในการใช้ยาระงับความรู้สึกจึงมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Kehlet, & Dahl, 2003) ดังนั้นผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายจะได้รับการประเมินสภาวะร่างกาย (physical status) โดยใช้เกณฑ์ ASA เพื่อประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีสภาวะร่างกายที่ต่างกันจะมีความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดต่างกัน (สุริรัตน์ ศรีสวัสดิ์, 2549; Rosenbaum & Silverman, 2008) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีสภาวะร่างกายที่ไม่เหมาะสม จึงมีความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึกมาก (Arenal & Bengoechea-Beeby, 2003; Weissman & BA, 2008) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (สุริรัตน์ ศรีสวัสดิ์, 2549; สรรชัย ชีรพงษ์ศักดิ์ และ ยิ่งลักษณ์ ปัญญาธรรมาวัตร, 2547; Anaya, & Flum, 2005; Boehnlein & Marek, 2003; Weissman & BA, 2008)

3.4.3 ด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จะขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมร่างกาย (Zeitz, 2000) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องที่พบบ่อย ดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular complication) ที่พบบ่อย คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการสูญเสียเลือดมากกว่า 30 % หรือประมาณ 1.5 - 2 ลิตร พบในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาการแสดง คือ ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย ตัวเย็น ซีด บัสสาวะออกน้อย ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองและเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง (Porth, 2005) กรณีที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดนาน (Stevens, Johnson, & Langdon, 2000) หรือโปแตสเซียมในเลือดต่ำ อาจทำให้หัวใจเต้นช้า (Walsh et al., 2005) หากผู้ป่วยนอนบนเตียงนาน ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย อาจเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (thrombophlebitis) จากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ขา (deep vein thrombosis) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอดตามมา (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004)

2) ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ (respiratory complication) ที่พบบ่อยคือ ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) และปอดแฟบ (atelectasis) ภาวะปอดอักเสบมีสาเหตุจากการติดเชื้อ หรือมีสิ่งแปลกปลอม เช่น เสมหะ หรือการสำลักเศษอาหาร พบบ่อยในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัดหรือผู้ที่

เป็นโรคอุดกั้นในปอดเรื้อรัง (ชนิด วัชรพุทก์, 2550) และผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (Serejo et al., 2007) ส่วนภาวะปอดแฟบ เกิดจากการมีเสมหะ อุดกั้นที่แขนงหลอดลมเล็ก (bronchioles) ทำให้อากาศผ่านเข้าไปยังถุงลมปอดไม่ได้ อากาศภายในถุงลมส่วนปลายถูกดูดซึมทำให้ถุงลมแฟบ มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนจะมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก (Boehline & Marek, 2003; Holte & Kehlet, 2002; Kanat, Goluk, Teke, Goluk, 2007) ทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น เร็ว การเคลื่อนไหวของกระบังลมน้อย การระบายอากาศในถุงลมปอดลดลง อาการแสดงคือ ไข้สูงใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กระสับกระส่าย หายใจลำบากหรือหายใจหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว (deWit, 2005; LeMone & Burke, 2000)

3) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal complication) ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะท้องอืด ซึ่งอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) คือมอร์ฟีน (morphine) หรือเพ็ททิดีน (pethidine) (Apfel, Stoecklein, & Lipfert, 2005) ออกฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) และกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ (chemoreceptor) ที่บริเวณ ทริกเกอร์โซน (trigger zone) ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Girard, 2008; Ho & Gan, 2008) อาการอาจคงอยู่แม้ว่าจะหมดฤทธิ์ยาแก้ปวดแล้ว ส่วนอาการท้องอืดเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งฤทธิ์ของยาเหล่านี้จะลดการบีบตัวของหลอดทางเดินอาหาร ลดการทำงานของลำไส้ (Holte & Kehlet, 2002) หรืออาจเกิดภาวะลำไส้เป็นอัมพาต จากการยับยั้งกระแสประสาทในชั้นกล้ามเนื้อของผนังระบบทางเดินอาหารทำให้ลำไส้ ไม่มีการเคลื่อนไหวในระยะ 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด จึงเกิดการคั่งค้างของสิ่งขับหลังต่างๆ รวมทั้งลม แก๊ส ทำให้กระเพาะอาหารขยายตัว เกิดอาการท้องอืด (Montague, Watson, & Herbert, 2005)

4) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract complication) เช่น การคั่งของน้ำปัสสาวะ (urinary retention) การคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงเล็กน้อย ปัสสาวะลำบากและมีเลือดปน มีอาการหนาวสั่น อาการมักปรากฏในระยะ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งนี้เป็นผลจากการจัดท่านอนขณะผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดและการได้รับยานาโคติก การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะ

5) การติดเชื้อของแผลผ่าตัด (wound infection) และแผลแยก (wound dehiscence) มักมีสาเหตุจากแผลไม่สะอาด ร่วมกับปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดฉุกเฉิน (Sorensen et al., 2005) ซึ่งเป็นผลจากการเตรียมและการคัดกรองผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ครอบคลุม การสูบบุหรี่ การมีสภาพร่างกายไม่ดีพอก่อนการผ่าตัด เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน ทูพ

โภชนาการ หรือการได้รับยาสเตียรอยด์ปริมาณมาก จนเกิดกคการทำงานของภูมิคุ้มกัน (LeMone & Burke, 2000) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Dines-Kalinowski, 2002) อาการแสดงที่พบอาจมีไข้ ปวด แผล แผลบวมแดง ร้อน หรือมีหนองไหลออกจากแผลผ่าตัด (Smelthzer & Bare, 2004) มักพบได้ในวันที่ 2-7 หลังผ่าตัด (deWit, 2009) ส่วนอาการแผลแยกมักพบในวันที่ 10-14 หลังผ่าตัด (Parks, 2007) โดยมีความสัมพันธ์กับอาการท้องอืด การไอแรงๆ หรืออาเจียน

จากปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด สภาพาร่างกาย ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเหล่านี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์และอภิปรายผล

2.5 ข้อบ่งชี้ของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นการฟื้นตัวทั้งทางด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (psychological) สังคม (social) และการดำเนินชีวิตตามปกติ (habitual function) (Allvin et al., 2007) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องมีหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ระยะของการฟื้นตัว ข้อบ่งชี้ของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง สรุปได้พอสังเขป ดังนี้

2.5.1 ข้อบ่งชี้ด้านร่างกาย (physical indicator) ประเมินจาก การตอบสนองด้านร่างกาย (physiological response) เช่น สัญญาณชีพ การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (reflex) การควบคุมและการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย ความมีพลัง การปราศจากความอ่อนล้า ระดับความปวด รวมถึงอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด (Allvin et al., 2007) ลดปริมาณและความถี่ของการใช้ยาบรรเทาอาการปวด (Wu & Richman, 2004; Zalon, 2004) ภาวะไข้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nilsson, Unosson, & Kihlgren, 2006) คุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ความคล่องแคล่ว ระยะเวลาในการเดิน (Moriello, Mayo, Feldman, Carli, 2008) การทำงานของลำไส้ ระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย อัตราตาย (mortality) การเกิดโรค (morbidity) หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ ท้องอืด เป็นต้น (Myles, et al., 2000) และความสบายของร่างกาย (Olsson et al., 2002 อ้างใน Allvin et al., 2007)

2.5.2 ข้อบ่งชี้ด้านจิตใจ (psychological) ประเมินได้จากสภาพจิตใจ หรือสภาวะอารมณ์ (mental health) ได้แก่ ความรู้สึกหดหู เศร้าหมอง ความโกรธ ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า เหนื่อยชา ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การไม่พึ่งพาผู้อื่น (Myles et al., 2000) การรู้คิด (cognitive functioning) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perception) การมีเพศสัมพันธ์ (Allvin et al., 2007; Wu & Richman, 2004)

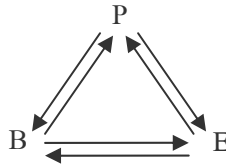
2.5.3 ข้อบ่งชี้ด้านสังคม (social) ประเมินจากความสามารถในการดูแลตนเอง การพึ่งพาผู้อื่นในระดับที่เหมาะสมทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน การติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การดำเนินบทบาทในครอบครัว (family role) การทำหน้าที่ในสังคม (role and social function) เป็นต้น (Allvin et al., 2007; Urden, 1999)

2.5.4 ข้อบ่งชี้ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (habitual function) เป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน (Instrumental/Intermediate Activities of Daily Living: IADL) เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่าย ขับรถ การจ่ายตลาด การรีดผ้า ทำกับข้าว คุยโทรศัพท์ การทำงานหรือไปโรงเรียนตามปกติ การดำเนินบทบาทและคุณภาพชีวิต เป็นต้น (Lawrence et al., 2004; Moriello et al., 2008; Urden, 1999)

การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อบ่งชี้การฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อบ่งชี้ด้านร่างกาย (physical indicator) ประเมินได้จากอาการและความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ด้านจิตใจ (psychological) ประเมินได้จากสภาพจิตใจ หรือสภาวะอารมณ์ (mental health) ข้อบ่งชี้ด้านสังคม (social) ประเมินจากความสามารถในการดูแลตนเอง การพึ่งพาผู้อื่นในระดับที่เหมาะสมทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน การติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และข้อบ่งชี้ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (habitual function) ประเมินได้จากการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือตนเอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดชนิด QoR-40

4. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนา มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) โดย Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล (Internal person factor: P) เช่น การรับรู้ตนเอง ความเชื่อ ทักษะ เป็นต้น 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition: B) เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น 3) เงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม (Environmental condition: E) เช่น บทบาทและอิทธิพลทางสังคม ซึ่งปฏิสัมพันธ์ของทั้ง 3 องค์ประกอบ มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอนเกี่ยวพันกัน (Interlocking system) และมีอิทธิพลต่อบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของบุคคล (Bandura, 1997) แบบคูรา เรียกแนวคิดทั้งหมดรวมกันว่า triadic reciprocal causation ดังภาพที่ 2



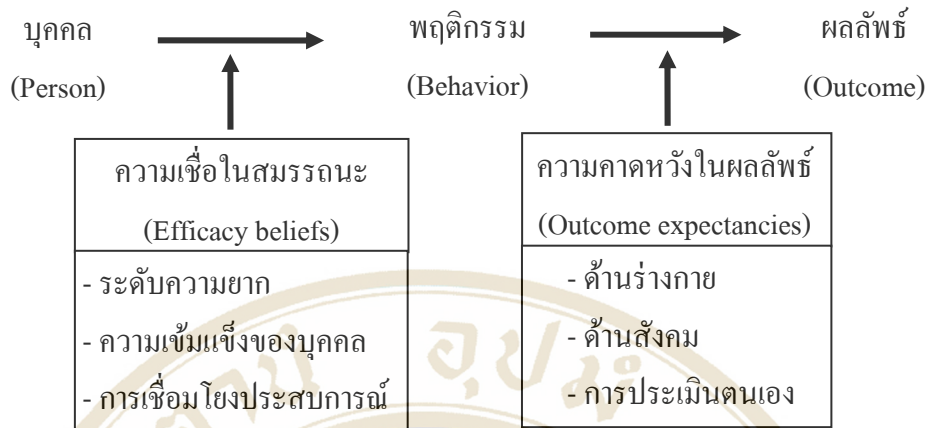
ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม
(triadic reciprocal causation) (Bandura, 1997: p. 6)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์เฉพาะ (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ใช่ลักษณะประจำ หรือบุคลิกภาพของบุคคล (personality trait) แต่สามารถฝึกฝนให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องต่างๆ ได้ และเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนประสบความสำเร็จ บุคคลที่เชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ความเชื่อนั้นจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว การรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ทศนี ประสบกิตติคุณ(2544) ได้สรุปคำอธิบายของเบนคูรา (Bandura, 1997) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้

1. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) ว่าเมื่อปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แล้วจะเกิดผลตามที่คาดหมาย ซึ่งความคาดหวังนั้นสามารถเกิดได้ 3 รูปแบบ คือ

- 1) ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effect) ทั้งในเชิงบวก เช่น ความมีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย และในเชิงลบ เช่น ความปวดและความไม่สุขสบาย
- 2) ผลลัพธ์ด้านสังคม (social effects) เช่น การเป็นที่ยอมรับ สนใจ การได้ชื่อเสียง อำนาจหรือเงินทอง ส่วนเชิงลบ เช่น การไม่เป็นที่ยอมรับสังคม ถูกลงโทษ เป็นต้น
- 3) ผลลัพธ์ที่เกิดจากประเมินตนเองต่อพฤติกรรมปฏิบัติ (self-evaluative reactions to one's own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจตนเอง ความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง หรือในทางตรงข้าม เช่น ความรู้สึกไม่พอใจ ความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า เป็นต้น

2. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อมั่นของบุคคลว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่กำหนดได้ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนนี้ เบนคูราเชื่อว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์ กับพฤติกรรม (Bandura, 1997: p. 22)

แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ใช่บุคลิกภาพหรือคุณลักษณะของบุคคล แต่หากการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นพลวัต (dynamic) ผันแปรได้ตลอดเวลาตามลักษณะของกิจกรรมและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรการรับรู้สมรรถนะของตนเองของบุคคล มี 3 ประการ คือ

1. ระดับความยากของพฤติกรรม (level) หากบุคคลรับรู้ หรือเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นง่าย ตนสามารถปฏิบัติได้ ก็ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่ถ้รับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ยาก ต้องใช้ความพยายามมาก ก็จะขาดความเชื่อมั่นและหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
2. ความเข้มแข็งของบุคคล (strength) เป็นความเข้มแข็งของบุคคลต่อความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลที่มีความเชื่ออย่างแรงกล้าในความสามารถของตนจะไม่ล้มเลิกความตั้งใจโดยง่ายถึงแม้จะว่ากิจกรรมที่ต้องทำนั้นจะมีความยากลำบาก
3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ (generality) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิมในอดีต เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลนั้นจะพยายามเชื่อมโยงประสบการณ์และทักษะเดิมกับประสบการณ์ใหม่ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ใหม่

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นความสำเร็จจากการกระทำของตน เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เพราะเมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้งย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและจะพยายามใช้ทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุถึง

เป้าหมายที่ต้องการ และเมื่อบุคคลนั้นได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะที่เพียงพอ ก็ย่อมทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น

2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยได้เห็นตัวแบบหรือสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ถึงแม้จะไม่มีอิทธิพลเท่ากับการได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง แต่สามารถทำให้เกิดประสบการณ์ทางอ้อม ซึ่งตัวแบบนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 ตัวแบบบุคคล (live modeling) ที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อ เป็นบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สังเกตมีความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดง ตนก็สามารถปฏิบัติได้ เพราะมีความคล้ายคลึงกัน การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้มีข้อจำกัด ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ตามที่ต้องการได้ เนื่องจากสิ่งต้องเรียนรู้มีมากกว่าเวลา และโอกาสของผู้สังเกตที่จะสามารถอำนวยได้

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่นำเสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิทยุ วัสดุ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบพฤติกรรมที่ต้องการ และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากในสถานที่ต่างๆ ได้ โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมจากตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (Bandura, 1997) คือ

1) กระบวนการสนใจ (attention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลสนใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งตัวแบบที่มีผลต่อกระบวนการนี้ต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต

2) กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงข้อมูลที่สังเกตจากตัวแบบ ในรูปแบบสัญลักษณ์ จัดให้เป็นระบบโครงสร้างทางปัญญา ให้ง่ายต่อการจดจำ เก็บไว้ในความจำถาวรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในอนาคต

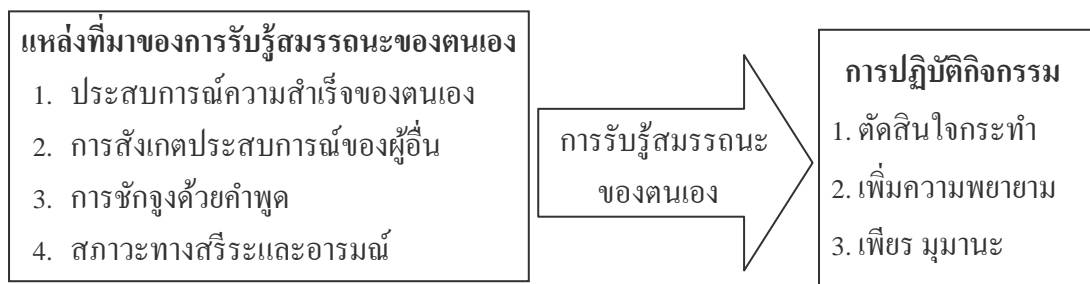
3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงข้อมูลสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการปฏิบัติ การปฏิบัติพฤติกรรมใดจะดีหรือไม่ขึ้นกับสิ่งที่จำ การได้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติ

4) กระบวนการจูงใจ (motivation processes) การที่ผู้สังเกตเห็นตัวแบบได้รับผลจากการปฏิบัติซึ่งเป็นที่พึงพอใจ เป็นผลดีต่อตนเอง ทำให้ผู้สังเกตคาดหวังว่าจะได้รับผลดังเช่นตัวแบบ โดยสิ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ ได้แก่ สิ่งของ รางวัล ความรู้สึกพอใจ การยกย่อง ชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) หมายถึง การที่บุคคลอื่นใช้คำพูดแนะนำ ชักชวน อธิบายเพื่อแสดงให้บุคคลนั้นเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่เป็น เป้าหมายให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งทศนี ประสภกิตติคุณ (2544) สรุปคำอธิบายของเบนดูรา (Bandura, 1977) ไว้ว่า การชักจูงจะทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (self-doubts) แต่จะเกิดกำลังใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จ ผู้ที่มีอิทธิพลในการพูดชักจูงให้บุคคล เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต้องเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (significant others) โดยลำพังแล้วการพูดชักจูงมีอิทธิพลน้อย จึงควรร่วมกับวิธีการอื่นๆ

4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผล ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง สภาวะร่างกายนั้น หมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดง ออกมาเมื่อมีสิ่งคุกคาม ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง ไม่มีความปวด จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีภาวะเจ็บป่วย ไม่สบาย มีความปวด จะ ทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองลดต่ำลง สภาวะอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การมีภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น มีความพึงพอใจ รู้สึกมีความสุข รู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่า จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ในทางกลับกันหากมีภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย เหนื่อยล้า ดึงเครียดจะส่งผลให้บุคคลประเมินค่าความ สามารถของตนเองลดลง การรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงต่ำลง ดังนั้นการดูแลให้บุคคลมีสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดี จะช่วยเสริมให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น

การเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่งโดยผ่านกระบวนการทางปัญญาจะทำให้บุคคลตัดสินใจ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของตน บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะส่งผลต่อ พฤติกรรมโดยทำให้บุคคลตัดสินใจลงมือกระทำ (decision to perform) ยิ่งกว่านั้นบุคคลจะทุ่มเท ความพยายาม (effort expended) มากขึ้นเพื่อบรรลุผลตามที่คาดหวัง และเมื่อเกิดอุปสรรคใด ๆ ก็ไม่ เกิดความท้อถอยง่าย แต่จะยังคงเพียรพยายาม (persistence) ที่จะกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป (ทศนี ประสภกิตติคุณ, 2544) ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับการเกิดพฤติกรรม

(ทศนี ประสภกิตติคุณ, 2544)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ และจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะซึ่งมีผลต่อการกระทำของบุคคล การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงเป็นกระบวนการประเมินตนเอง (self-appraisal) ที่มีความซับซ้อน เนื่องจากต้องมีการเลือก (selecting) พิจารณาหรือชั่งน้ำหนัก (weighting) และการผสมผสาน (integrating) ของข้อมูลที่บุคคลได้รับมา การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต้องพิจารณาเป็น 2 ขั้นตอน คือ การประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย และการประเมินระดับของความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น (ทศนี ประสพกิตติคุณ, 2544)

5. เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง (Preoperative Self-efficacy Scale: PSES) สร้างขึ้นโดย Oetker-Black และ Knuth เมื่อ ค.ศ.1994 (Oetker-Black & Knuth, 1994; Oetker-Black & Taunton, 1995; Oetker-Black, 1996) เพื่อวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้อง ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 11 ช่วงคะแนน เริ่มจากคะแนน 0 หมายถึง ไม่มี ความมั่นใจ จนถึงคะแนน 10 หมายถึงมั่นใจมากที่สุด กำหนดค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ทั้งฉบับ มากกว่า .90 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน การหายใจเท่ากับ .95 การเคลื่อนไหวร่างกายเท่ากับ .94 การพลิกตะแคงตัวเท่ากับ .97 การใช้เทคนิคผ่อนคลายเท่ากับ .96 จากนั้น Heye, Foster, Bartlett และ Adkins (2002) นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาผลของการสอนก่อนผ่าตัดเพื่อลดความปวดและเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกแบบนัดล่วงหน้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 ถึง .98 ต่อมาชญาธิศ ขอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) นำมาแปลเป็นไทยตามวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) เพื่อใช้ในการศึกษาเรื่องผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .96

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าว มาใช้เพื่อวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เนื่องจากกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเป็นกิจกรรมเดียวกันและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเช่นเดียวกัน

6. โปรแกรมการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า

นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร โดยให้ผู้ป่วยสังเกตตัวเองจากวิดิทัศน์ที่มีความพยายามในการฝึกการดูแลตนเองจนสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยลงมือดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองและใช้คำพูดชักจูง รวมเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงและพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .02 ตามลำดับ ผลจากการศึกษานี้ สรุปได้ว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ในระยะเวลา ประมาณ 3 วัน

กฤษณกมล วิจิตร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวิดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบนัดหน้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวิดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนา มีพฤติกรรมปฏิบัติตนหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยรวม พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในวันที่ 2 หลังผ่าตัด การลุกเดินในวันที่ 3 หลังผ่าตัด การไม่เบ่งปัสสาวะขณะทำการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ และการดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรม การขอยาบรรเทาอาการปวด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี และการยึดตรงสายสวนปัสสาวะไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษานี้ สรุปได้ว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

Heye, Foster, Bartlett และ Adkins (2002) ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อระดับความปวด การเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกแบบนัดล่วงหน้า โดยวันก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วยดูวิดิทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และวิดิทัศน์ที่พยาบาลเป็นผู้สาธิตการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด (FPI) ซึ่งประกอบด้วย การพลิกตัวบนเตียง การลุกนั่งข้างเตียง การขึ้นและการเดิน ความยาว 24 นาที จากนั้นประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่หนึ่งและวันที่สอง เก็บข้อมูลจำนวนการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อย มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 และพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการเคลื่อนไหวร่างกายในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ผลจากการศึกษานี้ สรุปได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดรับรู้สมรรถนะของตนเองจะช่วยเพิ่มปริมาณและคุณภาพของการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด

ชฎานิส ซอบอรุณสิทธิ (2550) ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้า โดยการให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดจนได้รับความสำเร็จตั้งแต่ก่อนผ่าตัด แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย จากนั้นให้ชมวิดีโอที่สอนผู้ป่วยต้นแบบ หลังผ่าตัดติดตามเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลจากการศึกษานี้ สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดีและมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อย

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ โดยสร้างเป็นโปรแกรมการพยาบาลจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมจะใช้เวลาประมาณ 1-3 วัน และยังไม่เคยมีการศึกษาถึงผลของการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยเฉพาะ รวมถึงการประเมินคุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งได้กล่าวถึงรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองไว้อย่างชัดเจน มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินรับรู้สมรรถนะของตนเองและปฏิบัติปฏิบัติพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ส่งผลให้มีคุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี

7. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองไปสู่โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดลูกเงิน

โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดลูกเงินนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงิน รับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด โดยจัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ข้อมูลทั้งจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น โดยผ่านตัวแบบการชักจูงด้วยคำพูด การได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองและการดูแลสถานะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งผลจากการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และตัดสินใจความสามารถของตน ซึ่งทั้งการคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะนำไปสู่การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรม (Bandura, 1997) โดยผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ (Oetker-Black, 1992) สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการลุกนั่ง ลูกเดินได้ดี (Heye et al., 2002) ใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดบวมขึ้น (Oetker-Black et al., 2003) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ เหมาะสมกับระยะเวลาหลังการผ่าตัด จะช่วยให้การฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี และมีระยะเวลาในการฟื้นตัวสั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากการหายใจเข้าออกถี่ๆ ยาวๆ จะช่วยให้ปอดขยายตัว กระบังลมเคลื่อนตัวได้ดี เมื่อปฏิบัติร่วมกับการไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยขับ และระบายเสมหะส่งผลให้ระบบการหายใจและการระบายอากาศโดยรวมทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการบริหารแขน-ขา พลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอน ลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า และการเดินจะกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต เพิ่มปริมาณเลือดไปสู่อวัยวะสำคัญและส่วนปลายของอวัยวะ (Boehnlein & Marek, 2003; de Wit, 2009; Girard, 2008; Smeltzer & Bare, 2004) จึงทำให้ระบบร่างกายกลับสู่ภาวะปกติเร็ว ป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่งผลให้คุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดลูกเงิน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยจัดให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงินได้ชมวิดีโอผู้ป่วยต้นแบบ (symbolic-model) ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงินและมีประสบการณ์การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดในขณะที่ต้องเผชิญกับภาวะปวดแผล แต่ผู้ป่วยต้นแบบเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยต้นแบบจึงมีความตั้งใจและพยายามปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดจนได้รับความสำเร็จ คือ มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experiences) ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดจนเกิดความสำเร็จ อย่างเป็นลำดับ ตามลักษณะการเคลื่อนไหว และระยะเวลาหลังการผ่าตัด โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ฝึกปฏิบัติกิจกรรม การหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน

ครั้งที่ 2 ฝึกการปฏิบัติกิจกรรมลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า การลุกเดิน ขณะที่ผู้ป่วยฝึกการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังจัดเตรียมอุปกรณ์ แนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดของตนเองทุกวัน เป็นเวลา 4 วัน เพื่อย้ำให้ผู้ป่วยเห็นผลการปฏิบัติ ความก้าวหน้าและความสำเร็จของตนเอง (self monitoring) ซึ่งการเห็นความสำเร็จในการปฏิบัติของตนเองบ่อยๆ ครั้ง จะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

3. ชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) โดยผู้วิจัยชักจูงให้ผู้ป่วยเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดได้ ระหว่างการฝึกปฏิบัติกิจกรรมผู้วิจัยเสริมแรงและกล่าวชมเป็นระยะ เพื่อเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเอง และพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดให้ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ผู้วิจัยชักจูงโดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดจากการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยบันทึกไว้

4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective state) ผู้วิจัยใช้แนวทางในการดูแลสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย 2 แนวทาง คือ

4.1 สภาวะด้านร่างกาย โดยประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนการฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด โดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข (numeric rating scale: NRS) ที่ต่อเนื่องกัน จาก 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และ คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง (Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดขณะพักไม่เกิน 3 คะแนน ผู้วิจัยจึงจะเริ่มฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดพร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเพื่อลดการกระเทือน ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของอาการปวดได้ ขณะฝึกปฏิบัติกิจกรรมสอบถามระดับความปวดของผู้ป่วยเป็นระยะ

4.2 สภาวะด้านอารมณ์ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจช้าๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ (rhythmic breathing) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้วิธีการพูดคุย สอบถามอาการด้วยความสนใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหรือระบายความรู้สึก ติดตามเยี่ยมและให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวก อันจะส่งผลให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง (Pretest-posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และคุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว ทันทีที่วินิจฉัยได้ว่ามีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด โดยไม่ได้มีการนัดหมายผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อการรักษา แก้ไขพยาธิสภาพต่างๆที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้อง และรับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไปชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป เพราะสามารถตัดสินใจลงนามยินยอมรับการรักษาได้เอง
2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินครั้งแรก และไม่เคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia)
4. มีระดับสภาวะร่างกายตามเกณฑ์สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA) ไม่เกิน 3
5. มีสติสัมปชัญญะดี
6. หลังผ่าตัดมีสภาวะร่างกายผ่านตามเกณฑ์การกระตุ้นการลุกนั่ง เดินหลังผ่าตัด

ของ Chae และ Stiegmann (Chae & Stiegmann, 2006)

เกณฑ์การคัดออกไม่เอามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis)

2. มีข้อห้ามทางการแพทย์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Power analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 เนื่องจากยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงิน ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดอิทธิพล (d) จากการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน คือการศึกษาของ ชญานิศ ขอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยแทนค่าในสูตรของ Glass (Glass, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.194 จากนั้นนำไปคำนวณหาขนาดอิทธิพลตามหลักสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยขนาดอิทธิพล (f) คำนวณจาก $f = d/2$ (Cohen, 1988) ดังนั้นจึงได้ f เท่ากับ 1.097 ซึ่งเมื่อ $f \geq .40$ เป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย คือ กลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย รวม 50 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลาก (Random assignment)

แหล่งเก็บข้อมูล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงิน อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยหอผู้ป่วยทั้งสองมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงิน โดยการแนะนำ กระตุ้นด้วยวาจาเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบลูกเงินเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดตามเทคนิคปฏิบัติของแต่ละบุคคล ไม่มีแบบแผนและรูปแบบที่ตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รายละเอียดมีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลูกเงิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย การจัดให้กลุ่มตัวอย่างชมวิดีโอที่สนับสนุนผู้ป่วยต้นแบบ จัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยดูแล แนะนำ ชักจูงด้วยคำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นใน

สมรรถนะของตนเอง แนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด และการดูแลสถานะทางสรีระและอารมณ์ โดยการประเมินความปวดก่อนเริ่มการปฏิบัติกิจกรรม การติดตามเยี่ยมเพื่อทบทวนการปฏิบัติกิจกรรม ให้กำลังใจ รวมทั้งการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ประกอบ โปรแกรม ประกอบด้วย

1. แผนการดำเนิน โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ ขั้นตอน วิธีส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด และปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ซึ่งเนื้อหาในแผนการดำเนิน โปรแกรม ประกอบด้วย คำอธิบายวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ กลุ่มเป้าหมาย สื่อ สถานที่ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา เหตุผลเชิงทฤษฎี ลำดับการฝึกปฏิบัติกิจกรรม และระยะเวลาการติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง (รายละเอียดในเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย)

2. วิดีทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ความยาว 13 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น โดยวิดีโอทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบนี้จะสื่อให้เห็นภาพรวมของการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย ความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด ชนิดของกิจกรรมและประโยชน์ของแต่ละกิจกรรม วิธีปฏิบัติกิจกรรม โดยผู้ป่วยต้นแบบ ความสำเร็จที่ผู้ป่วยต้นแบบได้รับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และการบอกเล่ากลวิธีในการเอาชนะอุปสรรคของผู้ป่วยต้นแบบ (รายละเอียดในเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย)

3. แผนการฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด จำนวน 2 ครั้ง ตามความเหมาะสมกับลักษณะของกิจกรรม และระยะเวลาหลังการผ่าตัด คือ การฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดระยะแรก และกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดระยะหลัง (รายละเอียดในเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย)

4. แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นส่วนประกอบของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา การลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า และการลุกเดิน ซึ่งผลจากการบันทึกจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการปฏิบัติ ความก้าวหน้าและความสำเร็จของตนเอง (self monitoring)

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิในการรักษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย วันที่รับใหม่ วันที่ผ่าตัด การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด สภาวะร่างกายตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA) ระยะเวลาในการผ่าตัด ลักษณะของแผลผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ปริมาณเลือดที่ได้รับชดเชย ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ตามการวินิจฉัยของแพทย์) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งของกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สามารถปฏิบัติได้ครบตามวิธีปฏิบัติของแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย การหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา การลุกนั่งร่วมกับแวกิ้งเท้า และการลุกเดินรวม 8 ข้อ โดยบันทึกในช่วงเวลา 06.00 – 12.00 น. และ 12.01 – 18.00 น. รวม 4 วัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งสร้างโดย Oetker-Black และ Knuth (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดยชญาธิศ ชอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ที่สอบถามระดับความมั่นใจของผู้ป่วยในการ ปฏิบัติกิจกรรม การหายใจ เข้า-ออก ลึกๆ 3 ข้อ การพลิกตะแคงตัวบนเตียง 3 ข้อ การลุกออกจากเตียงลงนั่งที่เก้าอี้ 3 ข้อ การเดิน 3 ข้อ และการใช้เทคนิคผ่อนคลาย 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ช่วงคะแนน (rating scale) จาก 0 ถึง 10 คะแนน จากซ้ายไปขวา คะแนน 0 หมายถึงผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย คะแนน 10 หมายถึงมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้แน่นอน คะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of recovery: QoR-40) ที่พัฒนาโดยไมล์และคณะ (Myles, et al., 2000) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตอย่างถูกต้องแล้วแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (back translation) และผ่านการตรวจรับรองจากเจ้าของเครื่องมือว่ามีความถูกต้อง ตรงกับเครื่องมือต้นฉบับ ข้อคำถามในแบบประเมิน QoR-40 มีจำนวน 40 ข้อ ประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดใน 5 มิติ ประกอบด้วย สภาวะทางอารมณ์ (Emotional state) จำนวน 9 ข้อ ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort) จำนวน 12 ข้อ การสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychological support) จำนวน 7 ข้อ ความอิสระทางกาย (Physical independence) จำนวน 5 ข้อ และความปวด (Pain) จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 18 ข้อ นับจากข้อ 1- 18 และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 22 ข้อ นับจากข้อ 22- 40 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วงคะแนน (Likert scale) ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

- 5 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา
- 4 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา
- 3 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสมอๆ
- 2 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนานๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย

ข้อคำถามเชิงลบ

- 1 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา
- 2 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา
- 3 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสมอๆ
- 4 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนานๆ ครั้ง
- 5 หมายถึง อาการ หรือ ความรู้สึกนั้นไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย

คะแนนรวมของคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 40-200 คะแนน คะแนนยิ่งต่ำ หมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดยิ่งต่ำ คะแนนยิ่งสูงหมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดยิ่งสูง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) มาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือ
- ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยแล้วนำไปให้ผู้มีความสามารถในการใช้ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษเป็นอย่างดีคนที่หนึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
- ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดภาษาไทยไปให้ผู้มีความสามารถในการใช้ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษเป็นอย่างดีคนที่สองแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ
- ผู้วิจัยนำแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษชุดต้นฉบับและชุดที่แปลจากภาษาไทยไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและเปรียบเทียบความตรงกัน
- ผู้วิจัยส่งแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษที่แปลจากภาษาไทยให้เจ้าของเครื่องมือตรวจสอบและได้รับการรับรองแล้วว่ามี ความถูกต้องตรงกับเครื่องมือต้นฉบับ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือใหม่ คือ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ลูกเงิน ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของแบนดูรา (Bandura, 1997) และแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ โปรแกรม และเครื่องมือเดิมจากงานวิจัยที่ผ่านมา คือ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง และ

เครื่องมือแปลใหม่ คือ แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) ผู้วิจัยนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน

โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ประกอบด้วย แผนการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน วิดีทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ แผนการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความชัดเจนและมีความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

2.1.1 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา การลุกนั่งร่วมกับแวงเท้า และการลุกเดิน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ .75

2.2 ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.2.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

2.2.2 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of recovery: QoR-40) นำไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยไม่ทราบว่าคุณสมบัติของตัวอย่างคนใดอยู่กลุ่มใด คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจและมีประสบการณ์ด้านศัลยกรรมช่องท้องอย่างน้อย 3 ปี

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผู้ช่วยวิจัยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย 1 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง 1 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามชนิดของเครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชายและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย ในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยผ่าตัดหลังช่องท้องแบบฉุกเฉิน คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และการจัด โชนเตียงเพื่อแยกผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉุกเฉินให้อยู่ห่างกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนการทดลอง (treatment diffusion)
5. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เตียงผู้ป่วย แนะนำตัว และขออนุญาตแจกเอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์

การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลาก และดำเนินการวิจัยกับตัวอย่างแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. วันผ่าตัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับจากห้องผ่าตัดครบ 10 - 14 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยเก็บบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดและประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

3. วันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 08.00 น. ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

4. วันที่ 5 หลังผ่าตัด เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

1. วันผ่าตัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับจากห้องผ่าตัดครบ 10 - 14 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยเก็บบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดและประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

2. จากนั้นผู้วิจัยให้การดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เมื่อกลับจากห้องผ่าตัดครบ 10-14 ชั่วโมง

- ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 6 ชั่วโมง

- ครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 24 ชั่วโมง

3. วันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 08.00 น. ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

4. วันที่ 5 หลังผ่าตัด เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ยุติการศึกษา

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤติหลังผ่าตัด เช่น ตกเลือด ช็อก จนไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อได้ หรือภาวะอื่นๆที่แพทย์ไม่อนุญาตให้ทำกิจกรรม
2. กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวออกจากการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยยุติการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วย 1 รายมีภาวะไตวายเฉียบพลันและหายใจหอบ ส่วนอีก 1 ราย มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงและใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงย้ายผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไปรับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉิน การเก็บบันทึกข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Participant Information Sheet) ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างและขณะดำเนินการวิจัยประเมินอาการกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดแผลผ่าตัดมาก หรือเวียนศีรษะ ผู้วิจัยจะหยุดการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดทันที พร้อมกับดูแลให้กลุ่มตัวอย่างพัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น และมีความพร้อม จึงดำเนินการวิจัยต่อ หากกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัยก็จะยุติการวิจัยในตัวอย่งรายนั้น นอกจากนี้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะไม่ระบุชื่อ-สกุล หรือรหัสใดๆ ของทางโรงพยาบาล และนำมาวิเคราะห์โดยภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างหรือสมาชิกในครอบครัวมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยวิธีแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติที (t-test)

2. ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยจำนวนครั้งต่ำสุด (Min) จำนวนครั้งสูงสุด (max) ฐานนิยม (Mode) และควอไทล์ที่ 3 (Q3)

3. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

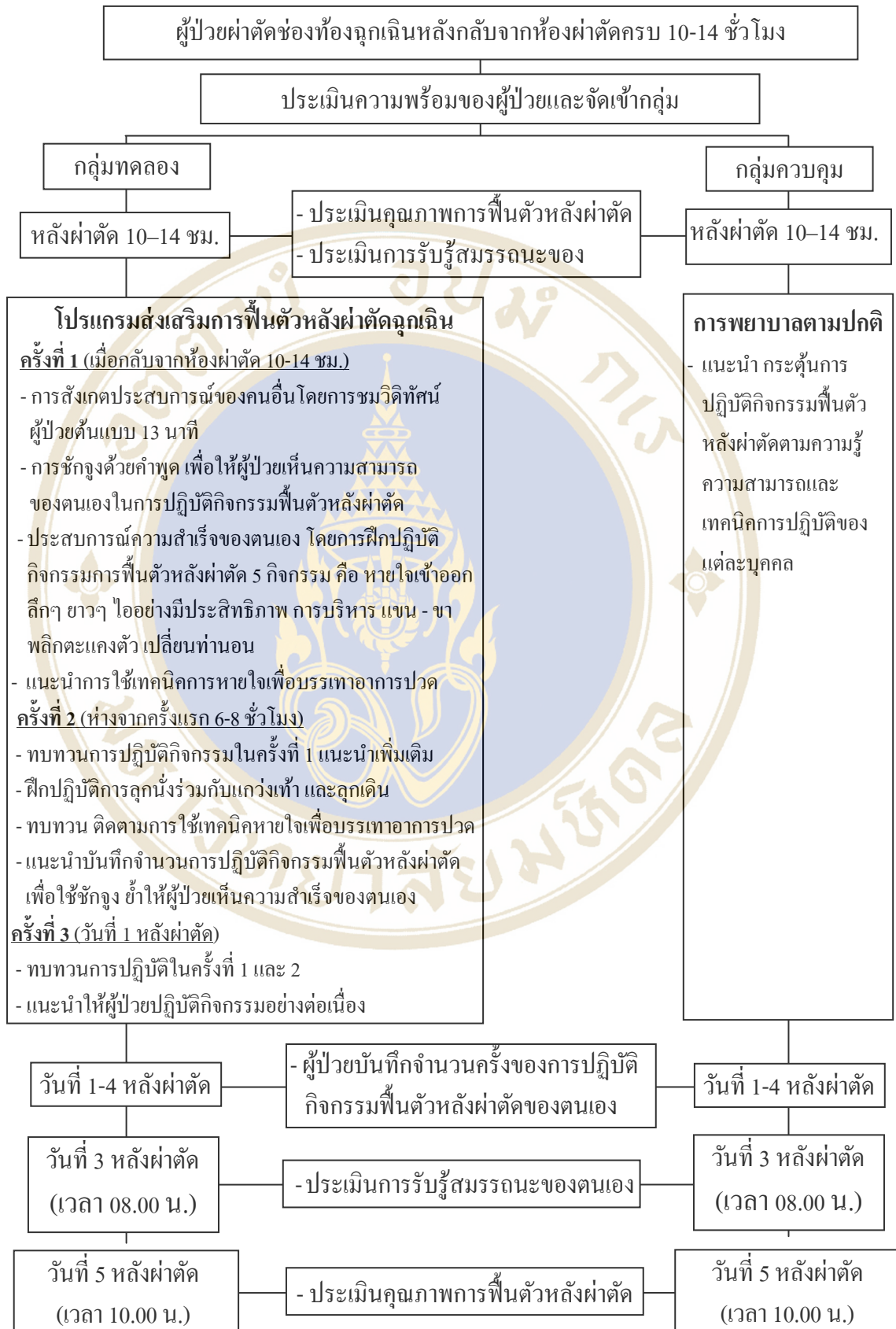
ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ดูภาคผนวก ก) พบว่าชุดข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ดังนี้

- ทดสอบความปกติของการแจกแจงข้อมูล โดยวิธี Shapiro-wilk test ซึ่งเป็นวิธีทดสอบสำหรับขนาดตัวอย่างที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ราย (กันยา วานิชย์บัญชา, 2548) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

- ภายในแต่ละกลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม (covariate) กับตัวแปรตาม (posttest) จะต้องมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้น

- ทดสอบความชันของเส้น regression line ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความชันของเส้น regression line ไม่แตกต่างกัน

- ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of variance) พบว่า ความแปรปรวนของข้อมูลไม่แตกต่างกัน



ภาพที่ 5 แสดงขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินและรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 50 ราย แยกเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 2-3

ตอนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 4

ตอนที่ 4 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 5

ตอนที่ 5 ข้อมูลคุณภาพการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 6

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 7

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 8

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 29-68 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 61-68 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาคือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68 มีสถานภาพหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 84 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 96 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 27-68 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 61-68 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาคือ 5-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64 สถานภาพหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 88 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 64 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 88 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52 การทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) พบว่า เพศ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.765 ^{ns}
ชาย	17	68	16	64	
หญิง	8	32	9	36	
อายุ (ปี)					.790 ^{ns}
21- 30 ปี	1	4	2	8	
31- 40 ปี	3	12	1	4	
41- 50 ปี	2	8	2	8	
51- 60 ปี	5	20	7	28	
61- 68 ปี	14	56	13	52	

ns = no statistical significance $p > .05$

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.684 ^{ns}
โสด	4	16	3	12	
สมรส	21	84	22	88	
สถานภาพในครอบครัว					.556 ^{ns}
หัวหน้าครอบครัว	17	68	15	60	
สมาชิกในครอบครัว	8	32	10	40	
อาชีพ					.463 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	3	12	4	16	
เกษตรกรกรรม	19	76	16	64	
รับจ้าง	2	8	3	12	
ค้าขาย	1	4	2	8	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.351 ^{ns}
ประถมศึกษา	22	88	20	80	
มัธยมศึกษาต้น	3	12	3	12	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	2	8	
สิทธิในการรักษา					.178 ^{ns}
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	24	96	22	88	
ประกันสังคม	1	4	2	8	
เบิกต้นสังกัด	0	0	1	4	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)					
น้อยกว่า 5,000 บาท	17	68	13	52	.413 ^{ns}
5,001 - 10,000 บาท	6	24	10	40	
10,001 - 15,000 บาท	2	8	2	8	

ns = no statistical significance $p > .05$

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีการวินิจฉัยโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ DU perforate/ GU perforate คิดเป็นร้อยละ 44 Acute Cholecystitis from Gall Stone/ CBD stone คิดเป็นร้อยละ 28 Gut obstruction with bowel gangrene คิดเป็นร้อยละ 16 ชนิดการผ่าตัดที่มากที่สุด คือ Simple closure with omental graft คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา คือ Open cholecystectomy with explore CBD with Choledochoduodenostomy และ Small bowel resection with anastomosis คิดเป็นร้อยละ 16 เท่ากัน

สถานะร่างกายระดับ ASA II คิดเป็นร้อยละ 52 มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด จำนวน 1 ราย ปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีการวินิจฉัยโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ GU perforate/ DU perforate คิดเป็นร้อยละ 48 Acute Cholecystitis from Gall Stone/ CBD stone คิดเป็นร้อยละ 24 และ Gut obstruction with bowel gangrene คิดเป็นร้อยละ 16 ชนิดการผ่าตัดที่มากที่สุด คือ Simple closure with omental graft คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมา คือ Open Cholecystectomy with explore CBD with Choledochoduodenostomy และ Small bowel resection with anastomosis คิดเป็นร้อยละ 16 เท่ากัน

สถานะร่างกาย ระดับ ASA II คิดเป็นร้อยละ 52 มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด จำนวน 6 ราย และภาวะปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไค์สแควร์ (χ^2) พบว่า การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด และสถานะร่างกายตามเกณฑ์สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกันและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค์สแควร์ (chi-square)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การวินิจฉัยโรค					.868 ^{ns}
Acute Cholecystitis from Gall Stone/ CBD stone	7	28	6	24	
GU Perforate/ DU Perforate	11	44	12	48	
Gut obstruction with bowel gangrene	4	16	4	16	
Peritonitis	1	4	1	4	
Colonic obstruction from CA	1	4	1	4	
Rupture diverticulitis	1	4	1	4	

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชนิดการผ่าตัด					.960 ^{ns}
Open Cholecystectomy	0	0	1	4	
Open Cholecystectomy with explore	5	20	4	16	
CBD with Choledochoduodenostomy					
Open Cholecystectomy with explore	2	8	1	4	
CBD with T-tube					
Explore lap with simple closure with omental graft	11	44	12	48	
Small bowel resection with anastomosis	4	16	4	16	
Right-half colectomy/ Hemicolectomy	2	8	2	8	
Explore lap with drainage	1	4	1	4	
สภาวะร่างกายตามเกณฑ์สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA)					.404 ^{ns}
ASA Class I	2	8	5	20	
ASA Class II	13	52	13	52	
ASA Class III	10	40	7	28	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด					.116 ^{ns}
ปอดอักเสบ	2	8	1	8	
ท้องอืด	1	4	6	24	

ns = no statistical significance $p > .05$

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 56.80 ปี ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 44.20 นาที ความยาวของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 11.12 เซนติเมตร ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 94.60 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 36.12 เปอร์เซ็นต์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.00 วัน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 56.12 ปี ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 46.80 นาที ความยาวเฉลี่ยแผลผ่าตัด 10.24 เซนติเมตร ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 54.60 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 38.64 เปอร์เซ็นต์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.60 วัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ (t-test) พบว่า อายุเฉลี่ย ระยะเวลาในการผ่าตัด ความยาวแผลผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ (t-test)

ข้อมูลด้านการรักษา	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t-test
	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	
อายุ	56.80	11.42	56.12	11.75	.377 ^{ns}
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	44.20	18.91	46.80	18.08	.878 ^{ns}
ความยาวของแผลผ่าตัด (ซม.)	11.12	2.16	10.24	1.17	.112 ^{ns}
ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด (มล.)	94.60	48.01	54.60	55.41	.343 ^{ns}
ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (%)	36.12	6.69	38.64	5.345	.224 ^{ns}
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	6.00	1.44	6.60	1.23	.60 ^{ns}

ns = no statistical significance $p > .05$

ตอนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 2 3 และ 4 หลังผ่าตัด ระหว่างเวลา 06.00 -18.00 น. โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ 4-5 ครั้ง/วัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้ง/วัน บริหารแขนและขา 2-3 ครั้ง/วัน ลูกนั่งร่วมกับแวงงเท้า 2-3 ครั้ง/วันและลุกเดินบ่อยสุด 3 ครั้ง/วัน ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆบ่อยสุดเพียง 2 ครั้งในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ไออย่างมีประสิทธิภาพเพียง 1 ครั้งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด หลังจากนั้นไม่ได้ไออย่างมีประสิทธิภาพ บริหารแขน-ขา ลูกนั่งร่วมกับแวงงเท้า และลุกเดินบ่อยสุด 2 ครั้ง/วัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนครั้งต่ำสุด จำนวนครั้งสูงสุด ฐานนิยม และควอไทล์ที่ 3 ของการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 2 3 และ 4 หลังผ่าตัด

กิจกรรมพื้นตัว หลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=25)				กลุ่มควบคุม (n=25)			
	จำนวน	จำนวน	ฐาน	ควอไทล์	จำนวน	จำนวน	ฐาน	ควอไทล์
	ครั้ง	ครั้ง	นิยม	ที่ 3	ครั้ง	ครั้ง	นิยม	ที่ 3
	ต่ำสุด	สูงสุด			ต่ำสุด	สูงสุด		
การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ								
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	2	6	5	5.00	0	5	2	3.00
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2	6	5	6.00	0	5	2	2.00
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2	6	4	5.50	0	5	0	2.50
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2	6	4	4.00	0	4	0	2.00
การไออย่างมีประสิทธิภาพ								
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	2	3	2	2.00	0	2	1	1.00
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	1	3	2	2.00	0	2	0	1.00
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	0	3	1	2.00	0	2	0	1.00
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	0	2	1	1.00	0	2	0	1.00
การบริหารขา								
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	2	4	3	3.00	0	2	0	1.00
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2	5	3	4.00	0	3	0	1.00
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2	5	2	3.50	0	3	0	1.00
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2	5	2	4.00	0	3	0	1.00

ตารางที่ 4 จำนวนครั้งต่ำสุด จำนวนครั้งสูงสุด ฐานนิยม และควอไทล์ที่ 3 ของการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 2 3 และ 4 หลังผ่าตัด (ต่อ)

กิจกรรมฟื้นฟู หลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				กลุ่มควบคุม (n = 25)			
	จำนวน ครั้ง ต่ำสุด	จำนวน ครั้ง สูงสุด	ฐาน นิยม	ควอไทล์ ที่ 3	จำนวน ครั้ง ต่ำสุด	จำนวน ครั้ง สูงสุด	ฐาน นิยม	ควอไทล์ ที่ 3
	การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน							
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	3	5	4	4.00	2	6	2	2.50
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	6	6	5	5.00	2	6	4	4.00
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	4	6	5	5.50	1	5	4	4.00
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	3	6	5	5.00	0	5	4	4.00
การบริหารแขน								
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	2	4	2	2.50	0	3	0	1.00
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2	5	3	4.50	0	3	0	1.00
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2	5	2	3.50	0	3	0	2.00
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2	5	2	3.50	0	3	0	2.00
ลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า								
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	1	3	2	2.00	0	2	0	0.00
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2	4	2	3.50	0	2	0	.000
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2	4	3	3.00	0	3	0	2.00
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	1	4	3	3.00	0	4	0	1.50
การลุกเดิน								
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	1	2	1	2.00	0	2	1	1.00
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2	3	2	3.00	1	2	2	2.00
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2	3	3	3.00	1	3	2	2.00
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2	4	3	4.00	1	4	2	2.50

ตอนที่ 4 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันผ่าตัด เท่ากับ 55.96 หลังผ่าตัดวันที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 127.08 ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันผ่าตัด เท่ากับ 57.64 หลังผ่าตัดวันที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 66.44 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันผ่าตัด (ก่อนทดลอง) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันที่ 3 หลังผ่าตัด (หลังทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
วันผ่าตัด (ก่อนการทดลอง)	55.96	6.76	57.64	14.76
วันที่ 3 หลังผ่าตัด (หลังการทดลอง)	127.08	6.06	66.44	9.04

ตอนที่ 5 ข้อมูลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบกลุ่มทดลองในวันผ่าตัดมีคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 133.28 หลังผ่าตัดวันที่ 5 คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นเป็น 188.88 ขณะที่หลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันผ่าตัด เท่ากับ 133.68 หลังผ่าตัดวันที่ 5 คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นเป็น 171.80 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันผ่าตัด (ก่อนทดลอง) และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 5 หลังผ่าตัด (หลังทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
วันผ่าตัด (ก่อนการทดลอง)	133.28	7.07	133.68	7.58
- สภาวะอารมณ์	28.48	2.75	29.00	2.10
- ความสุขสบายทางกาย	43.16	1.88	43.44	2.21
- การสนับสนุนด้านจิตใจ	24.40	3.43	22.16	2.92
- ความอิสระทางกาย	11.24	1.87	10.68	2.05
- ความปวด	25.24	2.77	24.48	2.83
วันที่ 5 หลังผ่าตัด (หลังการทดลอง)	188.88	3.39	171.80	4.50
- สภาวะอารมณ์	42.88	1.23	39.16	1.40
- ความสุขสบายทางกาย	58.64	1.15	54.16	2.11
- การสนับสนุนด้านจิตใจ	32.92	1.49	28.92	2.88
- ความอิสระทางกาย	21.04	1.45	17.88	1.69
- ความปวด	33.40	0.87	31.68	1.72

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันที่ 3 หลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value
การรับรู้สมรรถนะ ของตนเองก่อนการทดลอง	582.14	1	582.14	12.08	.001*
กลุ่ม (Group)	32522.03	1	32522.03	675.19	.000*
ความคลาดเคลื่อน	2263.85	47	99.73		
รวม	34901.12	49			

* $p < .001$

ตอนที่ 7 การเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 5 สูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value
คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลอง	75.10	1	75.10	5.13	.028*
กลุ่ม	3672.93	1	3672.93	251.08	.000*
ความคลาดเคลื่อน	687.53	47	14.62		
รวม	4409.22	49			

* $p < .001$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษา ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จากวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันที่ 3 หลังการผ่าตัดสูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (ดังตารางที่ 7) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ 1

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรม ฯ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากทันทีที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีสภาวะพร้อม ไม่มีภาวะปวดรุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดตาม โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย การชมวิดิทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับตนเอง เกิดการไตร่ตรองเกี่ยวกับความสำคัญ วิธีการปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงผลที่จะได้รับจากการการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด จากนั้นจึงชักจูงด้วยคำพูดโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตน แล้วจัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยพยาบาลผู้วิจัยจะคอยดูแล เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรม การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ ไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา การลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า การลุกเดินอย่างเป็นขั้นตอน พร้อมกันนี้ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลย้อนกลับ ย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จของตนเอง หลังจากการเรียนรู้ข้อมูลจากทั้ง 4 แหล่งนี้ ข้อมูลที่ได้จะผ่านกระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วยเพื่อทำการเลือกและชั่งน้ำหนักข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือหรือสำคัญที่สุด เกิดการผสมผสานข้อมูลเหล่านั้นเพื่อการ

ตัดสินความ สามารถของตนเอง (efficacy judgment) (ทัทนี ประสภกิตติคุณ, 2544) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก (rhythmic deep breathing) ยังเกิดความรู้สึกผ่อนคลายทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดน้อยลง (สายชล จันทร์วิจิตร, 2539) จึงช่วยส่งเสริมกระบวนการรับรู้ข้อมูล และการใช้สติปัญญาของผู้ป่วย (Girard, 2008) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนี้ จึงมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยทั่วไปจะมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด อาการอ่อนเพลีย การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระจากการคาสาย ท่อระบายต่างๆ ภาวะดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันผ่าตัด เท่ากับ 57.64 และเพิ่มขึ้นเป็น 66.70 ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งผลจากการวิเคราะห์พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นการให้ข้อมูล และการแนะนำซึ่งไม่ได้ใช้แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เมื่อวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของชอบาร์นุสิทิ (Chobarunsitti, 2007) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้าของโรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะของตนก่อนผ่าตัดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($P < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heye, Foster, Bartlett, & Adkins (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกแบบนัดล่วงหน้าที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองมีระดับความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยการพลิกตัวบนเตียง ลูกนั่ง ยืนและลุกเดินหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($P < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชรี ไล้พันธ์ (2542) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอน โดยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้สังเกตตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีความพยายามในการฝึกการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง หลังผ่าตัดจัดให้ผู้ป่วยดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถุงด้วยคำพูด รวม 3 วัน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ จึงสนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ใช่ลักษณะประจำหรือบุคลิกภาพของบุคคล (personality trait) แต่สามารถฝึกฝนให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องต่างๆได้ และการสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง อย่างผสมผสาน ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นความสำเร็จจากการกระทำของตน เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยได้เห็นตัวแบบหรือสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) จากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญโดยการแนะนำ ชักชวน อธิบาย เพื่อแสดงให้บุคคลนั้นเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จได้ และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ที่เหมาะสม (Bandura, 1997)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด สูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (ดังตารางที่ 8) ซึ่งผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ 2

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น เป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินซึ่งไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้อย่างทันที่และเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระดับสูงซึ่งการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองในระดับสูงนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อให้ได้รับผลลัพธ์จากการปฏิบัติ คือการมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ตามปกติ กล่าวคือ มีสภาวะอารมณ์ จิตใจที่เป็นสุข สงบ ปราศจากความหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ มีความสุขสบายทางกาย สามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระ รวมถึงการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความปวดน้อย ปราศจาก

ภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย ไม่พึ่งพาผู้อื่น ทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม (Allvin et al., 2007)

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองซึ่งมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ลงมือปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1-4 หลังการผ่าตัด ด้วยกิจกรรมหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ 4-5 ครั้งต่อวัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้งต่อวัน บริหารแขน-ขา 2-3 ครั้งต่อวัน ลูกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า 2-3 ครั้งต่อวัน และลุกเดิน 3 ครั้งต่อวัน ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุม หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ บ่อยสุดเพียง 2 ครั้งในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ไออย่างมีประสิทธิภาพเพียง 1 ครั้งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ไม่ปฏิบัติกิจกรรมบริหารแขน-ขา ลูกนั่งร่วมกับแกว่งเท้าและลุกเดินบ่อยสุดเพียง 2 ครั้งต่อวัน ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอนี้ ช่วยส่งเสริมให้ระบบร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ดีและเร็ว (ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, 2551; นันทา เล็กสวัสดิ์; 2540; Girard, 2008) ทั้งนี้เพราะการหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ ร่วมกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ให้ออกขยายตัวดี ช่วยขับและระบายเสมหะ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบริหารแขน-ขา พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน และการลูกนั่งร่วมกับแกว่งเท้าจะกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท ทำให้ร่างกายปรับหน้าที่เข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Girard, 2008; Port, 2005) ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการพื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงทำให้คุณภาพการพื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นอกจากนี้ ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบมากในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเกิดภาวะท้องอืด จำนวน 6 ราย ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการพื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินเกิดภาวะท้องอืด เพียง 1 ราย ส่วนการเกิดภาวะปอดอักเสบหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดภาวะปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรม ฯ เกิดภาวะปอดอักเสบ พบ 2 รายนั้น ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่เกิดภาวะปอดอักเสบนั้นมีอายุมาก มีสภาวะร่างกาย ASA III และใช้เวลาในการผ่าตัดนานถึง 2 ชั่วโมง แต่การเกิดภาวะปอดอักเสบที่พบเป็นเพียงระดับเล็กน้อย ไม่มีความรุนแรง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชญาณิช ชอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) ที่พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะของคนที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้ามีการฟื้นฟูหายหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประเมินได้จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heye, Foster, Bartlett, & Adkins (2002) ที่พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะของตนเองก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความปวดน้อย มีความมั่นใจ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยการพลิกตัวบนเตียง ลุกนั่ง ยืน และลุกเดินได้ดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็ว และสอดคล้องกับอิงอร พงศ์พุทธิชาติ (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การหายใจลึกๆ ไออย่างมีประสิทธิภาพ ออกกำลังกาย แขนขา ลุกออกจากเตียงและลงเดิน ช่วยให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดี

ผลจากการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา ที่กล่าวว่า บุคคลที่เชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ความเชื่อนั้นจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว การรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย การชมวิดิทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ การได้ฝึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยตนเอง การพูดคุยจูงใจ ร่วมกับการดูแลสภาวะร่างกาย และอารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ และช่วยเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะของฟันตัวหลังผ่าตัดของกระดูกเงินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลอง (Experimental Research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (Pretest-posttest) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไปชายและศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 50 คน ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2552

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จัดเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะของฟันตัวหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา (Bandura, 1997) ระยะเวลาในการให้โปรแกรม นาน 2 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับการศึกษา แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถนะฟันตัวหลังผ่าตัด แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแบบประเมินคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถนะฟันตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถนะฟันตัวหลังผ่าตัด โดยใช้ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ฐานนิยม และควอไทล์ที่ 3 วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถนะฟันตัวหลังผ่าตัดโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถนะฟันตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม สรุปผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะฟันตัวหลังผ่าตัดกระดูกเงินและที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคุณสมบัติไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 29-68 ปี ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 61-68 ปี คิดเป็น ร้อยละ 56 รองลงมาคือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68 มีสถานภาพหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 84 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 96

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 27-68 ปี ช่วงอายุที่พบมาก คือ 61-68 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา คือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64 สถานภาพหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 88 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 64 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 88 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีการวินิจฉัยโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ DU/GU perforate คิดเป็นร้อยละ 44 Acute Cholecystitis from Gall Stone/CBD stone คิดเป็นร้อยละ 28 Gut obstruction with bowel gangrene คิดเป็นร้อยละ 16 ชนิดการผ่าตัดที่มากที่สุด คือ Simple closure with omental graft คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา คือ Open cholecystectomy with explore CBD with Choledochoduodenostomy และ Small bowel resection with anastomosis คิดเป็นร้อยละ 16 เท่ากัน สภาวะร่างกายระดับ ASA II คิดเป็นร้อยละ 52 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 44.20 นาที ความยาวของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 11.12 เซนติเมตร ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 94.60 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 36.12 เปอร์เซ็นต์ เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด 1 ราย ปอดอักเสบ 2 ราย และนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.00 วัน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีการวินิจฉัยโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ GU perforate/ DU perforate คิดเป็นร้อยละ 48 Acute Cholecystitis from Gall Stone/CBD stone คิดเป็นร้อยละ 24 และ Gut obstruction with bowel gangrene คิดเป็นร้อยละ 16 ชนิดการผ่าตัดที่มากที่สุด คือ Simple closure with omental graft คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมา คือ Open Cholecystectomy with explore CBD with Choledochoduodenostomy และ Small bowel resection with anastomosis คิดเป็นร้อยละ 16 เท่ากัน สภาวะร่างกายระดับ ASA II คิดเป็นร้อยละ 52 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 46.80 นาที ความยาวเฉลี่ยแผลผ่าตัด 10.24 เซนติเมตร ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 54.60 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 38.64 เปอร์เซ็นต์ เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด จำนวน 6 ราย และภาวะปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย และนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.60 วัน

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง สูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลอง สูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดมาก ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินซึ่งไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มสูงขึ้นและมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้ไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทุกรายโดยเร็ว เมื่อผู้ป่วยมีสภาวะร่างกายหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ เพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และช่วยลดภาระงานด้านการให้ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉุกเฉิน เนื่องจากส่วนประกอบหนึ่งของโปรแกรมนั้น คือ การให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นโดยชมวิดิทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ ผู้ป่วยสามารถดูได้หลายๆ คน พร้อมๆ กันและดูได้บ่อยตามความเหมาะสม นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การซักจงด้วยคำพูด การดูแลสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย ยังเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระ พยาบาลจึงควรพัฒนากิจกรรมดังกล่าว เพื่อใช้ดำเนินบทบาทเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการให้โปรแกรมสั้นลง
3. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดกับผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน
4. การศึกษาแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินกลุ่มอื่น ๆ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

EFFECTS OF A RECOVERY PROMOTING PROGRAM ON SELF- EFFICACY AND THE QUALITY OF RECOVERY AMONG PATIENTS WITH EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

สิริมนต์ คำรินทร์ 5036802 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ประ.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์), สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), วัลย์ดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, (พย.ค.)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่องท้องในระบบทางเดินอาหารเป็นการผ่าตัดใหญ่ การลงมีดเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการผ่าตัดจะไปกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้เกิดอาการบวม ดิ่งรั้ง และทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เกิดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กที่รับและส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้และแปลผลอาการปวด ความปวดจะไปกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Ljungqvist, Nygren, Soop, & Thorel, 2005) ทำให้หัวใจเต้นแรง กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน (Liu & Grooper, 2003) การหดเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของกระบังลมและการขยายตัวของปอด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากในช่วง 1-3 วันแรก (ปีลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Riangkam, 2007) รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อมีการขยับตัวเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง (ปีลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Roark, 2003) รวมทั้งการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยาคลายกล้ามเนื้อขณะผ่าตัดจะทำให้การทำงานของระบบร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนล้าและอ่อนเพลีย (Bunnag, 2003; Munson, 2000) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

จึงพยายามนอนนิ่งๆ หายใจตื้นๆ และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เพื่อให้ร่างกายได้พักลดการกระตุ้นอาการปวด การปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่ มีเสมหะกั่งค้าง ถ้าใส่เริ่มเคลื่อนไหวช้า อันเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ อาการท้องอืด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัด (Porth, 2005) ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Ratbmell, & Polomano, 2008)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด หรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007) การรับรู้าระบบร่างกายทำหน้าที่ดีขึ้น (Zalon, 2004) มีความสุขสบาย อาการปวดน้อย มีภาวะจิตที่เป็นสุขสงบ ปราศจากความหุดหู่ เศร้าหมอง (Nelson, 2006 อ้างใน Allvin et al., 2007) ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละคนอาจต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัว เช่น อายุ เพศ ลักษณะการเจ็บป่วย โรคร่วม สภาวะจิตใจ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาในการใช้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น (Boehnlein & Marek, 2003; Girard, 2008; Smeltzer & Bare, 2004) ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวดีและเร็ว คือการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยวิธีหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายและลุกออกจากเตียงโดยเร็ว ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอและเหมาะสมกับระยะเวลาหลังการผ่าตัดจะส่งเสริมให้ระบบร่างกายกลับสู่ภาวะปกติเร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Browning, Denehy & Scholes, 2007; Girard, 2008)

การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ และเหมาะสมกับระยะเวลาหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ทั้งการผ่าตัดแบบนดลวงหน้าและการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการสอนและการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ (ช่อลดา พันธุ์เสนา, 2542; Boehnlein & Marek, 2003; Girard, 2008; Smeltzer & Bare, 2004) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ทันทีเมื่อรู้สึกตัว แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบนดลวงหน้าโดยใช้แนวคิด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534; วชิร กลิ่นเฟื่อง, 2535; เขาวลัักษณ์ เลาหะจินดา, สมจิต หนูเจริญกุล, พรจันทร์ พงษ์พรหม และอรชร มาลาหอม, 2538; อรชร มาลาหอม, 2534) การเสริมแรงเพื่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (อิงอร พงศ์พุทธิชาติ, 2546) การใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย (รุ่งนภา ชัยรัตน์, 2545) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Chobarunsitti, 2007) ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สามารถลุกเดินได้เร็ว

ผู้ป่วยจึงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย อย่างไรก็ตามแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าว ยังไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะการเจ็บป่วยและบริบทของการเตรียมผ่าตัด (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; Smith & Lobo, 2008)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและเฉียบพลันหรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่ามีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขภาวะต่างๆ เพื่อให้มีความพร้อมต่อการผ่าตัดด่วน และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุด (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารและการติดเชื้อของลำไส้เป็นจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยนอก และมากเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยใน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งมีทั้งผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าและผ่าตัดแบบฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดช่องท้องด้วยโรคของระบบทางเดินอาหารและลำไส้มากถึง 3,971, 3,776 และ 4,412 รายตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประเภทของการผ่าตัด พบว่าเป็นการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินร้อยละ 68.95, 66.35 และ 62.44 ตามลำดับ (สถิติแผนกศัลยกรรมทั่วไป, 2551) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดยังเป็นวิธีการที่จำเป็นและการผ่าตัดฉุกเฉินยังมีความสำคัญ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วน คุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูงถึงร้อยละ 4.03 และเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดร้อยละ 5.15 (สถิติแผนกศัลยกรรมทั่วไป, 2551)

การผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินเป็นภาวะเร่งด่วน กระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความเร่งรีบ ประกอบกับผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อยจึงรู้สึกวิตกกังวล เป็นทุกข์และกลัวผลของการผ่าตัด (ธนิต วัชรพุกก์, 2544; บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; Karanci & Dirik, 2003) อีกทั้งความปวด ความวิตกกังวล ยังรบกวนการรับรู้ข้อมูลและการใช้สติปัญญาของผู้ป่วย (Girard, 2008) การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดจึงมุ่งเน้นการชี้แจงเหตุผลของการผ่าตัด ผลของการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและขั้นตอนการเตรียมผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยการคลายความวิตกกังวล และยินยอมรับการรักษา เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการผ่าตัด จึงเตรียมความพร้อมด้านการรักษา ได้แก่ การงดน้ำงดอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การใส่สายสวน กระเพาะอาหารและสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งการจัดเตรียมเวชระเบียนให้ทันเวลา ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดขาด

ความมั่นใจและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยที่ผ่าตัดฉุกเฉินจึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Serejo, et al., 2007; Vermeulen et al., 2007)

จากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดมาก่อน ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ผู้ป่วยซึ่งไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติ ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Girard, 2008) ประกอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญกับอาการปวดแผลอย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Gelinias, 2004; Pasero, 2003) ไม่ทราบทักษะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยจึงต้องการยาบรรเทาปวดมาก (Joanna Briggs Institute, 2004) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนกระเพาะอาหาร หรือสายสวนปัสสาวะต่อระยะยาว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมหรือจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Sullivan, 2004) ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจึงมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลในระดับสูงในการดูแลความสุขสบาย การจัดการความปวด การช่วยเหลือในการลุกนั่ง การฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาดูแลตนเอง รวมทั้งต้องการให้พยาบาลติดตามเยี่ยมและการให้กำลังใจ (อัญชนิ ศิริ, 2549)

จากประสบการณ์ตรงในการดูแลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดนั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากบริบทของการผ่าตัดฉุกเฉิน ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด ประกอบกับผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและอาการปวดมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดดังกล่าวไว้ข้างต้น เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายจะรู้สึกปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามนอนนิ่งๆ เพื่อลดอาการปวด เพราะฉะนั้นการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ และความสำคัญปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งเป็นกิจกรรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องทุกคน (ช่อลดา พันธุ์เสนา, 2542; Girard, 2008) เกิดความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดนั้นได้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เรียนรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้แนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถเผชิญกับสถานการณ์และจัดการกับอาการปวดแผลผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดๆ ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะหรือบุคลิกภาพของบุคคล แต่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการเรียนรู้ เพราะการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และนำไปสู่การประเมิน ตัดสินความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดี (Oetker-Black et al., 1992) สามารถควบคุมอาการปวดจากการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี รวมทั้งสามารถใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้บ่อยขึ้น (Oetker-Black et al., 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว (Heye, Foster, Bartlett, & Adkins, 2002) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและอาการท้องอืดน้อย (Chobarunsitti, 2007) จากความแตกต่างกันของบริบทการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าและการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จึงไม่สามารถนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า มาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาใช้เป็นกรอบแนวคิดและการสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ข้อมูลตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยความตั้งใจ ไม่ย่อท้อ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ (Allvin et al., 2007)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษาวิจัย

ประชากรของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน และรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไปชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป เพราะสามารถตัดสินใจลงนามยินยอมรับการรักษาได้เอง
2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินครั้งแรก และไม่เคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia)
4. มีระดับสภาวะร่างกายตามเกณฑ์สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA) ไม่เกิน 3
5. มีสติสัมปชัญญะดี
6. หลังผ่าตัดมีสภาวะร่างกายผ่านตามเกณฑ์การกระตุ้นการลุกนั่ง เดินหลังผ่าตัด

ของ Chae และ Stiegmann (Chae & Stiegmann, 2006)

เกณฑ์การคัดออกไม่เอามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis)
2. มีข้อห้ามทางการแพทย์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Power analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยคำนวณขนาดอิทธิพล (d) การศึกษาของชญาณิศ ชอบอรุณสิทธิ (Chobarunsittti, 2007) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยแทนค่าในสูตรของ Glass (Glas, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.194 แล้วนำไปคำนวณหาขนาดอิทธิพลตามหลักสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยขนาดอิทธิพล (f) คำนวณจาก $f = d/2$ (Cohen, 1988) ได้ค่า f เท่ากับ 1.097 ซึ่งเมื่อ $f \geq .40$ เป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวม 50 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลาก (Random assignment)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เกิดการเรียนรู้จาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะทางสรีระและ

อารมณ์ในการจัดการความปวดและสร้างภาวะอารมณ์ทางบวก ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมและภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1. แผนการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ประกอบด้วย คำอธิบายวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ กลุ่มเป้าหมาย สื่อ สถานที่ วิธีดำเนินการ กิจกรรม ระยะเวลา และเหตุผลเชิงทฤษฎี ลำดับของกิจกรรม (รายละเอียดในเอกสารเครื่องมือการวิจัย)

2. แผนการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (รายละเอียดในเอกสารเครื่องมือการวิจัย)

3. วิดีทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ ความยาว 13 นาที (รายละเอียดในเอกสารเครื่องมือการวิจัย)

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิในการรักษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย วันที่รับใหม่ วันที่ผ่าตัด การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด สภาวะร่างกายตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA) ระยะเวลาในการผ่าตัด ลักษณะของแผลผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ปริมาณเลือดที่ได้รับชดเชย ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ตามการวินิจฉัยของแพทย์) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สามารถปฏิบัติได้ครบตามวิธีปฏิบัติของแต่ละกิจกรรม รวม 8 ข้อ โดยบันทึกในช่วงเวลา 06.00 - 12.00 น. และ 12.01 - 18.00 น. รวม 4 วัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง สร้างโดย Oetker-Black และ Kauth (1994) แปลเป็นไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยชญาธิศ ขอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of recovery: QoR-40) ที่พัฒนาโดยไมล์และคณะ (Myles, et al., 2000) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคร้แอสก์ (chi-square)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคร้แอสก์ (chi-square) และสถิติที (t-test)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย คือ จำนวนครั้งต่ำสุด จำนวนครั้งสูงสุด ฐานนิยม และควอไทล์ที่ 3

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินและที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคุณสมบัติไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 29-68 ปี คิดเป็นร้อยละ 68 ช่วงอายุที่พบมาก คือ 61-68 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมา คือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68 มีสถานภาพหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 84 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 96 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 27-68 ปี ช่วงอายุที่พบมาก คือ 61-68 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา คือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64 สถานภาพหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 88 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 64 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 88 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองมีการวินิจฉัยโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ DU/GU perforate คิดเป็นร้อยละ 44 Acute Cholecystitis from Gall Stone/CBD stone คิดเป็นร้อยละ 28 Gut obstruction with bowel gangrene คิดเป็นร้อยละ 16 ชนิดการผ่าตัดที่มากที่สุด คือ Simple closure

with omental graft คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา คือ Open cholecystectomy with explore CBD with Choledochoduodenostomy และ Small bowel resection with anastomosis คิดเป็นร้อยละ 16 เท่ากัน สภาวะร่างกายระดับ ASA II คิดเป็นร้อยละ 52 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 44.20 นาที ความยาวของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 11.12 เซนติเมตร ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 94.60 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 36.12 เปอร์เซ็นต์ เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด 1 ราย ปอดอักเสบ 2 ราย และนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.00 วัน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุมมีการวินิจฉัยโรคสูงสุด 3 อันดับ คือ GU perforate/ DU perforate คิดเป็นร้อยละ 48 Acute Cholecystitis from Gall Stone/ CBD stone คิดเป็นร้อยละ 24 และ Gut obstruction with bowel gangrene คิดเป็นร้อยละ 16 ชนิดการผ่าตัดที่มากที่สุด คือ Simple closure with omental graft คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมา คือ Open Cholecystectomy with explore CBD with Choledochoduodenostomy และ Small bowel resection with anastomosis คิดเป็นร้อยละ 16 เท่ากัน สภาวะร่างกายระดับ ASA II คิดเป็นร้อยละ 52 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 46.80 นาที ความยาวเฉลี่ยแผลผ่าตัด 10.24 เซนติเมตร ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 54.60 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 38.64 เปอร์เซ็นต์ เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดจำนวน 6 ราย และภาวะปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย และนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.60 วัน

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง สูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลอง สูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อภิปรายผลและข้อสรุป

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด สูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันที่ 3 หลังการผ่าตัดสูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (แสดงในตารางที่ 6) ซึ่งผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ 1

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก ทันทิที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีสภาวะพร้อม ไม่มีภาวะเจ็บปวดรุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดตาม โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย การชมวิดิทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับตนเอง เกิดการไตร่ตรองเกี่ยวกับความสำคัญ วิธีการปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงผลที่จะได้รับจากการการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด จากนั้นจึงชักจูงด้วยคำพูด โน้มน้าวให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตน แล้วจัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยพยาบาลผู้วิจัยจะคอยดูแล เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรม การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ ไปอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา การลุกนั่งร่วมกับแวงงเท้า การลุกเดินอย่างเป็นขั้นตอน พร้อมกันนี้ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลย้อนกลับ ย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จของตนเอง หลังจากการเรียนรู้ข้อมูลจากทั้ง 4 แหล่งนี้ ข้อมูลที่ได้จะผ่านกระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วยเพื่อทำการเลือกและชั่งน้ำหนักข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือหรือสำคัญที่สุด เกิดการผสมผสานข้อมูลเหล่านั้นเพื่อการตัดสินใจ ความสามารถของตนเอง (efficacy judgment) (ทัทนี ประสภกิตติคุณ, 2544) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก (rhythmic deep breathing) ยังเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดน้อยลง (สาขชล จันทร์วิจิตร, 2539) จึงช่วยส่งเสริมกระบวนการรับรู้ข้อมูล และการใช้สติปัญญาของผู้ป่วย (Girard, 2008) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนี้ จึงมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยทั่วไปจะมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด อาการอ่อนเพลีย การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระจากการคาสาย ท่อระบายต่างๆ ภาวะดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในวันผ่าตัด เท่ากับ 57.64 และเพิ่มขึ้นเป็น 66.44 ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งผลจากการวิเคราะห์พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นการให้ข้อมูลการแนะนำซึ่งไม่ได้ยึดหลักการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองเมื่อวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจึงมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชญาณิช ชอบอรุณสิทธิ Chobarunsitti, (2007) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้าของโรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะของตนก่อนผ่าตัดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการหายใจอย่างถูกต้อง ใอย่างมีประสิทธิภาพ บริหารแขน-ขา พลิกตัวเปลี่ยนท่านอน ลูกนั่งและเดิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($P < .0001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heye, Foster, Bartlett, & Adkins (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกแบบนัดล่วงหน้าที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองมีระดับความมั่นใจในการหายใจ ใอย่างมีประสิทธิภาพ และเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยการพลิกตัวบนเตียง ลูกนั่งและลูกเดิน หลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง ($P < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชรี ไล่พันธ์ (2542) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้สังเกตตัวเองจากสื่อวิดีโอที่มีความพยายามในการฝึกการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง หลังผ่าตัดจัดให้ผู้ป่วยดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง ร่วมกับการซักจงด้วยคำพูด รวม 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ จึงสนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ใช่ลักษณะประจำหรือบุคลิกภาพของบุคคล (personality trait) แต่สามารถฝึกฝนให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องต่างๆ ได้ และการสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง อย่างผสมผสาน ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นความสำเร็จจากการกระทำของตน เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยได้เห็นตัวเองหรือสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) จากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญโดยการแนะนำ ชักชวน อธิบาย เพื่อแสดงให้บุคคลนั้นเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จได้ และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ที่เหมาะสม (Bandura, 1997)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัว หลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (แสดงในตารางที่ 8) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ 2

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองสูงกว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น เป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินซึ่งไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้อย่างทันท่วงที และเหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระดับสูงซึ่งการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองในระดับสูงนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้รับผลจากการปฏิบัติ คือคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ตามปกติ กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ กลับสู่การทำหน้าที่ตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีความเจ็บปวดและอาการอ่อนล้าลดลง ปราศจากภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย มีภาวะจิตใจที่เป็นสุข สงบ ปราศจากความหุนหันเหี้ยวใจ กลับสู่การทำหน้าที่ในสังคม ไม่พึ่งพาผู้อื่น รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร (Allvin et al., 2007)

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินซึ่งมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ลงมือปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1-4 หลังการผ่าตัด ด้วยกิจกรรมหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ 4 - 5 ครั้งต่อวัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้งต่อวัน บริหารแขน-ขา 2-3 ครั้งต่อวัน ลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า 2-3 ครั้งต่อวัน และลุกเดิน 3 ครั้งต่อวัน ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มควบคุม หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ บ่อยสุดเพียง 2 ครั้งในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ไออย่างมีประสิทธิภาพเพียง 1 ครั้งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ไม่ปฏิบัติกิจกรรมบริหารแขน-ขา ลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า และลุกเดินบ่อยสุดเพียง 2 ครั้งต่อวัน ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ นี้ช่วยส่งเสริมให้ระบบร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ดีและเร็ว (ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตรต์, 2551; นันทา เล็กสวัสดิ์; 2540; Girard, 2008) ทั้งนี้เพราะการหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ ร่วมกับการไออย่างมี

ประสิทธิภาพ ทำให้ให้ปวดขยายตัวดี ช่วยขับและระบายเสมหะ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบริหารแขน-ขา พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน และการลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้าจะกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท ทำให้ร่างกายปรับหน้าที่เข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็วขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Girard, 2008; Port, 2005) ด้วยเหตุผลนี้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินจึงมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดภาวะท้องอืด จำนวน 6 ราย ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรม ๑ เกิดภาวะท้องอืด เพียง 1 ราย ส่วนการเกิดภาวะปอดอักเสบหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดภาวะปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรม ๑ เกิดภาวะปอดอักเสบ พบ 2 รายนั้น ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่เกิดภาวะปอดอักเสบนั้นมีอายุมาก มีสถานะร่างกาย ASA III และใช้เวลาในการผ่าตัดนานถึง 2 ชั่วโมง แต่การเกิดภาวะปอดอักเสบที่พบเป็นเพียงระดับเล็กน้อย ไม่มีความรุนแรง

ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชญาณิช ชอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2007) ที่พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะของตนทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้ามีการฟื้นหายหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heye, Foster, Bartlett, & Adkins (2002) ที่พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความมั่นใจและเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยการพลิกตัวบนเตียง ลุกนั่งและลุกเดินได้ดี และสอดคล้องกับอิงอร พงศ์พุทธิชาติ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การหายใจลึกๆ ให้ออกกำลังกาย ออกกำลังกายแบบเบาๆ ลุกออกจากเตียงและเดิน ช่วยให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดี

ผลจากการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูราที่กล่าวว่า บุคคลที่เชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ความเชื่อนั้นจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ซึ่งการศึกษานี้หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน มีผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินรับรู้สมรรถนะของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง สม่าเสมอและเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินซึ่งไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด เมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มสูงขึ้น และมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินนี้ไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทุกรายทันทีที่พร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากยิ่งขึ้นและปฏิบัติกิจกรรมอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ อันจะช่วยเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและช่วยลดภาระงานด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉุกเฉิน เนื่องจากส่วนประกอบหนึ่งของโปรแกรมนี้นี้ คือ การให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น โดยชมวิดิทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบนี้สามารถดูได้พร้อมกันหลายคน และดูได้บ่อยตามความเหมาะสม นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การชักจูงด้วยคำพูด การดูแลสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย ยังเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระ พยาบาลจึงควรพัฒนากิจกรรมดังกล่าว เพื่อใช้ดำเนินบทบาทเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยให้โปรแกรมนั้นสำเร็จตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และใช้ระยะเวลาสั้นลง
3. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้ากับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉิน
4. การศึกษาแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินกลุ่มอื่น ๆ

EFFECTS OF A RECOVERY PROMOTING PROGRAM ON SELF- EFFICACY
AND THE QUALITY OF RECOVERY AMONG PATIENTS WITH EMERGENCY
ABDOMINAL SURGERY

SIRIMON DAMRI 5036802 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TIPA TOSKULKAO, Ph.D. (NEUROSCIENCE)
SUVIMOL KIMPEE, M.Ed., WALLADA CHANRUANGVANICH, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Gastrointestinal operations are considered major surgery. During surgery, both general anesthesia and muscle relaxants have adverse effects on physiological systems and various organs. The effects of abdominal incisions include tissue damage, swelling, retraction and sharking, stimulation of small fiber and impulse pain signals to the brain which patients' interpret and perceive as pain symptoms. Pain stimulates catecholamine secretions (Ljungqvist, Nygren, Soop, & Thorel, 2005), induces heart rate and myocardial oxygen consumption (Liu & Grooper, 2003) while retracting muscles which disturbs diaphragmatic movement and lung expansion. In postoperative abdominal pain studies, patients report the greatest amount of pain during the first 3 days after surgery (Likhitkamjorn, 2003; Riangkam, 2007) wherein body movement causes discomfort and sleep disturbance, (Likhitkamjorn, 2003; Roark, 2003) weakness and fatigue (Bunnag, 2003; Munson, 2000). Therefore, abdominal surgery patients will often have absolute bed rest, shortness of breath and avoidance of movement to relieve pain. These behaviors lead to postoperative complications i.e. atelectasis, pneumonia, ileus etc. (Porth, 2005) and will

reduce the quality of recovery (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Ratbmell, & Polomano, 2008).

Postoperative recovery is an energy requiring process of returning to normality and wholeness as defined by comparative standards and achieved by regaining control over physical, psychological, social and habitual functions, which results in a return to preoperative or optimal levels (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007), including a perception of functional improvement (Zalon, 2004) in terms of comfort, painlessness and pleasure/happiness without depression (Nelsson, 2006 cited in Allvin et al, 2007). Post-abdominal operation, individual patients have different of recovery times, depending upon influential factors such as; age, gender, illness, co-morbidity, mental status, procedure, operation time, anesthesia and complications (Boehnlein & Marek, 2003; Girad, 2008; Smeltzer & Bare, 2004). Postoperative activity is an important factor in helping patients achieve good and fast recovery through deep breathing exercises, cough effectiveness and mobility (Browning, Denehy & Scholes, 2007; Girard, 2008).

Postoperative activity is important for both elective and emergency abdominal surgery patients as it will prepare the patients through education and systematic practice (Phansena, 1999; Boehnlein & Marek, 2003; Girard, 2008; Smeltzer & Bare, 2004) for patients to perform immediately following surgery. Previous studies on the promotion of recovery programs for elective patients have employed the self-care theory (Pongprom, 1991; Krinfeang, 1992; Laohajinda, Hanujareankul, Pongprom, & Malahom, 1995; Malahom, 1991), postoperative reinforcement (Pongputtachad, 2003), goal attainment (Chairat, 2002), self-efficacy enhancement (Chobarunsitti, 2007) in terms of effects on patients' capacity for accuracy and consistence in postoperative activities. However, these programs cannot be used for postoperative emergency abdominal surgery patients due to the differences in characteristics of illness and preoperative procedures (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; Smith & Lobo, 2008).

For the most part, emergency abdominal surgery patients are admitted with severe abdominal pain or massive gastrointestinal bleeding. Once they have been diagnosed with emergency procedures, serious conditions will be treated by surgery (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004). The prevalence of gastrointestinal disease and infection are rated second-most frequent among outpatients and fourth-most frequent among inpatients (Ministry of Public Health, 2007) one part of patients was having surgery, elective

or emergency surgery. Saprassittiprasong Hospital in the province of Ubon Ratchathanee looks after patients with diagnosed gastrointestinal disease. In 2006 - 2008 it was found that 3,971, 3,776 and 4,412 patients underwent abdominal surgery, respectively, with emergency surgery classified as representing 68.95, 66.35 and 62.44 percentages, respectively (Statistics of General Surgery Department, 2008). Therefore, gastrointestinal disease is a significant problem wherein management often requires surgery and emergency surgery is necessary for patients with life-threatening conditions. Furthermore, the incidence of postoperative complications among emergency abdominal surgery patients is 4.03% for pulmonary complications and 5.15% for abdominal distention and ileus (Statistics of General Surgery Department, 2008).

Emergency abdominal surgery is an emergent situation wherein preoperative preparation processes are performed hurriedly, while patients have little time to adapt, which leads to patient anxiety and fear (Watcharapuk, 2001; Intarasuksri, 1999; Karanci & Dirik, 2003). In turn, both pain and anxiety inhibit perception and cognitive processes (Girard, 2008). Therefore, preoperative preparation emphasizes informed consent, surgical procedures, surgical outcomes and surgical processes aimed at reducing anxiety and fear. After the patients sign informed consent forms, preoperative preparations begin with NPO (nothing per oral), fluid administration, laboratory tests, electrocardiogram, naso-gastric tube, catheterization and documentation. Therefore, patients do not receive postoperative preparation, which reduces confidence and ability to perform postoperative activities. Postoperative emergency abdominal surgery patients are also at greater risk for pulmonary complications than elective patients (Serejo et al., 2007; Vermeulen et al., 2007).

Un-prepared patients were unable to understand the instructions for postoperative activities. Although they received advice about practice, the patients did not understand the methods and were unable to practice correctly (Girard, 2008). This was added to postoperative pain (Gelinas, 2004; Pasero, 2003) and lack of pain management skills; therefore, these patients required high amounts of analgesics (Joanna Briggs Institute, 2004). Furthermore, the unfamiliar environment and medical instruments e.g. IV fluid lines, nasogastric tube, catheterization etc., made the patients feel they had lost control (Sullivan, 2004) and left them with a self-care deficit. As a result, these patients required additional nursing care for comfort, pain relief, assistance in sitting at bedside, promotion of recovery,

prevention of postoperative complications, participation in making decisions for self-care and needs for nursing visits and empowerment (Siri, 2006).

According to the researcher's experience in caring for and interviewing postoperative emergency abdominal surgery patients, these patients are unable to perform postoperative activities due to the nature of the emergency procedure and lack of preparation for a postoperative practical course. Physical movement induces pain; therefore, they are confined to absolute bed rest to avoid pain. Nurses must developed a program so patients can perceive the importance of physical activity on postoperative outcomes (Phansena, 1999; Girard, 2008) wherein patients learned by doing and nurses had to coach them in confronting situations, managing pain appropriately and continuously maintaining postoperative behavior.

Perceived self-efficacy is a believe in one's ability to perform a specific activity and is produced by learning, because self-efficacy is a part of cognitive processes combining knowledge, action and judgment of self - efficacy (Bandura, 1997). According to the literature review, the perceived self-efficacy theory has been applied to preoperative programs in order to increase postoperative activities (Oetker-Black et al., 1992), control pain associated with movement and the frequent us of relaxation techniques, (Oetker-Black et al., 2003) influence consistent postoperative activities and encourage earlier hospital discharges (Heye, Foster, Bartlett, & Adkins, 2002) while improving the activities of daily living (ADL) and reducing pulmonary complications and ileus (Chobarunsitti, 2007). Therefore, the researcher developed the recovery promoting program by using the Self-Efficacy Theory (Bandura, 1997) for postoperative emergency abdominal surgery patients to explore the effects on learning, perceived self-efficacy, outcome expectations for good recovery, consistent activity performance and excellent recovery outcomes covering physical, psychological, social and habitual functions (Allvin et al., 2007).

Research Objectives

The aim of this study was to compare the effects of the self-efficacy recovery promoting program and standard nursing care on perceive self-efficacy and quality of recovery in postoperative abdominal surgery patients.

Research Methodology

Population were men and women patients who had undergone emergency abdominal surgery, 18 years of age and older. The patients admitted in surgical ward of Sappasittiprasong hospital, Ubon Rachathanee province with following characteristics:

Inclusion criteria

1. Admission for emergency surgery
2. General anesthesia (GA)
3. Physical status by ASA ranging from 1-3
4. Good consciousness
5. Readiness for Ambulation Performance Criteria (Chae, & Stiegmann, 2006)

Exclusion criteria

1. Patients diagnosed with acute appendicitis
2. Patients with critical conditions or complications, e.g. hemorrhage, shock, etc., who cannot perform for purposive activities.

The sample size was calculated by using power analysis, determined $\alpha = 0.05$, a power of test .80 and effect size (d) calculated from two mean (Glass, 1976 cite in Srisathitnarakul, 2007) of pre-operative nursing intervention for recovery and perceived self-efficacy (Chobarunsitti, 2007), the effect size equal to 2.194, then calculate for effect size of ANCOVA (f) by $f = d / 2$, f equal to 1.097 ($f \geq .40$ as a large effect size) the 25 samples in each group, total sampling of 50 (Cohen, 1988), the subjects were randomly assigned into experimental and control groups.

Research Instrumentation

The instruments employed in this research were divided into the following two categories:

1. Instrumentation employed in the research methodology

1.1 The recovery promoting program based on the conceptual framework of Bandura (Bandura, 1997) for promoting perceived self-efficacy which includes the principle components of vicarious experience, verbal persuasion, enactive mastery experiences and physiological and affective states, the instructions of the program were combined with videos of model patients who had been successful in using the program and

training postoperative patients until they were successful in performing postoperative activities and advising the patients to use rhythmic deep breathing relaxation techniques.

1.2 Education and training plan (see the instrumentation employed in the research methodology)

1.3 Audio-visual and media instrument time (13 min.)

2. Instruments employed in data collection:

2.1 The Demographic Data Form was developed by the researcher and included demographic data related to gender, age, family status, marital status, occupation, educational level, right to treatment and family income. These data were obtained from interviews and medical records.

2.2 The Clinical Data Form was developed by the researcher and included clinical data related to date of admission to hospital, diagnosis, type of surgery, duration of surgery, physical status, estimated blood lost, total blood replacement, intra-operative complications, post-operative complications, incision line, surgical length and length of hospital stay. These data were obtained from medical records.

2.3 The Postoperative Activities Form was developed by the researcher and included postoperative activities related to deep breathing, effective coughing, arm and leg exercises, turning position, sitting at bedside as well as hobbling and walking around the ward. The content validity index (CVI) was .75.

2.4 The Preoperative Self-efficacy Scale (PSES) was used to measure self-efficacy in terms of postoperative mobility. The PSES was developed by Oetker-Black & Kauth (1994) and translated to Thai by Chobarunsitti (2007). The instrument contains 15 items wherein the model consisted of 3 questions on perceived self-efficacy for deep breathing; 3 questions on turning position; 3 questions on sitting in a chair; 3 questions on getting out of bed; and 3 questions on pain relief. Each of the questions was evaluated on an 11 point scale wherein a score of 0 represented no competency, a score of 10 represented total competences, and the sum of the scores had a total possible range of 0 to 150. For the purposes of evaluation in terms of the overall scores levels, a lower score indicated little or no confidence in competency and higher scores indicated increased levels of confidence in competency (Oetker-Black, 1995). The researcher submitted the questionnaires to trial implementation with 15 patients who had undergone emergency abdominal surgery and calculated Cronbach's alpha coefficient to be .96.

2.5 The Quality of Recovery Questionnaire (QoR-40) was employed to measure the quality of recovery in patients who had undergone surgery and received general anesthesia (GA). The QoR-40 was developed by Myles et al. (2000) and translated to Thai by the researcher by a back translation technique. The instrument contains 40 items in 5 domains i.e. emotional state (9 items), physical comfort (12 items), psychological support (7 items), physical independence (5 items), and pain (7 items). Eighteen of the items were positive and 22 items were negative. The total possible scores ranged from 40 to 200 wherein each item was indicated on 5-point Likert scale as follows:

	Positive	Negative
Always	5	1
Most of the time	5	2
Usually	3	3
Sometimes	2	4
Never	1	5

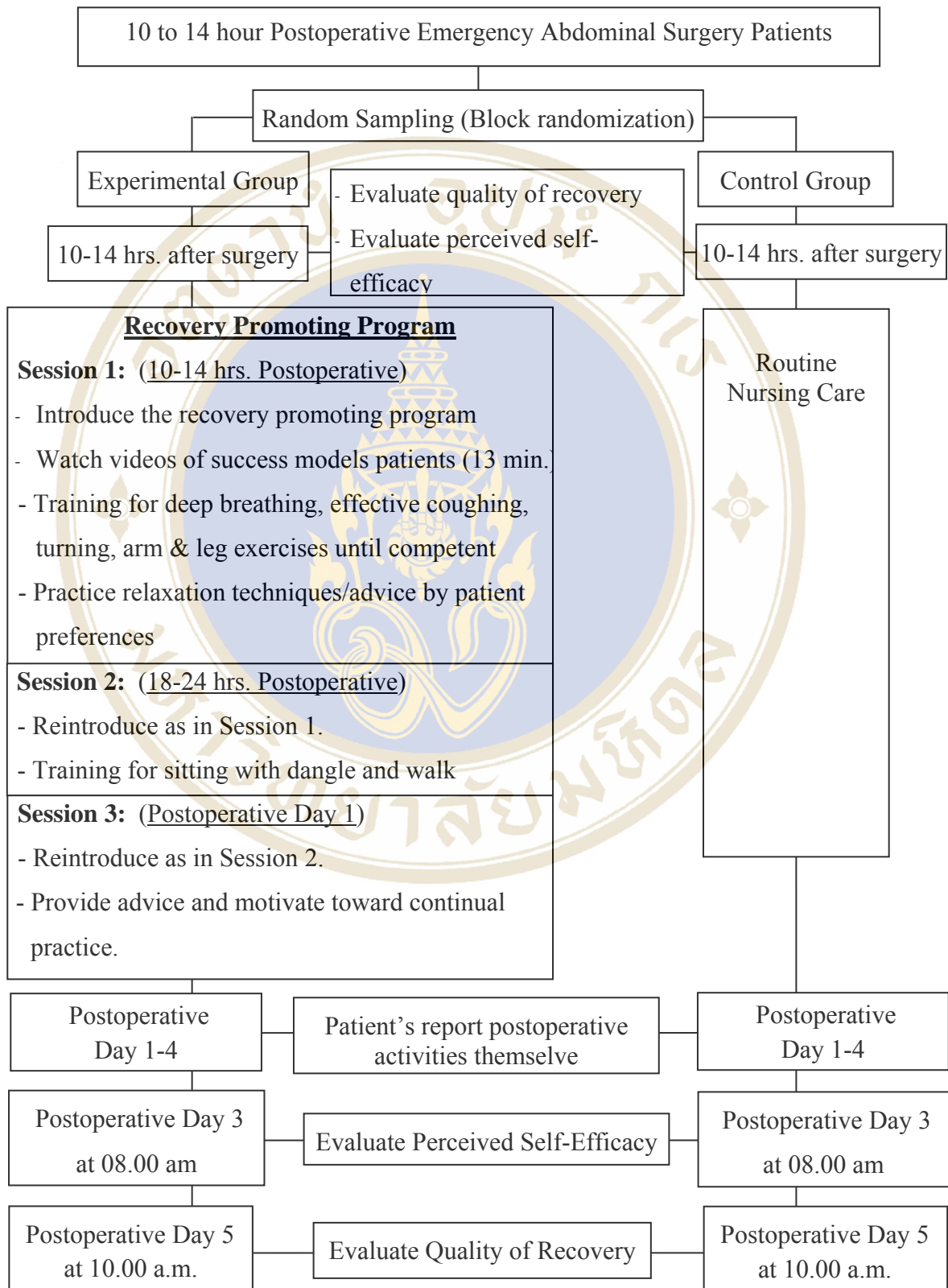
The researcher submitted the questionnaires to trial implementation with 15 patients who had undergone emergency abdominal surgery and calculated Cronbach's alpha coefficient as .95.

Data Analysis

The following statistics were used for data analysis.

1. Demographic data was analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation.
2. The mean and standard deviation were determined for quality of recovery and perceived self-efficacy scores for both the control and experimental groups.
3. Postoperative activities data was analyzed by using descriptive statistics such as minimum, maximum, and quartile deviation (Q3).
4. The comparison of perceived self-efficacy scores and the quality of recovery scores of the experimental and control groups by using Analysis of Covariance statistics (ANCOVA).

Research and Data Collection Methodology



Data Analysis

The researcher collected and analyzed data by using a computer program as follows:

Part 1 Personal data of the sample group was analyzed by descriptive statistics i.e. frequency, percentage, mean, range, standard deviation and analysis of the differences in the general information between the subjects in experimental and control groups by use of statistical t-test and chi-square.

Part 2 The data about carefulness of the sample group was analyzed by use of descriptive statistics i.e. distribution of frequency, percentage, mean, standard deviation and analysis of the differences in the general information between the experimental and control groups by use of statistical t-test and chi-square.

Part 3 The analysis of the differences between perceived self- efficacy score scores and quality of recovery in the control and experimental groups was performed by using ANCOVA statistical analysis by designating statistical significance at .05.

Research Findings

1. The patients who received recovery promoting program and received standard nursing care was not difference characteristics, the subjects were age ranged 27-68 years old, in experimental group had age 61 - 68 years old that accounted for 56%, 51- 60 years old that accounted for 20%, the largest of subjects were male, couple and head of the family, farmer, had elementary levels of education, use the usual care insurance and average income less than 5,000 baht per month. The subjects in the control group had age 61 - 68 years old that accounted for 52%, 51- 60 years old accounted for 28%, the largest of subjects were male, couple and head of the family, farmer, had elementary levels of education, use the usual care insurance and average family income less than 5,000 baht per month.

2. The emergency abdominal surgery patients who received the recovery promoting program and standard nursing care had no differences in terms of characteristics. In experimental group the majority of the subjects had been diagnosed DU/GU perforation, Acute Cholecystitis from Gall Stone/ CBD stones, and Gut obstruction with bowel gangrene (44%, 28% and 16% respectively), while the most common type of surgery included Simple closure with omental graft, Open cholecystectomy with explore CBD with choledochoduodenostomy, and small bowel resection with (44%, 16% and 16% respectively). The most

frequent rating for physical condition was ASA II which represents 52% of the sample groups with an average surgery time of 44.20 minutes, an average surgical wound length of 11.12 centimeters, operative blood loss of 94.60 milliliters and a hematocrit value of 36.12%, had incident of abdominal distention 1 case, pneumonia 2 case and 6.00 day for duration of hospital stay. The majority of the subjects in the control group were diagnosed with GU/DU perforation, Acute Cholecystitis from Gall Stone/CBD stones, and Gut obstruction with bowel gangrene (48%, 16% and 16% respectively), while the most common type of surgery included Simple closure with omental graft, Open cholecystectomy with explore CBD with choledochoduodenostomy and small bowel resection with anastomosis (48%, 16% and 16% respectively). The most frequently encountered physical condition was ASA II (52%), while the average surgery time was 46.80 minutes with an average surgical wound length at 10.24 centimeters, a surgical blood loss of 54.60 ml and a hematocrit value of 38.64%, had incident of abdominal distention 6 cases, pneumonia 1 case and 6.60 day for duration of hospital stay.

3. The postoperative emergency abdominal surgery patients who received the recovery promoting program had higher perceived self-efficacy scores than the patients who received routine nursing care only with statistical significance ($p < .001$).

4. The postoperative emergency abdominal surgery patients who received the recovery promoting program had higher quality of recovery scores than the patients who received routine nursing care only with statistical significance ($p < .001$).

Discussion and Conclusion

Hypothesis 1: The postoperative emergency abdominal surgery patients who receive the recovery promoting program will have higher levels of perceived self-efficacy than the postoperative emergency abdominal surgery patients who received standard nursing care only.

The findings of the present study indicate that the postoperative emergency abdominal surgery patients who received recovery promoting program had higher levels of perceived self-efficacy on the third postoperative day than the postoperative emergency abdominal surgery patients who received standard nursing care only with statistical significance ($p < .001$) (Table 7). Therefore, this finding of the study supports Research Hypothesis 1.

This result can be explained in that the postoperative emergency abdominal surgery patients who received the recovery promoting program had high levels of perceived self-efficacy because they were assisted in receiving the recovery promoting program when they were in good condition with no severe pain. The program featured the use of symbolic models by video tape. After watching the story that enabled the patients to learn through vicarious experiences similar to their own situations, the patients recognized the importance and positive outcomes of performing postoperative activities. Then verbal persuasion was used to make the patients believe in one's ability as they were systematically coached through enactive mastery experiences i.e. deep breathing exercises, effective coughing, arm and leg exercises, sitting and dangling their feet at the bedside or chair and walking around the ward wherein feedback, emphasized successfulness. In summary, the postoperative emergency abdominal surgery patients learned through 4 principal sources (symbolic models, enactive mastery experiences, verbal persuasion, physiological and affective stages). Their knowledge was synthesized by cognitive processes for selected information, weighed, integrated into self-efficacy judgment (Bandura, 1997; Prasopkittikul, 2001). In addition, the patients who employed relaxation techniques by rhythmic deep breathing were essentially free from pain and suffering (Junwijit, 1996) which encouraged cognitive processes (Girard, 2008). Therefore, the patients had higher levels of perceived self-efficacy than patients who received standard nursing care only.

There were, however, numerous influential factors, e.g. anxiety, discomfort, postoperative pain, weakness and immobilization due to retraining catheters suffered by postoperative emergency abdominal surgery patients, affecting low levels of perceived self-efficacy. According to the research findings, it was found that the mean level of perceived self-efficacy for postoperative emergency abdominal surgery patients with standard nursing care only was 57.64 on the day of surgery and increased to 66.44 on Day 3 after surgery, but not statistical significance ($p > .05$), possible due to fact that stimulation to practice in standard nursing care comprised verbal persuasion and advice, but did not promote self-efficacy. The patients who received standard nursing care only, therefore, were unable to practice continuously and had low levels of perceived self-efficacy.

This finding supported Bandura's (1997) concept of perceived self-efficacy which mentioned that perceived self-efficacy is not a personality trait, but can be promoted for tasks through 4 principal sources i.e. 1) enactive mastery experiences, which constitute

the most effective method; 2) vicarious experiences similar to personal situations or observation of similar models, which yields satisfactory results; 3) verbal persuasion by a significant other, advice and explanation aimed at boosting self-confidence in capacity to achieve success in performing an expected behavior and 4) physiological and affective states.

This result concurred with the findings of Chobarunsitti (2007) who studied elective abdominal surgery outcomes in patients who had received a preoperative self-efficacy enhancement program and attained significantly higher scores for perceived self-efficacy in deep breathing, effective coughing, arm and leg exercises, changing positions, sitting at bedside and walking, than before receiving program ($P < .0001$). The finding also concurred with the findings of Heye, Foster, Bartlett, & Adkins (2002) who discovered that elective hysterectomy patients who were promoted toward self-efficacy had significantly higher levels of self-confidence in postoperative mobility i.e. changing position, sitting at bedside or on a chair, standing and walking ($P < .0001$), and Laipan (1999) who studied the effects of a preoperative education program in colostomy patients by using vicarious experiences and attempting to care for the colostomies by themselves during the postoperative period wherein the patients had enactive experiences in colostomy care combined with verbal persuasion for 3 days and wherein the findings indicated that the patients who had received the preoperative education program had higher levels of perceived self-efficacy than the control group with statistical significance ($p < .05$).

Hypothesis 2: Postoperative emergency abdominal surgery patients who receive the recovery promoting program will have better quality of recovery than postoperative emergency abdominal surgery patients who received standard nursing care only.

The results achieved by the patients with the recovery promoting program showed significantly good quality of recovery than the patients with standard nursing care only ($p < .001$) (see Table 8). Therefore, this result supports Research Hypothesis 2.

This result can be explained in that the patients with the recovery promoting program had significantly improved quality of recovery in comparison with the patients who received standard nursing care only, because the postoperative emergency abdominal surgery patients who had suitable preparation before the procedure when they received the recovery promoting program prior to surgery which affected them with higher levels of

perceived self-efficacy and self-determination to perform postoperative behaviors persistency for good recovery in terms of physical, psychological, social and habitual functions.

According to this study, it is clear that the patients who received the recovery promoting program had higher levels of perceived self-efficacy than the patients who received standard nursing care only and performed postoperative recovery behaviors on Days 1- 4 following surgery with deep breathing exercises 4-5 times a day, cough effectiveness 1-2 times a day, arm and leg exercises 2-3 times a day, sitting and hobbling 2-3 times a day while most patients walked 3 times a day. In contrast, the patients who received standard nursing care performed deep breathing exercises 2 times a day on Days 1 and 2 postoperatively, cough effectiveness only 1 time a day on Postoperative Day 1 with no sitting and dangling their legs and walking only 2 times a day. The actions of the postoperative activities were sufficiently accurate and consistent to encourage the function of physiological systems and promote recovery among post abdominal surgery patients (Tunktrojitt, 2008; Leksawat, 2000; Girard, 2008). Because deep breathing exercises and effective coughing stimulated lung expansion and secretion with clearing effects for effective oxygenation exchange, arm and leg exercises, changing position for stimulation, sitting and dangling the feet at the bedside to stimulate blood circulation and nervous system function for homeostasis and prevention of postoperative complications (Girard, 2008; Port, 2005). Therefore, the patients who received the recovery promoting program had higher quality of postoperative recovery than the patients with standard nursing care only.

In addition, the incidence of postoperative complications e.g. abdominal distension (6 cases) and pneumonia (1 case) was found in patients who had received standard nursing care only while the patients who received the recovery promoting program had only one patient with abdominal distention and two patients with mild infiltration at the right lower lung due to old age, physical condition at ASA III and surgical duration of 2 hours.

These results concurred with the findings of Chobarunsitti (2007) who studied elective abdominal surgery patients and reported better recoveries for postoperative patients who had received a program than patients who received standard nursing care only as assessed by activities of daily living (ADL) and postoperative complications. The findings also concurred with the findings of Heye, Foster, Bartlett, & Adkins (2002) that studied

elective hysterectomy patients and reported that postoperative patients had high levels of confidence and good postoperative activities in terms of changing position, sitting at bedside and walking. Further concurrence was indicated in the findings of Phongphuticart (2003) who reported that patients, who performed postoperative recovery activities such as deep breathing, cough effectiveness, arm and leg exercises, sitting and walking tended to achieve good postoperative recoveries.

The research findings support Bandura's (1997) concept of perceived self-efficacy. Bandura asserted that people who perceived that self-efficacy in tasks was an influential factor on specific behavior and postoperative recovery activity in this study. In conclusion, the recovery promoting program based on Bandura's self-efficacy as a conceptual framework (Bandura, 1997) can encourage perceived self-efficacy in performing postoperative recovery activities and promoting postoperative recovery according to the research hypothesis.

Recommendation

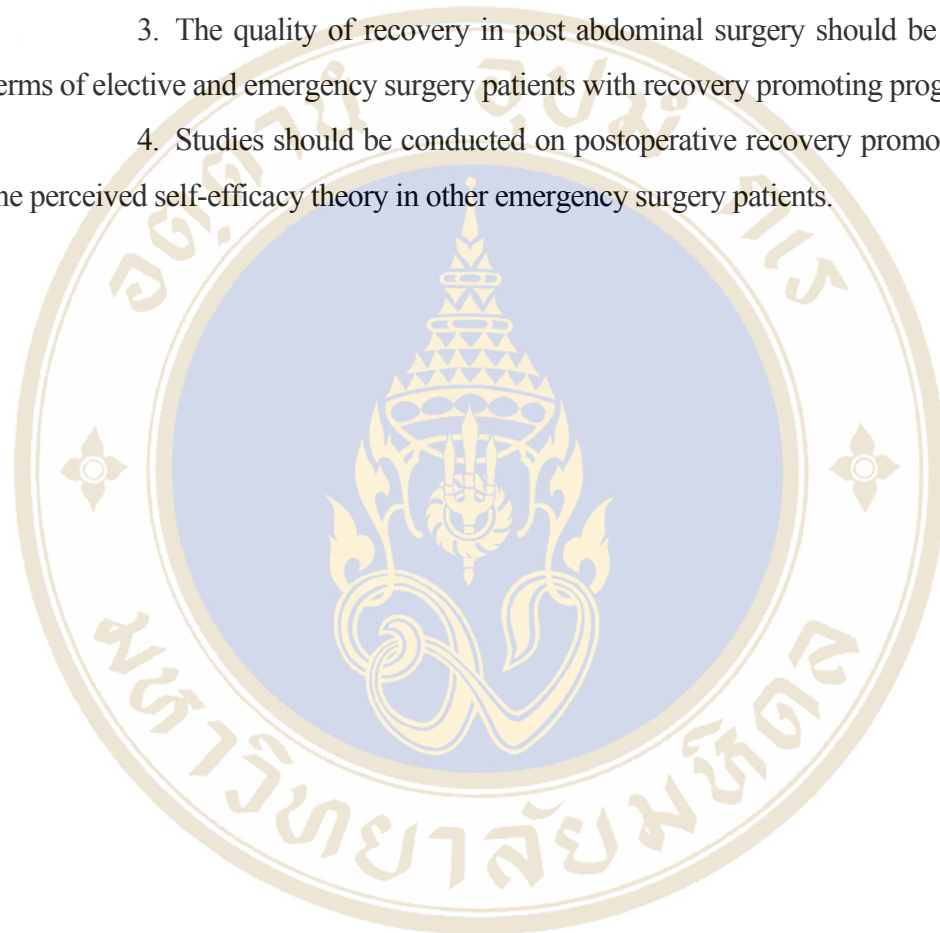
The findings of this study indicate that the effects of the recovery promoting program on self-efficacy and quality of recovery were satisfactory. The researcher, therefore, recommends the following:

Recommendations for nursing practice

The recovery promoting program should be implemented with all postoperative emergency abdominal surgery patients when fully conscious in surgical wards in order to increase patients' confidence in ability to perform postoperative activities and achieve good recovery. Furthermore, this program will decrease workloads in terms of health education information, because of each of the components of this program provides patients with vicarious experiences by watching video tapes with additional and frequent repetition for suitability. Moreover, patients receive enactive experiences, verbal persuasion, physiological and affective states by use of relaxation techniques through independent nursing roles wherein nurses should develop the aforementioned activities to encourage postoperative emergency abdominal surgery patients to perform postoperative activities correctly and consistently.

In the area of nursing research

1. Comparative studies should be conducted on quality of recovery in post discharge patients.
2. Programs should be developed for promoting recovery with greater efficacy in less time.
3. The quality of recovery in post abdominal surgery should be compared in terms of elective and emergency surgery patients with recovery promoting programs.
4. Studies should be conducted on postoperative recovery promotion by using the perceived self-efficacy theory in other emergency surgery patients.



รายการอ้างอิง

- กันยา วานิชย์บัญชา. (2548). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุ (75 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2551 จาก www.service.nso.go.th/.../00_2100200_2550_000_000000_00500.xls.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2550 ตามกลุ่มสาเหตุป่วยทั้งประเทศและรายภาค*. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2551 จาก www.bps.ops.moph.go.th/tenill-in50.xls.
- กันยา ออประเสริฐ. (2545). การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน *วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร, อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, สมคิด โพนชนพันธ์ และ ผ่องศรี ศรีมรกต. (บรรณาธิการ). การพยาบาล ศัลยศาสตร์ทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณกมล วิจิตร. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด*. ใน *ชอลดา พันธุ์เสนา (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์)*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล, 16(3)*, 1-11.
- ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ. (2544). การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในงานวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล, 16(4)*, 1-10.
- ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2544). Preoperative and postoperative care. ใน *ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์. (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชนิด วัชรพุกก์. (2550). Preoperative and postoperative care. ใน *ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์. (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรม การดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- บรรจบ อินทรสุขศรี. (2542). *การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน ไพบุลย์ สุทธิวรรณ และ บรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.*
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัย แนวทางสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.*
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.*
- ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์. (2549). *การใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดฉุกเฉิน (Anesthesia for Emergency Surgery). ใน โสภณ จิรสิริธรรม, จักรพันธ์ เอื้อสรเศรษฐ์, ทวีศักดิ์ จันทร์วิทยานุชิต, ณรงค์ บุญยะโหดระ, สาธิต กรณศ, สุกษม อัดนวนานิช และ เจริญ นีนายุพันธ์ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน หลักการและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร.*
- ปิลันธน์ ลิขิตกำจร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวดและผลลัพธ์ของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณ และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2547). *ความปวด: Pain เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. (2534). *ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้องและความพึงพอใจในการพยาบาลได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*

- เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, สมจิตร หนูเจริญกุล, พรจันทร์ พงษ์พรม และ อรชร มาลาหอม. (2538). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารพยาบาล, 14(3), 209-219.
- รุ่งนภา ชัยรัตน์. (2545). ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง. (2535). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวลการมีส่วนได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล และ ครินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2545). ภาวะเฉียบพลันทางช่องท้อง. ใน ประมุข มุทิตางกูร, ปรีชา ศิริพานทอง, วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล และ รวิศ เรืองตระกูล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล*.
- สรรัชชัย ชีรพงศ์ภักดี, และ ยิ่งลักษณ์ ปัญจวารณวัฒน์. (2547). ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก. ใน วราภรณ์ เชื้ออินทร์ และ สรรัชชัย ชีรพงศ์ภักดี (บรรณาธิการ), *วิสัญญีวิทยา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. (2548). ตำราวิสัญญีวิทยา: การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย. สมุทรสาคร: วินเพรสโปรดักชันเฮาส์.
- สุริรัตน์ ศรีสวัสดิ์. (2549). การใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดฉุกเฉิน (Anesthesia for Emergency Surgery). ใน โสภณ จิรสิริธรรม, จักรพันธ์ เอื้อสรเศรษฐ์, ทวีศักดิ์ จันทน์วิทยานุชิต, ณรงค์ บุญยะโหดระ, สาธิต กรณิศ, สุกฤษฎ์ อัดนวนนิช และ เจริญ นินายุพันธ์ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน หลักการและแนวปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ. (2551). รายงานสถิติประจำปีหน่วยงานศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.
- อรชร มาลาหอม. (2534). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วไตและท่อไตและความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อิงอร พงศ์พุทธิชาติ. (2546). การเสริมแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัญชนิ์ สิริ. (2549). ความต้องการการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
ในระยะหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Apfel, C. C., Stoecklein, K., & Lipfert, P. (2005). PONV: a problem of inhalational anaesthesia. *Best Practice & Respiratory Clinical Anaesthesiology*, 19(3), 485-500.

Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.

Anaya, D. A., & Flum, D. R. (2005). Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with
diverticular disease. *Archeive of Surgery*, 140, 681-685.

Arenal, J. J., & Bengoeachea-Beeby, M. (2003). Mortality associated with emergency abdominal
surgery in the elderly. *Canadian journal Surgery*, 46(2), 111-116.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. N Y: W.H. Freeman & Company.

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2005). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive
outcome*. (7th ed). Philadelphia: Elsevier.

Boehnlein, M. J., & Marek, J. F. (2003). Postoperative nursing. In W. J. Phipps, F. D. Monahan & J.
K. Sands (Eds.), *Medical surgical nursing Health and illness perspectives*. Missouri:
Mosby.

Branagan, G., & Senapati, A. (2008). Colonic diverticulosis. *Emergency Surgery*, 26(8), 357-360.

Browning, L., Denehy, L., & Scholes, R. L. (2007). The quantity of early upright mobilization
performed following upper abdominal surgery is low: and observational study.
Australian Journal of Physiotherapy, 53, 47-53.

Bunnag, C. (2004). *A survey of fatigue in post abdominal surgery patients*. Unpublished master's
thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Chae, F. H., & Stiegmann, G. V. (2006). Ambulation and early postoperative performance criteria. N
Y: Springer.

Chan, M. T. V., Lo, C. C. K., Lok, C. K. W., Chan, T. W., Choi, K. C., & Gin, T. (2008).
Psychometric testing of the Chinese quality of recovery score. *Ambulatory
Anesthesiology*, 107(4), 1189-1195.

- Chobarunsitti, C. (2007). *Effect of self-efficacy enhancement on patients' post abdominal surgery recovery at Phaphutabath hospital Sareburi*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamental of nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- deWit, S. C. (2005). Care of postoperative surgical patients. In *Medical-surgical nursing concept and practice*: Elsevier.
- deWit, S. C. (2009). Care of postoperative surgical patients. In *Medical-surgical nursing concept and practice*: Elsevier.
- Dines-Kalinowski, C. M. (2002). Promoting sleep in the ICU. *Nursing*, 32(2), 6-8. Retrieved December 9, 2008, from <http://proquest.umi.com>.
- Dronkers, J., Veldman, A., Hoberg, E., & Waal, C. (2008). Prevention of pulmonary complications after abdominal surgery by preoperative intensive inspiratory muscle training: A randomized controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 22, 134-142.
- Dunwoody, C. J., Krenzschek, D. A., Pasero, C., Rathmell, J. P., & Polomano, R. C. (2008). Assessment, physiological, monitoring and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, 9(1), S13-S21.
- Gelinas, C. (2004). Pain assessment and management in critically ill intubated patients, a retrospective study pain management. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 126-134.
- Girard, N. J. (2008). Clients having surgery. In J. M. Black & J. H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. Singapore: Elsevier.
- Gogenur, I., Bisgaard, T., Burgdorf, S., van Someren, E., & Rosenberg, J. (2009). Disturbances in the circadian pattern of activity and sleep after laparoscopic versus open abdominal surgery. *Surgery Endoscopic*, 23(5), 1026-1031.
- Grocott, M. P. W., Browne, J. P., Meulen, J. V., Matejowsky, C., Mutch, M., Hamilton, M. A., et al. (2007). The postoperative mobility survey was validated and used to describe morbidity after major surgery. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(919-928).

- Heye, M. L., Foster, L., Bartlett, M. K., & Adkins, S. (2002). A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility and self efficacy. *Applied Nursing research, 16*(2), 174-183.
- Ho, H.-Y., & Gan, T. J. (2008). Postoperative nausea and vomiting. In E. B. Lobato, N. Gravenstein & R. R. Kirby (Eds.), *Complications in anesthesiology* (pp. 571-579). Philadelphia: Lippincott Williams & Winlkins.
- Hogue, S. L., Reese, P. R., Colopy, M., Fleisher, L. A., Tuman, K. J., Twersky, R. S., et al. (2000). Assessing a tool to measure patient functional ability after out patient surgery. *Anesthesia & Analgesia, 91*, 97-106.
- Holte, K., & Klehlet, H. (2002). Effect of postoperative epidural analgesia on surgical outcome. *Minerva Anesthesiologica, 68*(4), 157-161
- Issa, N., Dreznik, Z., Dueck, D. S., Arish, A., Ram, E., Kraus, M., et al. (2008). Emergency surgery for complicated acute diverticulitis. *Journal Compilation, 2*, 198-202.
- Joanna Briggs Institute. (2004). Management of the day surgery patient. *Best Practice Supplement, B*(1), 1-4.
- Kanat, F., Goluk, A., Teke, T., & Goluk, M. (2007). Risk factors for postoperative pulmonary complication in upper abdominal surgery. *Australian & New Zealand Journal of Surgery, 77*, 135-141.
- Karanci, A. N., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 363-369.
- Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Anaesthesia, 362*, 1921-1928.
- Kluiters, K. B., Riphagen, I., Vierhout, M. E., Brolmann, H. A. M., & Herica C. W. (2008). Systemic review on recovery specific quality of life instruments. *Surgery, 143*(2), 206-215.
- Kopp, M., Bonatti, H., Haller, C., Rumpold, G., Soßlner, W., Holzner, B., et al. (2003). Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *Journal of Psychosomatic Research, 55* 371-377.
- Lawrence, V. A., Hazuda, H. P., Cornell, J. E., Pederson, T., Bradshaw, P. T., Mulrow, C. D., et al. (2004). Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *American College of Surgeons, 199*(5), 762-772.

- LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-Surgical Nursing* (2 ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ljungqvist, O., Nygren, J., Soop, M., & Thorell, A. (2005). Metabolic perioperative management: novel concept. *Current Opinion in Critical Care*, 11, 295-299.
- Liu, L. L., & Grooper, M. A. (2003). postoperative analgesia and sedation in the adult intensive care unit: a guide to drug selection. *Drugs*, 63, 755-767.
- Macutkiewicz, C., & Carlson, G. L. (2008). Acute abdomen: Intestinal obstruction. *Emergency Surgery*, 26(3), 102-107.
- Mangano, C. T. M., Hill, C. C., & Chow, J. L. (2008). Risk assessment and perioperative renal dysfunction. In M. F. Newman, L. A. Fleisher & M. P. Fink (Eds.), *Perioperative medicine managing for outcome*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Marek, J. F., & Boehnlein, M. J. (2003). Preoperative nursing. In W. J. Phipps, F. D. Monahan & J. K. Sands (Eds.), *Medical surgical nursing Health and illness perspectives*. Missouri: Mosby.
- Miller, B. (2006). Recovery and postoperative period. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*, 7(12), 445-448.
- Montague, S. E., Watson, R., & Herbert, R. A. (2005). *Physiology for nursing practice* (3rd ed.). Edinburgh, UK: Elsevier.
- Moriello, C., Mayo, N. E., Feldman, L., & Carli, F. (2008). Validating the six-minute walk test as a measure of recovery after elective colon resection surgery. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1803-1809.
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., et al. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 276-288.
- Munson, B. (2000). Myths & Facts: About sleep deprivation. *Nursing*, 30(7), 77.
- Myles, P. S., Hunt, J. O., Nightingale, C. E., Fletcher, H., Terence B., Tanil, D., et al. (1999). Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesthesia & Analgesia*, 88, 83-90.
- Myles, P. S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Validity and reliability of postoperative recovery score: the QoR-40. *British Journal of Anaesthesia*, 84(1), 11-15.

- Neary, W. D., Foy, C., Heather, B. P., & Earns, J. J. (2006). Identifying high-risk patient undergoing urgent and emergency surgery. *Annals Royal College Surgery England*, 88, 151-156.
- Nilsson, U., Unosson, M., & Kihlgren, M. (2006). Experience of postoperative recovery before discharge-patient reviews. *Journal of Advance Perioperative Care*, 2, 97-106.
- Ochroch, E. A., Gottschalk, A., Troxel, A. B., & Farrar, J. T. (2006). Women suffer more short and long-term pain than men after major thoracotomy. *Chinese Journal of Pain*, 22(491-498).
- Oetker-Black, et al. (1992). Preoperative self-efficacy and postoperative behaviors. *Applied Nursing Research*, 5, 134-139.
- Oetker-Black, S. L. (1996). Generalizability of the preoperative self-efficacy scale. *Clinical Methods*, 9(1), 40-44.
- Oetker-Black, S. L., Jones, S., Estok, P., Ryan, M., Gale, N., & Parker, C. (2003). Preoperative teaching and hysterectomy outcomes. *AORN Journal*, 77, 1215-1231.
- Oetker-Black, S. L., & Kauth, C. (1994). Evaluation of a self-efficacy scale for preoperative patients. *AORN Journal*, 60(1), 43-50.
- Oetker-Black, S. L., & Kauth, C. (1995). Evaluation a revised self-efficacy scale for preoperative patients. *AORN Journal*, 62, 244-250.
- Oldenburg, W. A., Lau, L. L., Rodenberg, T. J., Edmonds, H. J., & Burger, C. D. (2004). Acute mesenteric ischemia. *Archeive International Medicine*, 164, 1054-1062.
- Pappachen, S., Smith, P. R., Shah, S., Brito, V., Bader, F., & Khoury, B. (2006). Postoperative pulmonary complication after gynecologic surgery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 93, 74-76.
- Parks, R. W. (2007). Postoperative care and complications. In O. J. Garden, A. W. Bradbury & J. L. R. Forsythe (Eds.), *Principle & practice of surgery* (pp. 151-159). Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Pasero, C. (2003). Pain in the critically ill patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 18(6), 422-425.
- Pasero, C., Rakel, B., & McCaffery, M. (2005). Postoperative pain management in the older adult. In S. J. Gibson, & D. K. Wein (Eds.), *Pain in older persons, progress in pain research and manage vol. 35* (pp.377-401). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing reserach generating and assessing evidence for nursing practice*. NY: Lincpicott William & Wilkin.

- Porth, C. M. (2005). *Pathophysiology: Concept of altered health status* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riangkam, C. (2007). *Intensity of pain, patient's pain management strategies and rehabilitation activities in early post abdominal surgical patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Roark, M. L. (2003). Preoperative and postoperative care. In C. B. Rosdahl, & M. T. Kowalski (Eds.), *Textbook of basic nursing*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rosenbaum, S. H., & Silverman, D. G. (2008). The value of preoperative assessment. In M. F. Newman, L. A. Fleisher & M. P. Fink (Eds.), *Perioperative medicine managing for outcome*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Schein, M. (2005). Common sense emergency abdominal surgery. In M. Schein & P. N. Rogers (Eds.), *Schein's common sense emergency abdominal surgery* Berlin: Springer.
- Serejo, L. G. G., Silva-Junior, F. P. d., Bastos, J. P. C., Bruin, G. S. d., Mota, R. M. S., & deBurin, P. F. C. (2007). Risk factors for pulmonary complications after emergency abdominal surgery. *Respiratory Medicine*, 101, 808-813.
- Skipworth, R., & Fearon, K. (2007). Acute abdomen: Peritonitis. *Emergency Surgery*, 26(3).
- Smeltzer, S. C., Bare, B. C. (2004). Concepts and challenges in patients management. In *Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. C., Hinkle, J. L., & Cheever, H. H. (2008). Perioperative concepts and nursing management. In *Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, J. K., & Lobo, D. N. (2008). Investigation of the acute abdomen. *Surgery*, 26(3), 91-97.
- Sorensen, L. T., Hemmingsen, U., Kallehave, F., Wille-Jørgensen, P., Kjærgaard, J., Møller, L. N., et al. (2005). Risk factors for tissue and wound complications in gastrointestinal surgery. *Annals of Surgery*, 241(4), 654-658.
- Stevens, D., Johnson, M., & Langdon, R. (2000). Comparison of two warming intervention in surgical patients with mild and moderate hypothermia. *International Journal of Nursing Practice*, 6(5), 268-275

- Sullivan, E. E. (2004). PACU pain management: How well are we meeting our patients' needs? *Journal of Perianesthesia Nursing*, 9(3), 209-211.
- Talamini, M. A., Standfield, C. L., Chang, D. C., & Wu, A. W. (2004). The surgical recovery index: A novel tool for measuring the advantage of laparoscopic surgery in postoperative recovery. *Surgical Endoscopy*, 18, 596-600.
- Urden, L. D. (1999). Outcome evaluation: An essential component for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist*, 13, 39-46.
- Vermeulen, J., Akkersdijk, G. P., Gosselink, M. P., Hop, W. C. J., Mannaerts, G. H., Harst, E. V. d., et al. (2007). Outcome after emergency surgery for acute perforated diverticulitis in 200 cases. *Digestive Surgery*, 24, 361-366.
- Walsh, S. R., Oates, J. E., Anderson, J. A., Blair, S. D., Markin, C. A., & Walsh, C. J. (2005). Postoperative arrhythmias in colorectal surgical patient: Incidence and clinical correlates. *Colorectal Disease*, 8, 212-216.
- Weber, J., & Kelly, J. H. (2007). *Health assessment in nursing* (3 ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Weissman, C., & BA, N. K. (2008). The importance of differentiating between elective and emergency postoperative critical care patients. *Journal of Critical Care*, 1-9.
- Werner, M. U., Gaarn-Larsen, L., Basseb, L., Jakobsenb, C. Lunda, Billesbølle, P., et al. (2005). Postoperative pain and gastro-intestinal recovery after colonic resection with epidural analgesia and multimodal rehabilitation. *Acute Pain*, (7), 5-11.
- Wu, C. L., & Richman, J. M. (2004). Postoperative pain and quality of recovery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 17, 455-460.
- Wu, C. L., Rowlingson, A. J., Patin, A. W., Kalish, M. A., Courpas, G. E., Walsh, P. C., et al. (2005). Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 30(6), 516-521.
- Zalon, M. L. (2004). Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. *Nursing Research*, 53(2), 99-106.
- Zeitz, K. (2002). Postoperative complications in the first 24 hours: a general surgery audit. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 633-640.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ช่องท้องแบบฉุกเฉินและเครื่องมือวิจั

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางสาวจุฬาทพร ประสงค์ พยาบาลชำนาญการ 8 คึก 72 ปี ชั้น 7 หึงเหนือ
โรงพยาบาลศิริราช
3. นายแพทย์วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป
และหัวหน้าศูนย์วิจั
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
4. นางมยุรี กลางประพันธ์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
5. นางวิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ชำนาญการพิเศษ
(อาจารย์พยาบาล) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของบทวิจั

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บัญชา พิทยวรานันท์ อาจารย์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์

ภาคผนวก ข



COA. No. MU-IRB 2009/102.2805

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Effects of Recovery Promoting Program on Self-efficacy and Quality of Recovery among Patients with Emergency Abdominal Surgery (Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Sirimon Damri

Name of Institution. Faculty of Nursing

Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 26 May 2009
2) Participant Information Sheet version date 26 May 2009
3) Informed Consent form version date 22 April 2009
4) Questionnaire version received date 22 April 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 28 May 2009

Date of Expiration. 27 May 2010

Signature of Chairman.
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute.
(Associate Professor Sansanee Chaiyaraj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

Effects of Recovery Promoting Program on Self – efficacy and Quality of Recovery among patients with emergency abdominal surgery

คณะผู้วิจัย นางสาวสิริมนต์ คำวิหิ

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

รหัสโครงการ 005/2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2552

มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

และให้ส่งรายงานการวิจัยจำนวน 2 ชุด เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

(นายแพทย์วิศิษฐ์ สวงวงศ์วาน)

ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

(นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาคผนวก ก

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ANCOVA

1. การตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test

	Experimental group			Control group		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QoR1	.943	25	.170	.969	25	.614
QoR2	.760	25	.443	.942	25	.072
PSES1	.870	25	.125	.993	25	.103
PSES2	.880	25	.073	.946	25	.203

2. การรับรู้สมรรถนะตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง Covariate (PSES1) กับตัวแปรตาม (PSES2) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน

Dependent Variable:PSES2

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	43262.628 ^a	2	21631.314	71.246	.000
PSES1	21.366	1	21.366	.084	.016
Group * PSES1	43262.628	2	21631.314	71.246	.385
Error	14269.872	47	303.614		
Total	527013.000	50			
Corrected Total	57532.500	49			

ตารางที่ 3 การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมว่ามีความแปรปรวนของข้อมูลไม่ต่างกัน

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

F	df1	df2	Sig.
3.368	1	48	.073

2. คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง Covariate (QoR1) กับตัวแปรตาม (QoR2) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3856.521 ^a	2	1928.260	104.567	.000
Intercept	3578.668	1	3578.668	194.067	.000
QOR1	184.362	1	184.362	9.998	.042
Group * QoR1	3706.767	1	3706.767	201.013	.680
Error	866.699	47	18.440		
Total	1630849.000	50			
Corrected Total	4723.220	49			

ตารางที่ 4 การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมว่ามีความแปรปรวนของข้อมูลไม่ต่างกัน

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

F	df1	df2	Sig.
2.115	1	48	.152

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ/นามสกุล (ภาษาไทย)	นางสาวสิริมนต์ คำรันทร์
วัน เดือน ปี เกิด	13 ตุลาคม พ.ศ. 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
คุณวุฒิ	พ.ศ. 2539 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ชั้นสูงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปัจจุบันกำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่ปัจจุบัน	144 หมู่ 9 ต. โนนผึ้ง อ. วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี 34190 รหัสไปรษณีย์ 34190 โทรศัพท์ 089-762-6874

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม
ทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี