ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ต่อภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ความพร้อมก่อนจำหน่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วย

Effects of Nursing Process–Based Care on Postoperative Complications, Length of Hospital Stay, Discharge Readiness, and Patient Satisfaction Among Patients Undergoing Laparotomy

รัตนา ทรงรุ่งเรือง

Rattana Songrungrueang

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ความพร้อมก่อนจำหน่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มควบคุมที่ไม่เทียบเท่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมาตรฐานเดิม และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test Fisher's exact test Multiple Logistic Regression ANCOVA และIndependent samples t-test

ผลการศึกษา: หลังควบคุมอายุ ดัชนีมวลกายและโรคร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (23.33% เทียบกับ 70.00%, p < .001, Adjusted OR = 0.11, 95% CI = 0.03–0.37) โดยเฉพาะภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (16.67% เทียบกับ 50.00%, p = .007, Adjusted OR = 0.18, 95% CI = 0.05–0.62) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน (p = .598) ขณะที่คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001)

สรุปผล: การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความพร้อมก่อนจำหน่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วย จึงควรส่งเสริมการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, การผ่าตัดเปิดช่องท้อง, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, ความพร้อมก่อนจำหน่าย, ความพึงพอใจของผู้ป่วย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง Pla260420@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level, Surgical Nursing Department, Sanpatong hospital Pla260420@gmail.com

Abstract

Background: Patients undergoing open abdominal surgery are at high risk of postoperative complications. This study aimed to examine the effects of applying the nursing process on postoperative complications, length of hospital stay, discharge readiness, and patient satisfaction.

Methods: This quasi-experimental study employed a non-equivalent control group design. The participants were 60 patients undergoing open abdominal surgery. Thirty patients in the control group received standard nursing care, whereas 30 patients in the experimental group received care based on the developed nursing process–based guideline. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, multiple logistic regression, analysis of covariance, and the independent-samples t-test.

Results: After controlling for age, body mass index, and comorbidities, the experimental group had a significantly lower overall postoperative complication rate than the control group (23.33% vs. 70.00%; $p < 0.001$; adjusted OR = 0.11; 95% CI = 0.03–0.37). In particular, the incidence of postoperative ileus was significantly lower in the experimental group (16.67% vs. 50.00%; $p = 0.007$; adjusted OR = 0.18; 95% CI = 0.05–0.62). The length of hospital stay did not differ significantly between the groups ($p = 0.598$). However, the experimental group had significantly higher discharge readiness and satisfaction scores than the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: The application of the nursing process reduced postoperative complications and improved discharge readiness and satisfaction among patients undergoing open abdominal surgery. Therefore, this approach should be promoted in the postoperative care of patients undergoing open abdominal surgery.

Keywords: Nursing process, Laparotomy, Readiness for discharge, Patient satisfaction

บทนำ

การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (laparotomy) เป็นหัตถการสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง เช่น โรคของระบบทางเดินอาหาร นิ่วในถุงน้ำดี และความผิดปกติอื่น ๆ โดยการเปิดผนังหน้าท้องผ่านชั้นกล้ามเนื้อและเยื่อบุช่องท้อง การผ่าตัดดังกล่าวก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระตุ้นการตอ บสนองต่อความเครียดของร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและเมตาบอลิซึม เช่น การอักเสบของเนื้อเยื่อ การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนความเครียด และความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด [1,2] นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีอาการปวด การทำงานของกล้ามเนื้อหายใจลดลง และการเคลื่อนไหวจำกัด เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว และการติดเชื้อหลังผ่าตัด [1,2] โดยภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดใหญ่เปิดช่องท้องยังคงพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการติดเชื้อแผลผ่าตัด ปอดแฟบ ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ซึ่งล้วนส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดคุณ ภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด [3-6] การพยาบาลหลังผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผ่านการประเมินความเสี่ยง การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง [7,8]

ข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2565–2567 จำนวน 137, 197 และ 294 ราย ตามลำดับ และพบภาวะแทรกซ้อน 17 ราย (12.41%), 16 ราย (8.12%) และ 30 ราย (10.20%) ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะช็อกหลังผ่าตัด ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ สะท้อนถึงข้อจำกัดของแนวทางการดูแลที่ยังขาดความเป็นระบบและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

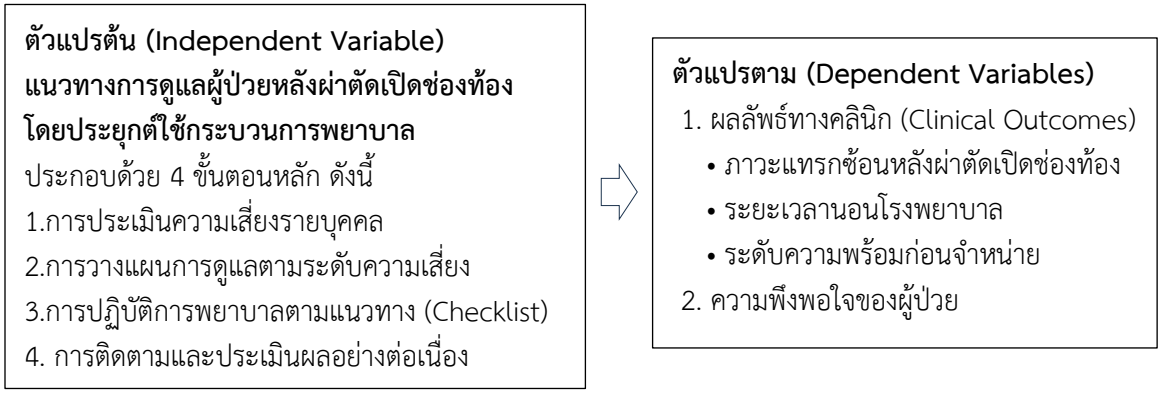
ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของ Trangbæk และคณะ [9] ที่นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดมาใช้ พบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก [10] ที่กำหนดวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อความปลอดภัยทางการผ่าตัดและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเป็นระบบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตอย่างไรก็ตาม หลักฐานเกี่ยวกับผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยเฉพาะด้านภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ความพร้อมก่อนจำหน่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปยังมีจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมคุณภาพ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ความพร้อมก่อนจำหน่าย และความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานเดิมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล [7,11,12] กระบวนการดังกล่าวมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล การวางแผนการดูแลตามปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม ภายใต้แนวคิดดังกล่าว คาดว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล เพิ่มความพร้อมก่อนจำหน่าย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มควบคุมที่ไม่เทียบเท่ากันและวัดผลภายหลังการทดลอง (Quasi-experimental non-equivalent control group posttest-only design) เพื่อเปรียบเทียบผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานเดิมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องและพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive sampling) และจัดสรรเข้ากลุ่มด้วยวิธีลำดับช่วงเวลา (Sequential allocation) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองในลำดับถัดมา เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (Contamination) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วน**เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือการสื่อสาร หรือถอนตัวระหว่างการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Independent samples t-test) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ตามเกณฑ์ของ Cohen [13] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 (14) ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 26 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่เปิดช่องท้องโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกระบวนการพยาบาล การทบทวนวรรณกรรม และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง [7,8,15,16] เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่เปิดช่องท้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงรายบุคคล 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาลตามแบบตรวจสอบ (Checklist) และ 4) การติดตามประเมินผล โดยมุ่งเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การติดเชื้อแผลผ่าตัด ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใหญ่เปิดช่องท้อง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง [15,16] เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ สัญญาณชีพและการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร สภาพแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย สภาพผิวหนัง และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ใช้มาตราส่วน 3 ระดับ (0–2 คะแนน) คะแนนรวม 0–38 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงความเสี่ยงที่สูงขึ้น แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (0–12 คะแนน) ปานกลาง (13–25 คะแนน) และสูง (26–38 คะแนน)

1.3 แบบตรวจสอบ (Checklist) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรายเวร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำราและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด [8,15,17] เพื่อใช้ติดตามสัญญาณเตือนและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อน 7 รายการ ได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การติดเชื้อแผลผ่าตัด แผลแยก ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ

1.4 แบบประเมินสัญญาณเตือนทางคลินิก (National Early Warning Score 2) ใช้สำหรับเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินความเสี่ยงต่อการทรุดลงของผู้ป่วยจากอัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว และการใช้ออกซิเจนเสริม เพื่อช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติและให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที [18] โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินและบันทึกคะแนนในแต่ละเวร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคร่วม ประวัติการผ่าตัด และการใช้ยา 2) ข้อมูลการผ่าตัด ได้แก่ ข้อบ่งชี้และวิธีการผ่าตัด ชนิดยาสลบ ระยะเวลาผ่าตัด และปริมาณสูญเสียเลือด

2.2 แบบประเมินระดับความปวด ใช้มาตรวัดระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) คะแนน 0–10 โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัด [19]

2.3 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ใช้บันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการนอนโรงพยาบาล โดยพัฒนาจากแนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด [20,21] ครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว แผลติดเชื้อ แผลแยก ปอดบวม การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ

2.4 แบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย [22,23] เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวม 12–60 คะแนน ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติและการขอความช่วยเหลือ และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับความพร้อมก่อนจำหน่ายที่สูงขึ้น ผู้วิจัยประเมินในช่วง 24–48 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 11 ข้อ คะแนนรวม 11–55 คะแนน ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจ การสื่อสารและการมีส่วนร่วม ความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง และความปลอดภัยรวมถึงความพึงพอใจโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.89–1.00 จากนั้นนำแบบประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 และ 0.97 ตามลำดับ แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับสูงและเหมาะสมสำหรับใช้ในการวิจัย ทั้งนี้ แบบประเมินระดับความปวด (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและมีการตรวจสอบคุณภาพไว้แล้ว จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหรือความเชื่อมั่นซ้ำในการศึกษาครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง และได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มควบคุมที่ไม่เทียบเท่ากัน โดยใช้เครื่องมือและวิธีการประเมินมาตรฐานเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดตามแนวทางมาตรฐานของหน่วยงาน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียน ติดตามระดับความปวด ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล และประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยในช่วง 24–48 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย

กลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงและฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลและการใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) โดยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน: ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ระดับความปวด และประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพื่อวางแผนการพยาบาลรายบุคคล

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลและติดตามผล: ตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 1 จนถึงก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความปวด การส่งเสริมการหายใจ การเคลื่อนไหว และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมบันทึกผลการดูแลตามแบบตรวจสอบรายการในแต่ละเวร

ระยะที่ 3 การประเมินผลก่อนจำหน่าย ในช่วง 24–48 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ความพึงพอใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลานอนโรงพยาบาล เพื่อนำไปวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มใช้ Independent samples t-test, Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล โดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro–Wilk test และความแปรปรวนเท่ากันด้วย Levene's test

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวิเคราะห์อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้วย Multiple Logistic Regression รายงานค่า Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลด้วย Analysis of Covariance (ANCOVA) และเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายกับความพึงพอใจด้วย Independent samples t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (p = .049) และมีการกระจายกลุ่มอายุแตกต่างจากกลุ่มควบคุม (p = .017) นอกจากนี้ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม (p < .05) ส่วนเพศ ส่วนสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคอื่น ๆ ชนิดการผ่าตัด ประเภทการระงับความรู้สึก และปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานด้านการผ่าตัดใกล้เคียงกัน แต่มีความแตกต่างบางประการด้านอายุ ดัชนีมวลกาย และโรคร่วมบางชนิด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่ม

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
อายุ (ปี), Mean ± SD	49.78 ± 17.55	45.33 ± 16.14	54.23 ± 18.03	.049*
กลุ่มอายุของผู้ป่วย				.017*
< 40 ปี	18 (30.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	
40–59 ปี	22 (36.67)	15 (50.00)	7 (23.33)	
≥ 60 ปี	20 (33.33)	5 (16.67)	15 (50.00)	
เพศ				.184
ชาย	37 (61.67)	16 (53.33)	21 (70.00)	
หญิง	23 (38.33)	14 (46.67)	9 (30.00)	
น้ำหนัก (กก.) Mean ± SD	58.12 ± 14.58	62.20 ± 16.01	54.04 ± 11.90	.029*
ส่วนสูง (ซม.) Mean ± SD	159.83 ± 8.68	160.40 ± 9.52	159.27 ± 7.87	.617
BMI (kg/m²)	22.87 ± 5.29	24.41 ± 5.14	21.33 ± 5.07	.023*

Mean ± SD				
โรคเบาหวาน				.390
ไม่มี	43 (71.67)	20 (66.67)	23 (76.67)	
มี	17 (28.33)	10 (33.33)	7 (23.33)	
โรคความดันโลหิตสูง				.009*
ไม่มี	34 (56.67)	12 (40.00)	22 (73.33)	
มี	26 (43.33)	18 (60.00)	8 (26.67)	
โรคหัวใจ				.005*
ไม่มี	47 (78.33)	19 (63.33)	28 (93.33)	
มี	13 (21.67)	11 (36.67)	2 (6.67)	
โรคไตเรื้อรัง				.067
ไม่มี	46 (76.67)	20 (66.67)	26 (86.67)	
มี	14 (23.33)	10 (33.33)	4 (13.33)	
โรคปอดเรื้อรัง				<.001*
ไม่มี	38 (63.33)	11 (36.67)	27 (90.00)	
มี	22 (36.67)	19 (63.33)	3 (10.00)	
โรคอื่นๆ				.432
ไม่มี	35 (58.33)	16 (53.33)	19 (63.33)	
มี	25 (41.67)	14 (46.67)	11 (36.67)	
ชนิดการผ่าตัด				1.000
การผ่าตัดเปิดช่องท้อง	34 (56.67)	17 (56.67)	17 (56.67)	
การผ่าตัดผ่านกล้อง	18 (30.00)	9 (30.00)	9 (30.00)	
อื่น ๆ	8 (13.33)	4 (13.33)	4 (13.33)	
ประเภทการระงับความรู้สึก				1.000
การดมยาสลบ	40 (66.67)	20 (66.67)	20 (66.67)	
การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง	20 (33.33)	10 (33.33)	10 (33.33)	
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (ml) Mean ± SD	220.78±198.54	220.73 ± 201.71	220.83 ± 198.77	.998
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด				.963

<100 ml	23 (38.33)	12 (40.00)	11 (36.67)
100–499 ml	31 (51.67)	15 (50.00)	16 (53.33)
≥500 ml	6 (10.00)	3 (10.00)	3 (10.00)

หมายเหตุ: แสดงข้อมูลเป็นจำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย independent samples t-test, Chi-square test หรือ Fisher's exact test * p < .05

ผลการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังควบคุมอายุ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23.33% เทียบกับ 70.00%, Adjusted OR = 0.11, 95% CI = 0.03–0.37, p < .001) โดยเฉพาะภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (16.67% เทียบกับ 50.00%, Adjusted OR = 0.18, 95% CI = 0.05–0.62, p = .007) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นพบในกลุ่มทดลองน้อยกว่า แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังควบคุมตัวแปรร่วม (n = 60)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=30) n (%)	กลุ่มทดลอง (n=30) n (%)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว	15 (50.00)	5 (16.67)	0.18 (0.05–0.62)	.007*
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	5 (16.67)	2 (6.67)	0.34 (0.06–1.99)	.233
แผลผ่าตัดแยก	3 (10.00)	1 (3.33)	0.20 (0.01–2.92)	.237
ภาวะปอดอักเสบ	2 (6.67)	1 (3.33)	0.48 (0.04–5.66)	.558
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	3 (10.00)	1 (3.33)	0.25 (0.02–3.09)	.282
แผลกดทับ	5 (16.67)	1 (3.33)	0.13 (0.01–-1.39)	.091
เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ	21(70.00)	7 (23.33)	0.11(0.03–0.37)	< .001*

หมายเหตุ: Adjusted OR = Adjusted Odds Ratio; CI = Confidence Interval; วิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression โดยควบคุมอายุ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง; *p < .05

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยควบคุมอิทธิพลของอายุ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ปรับตามตัวแปรร่วม (Adjusted Mean) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยที่คำนวณภายหลังควบคุมความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (7.13 ± 0.84 วัน เทียบกับ 7.77 ± 0.84 วัน) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (F(1,53) = 0.281, p = .598) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยควบคุมตัวแปรร่วม (n = 60)

ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	F	df	p-value
Mean ± SD	7.77 ± 4.34	7.13 ± 4.69			
Adjusted Mean ± SE	7.77 ± 0.84	7.13 ± 0.84	0.281	1,53	.598

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA โดยควบคุมอายุ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วย จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.20 ± 2.38 คะแนน และ 42.07 ± 4.09 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = −8.26, p < .001, Cohen's d = 2.13, 95% CI [−8.86, −5.40]) สะท้อนว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลสามารถส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่าย	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	t	p-value	95% CI	Cohen's d
Mean ± SD	42.07 ± 4.09	49.20 ± 2.38	-8.26	< .001	-8.86 to -5.40	2.13

หมายเหตุ: Independent samples t-test; *p < .05; CI = Confidence Interval; Cohen's d = Effect size

ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.27 ± 0.34 เทียบกับ 3.63 ± 0.45 คะแนน; t(58) = -6.22, p < .001, Cohen's d = 1.60, 95% CI = -0.85 ถึง -0.43)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	df	p-value	95% CI	Cohen's d
กลุ่มควบคุม	30	3.63	0.45					
กลุ่มทดลอง	30	4.27	0.34	-6.22	58	< .001	-0.85 to -0.43	1.60

หมายเหตุ: Independent samples t-test; p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย โดยมีความแตกต่างกันบางประการด้านอายุ ดัชนีมวลกาย และโรคร่วมบางชนิด ซึ่งอาจเป็นผลจากลักษณะการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มจัดสรรผู้ป่วยเข้ากลุ่มอย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย [24–26] อย่างไรก็ตาม เมื่อ

พิจารณาลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด พบว่าชนิดการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก และปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม สะท้อนว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางคลินิกที่ใกล้เคียงกันในประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัด จึงสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Multiple Logistic Regression และ ANCOVA เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรพื้นฐานที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลักของการศึกษา ซึ่งช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและลดผลกระทบจากตัวแปรรบกวนที่อาจเกิดขึ้น

ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผล สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ [1,21] โดยเฉพาะภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังผ่าตัดใหญ่เปิดช่องท้องและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การใช้ยา opioid และการเคลื่อนไหวร่างกายที่ล่าช้า แนวทางการพยาบาลที่เน้นการจัดการความปวด การส่งเสริมการลุกเดินเร็ว และการประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง จึงอาจช่วยลดการเกิดภาวะดังกล่าวได้ [20,25] สำหรับภาวะแทรกซ้อนด้านอื่น แม้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบแนวโน้มเกิดน้อยกว่าในกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่มุ่งลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด [1,25,26] ในด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล แม้กลุ่มทดลองมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยที่ปรับแก้แล้วต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .598$) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจสะท้อนแนวโน้มของการฟื้นตัวที่ดีขึ้นจากการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ERAS ที่เน้นการควบคุมความปวด การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง [26,27] การไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเกี่ยวข้องกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด ความหลากหลายของชนิดการผ่าตัด ประสิทธิภาพของการดูแลมาตรฐานที่มีอยู่เดิม [28] รวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการและกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายแม้มีอาการพร้อมจำหน่ายแล้ว แต่อาจยังคงพักรักษาตัวต่อเนื่องในช่วงวันหยุดหรือรอการประเมินจากแพทย์ผู้ดูแล ส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลไม่ได้สะท้อนผลของการฟื้นตัวทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

ผลลัพธ์ภายหลังจำหน่ายและประสบการณ์ของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายและคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งครอบคลุมการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายมากขึ้น [7] ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เน้นการให้ข้อมูลสุขศึกษา การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประเมินความพร้อมรายบุคคลอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังกลับบ้าน [7] นอกจากนี้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การดูแลแบบองค์รวม และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมทั้งความพร้อมก่อนจำหน่ายและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ความต่อเนื่องของการดูแล และประสบการณ์การรับบริการที่ดีขึ้น [29] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายและการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว [30]

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่เปิดช่องท้องสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความพร้อมก่อนจำหน่าย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดจำกัดและดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงควรใช้ความระมัดระวังในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบริบทอื่น ควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและในหลายสถาบัน เพื่อยืนยันผลลัพธ์และเพิ่มความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในวงกว้าง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 038/2568

เอกสารอ้างอิง

1. Ljungqvist O, de Boer HD, Balfour A, et al. **Opportunities and challenges for the next phase of enhanced recovery after surgery: a review**. JAMA Surg. 2021;156(8):775–84.
2. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. **Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations.** World J Surg. 2019;43(3):659–95.
3. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. **Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA Surg.** 2017;152(8):784–91.
4. Ban KA, Minei JP, Laronga C, et al. **American College of Surgeons and Surgical Infection Society: surgical site infection guidelines, 2016 update**. J Am Coll Surg. 2017;224(1):59–74.
5. Downey CL, Bainbridge J, Jayne DG, Meads DM. **Impact of in-hospital postoperative complications on quality of life up to 12 months after major abdominal surgery**. Br J Surg. 2023;110(9):1206-12.
6. Healy GL, Stuart CM, Dyas AR, Bronsert MR, Meguid RA, Anioke T, et al. **Association between postoperative complications and hospital length of stay: a large-scale observational study of 4,495,582 patients in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) registry**. Patient Saf Surg. 2024;18:29.
7. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. **Fundamentals of nursing**. 10th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2021.
8. Hinkle JL, Cheever KH. **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing**. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
9. Trangbæk RM, Burcharth J, Gögenur I. **Implementing bundle care in major abdominal emergency surgery: long-term mortality and comprehensive complication index**. World J Surg. 2023;47(1):106-118.
10. World Health Organization. **WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives**. Geneva: WHO; 2009.

11.Carpenito LJ. **Nursing diagnosis: application to clinical practice**. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

12. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, Martinez-Kratz MR, Zanotti M. **Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care**. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2023.

13. Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. **G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences**. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.

15. Rothrock JC. **Alexander's care of the patient in surgery**. 16th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2019.

16. Work Group of the Clinical Practice Guidelines on Perioperative Care in Major Abdominal Surgery. **Clinical practice guidelines on perioperative care in major abdominal surgery**. Madrid: Ministry of Health, Social Services and Equality; 2016.

17. Spruce L. **Infection prevention: a perioperative nurse's guide to preventing surgical site infections**. AORN. 2024.

18. Royal College of Physicians. **National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS**. Updated report of a working party. London: Royal College of Physicians; 2017.

19. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. **Measures of adult pain: visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), McGill pain questionnaire (MPQ), short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). Arthritis Care Res (Hoboken)**. 2011;63 Suppl 11:S240-52.

20. National Institute for Health and Care Excellence. **Perioperative care in adults**. NICE guideline NG180. London: NICE; 2020.

21. Association of Perioperative Registered Nurses. **Guidelines for perioperative practice**. Denver (CO): AORN; 2022.

22. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. **Discharge planning from hospital**. Cochrane Database Syst Rev. 2022;2(2):CD000313.

23. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. **Components of comprehensive and effective transitional care**. J Am Geriatr Soc. 2017;65(6):1119-25.

24. Moonesinghe SR, Harris S, Mythen MG, et al. **Survival after postoperative morbidity: a longitudinal observational cohort study**. Br J Anaesth. 2014;113(6):977-84.

25. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, et al. **Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations**. World J Surg. 2016;40(9):2065-83.

26. Jain SN. **Enhanced recovery after surgery: exploring the advances and clinical outcomes**. J Clin Med. 2023;12(5):1678.

27. Sauro KM, Smith C, Ibadin S, Thomas A, Ganshorn H, Bakunda L, et al. **Enhanced Recovery After Surgery guidelines and hospital length of stay, readmission, complications, and mortality: a meta-analysis of randomized clinical trials**. JAMA Netw Open. 2024;7(6):e2417310.
28. Kannan V, Ullah N, Geddada S, Ibrahiam A, Al-Qassab ZMS, Ahmed O, et al. **Impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols vs traditional perioperative care on patient outcomes after colorectal surgery: a systematic review**. Patient Saf Surg. 2025; 19:4.
29. World Health Organization. **Framework on integrated people-centred health services.** Geneva: WHO; 2016.
30. Kwame A, Petrucka PM. **Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: A scoping review**. Int J Afr Nurs Sci. 2020;12:100198.