

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่

สุภรัตน์ หมั่นไธสง พย.ม*, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ พย.บ, ขวัญดาว ดวงแก้ว พย.บ.*

รับบทความ: 21 ตุลาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 22 ธันวาคม 2566

ตอบรับบทความ: 6 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อภายในร่างกาย ผู้ป่วยมีปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายของระบบทางเดินอาหาร ระบบตับและทางเดินน้ำดี และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนสิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัยและส่วนเบี่ยงเบน ข้อมูลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 (\bar{X} =184.71, SD=5.08) และวันที่ 3 (\bar{X} =192.28, SD=2.53) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 (\bar{X} =171.99, SD=16.48) และวันที่ 3 (\bar{X} =183.06, SD=10.24)

สรุป: โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้

คำสำคัญ: การฟื้นตัวหลังผ่าตัด, การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด, ERAS

*หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่

The effect of pre-operation preparing program on recovery in post abdominal surgery patients in surgery male ward, Phrae hospital

Suparat Meunhong M.N.S.* Chalomekhoun Surit B.N.S.*

Khwandao Doungkaew B.N.S.*

Received October: 21, 2023

Revised: December 22, 2023

Accepted: January 6, 2024

Abstract

Background: Open abdominal surgery is the major surgery that causes tissue injury within the body. Patients have problems recovering after surgery. Appropriate preparing patients can help them to behave correctly and appropriately starting from before surgery to after surgery, and promote recovery after surgery. The patients will have no postoperative complications and reduce the length of hospital stay.

Objective: To compare the quality of recovery after surgery among patient groups receiving a preparation program to promote recovery after abdominal surgery and the group receiving normal nursing care

Study design: The sample of this quasi-experimental research consisted of male patients aged 18 years and older who had scheduled abdominal surgery of the gastrointestinal tract, liver and biliary system, and received whole body anesthesia admitted to the male surgery ward at Phrae Hospital between February 2023 and August 2023. Descriptive statistics, such as frequency distribution, percentage, and Mann-Whitney U test, were used to analyze the data.

Results: The results indicated that the post operative quality of recovery scores of the experimental group at the 1st day (\bar{X} =184.71, SD=5.08) and day 3rd (\bar{X} =192.28, SD=2.53) were significantly higher than the scores of the control group at the 1st day (\bar{X} = 171.99, SD=16.48) and 3rd day (\bar{X} =183.06, SD=10.24) after the operation (p-value=0.001).

Conclusions: Preparation program promoting the recovery of patients after abdominal surgery could promote postoperative recovery in abdominal surgery patients.

Keywords: Post abdominal surgery recovery, Enhancing postoperative recovery, ERAS

*Surgery Male Ward, Phrae Hospital

บทนำ

ปัจจุบันโรคและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เช่น การอุดตัน มีก้อนหรือเนื้องอก ความผิดปกติอื่น ๆ ภายในช่องท้อง การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นวิธีการที่ศัลยแพทย์ใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค แก้วไข และซ่อมแซม เพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ของโรคและพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้องรวมถึงลดระดับความรุนแรงของโรค⁽¹⁾ การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องเป็นการรักษาที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหารการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง โดยทั่วไปมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง (laparotomy) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopy)⁽²⁾ แม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องจะเป็นวิธีการผ่าตัดที่แผลผ่าตัดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง⁽³⁾ แต่การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องยังเป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องมากหรือรุนแรง การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากมีการรบกวนอวัยวะต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหารร่วมกับต้องใช้เวลาในการผ่าตัดและผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย⁽⁴⁾ ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องมากหรือรุนแรง มีการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าว เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการรักษาด้วยการผ่าตัดอวัยวะสำคัญอาจถูกตัดทิ้ง เช่น การผ่าตัด ถุงน้ำดี (cholecystectomy) การตัดกระเพาะอาหาร (gastrectomy) ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน

ของระบบต่าง ๆ ในด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดมักมีการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและวิตกกังวล เพราะการผ่าตัดเป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด และอาจเกิดอันตรายต่อชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดที่จะได้รับ⁽⁵⁾ ความกลัวที่พบบ่อย ได้แก่ กลัวความปวด กลัวการเสียชีวิต กลัวการได้รับยาสลบ ความกลัวที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นั้นเกิดจากความไม่รู้⁽⁶⁾ อีกทั้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว⁽⁷⁾ ทำให้ความกลัวและวิตกกังวลนี้ กลายเป็นปัจจัยขัดขวางในกระบวนการรับรู้ และการตัดสินใจ ทำให้การทําหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ลดลง ความทนต่อความปวดลดลงจะทำให้มีการใช้ยาระงับปวดจำนวนมากขึ้น ซึ่งความกลัวและวิตกกังวลนั้นมีผลต่อผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ภาวะติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง และกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดหนัก ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในประเทศไทยปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วย 143,153, 150,572 และ 141,600 รายตามลำดับ⁽⁸⁾ ในโรงพยาบาลแพร์ สถิติการผ่าตัดช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 71, 632 และ 789 รายตามลำดับ⁽⁹⁾ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า สถิติการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง

มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นและแนวโน้มในอนาคตจะมีจำนวนผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้น

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) หมายถึง การกลับสู่สภาพปกติของร่างกายภายหลังผ่าตัด โดยผ่านกระบวนการซ่อมแซมหรือการปรับการทำงานที่ด้านกายภาพและสรีรภาพ⁽¹⁰⁾ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องในหลายมิติ ซึ่งครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁽¹¹⁾ วัตถุประสงค์หลักในการดูแลผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีในเวลาที่ยรวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงจะมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ได้กลับบ้านเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลมากขึ้น⁽¹²⁾

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (enhanced recovery after surgery: ERAS) คือ แนวคิดและกระบวนการรักษาทางการแพทย์ เพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วที่สุด โดยกระบวนการ ERAS ที่สมบูรณ์แบบจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่ในช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ที่สุดก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังจากนั้นจึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการในห้องผ่าตัดที่ประกอบไปด้วย ทีมแพทย์ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ช่วยกันทำงานเพื่อให้การผ่าตัดเกิดความบาดเจ็บและเสียเลือดในการผ่าตัดน้อยที่สุด ในขั้นตอนสุดท้าย

จึงเป็นกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยในช่วงหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันดังเดิมได้อย่างรวดเร็ว

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง ในระยะหลังผ่าตัดเป็นกิจกรรมระยะหลังผ่าตัดที่สำคัญต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ การควบคุมความปวดและการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นองค์ประกอบในแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัด⁽¹²⁾

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามบทบาทของพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การจัดการความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดสามารถลดความกลัวและวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลและนำไปปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง สามารถควบคุมความปวดและเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีข้อจำกัดในการดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด ไม่กล้าลุกนั่งและลุกเดินจากเตียง เนื่องจากกลัวปวดแผลผ่าตัด

กลัวแผลผ่าตัดแยก กังวลกับสายและท่อระบายต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงนอนนิ่ง ๆ บนเตียง ไม่ยอมปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันเอง ซึ่งอาจเกิดจาก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่ครอบคลุม รวมถึงไม่มีแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัว หลังผ่าตัดที่ชัดเจน ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยล่าช้าและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะท้องอืด ภาวะปอดอักเสบ ภายหลังผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น

ที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดช่องท้อง มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด แต่ไม่มีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยที่ชัดเจนและครอบคลุม ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ERAS) โดยประยุกต์แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS)⁽¹³⁾ และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายของระบบทางเดินอาหาร ระบบตับและทางเดินน้ำดี ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนสิงหาคม 2566 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G Power โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ (α)=0.8 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน โดยศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนในช่วง เดือนกุมภาพันธ์-เดือนพฤษภาคม แล้วจึงศึกษา ในกลุ่มทดลอง ในช่วงเดือนมิถุนายน-เดือนสิงหาคม โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ ผู้ป่วยชายอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่เข้ารับผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายของระบบทางเดินอาหาร ระบบตับและทางเดินน้ำดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ได้รับ ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และสามารถเข้าร่วมการส่งเสริมการฟื้นตัวตลอด โปรแกรมที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติการคัดออก กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ, กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักและกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ shock หลังผ่าตัด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ หมายเลขรับรอง 06/2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นมาจากแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS)⁽¹²⁾ และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ครอบคลุมข้อมูลการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนขณะ และหลังผ่าตัด รวมถึง การประเมินความปวดและการได้รับการจัดการความปวดตามความเหมาะสม และการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ โดยการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบแผนการให้ความรู้ โดยเป็นเอกสารที่มีคำบรรยายพร้อมรูปภาพประกอบ ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) ซึ่งพัฒนาโดยไมล์มฮันท์และโมโลเน⁽¹³⁾ และแปลเป็นภาษาไทยโดย สิริมนต์ ดำริห์⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วยคำถาม โดยประเมินการฟื้นตัวหลัง

ผ่าตัดครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ (emotional state) 9 ข้อ ความสุขสบายทางกายภาพ (physical comfort) 12 ข้อ การประคับประคองจิตใจ (psychological support) 7 ข้อ ความเป็นอิสระทางกายภาพ (physical independence) 5 ข้อ และความปวด (pain) 7 ข้อ ตัวเลือกในการตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ข้อคำถามแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 ข้อคำถามทางบวก คะแนน 1 หมายถึง ไม่เกิดเลย 5 หมายถึง เกิดตลอดเวลา ข้อคำถามทางลบ คะแนน จะสลับตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 200 คะแนน ค่า หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

- โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องและคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและได้ดำเนินการตามรายละเอียด ดังนี้

ในกลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติ โดยการใช้แผ่นพับเป็นสื่อในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดและการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งแตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล และผู้วิจัย ทำการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 2 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 ในช่วงเช้าวันที่ 1 หลังผ่าตัดและครั้งที่ 2 ช่วงเช้าวันที่ 3 หลังผ่าตัด

ในกลุ่มทดลอง ในวันก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และแนะนำพร้อมทั้งสาธิต การปฏิบัติตัวในการควบคุมความปวดโดยการหายใจ การไออย่างถูกวิธี การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด การออกกำลังกายหลังผ่าตัด ตามแผนการดูแล พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและในช่วงเช้า วันที่ 1 หลังผ่าตัด ทำการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และประเมินสภาพผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมพร้อมทั้งการจัดการความปวด จากนั้นทำกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานของลำไส้โดยเริ่มจากการพลิกตะแคง ลูกนั่งบนเตียงและลุกเดินรอบเตียงโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องได้รับการควบคุมความปวดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ทำกิจกรรมควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด ในช่วงเช้าและช่วงบ่าย ในช่วงเช้าวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูลคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) พบข้อมูลมีการแจกแจง

แบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

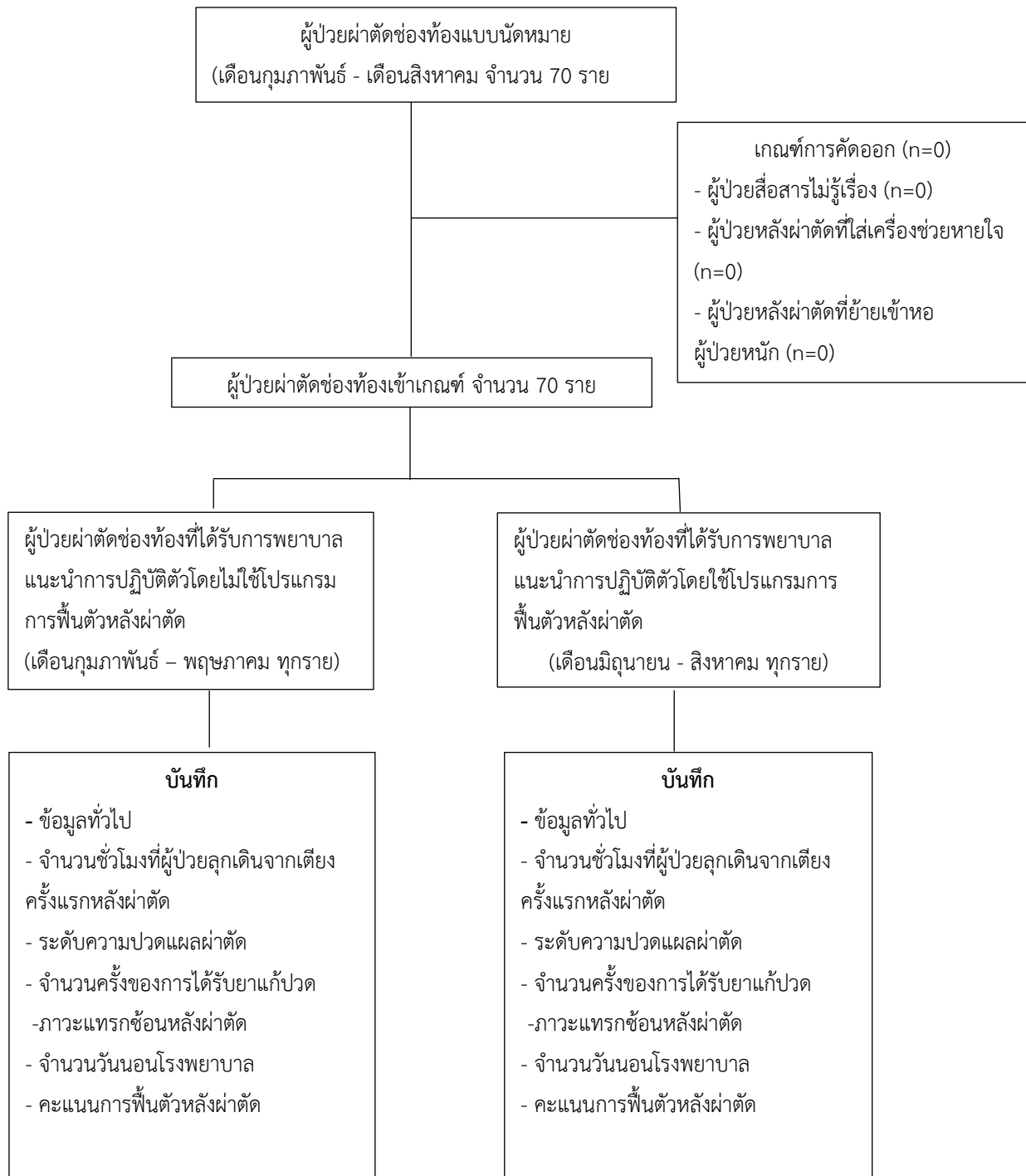
จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 35 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.30 และ 45.70 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.3 และ 57.1 ตามลำดับ การประกอบอาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมา อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.6 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 31.4 รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.3

ด้านประวัติโรคประจำตัว พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ปฏิเสธโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 54.3 และ 77.1 ตามลำดับ และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22.9 และ 17.1 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมพบโรคประจำตัวอื่น ๆ คือ โรคไตวาย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ด้านชนิดการผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 62.9 ตามลำดับ รองลงมาคือ การผ่าตัดตับและทางเดินน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 34.3 และ 28.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง ในด้านอายุ ระดับการศึกษา

ประวัติโรคประจำตัว ชนิดและตำแหน่งการผ่าตัด
ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Study Flow



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง n=35, กลุ่มควบคุม n=35)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)^a					
15-39	2	5.7	0	0.0	0.470
40-49	2	5.7	4	11.4	
50-59	5	14.3	9	25.7	
60-69	19	54.3	16	45.7	
>70	7	20.0	6	17.1	
	$\bar{X} = 60.86, S.D. = 12.95$		$\bar{X} = 62.23, S.D. = 8.56$		
ระดับการศึกษา^a					
ประถม	26	74.3	20	57.1	0.101
มัธยม	8	22.9	11	31.4	
อนุปริญญา	1	2.9	2	5.7	
ปริญญาตรี	0	0.0	2	5.7	
อาชีพ^b					
รับจ้าง	15	42.9	5	14.3	0.016
เกษตรกร	10	28.6	11	31.4	
ค้าขาย	0	0.0	4	11.4	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.0	0	0.0	
ไม่ได้ทำงาน	10	28.6	15	42.9	
ประวัติโรคประจำตัว^b					
ปฏิเสธโรคประจำตัว	19	54.3	27	77.1	0.162
เบาหวาน	8	22.9	0	0.0	
ความดันโลหิตสูง	8	22.9	6	17.1	
ไตวาย	0	0.0	1	2.9	
หัวใจ	0	0.0	1	2.9	
ชนิดการผ่าตัด^b					
การผ่าตัดลำไส้ใหญ่	20	57.1	22	62.9	0.666
การผ่าตัดกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก	3	8.6	3	8.6	
การผ่าตัดตับและ ทางเดินน้ำดี	12	34.3	10	28.5	

หมายเหตุ a : สถิติ Mann-Whitney U test B : สถิติ Fisher's Exact Test

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่สามารถลุกจากเตียงได้ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่สามารถลุกจากเตียงได้ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ระดับความปวดหลังการผ่าตัดในวันที่ 1 พบว่า ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 รองลงมา มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา มีความปวดระดับน้อย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับความปวดหลังการผ่าตัดในวันที่ 3 พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความปวด

อยู่ในระดับน้อย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 รองลงมา มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 รองลงมา มีความปวดอยู่ในระดับน้อยจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1

จำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดชนิดฉีด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับยาฉีดจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.6 และ 60.0 ตามลำดับ

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 65.7 ตามลำดับ และจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 50.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง

ลักษณะ	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=35)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยลุกจากเตียง					
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	32	91.4	7	20.0	<0.001
ภายใน 24-48 ชั่วโมง	3	8.6	26	74.3	
มากกว่า 48 ชั่วโมง	0	0.0	2	5.7	
ระดับความปวด Day1					
ระดับน้อย (1-3 คะแนน)	23	65.7	14	40.0	<0.001
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	11	31.4	21	60.0	
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	1	2.9	0	0.0	
ระดับความปวด Day 3					
ระดับน้อย (1-3 คะแนน)	30	85.7	6	17.1	<0.001
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	5	14.3	29	82.9	
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	0	0.0	0	0.0	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=35)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการได้รับ					
ยาระงับปวดชนิดฉีด					
0 ครั้ง	8	22.8	2	5.7	0.003
1 ครั้ง	24	68.6	21	60.0	
2 ครั้ง	3	8.6	11	31.4	
3 ครั้ง	0	0.0	1	2.9	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด					
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	32	91.4	23	65.7	0.008
1 อย่าง	3	8.6	10	28.6	
2 อย่าง	0	0.0	2	5.7	
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล					
≤3 วัน	0	0.0	0	0.0	<0.001
4-7 วัน	28	80.0	18	51.3	
≥7 วัน	7	20.0	17	48.7	

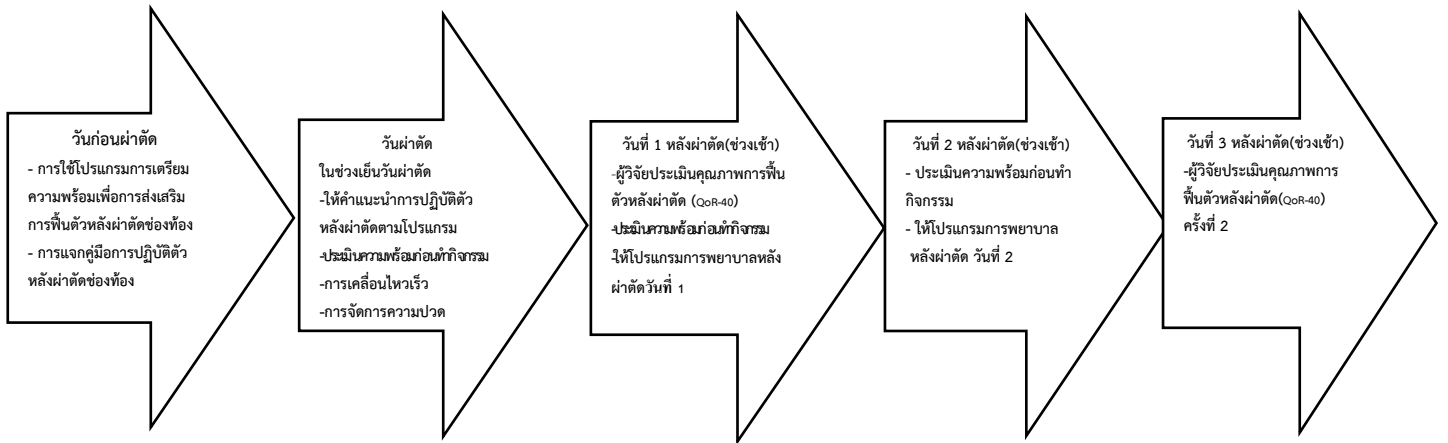
ในกลุ่มทดลองที่สามารถลุกจากเตียงได้ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 91.4 และมีผู้ป่วยที่สามารถลุกจากเตียงได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 8.6 และจากผลการศึกษานอนพักที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ระหว่าง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 80 นอนพักที่โรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 20 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.29 วัน ส่วนข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่ามีผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ระหว่าง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 51.3 นอนพัก ที่โรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 48.7 วันนอนเฉลี่ย 7.66 วัน จะเห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริม การ

ฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาแบบวิเคราะห์ อภิमानแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (enhanced recovery pathway: ERP)⁽¹²⁾ พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จะสามารถช่วยลดจำนวนวันนอนได้ถึง 2.5 วันนอน (95% CI, -3.92-1.11) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จากผลการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คือ ความปวด คิดเป็นร้อยละ 82 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁸⁾ โดยจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า

ระดับความปวดหลังการผ่าตัดในวันที่ 1 ในกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 65.7 มีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 31.4 และระดับมาก (7-10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 2.9 ส่วนระดับความปวดหลังการผ่าตัด ในวันที่ 3 พบว่าใน

กลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) คิดเป็น ร้อยละ 85.7 และมีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ร้อยละ 14

จากการศึกษา สามารถสรุปโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง เป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้โปรแกรมเดียวกัน การศึกษาจะได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม

แนวทางในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

การใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลอง มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ จึงสมควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ในโรงพยาบาลแพร่ เพื่อเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. สัญญา โพธิ์งาม, มนพร ชาติชานี. การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับความปวดจำนวน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3(3):49-63.
2. นลินทิพย์ ลิมล่อมวงศ์. ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2560;31(4):633-40.
3. ปวงกมล กฤษณบุตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

- ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27(1):39-48.
4. เพิ่มเพ็ญ น้อยต๋น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
 5. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strick P. Patterns of anxiety In woman undergo inggynaceco logical surgery. J Clin Nurs 2006;15(3):341-52. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x.
 6. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. J Clin Nurs 2003;12(6):806-15. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00812.x.
 7. Girard NJ. Clients having surgery. In JM Blackamp, JH Hawks (Eds.). Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes. Singapore: Elsevier; 2008.
 8. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปข้อมูลการประกอบราชการ ปี 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://cmi.healtharea.net/site/index>.
 9. โรงพยาบาลแพร่. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ปี 2563-2565.แพร่: กลุ่มงานเวชสาร โรงพยาบาลแพร่; 2566.
 10. Keane M. Encyclopedia & dictionary of medicine, nursing allied health. 5th ed. Philadelphia, W.B.: Saunders; 1992.
 11. Lawrence VA, Hazuda HP, Comell JE, Pederson T, Bradshaw TP, Mulrow CD & et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. J Am Coll Surg 2004;199(5): 762-72.doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.05.280.
 12. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. Surgery 2011;149(6):830-40.
 13. Myles PS, Hunt JO, Moloney JT. Postoperative minor complication comparison between men and woman. Anesthesia 1997;52(4),300-6.
 14. สิริมนต์ ดำริห์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แบบฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 15. สราวุฒิ สีถาน ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ 2559;20(40):101-13.
 16. Lim L, Chow P, Wong CY, Chung A, Chan YH, Wong WK, et al. Doctor-patient communication knowledge and question prompts in reducing re

- operative anxiety-A randomized control study. *Asian J Surg* 2011;34(4):175-80. doi:10.1016 / j.asisur. 2011.11.002
17. Wang G, Jiang ZW, Xu J, Gong JF, Bao Y, Xie LF, et al. Fast-track rehabilitation program vs conventional care after colorectal resection: A randomized clinicaltrial. *World J Gastroenterol* 2011;17(5):671-67.
18. Robleda G, Roche-Campo F, Sánchez V, Gich I, Baños JE. Postoperative discomfort after abdominal surgery: An observational study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2014;30(4): 272-9. doi:10.1016/j.jpnan.2014.06. 005.