

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึกต่อความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่

อรรณพ รัตนประภาภรณ์ พย.ม.¹, จุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์ พย.ม.²

รับบทความ: 2 ธันวาคม 2568

ปรับแก้บทความ: 28 เมษายน 2569

ตอบรับบทความ: 14 พฤษภาคม 2569

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การผ่าตัดเปิดช่องท้องภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจและทางเดินอาหาร ทำให้วันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โรงพยาบาลแพร่ยังขาดการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการระงับความรู้สึกอย่างเป็นระบบ การประยุกต์กรอบแนวคิดของคิง (King) ร่วมกับแนวทาง Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนลง
- วัตถุประสงค์:** ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่
- วิธีการศึกษา:** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาจากทฤษฎีของคิง ร่วมกับแนวทาง ERAS กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมฯ 2) แบบประเมินความรู้ 3) แบบสังเกตพฤติกรรม การดูแลตนเอง และ 4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา Fisher Exact Test, Chi-square test, Wilcoxon Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U Test
- ผลการศึกษา:** 1) กลุ่มทดลองมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนลำไส้หยุดทำงานมีแนวโน้มน้อยกว่าแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
- สรุป:** โปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถในการฟื้นฟู ลดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ และลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- คำสำคัญ:** โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

¹กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่

**The effectiveness of a pre- and post-anesthesia preparation program
on knowledge, ability to perform rehabilitation activities, complications,
and length of stay after open abdominal surgery, Anesthesia Department,
Phrae Hospital**

Unnop Rattanaprapaporn M.N.¹, Chulawaree Chaiwongnakkapun M.N.²

Received: December 2, 2025

Revised: April 28, 2026

Accepted: May 14, 2026

Abstract

Background: Phrae Hospital still lacks systematic preparation for patients undergoing open abdominal surgery. Therefore, we have applied King's conceptual framework and ERAS patient care guidelines to promote knowledge and skills in performing rehabilitation activities, reduce the incidence of complications, and decrease length of stay. This effectively improves the quality of nursing care.

Objective: Study of the effectiveness of the program on knowledge, ability to perform rehabilitation activities, complications, and length of stay in patients after open abdominal surgery in the Department of Anesthesia, Phrae Hospital.

Study design: This was a quasi-experimental study. The sample was divided into a control group and an experimental group, with 30 participants in each group. The research instruments included: 1) program manual, 2) video clips, 3) knowledge assessment forms, and 4) self-care behavior observation forms, complication assessment forms, and length of stay assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher Exact, Chi-square test, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann-Whitney U Test.

Result: It was found that: 1) the experimental group had better knowledge about postoperative self-care than the control group. 2) the experimental group had better ability to perform postoperative rehabilitation activities than the control group. 3) the experimental group had fewer complications of pneumonia than the control group. The complications of intestinal insufficiency were less frequent than those in the control group, but tended to be less frequent. 4) the experimental group had shorten length of stay than the control group.

Conclusion: The program can help increase knowledge and ability to perform rehabilitation activities, reduce complications, and shorten length of stay, thereby improving the quality of nursing care.

Keywords: a pre- and post-anesthesia preparation program, ability to perform rehabilitation activities, postoperative complications, length of stay, postoperative patients

¹Anesthesia Department, Phrae Hospital

²Boromarajonani College of Nursing, Phrae

บทนำ

ในปัจจุบันการรักษาโรคในช่องท้องมี 2 วิธี โดยวิธีแรกคือ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Open Surgery) เพื่อให้สามารถเข้าถึงอวัยวะภายในได้โดยตรง ข้อดีคือ เข้าถึงอวัยวะได้ง่ายเหมาะสำหรับกรณีซับซ้อน ข้อเสียคือ แผลมีขนาดใหญ่ เสียเลือดมากกว่า พื้นที่ผ่าตัดต้องพักฟื้นในโรงพยาบาล 7-14 วัน เจ็บปวดมากกว่า มีโอกาสเกิดพังผืดหลังผ่าตัดได้มาก และวิธีที่สองคือ การผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopic Surgery) เป็นเทคนิคที่ใช้กล้องและเครื่องมือผ่าตัดขนาดเล็กสอดเข้าไปในร่างกาย และใช้เครื่องมือพิเศษทำการผ่าตัด ข้อดีคือ แผลเล็ก เจ็บน้อย ขนาดแผลเล็ก (3-4 รู) เสียเลือดเล็กน้อย พื้นที่ผ่าตัดใช้เวลาพักฟื้นเพียง 2 ถึง 5 วัน ลดโอกาสเกิดพังผืด การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เป็นวิธีการรักษาโรคในช่องท้องที่ช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถเข้าถึงอวัยวะภายในได้โดยตรง เหมาะสำหรับกรณีที่มีความซับซ้อน อย่างไรก็ตามการผ่าตัดชนิดนี้ต้องใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) มีระยะเวลาผ่าตัดนาน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยจะมีการปวดแผลผ่าตัดอย่างรุนแรง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงภายหลังการผ่าตัด มีภาวะท้องอืดแน่น คลื่นไส้อาเจียน รู้สึกไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะภาวะลำไส้อุดตันจากภาวะพังผืดเกาะยึดรั้งในอวัยวะในช่องท้องได้สูงกว่าการผ่าตัดในส่วนอื่น ปัญหาในระบบการหายใจ เช่น ปอดขยายตัวได้น้อยลง เกิดภาวะปอดแฟบ และ ปอดอักเสบ โดยมีรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถขจัดสารคัดหลั่งลดลงความสามารถในการไออย่างมีประสิทธิภาพ จึงลดลงด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) อีกทั้งการคั่งค้างของเสมหะยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดอักเสบ⁽¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ด้านจิตใจผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้ไม่พร้อมในการรับการผ่าตัดหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต

ได้⁽²⁾ และด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยสูญเสียรายได้ ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น⁽³⁾

จากสถิติของโรงพยาบาลแพร่ ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด จำนวน 490, 399 และ 486 ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการผ่าตัดซ้ำด้วยภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืดเกาะยึดในอวัยวะในช่องท้อง จำนวน 15, 19 และ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.06, 4.76 และ 4.73 ตามลำดับ ทำให้มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 12.75, 11.10 และ 11.38 วัน และยังพบสถิติการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะลำไส้อุดตันจากภาวะพังผืดเกาะยึดรั้งในอวัยวะในช่องท้องภายใน 28 วัน จำนวน 10, 6, และ 9 ราย ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์โดยตรงกับการระงับความรู้สึกและความสามารถในการฟื้นฟูตนเองหลังการผ่าตัดยังไม่เพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การนำกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายตามแนวคิดของคิง (King)⁽⁵⁾ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดได้ ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำดังกล่าว การพยาบาลในทฤษฎีนี้หัวใจสำคัญ คือ การมุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 3 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย 1) ระบบบุคคล (Personal System) 2) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และ 3) ระบบสังคม (Social System) ความสัมพันธ์ของ 3 ระบบนี้ จะนำมาสู่ทฤษฎีของการบรรลุเป้าหมาย (Theory of goal attainment โดยคิง) เชื่อว่า การบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและพยาบาลจะทำให้ทั้งสองฝ่ายพึงพอใจและส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเร่งฟื้นฟูปัญหา (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

เน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เพื่อเร่งการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ปอดและระบบทางเดินอาหารทำงานได้ดีขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล⁽⁶⁾ ที่ผ่านมามีการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด แต่โปรแกรมดังกล่าวออกแบบโดยทีมสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว ขาดการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ส่วนในการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง ดังการศึกษาของอรรธรณ หลงเวช และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงร่วมกับ ERAS พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ มินแทน⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตีกัลยกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ ที่ใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลการปฏิสัมพันธ์ของคิง ร่วมกับการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโดยเร็ว (ERAS) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีภาวะแทรกซ้อนและวันนอนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลแพร่ เป็นโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง แต่ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องอย่างเป็นระบบ จากปัญหาดังกล่าว ในฐานที่ผู้วิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการระงับความรู้สึก รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้

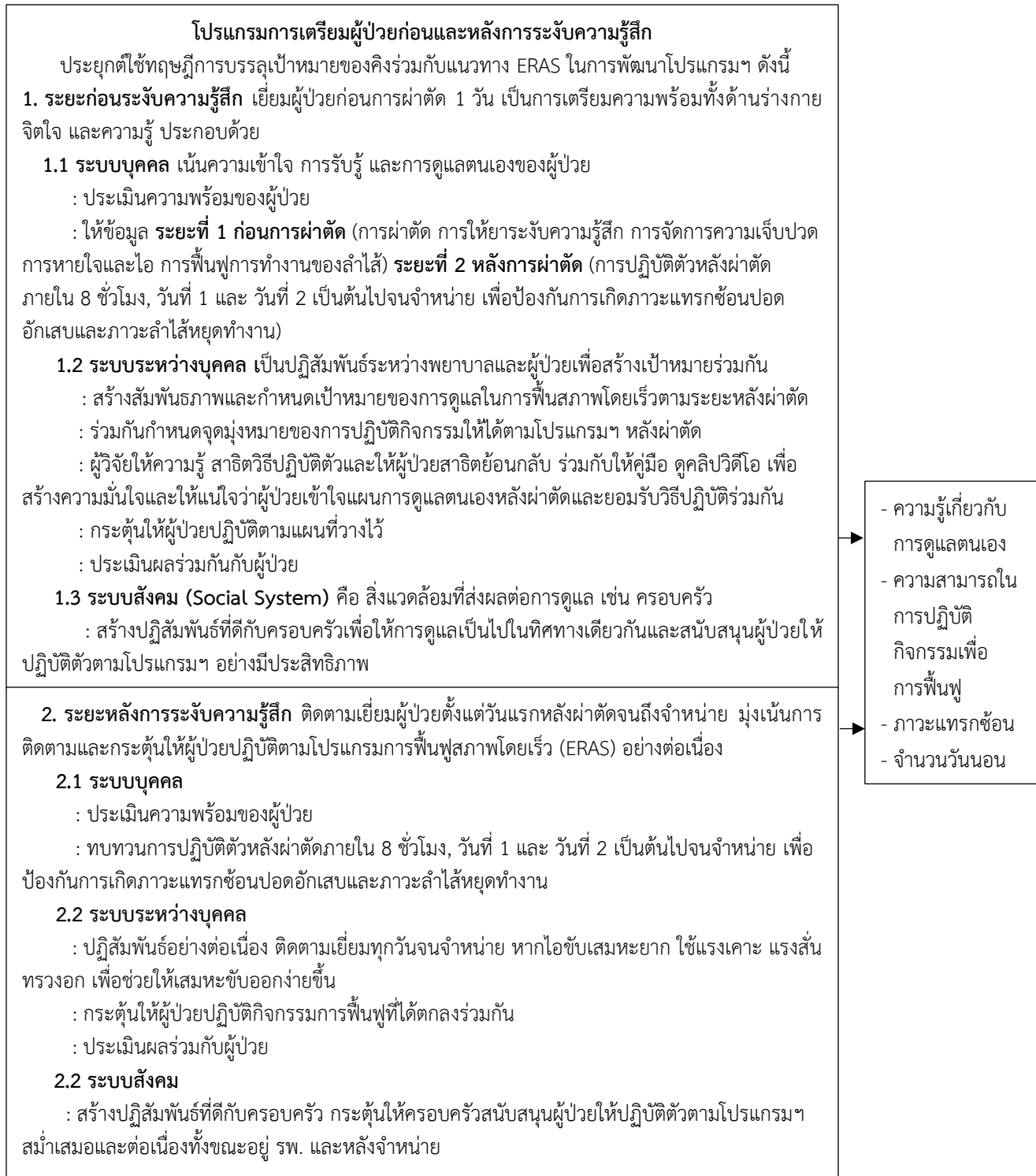
ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์กรอบแนวคิดของคิงร่วมกับแนวทาง ERAS ในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพร่วมกัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลปกติ
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลปกติ
4. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีจำนวนวันนอนน้อยกว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาจากทฤษฎีของคิงร่วมกับแนวทาง ERAS กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จำนวนวันนอน ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลปกติเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง กลุ่มงานการพยาบาล วิสัญญี โรงพยาบาลแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยนิเวศ โรงพยาบาลแพร่ พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยนิเวศ โรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power (โปรแกรมเวอร์ชัน 3.1.9.7) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Analysis) เท่ากับ .80 และ Effect Size เท่ากับ .70⁽⁸⁾ แบบ t-test ในการทดสอบแบบ One Tail ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 15 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างหากมีการถอนตัวระหว่างการทดลอง⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้น

สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องที่ต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป 3) มีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนการผ่าตัด 4) ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 5) มีสติสัมปชัญญะดีสามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน และฟัง ภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวก่อนผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตอ่อนแรง เป็นต้น 2) หลังผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากสาเหตุต่าง ๆ หรือมีอาการไม่คงที่ 3) มีข้อห้ามเกี่ยวกับการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวหรือลุกเดินหลังผ่าตัด และ 4) ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วยระยะที่ 1 ก่อนได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และระยะที่ 2 หลังได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลการปฏิสัมพันธ์ของคิง (King)⁽⁵⁾ และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว (ERAS) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความหมายของการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ ความสำคัญ ประโยชน์ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การเตรียมตัวก่อนได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ขั้นตอนและลำดับการดูแล ที่จะได้รับก่อนการระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังการได้รับความรู้สึก การปฏิบัติตัวหลังการ

ระงับความรู้สึก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ปอดอักเสบและภาวะลำไส้หยุดทำงาน

1.2 คลิปวิดีโอ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจาก
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย เนื้อหาประกอบด้วย
ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความหมาย
ของการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ ความสำคัญ ประโยชน์ และ
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ภายหลังการผ่าตัดแบบ
เปิดช่องท้อง การเตรียมตัวก่อนได้รับการผ่าตัดแบบ
เปิดช่องท้อง ขั้นตอนและลำดับการดูแลที่จะได้รับ
ก่อนการระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก
และหลังการได้รับความรู้สึก การปฏิบัติตัวหลังการระงับ
ความรู้สึก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความยาว
ประมาณ 10 นาที

โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมี
แบบแผน คลิปวิดีโอ และคู่มือโปรแกรมฯ ไปตรวจสอบ
กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิสัญญี 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิสัญญีผู้เชี่ยวชาญ
1 ท่าน นักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และ
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลศัลยกรรม 1 ท่าน
ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ .91

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบ
บันทึกข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเตรียม
ผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก กลุ่มงาน
การพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่ ประกอบด้วย
การเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวเพื่อ
การฟื้นฟูลงหลังผ่าตัด ลักษณะคำถามเป็นแบบ เลือกตอบ
จำนวน 16 ข้อ ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้
0 คะแนน นำคะแนนมารวมเพื่อจัดระดับความรู้ โดย
ใช้เกณฑ์ การวัดแบบอ้างอิงเกณฑ์ ได้ ดังนี้

13-16 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการ
เตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดระดับสูง

10-12 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการ
เตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดระดับปานกลาง

0-9 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการ
เตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแล
ตนเอง แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย
ปอดอักเสบและลำไส้หยุดทำงาน และแบบประเมิน
จำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
โดยผู้วิจัยได้กำหนดพฤติกรรมเพื่อการฟื้นฟู โดย
การบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมใน
การฟื้นฟุนั้น ประกอบด้วย การหายใจเข้าลึกโดยใช้
กระบังลมและการไอ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง
ข้างเตียง การนั่งเก้าอี้ การเดินไปห้องน้ำ และการเดิน
ในหอผู้ป่วย

ผู้วิจัยนำผู้วิจัยแบบประเมินส่วนที่ 2 และ 3
ไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิสัญญี 1 ท่าน แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิสัญญี
ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน
และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลศัลยกรรม 1 ท่าน
ค่า IOC เท่ากับ .84 และ .89 ตามลำดับ

ผู้วิจัยแบบประเมินส่วนที่ 2 และ 3 ไปทดลอง
ใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30
ราย และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์
แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดย
ค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ
วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1.1 ก่อนดำเนินการโปรแกรมฯ ผู้วิจัยทำการ
ประชุมและซักซ้อมความเข้าใจ ชี้แจงรายละเอียด
กิจกรรม เนื้อหาวัตถุประสงค์ รูปแบบวิธีการ รวมทั้ง
การติดตามประเมินผลหลังกิจกรรมพยาบาลทุกคนที่

ปฏิบัติงานในตึกศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย และ
นรีเวชกรรม

1.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนิน
โปรแกรมฯ โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเตรียม
ตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก การผ่าตัดแบบ
เปิดหน้าท้อง

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ได้รับการพยาบาลตามปกติ
ประกอบด้วย การให้คำแนะนำทั่วไปก่อนผ่าตัดและ
หลังผ่าตัดตามมาตรฐานของหน่วยงาน

2.1.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม
ก่อนเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการ
ปนเปื้อนของข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบการเตรียม
ผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

2.2 กลุ่มทดลองให้ผู้ป่วยตอบแบบการ
เตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก จากนั้น
ดำเนินการตามกิจกรรมตามระยะ ดังนี้

ระยะ	กิจกรรม
ระยะที่ 1 ก่อนการระงับ ความรู้สึก (ดำเนินการก่อน ผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 45-60 นาที)	1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินความพร้อมผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูกับผู้ป่วย ได้แก่ - ภายใน 4 ชม.แรกหลังผ่าตัดหายใจลึก พลิกตะแคงตัว อย่างน้อย 10 ครั้ง/ชม. - ภายใน 8 ชม.แรกหลังผ่าตัด ลูกนั่งข้างเตียง ครั้งละ 15-30 นาที - วันที่ 1 หลังผ่าตัด นั่งเก้าอี้ วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที และเริ่มเดินในหอผู้ป่วย - ระยะสั้น 10-20 เมตร - วันที่ 2 หลังผ่าตัดเป็นต้นไป เดินเพิ่มขึ้น วันละ 3 เวลา ครั้งละ 20-30 นาที หรือระยะทาง 50-200 เมตร 3. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้คู่มือและคลิปวิดีโอ เนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การฝึกหายใจลึกด้วยกระบังลม การไอ การพลิกตะแคง การลูกนั่ง การเดิน 4. ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติตัว และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ เพื่อความมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและ สามารถปฏิบัติได้ 5. ผู้วิจัยให้คู่มือและคลิปวิดีโอแก่ผู้ป่วยเพื่อทบทวนใช้ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัว 6. ผู้วิจัยสร้างกระตุ้นให้ครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ
ระยะที่ 2 หลังการระงับ ความรู้สึก (ดำเนินการหลัง ผ่าตัด 1 วัน จนจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)	1. ผู้วิจัยประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเวียน คลื่นไส้อาเจียน ประเมินและจัดการอาการ ปวด กระตุ้นการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามระยะเวลา (pain score≤5) ดังนี้ 1.1 ภายใน 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หายใจเข้าลึก พลิกตะแคงตัว อย่างน้อย 10 ครั้งต่อชั่วโมง และ ลูกนั่งข้างเตียง ครั้งละ 15-30 นาที 1.2 วันที่ 1 หลังผ่าตัด ให้นั่งเก้าอี้ วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที และเริ่มเดินในหอ ผู้ป่วยระยะสั้น 10-20 เมตร 1.3 วันที่ 2 หลังผ่าตัดเป็นต้นไป กระตุ้นให้เดินเพิ่มขึ้น วันละ 3 เวลา ครั้งละ 20-30 นาที หรือระยะทาง 50-200 เมตร 2. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทุกวันจนกระทั่งจำหน่าย หากผู้ป่วยไอขับเสมหะยาก ใช้แรงเคาะ แรงสั่น ทรวงอก เพื่อช่วยกำจัดเสมหะภายในระบบทางเดินหายใจให้ขับออกง่ายขึ้น และกระตุ้นการ ปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอ 3. ผู้วิจัยประเมินผลร่วมกับผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการหลังการทดลอง

ผู้วิจัยทำการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยประเมิน ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะลำไส้หยุดทำงาน และจำนวนวันนอน

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ได้นำแบบสอบถามมาตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยใช้สถิติบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher Exact Test และ Chi-square test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการตรวจสอบข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 041/2568 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วนและครอบคลุม ในเรื่องวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการ และระยะเวลาที่

ใช้ในการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมวิจัยในระหว่างร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.33 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ย 54.77 ปี (SD=16.22) การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.67 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.33 และส่วนมากได้รับการผ่าตัดลำไส้ ร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 26.67 มีอายุเฉลี่ย 55.27 ปี (SD=15.29) ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 ส่วนมากประกอบอาชีพ รับจ้างและลูกจ้าง ร้อยละ 26.67 และส่วนมากได้รับการผ่าตัดลำไส้ ร้อยละ 43.33 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Chi-square test และ Fisher's exact test ด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านเพศ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
เพศ					.038 ^a
ชาย	19	63.33	10	33.33	
หญิง	11	36.67	20	66.67	
อายุ (ปี)					.769 ^a
21-30	4	13.34	5	16.67	
31-40	6	20.00	8	26.66	
41-50	3	10.00	5	16.67	
51-60	7	23.33	5	16.67	
61-70	10	33.33	7	23.33	
	Mean=54.77 (SD=16.22)		Mean=55.27 (SD=15.29)		
	Range= 23-65		Range= 28-64		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	2	6.66	0	0.00	.271 ^a
ประถมศึกษา	9	30.00	10	33.33	
มัธยมศึกษา	3	10.00	5	16.67	
อนุปริญญา	5	16.67	9	30.00	
ปริญญาตรี	11	36.67	6	20.00	
อาชีพ					
เกษตรกร	7	23.33	7	23.33	.500 ^b
ค้าขาย	6	20.00	6	20.00	
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	1	3.33	1	3.33	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	23.33	6	20.00	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	3	10.00	8	26.67	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.00	2	6.67	
อวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด					
ลำไส้	10	33.33	13	43.33	.812 ^b
มดลูกและรังไข่	9	30.00	10	33.33	
กระเพาะอาหาร	7	23.33	4	13.33	
ตับ	2	6.67	2	6.67	
ม้าม	1	3.33	1	3.33	
ถุงน้ำดี	1	3.33	0	0.00	

p<.05

^a Chi-square test^b Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัว

ไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	Median (IQR)	Z-test	p-value
ระหว่างกลุ่ม			
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ			
กลุ่มควบคุม (n=30)	8.00 (2.00)	0.00	1.00 ^a
กลุ่มทดลอง (n=30)	8.00 (2.00)		
หลังได้รับโปรแกรมฯ			
กลุ่มควบคุม (n=30)	10.00 (2.00)	-6.206	<.001 ^b
กลุ่มทดลอง (n=30)	16.00 (0.00)		
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (n=30)	8.00 (2.00)	-4.278	<.001 ^b
หลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)	16.00 (0.00)		

$p<.05$

^a Mann-Whitney U test

^b Wilcoxon Signed-Rank Test

3. เปรียบเทียบความสามารถระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองในการปฏิบัติกิจกรรมพลิกตะแคงตัว นั่งข้างเตียง เดินไปเข้าห้องน้ำ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบกิจกรรมนั่งเก้าอี้และเดินไปหน้าหอผู้ป่วย ด้วยสถิติ Independent sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ พบว่ากลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมฯ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพลิกตะแคงตัว นั่งข้างเตียง เดินไปเข้าห้องน้ำ นั่งเก้าอี้ และเดินไปหน้าหอผู้ป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองในการปฏิบัติกิจกรรมพลิกตะแคงตัว นั่งข้างเตียง เดินไปเข้าห้องน้ำ นั่งเก้าอี้ และเดินไปหน้าหอผู้ป่วย

กิจกรรม	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	Z-test	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
พลิกตะแคงตัว	6.00 (8.00)	6.00 (1.00)	-2.937	.003 ^a
นั่งข้างเตียง	32.00 (16.50)	26.00 (10.50)	-2.546	.011 ^a
เดินไปเข้าห้องน้ำ	60.00 (33.00)	42.00 (18.50)	-2.59	.009 ^a
	Mean (SD)	Mean (SD)	t-test	p-value
นั่งเก้าอี้	41.47 (11.21)	33.40 (8.66)	2.34	.011 ^b
เดินไปหน้าหอผู้ป่วย	72.17 (23.18)	60.73 (18.01)	2.92	.019 ^b

p<.05

^a Mann-Whitney U test

^b Independent sample t-test

4. เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ด้วย Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบน้อยกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ส่วนภาวะลำไส้หยุดทำงานมีแนวโน้มเกิดน้อยกว่า แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)	
ปอดอักเสบ	7 (23.33)	23 (76.67)	0 (0.00)	30 (100.00)	.005 ^b
ลำไส้หยุดทำงาน	12 (40.00)	18 (60.00)	8 (26.64)	22 (73.33)	.206 ^a

p<.05

^a Chi-square test

^b Fisher's exact test

5. เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ พบว่ากลุ่มทดลองหลัง

ได้รับโปรแกรมฯ มีจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

วันนอน	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	Z-test	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
หลังได้รับโปรแกรมฯ	8.50 (8.25)	5.00 (4.25)	-3.71	< .001

p<.05

วิจารณ์

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ได้รับคำแนะนำทั่วไป ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดตามมาตรฐานของหน่วยงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเกิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายตามแนวคิดของคิง (King) ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ โดยมีขั้นตอนสำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารเป้าหมาย การดูแลร่วมกัน การให้ความรู้ผ่านคู่มือและคลิปวิดีโอ การสาธิตและให้ผู้ป่วยสาธิตกลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและลึกซึ้งมากกว่าการได้รับคำแนะนำตามปกติ กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง นำไปสู่การรับรู้และความเข้าใจที่ตรงกับเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันกับพยาบาล ผู้ป่วยยังได้มีการปฏิบัติด้วยตนเองโดยมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงคอยเสริมความมั่นใจ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตั้งแต่ก่อนผ่าตัด มีการประเมินผลร่วมกัน จากกระบวนการดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องครอบคลุมและตรงกับเป้าหมายที่ตกลงไว้ร่วมกับผู้วิจัยว่าช่วงเวลาใดจะต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้บ้าง สอดคล้องกับอรรถวรรณ หลงเวช และคณะ⁽⁷⁾ ที่ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายตามแนวคิดของคิง พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงที่สุดในระยะก่อนผ่าตัด และลดลงต่ำสุดในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มทดลองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเริ่มดีขึ้นในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับฉวีวรรณ มินเทน⁽⁸⁾ ที่ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายตามแนวคิดของคิงเช่นกัน พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดการผ่าตัดช่องเปิดท้อง เท่ากับ 10.90 (S.D.=3.65) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดการผ่าตัดช่องเปิดท้อง เท่ากับ 14.86 (S.D.=2.59) และพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดการผ่าตัดช่องเปิดท้องค่าเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทุกประเภท ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การนั่งข้างเตียง การเดินไปห้องน้ำ การนั่งเก้าอี้ และการเดินในหอผู้ป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และได้ฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การแนะนำและกระตุ้นอย่างใกล้ชิดจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการติดตามด้วยตนเอง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงจำหน่าย มีการประเมินความพร้อม จัดการอาการปวด และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง เช่น การพลิกตะแคงตัวภายใน 4 ชั่วโมงแรกหลังฟื้นตัว การลุกนั่งข้างเตียงภายใน 8 ชั่วโมงแรก และการเดินเพิ่มขึ้นตามระยะทางที่กำหนดในคู่มือ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของ ERAS ที่เน้นการเคลื่อนไหวเร็วเพื่อเร่งฟื้นตัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ มินเทน⁽⁸⁾ ที่ได้จัดทำโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตามกรอบแนวคิดของคิง และ ERAS มีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยเร็ว และมีการติดตามประเมินร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการพลิกตะแคงตัว นั่งข้างเตียง นั่งเก้าอี้ เดินไปเข้าห้องน้ำ และเดินไปหน้าหอผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนภาวะลำไส้หยุดทำงานมีแนวโน้มน้อยกว่าแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของภาวะปอดอักเสบ อาจอธิบายได้จากโปรแกรมฯ ที่เน้นการฝึกหายใจลึก ด้วยกระบังลม เริ่มภายใน 4 ชั่วโมงแรกหลังถอดท่อช่วยหายใจออกโดยทำซ้ำอย่างน้อย 10 ครั้งต่อชุด ทุกชั่วโมงที่ตื่น โดยมีเป้าหมายให้ถึง 100 ครั้งต่อวัน การไออย่างมีประสิทธิภาพและการให้การพยาบาลด้วยการใช้แรงเคาะ แร้งสัน เพื่อช่วยกำจัดสารคัดหลั่ง ภายในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถไอ ขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียาภรณ์ สองศรี และศศิภา บุรณพันธ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การฝึกกล้ามเนื้อหายใจเข้าช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และช่วยภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจภายหลังการผ่าตัดได้ สำหรับภาวะลำไส้หยุดทำงาน แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p=.206$) แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเกิดน้อยกว่า การที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มเป็นการผ่าตัดลำไส้และกระเพาะอาหารที่เป็นการผ่าตัดโดยตรงต่อระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและการบวมของเนื้อเยื่อลำไส้ได้มากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น นอกจากนี้ ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ก็ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้เช่นกัน แนวโน้มที่ลดลงในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวตั้งแต่ระยะแรก เช่น การพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง การลุกนั่งข้างเตียง และการเดินตั้งแต่หลังผ่าตัดในวันแรกตามโปรแกรมฯ อาจช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้เกิดขึ้นเร็วขึ้น ส่งผลให้อาการท้องอืดและภาวะลำไส้หยุดทำงานลดลงได้

4. กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูได้เร็วขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยพร คำมอญ และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่าการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง สามารถลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สโรชา สุภาธาด⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการใช้ ERAS protocol ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดหน้าท้อง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง ช่วยลดวันนอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึกแบบเปิดช่องท้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบหลังการผ่าตัด และลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยได้ เป็นการยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรกำหนดให้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติมาตรฐานในผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลแพร่ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยทุกกลุ่มได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

1.2 ควรผลักดันให้มีการบูรณาการโปรแกรมฯ เข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเร่งฟื้นฟู

หลังผ่าตัด (ERAS) โรงพยาบาลแพร่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ก่อนดำเนินโปรแกรมฯ ควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน และอาการวิงเวียน หลังการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนได้อย่างปลอดภัย

2.2 ควรติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการฟื้นฟู

2.3 ควรบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมและภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์อื่นนอกจากการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เช่น ภาวะโภชนาการ ภาวะโรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาของการให้การระงับความรู้สึก เป็นต้น

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อการฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ในระยะยาว

3. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิตาภา อิศรไกรศีล. แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด. *Journal of Medical Bioscience* 2565;4(1):25-35.

2. วลัยพร คำมอญ, กนกพร สุคำวัง, โรจน์จินตนาวัฒน์. ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2557;41(2):83-96.
3. สายพิน บัวสระ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดนิวในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดี. *Singburi Hospital Journal* 2565;31(1):157-68.
4. โรงพยาบาลแพร่. ข้อมูลหน่วยงาน. แพร่: ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลแพร่; 2568.
5. King IM. The theory of goal attainment in research and practice. *Nurs Sci Q* 1996;9(2):61-6. doi: 10.1177/089431849600900206
6. ธรรมา เกิดกุนานนท์, ปิยะวรรณ โศภผลาการณ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวตั้งแต่ระยะแรกต่อผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยวิกฤตหลังการผ่าตัดช่องท้องใหญ่: การศึกษาแบบกึ่งทดลอง. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2568; 29(4):696-713.
7. อรวรรณ หลงเวช, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพรตน์ย ดุษฎีกุล, เชิดศักดิ์ ไธรมณรัตน์. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล* 2563; 35(2):32-51.

8. ฉวีวรรณ มินเทน. ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ตีกศัลยกรรม โรงพยาบาล บึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=269>
9. Polit DF, Gillespie B. The use of the intention to treat principle in nursing clinical trials. Nursing Research 2009;58(6):391-9.
10. ปรียาภรณ์ สองสร, ศศิภา บุรณพันธ์ฤกษ์. ผลของการฝึกกล้ามเนื้อหายใจเข้าต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วารสาร กายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2557;36(3):89-96.
11. สโรชา สุภาธาดา. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.