



ผลของโปรแกรมการดูแลจิตใจสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง

The Effects of a Close Monitoring Care Program with Enhanced Recovery Promotion on
Self-Care Behaviors of Pre-Post Abdominal Surgery Patients

จริญญา สรรณพงษ์, พย.บ.*

Charanyar Samranphong, B.N.S.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Registered Nurse, Professional Level, Kalasin Hospital

* E-mail: Charanyar99@gmail.com

รับบทความ: 24 กรกฎาคม 2569 แก้ไขบทความ: 24 กรกฎาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 31 สิงหาคม 2569

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลจิตใจสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง

รูปแบบและวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดผ่าตัดช่องท้องและเข้ารับการ
รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน
60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรม
การดูแลที่พัฒนาจากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง แนวทาง ERAS และนโยบายพัฒนาคุณภาพด้านความ
ปลอดภัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถาม
การควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียด และแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด การควบคุมความ
ปวด การเผชิญความเครียด และการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$) อีกทั้งมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผลการศึกษา: โปรแกรมการดูแลจิตใจสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการแนวทาง ERAS ช่วยส่งเสริม
พฤติกรรมดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง จึงควร
นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในบริบทที่ใกล้เคียง

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องท้อง, การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด, พฤติกรรมดูแลตนเอง



Abstract

Objective: To examine the effects of a Close Monitoring Care Program combined with Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) on self-care behaviors among patients undergoing abdominal surgery.

Methods: This quasi-experimental study included 60 patients undergoing abdominal surgery who were admitted to the Special Surgical Ward, Kalasin Hospital, between March and May 2025. Participants were purposively assigned to an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The intervention consisted of a Close Monitoring Care Program developed based on King's Theory of Goal Attainment, the ERAS protocol, and the patient safety policy of Kalasin Hospital. Data were collected using a pre- and postoperative knowledge test, a pain control and stress coping questionnaire, and a postoperative rehabilitation activity assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test, with the significance level set at 0.05.

Results: The experimental group demonstrated significantly higher scores in pre- and postoperative knowledge, pain control, stress coping, and postoperative rehabilitation activities than the control group ($p < 0.05$). In addition, the experimental group had significantly lower postoperative complication rates and shorter hospital stays than the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: The Close Monitoring Care Program combined with the ERAS protocol effectively improved self-care behaviors, enhanced postoperative recovery, reduced complications, and shortened the length of hospital stay among patients undergoing abdominal surgery.

Keywords: abdominal surgery, enhanced recovery after surgery, self-care behaviors



บทนำ

การผ่าตัดช่องท้อง (Open abdominal surgery) เป็นหัตถการสำคัญในการรักษาโรคทางศัลยกรรมและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร⁽¹⁾ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่หรืออวัยวะอื่นๆ⁽²⁾ หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว⁽³⁾ การติดเชื้อแผลผ่าตัดและภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืด⁽²⁾ ส่งผลต่อการฟื้นตัว ระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ⁽¹⁾

ข้อมูลกลุ่มการกิจสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ระหว่างปี พ.ศ.2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 1,668, 1,548 และ 1,526 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมจำนวน 161, 156 และ 138 ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2567 พบภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัดร้อยละ 10.87 การเกิดภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืดที่ต้องผ่าตัดซ้ำร้อยละ 0.72 แผลผ่าตัดติดเชื้อหรือแผลแยกร้อยละ 2.17 และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 0.72 และระยะเวลาในนอนโรงพยาบาลที่เกินเกณฑ์ในบางราย⁽⁴⁾ จากปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดความรู้การเตรียมความพร้อม การดูแลที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวที่ช้าลง⁽⁵⁾ ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่รอการผ่าตัด จะมีวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวการดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น⁽⁶⁾ การดูแลก่อนผ่าตัดเป็นขั้นตอนสำคัญ ซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างหรือหลังการผ่าตัด ช่วยลดความเครียด เสริมความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการผ่าตัด⁽⁷⁾ แนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)⁽⁵⁾ เป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว ลดความเครียดจากการผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อน⁽⁸⁾ และลดระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล⁽⁹⁾ ปี 2013 มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับ ERAS เป็น Meta-analysis กล่าวว่า ERAS สามารถทำให้

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของคนไข้ลดลง 2.4 วัน⁽⁵⁾ และลดภาวะแทรกซ้อนได้ 30% ถึง 50%⁽⁸⁾ ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีการฟื้นตัวดีขึ้น ไม่เกิดผลข้างเคียง⁽¹⁰⁾ การนำกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายตามแนวคิดของคิง (King, 1981)⁽¹¹⁾ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด⁽¹²⁾ โดยคิดว่าการบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและพยาบาลจะทำให้ทั้งสองฝ่ายพึงพอใจส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น^(13,14) อรรวรรณ หลงเวช และคณะ⁽³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงร่วมกับ ERAS พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจุบันยังมีการศึกษาที่บูรณาการการเตรียมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบร่วมกับการติดตามดูแลภายใต้กรอบแนวคิดของคิงในบริบทโรงพยาบาลระดับจังหวัดค่อนข้างจำกัด⁽¹²⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง แนวทาง ERAS และนโยบายพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มาออกแบบโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลให้เกิดความเข้าใจตรงกันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การควบคุม



ความปวดและการเผชิญความเครียด การปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

รูปแบบและวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental non-randomized controlled study) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์นัดผ่าตัดช่องท้อง และเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และจัดเข้ากลุ่มโดยการจับคู่ลักษณะสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดการผ่าตัด และการวินิจฉัยโรค แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายล่วงหน้า ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พักรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดหรือข้อห้ามต่อการเคลื่อนไหว มีข้อห้ามต่อการลุกเดิน ถอนตัว หรือเข้าร่วมการศึกษาไม่ครบระยะเวลา

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power กำหนด Effect Size 0.7, Power of Analysis 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05⁽²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการดูแลจิตใจใส่ใจสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง แนวทาง ERAS นโยบายพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยของ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการฟื้นตัว กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และฝึกทักษะ การหายใจ การไอ การควบคุมความปวด และการเคลื่อนไหว 2) ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ทบทวนการปฏิบัติ ฝึกกลืน แก้วน้ำ เดิน กระตุ้นกิจกรรมฟื้นฟู และประเมินผลร่วมกัน โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง เป็นคู่มือความรู้ มีคำบรรยาย รูปภาพประกอบ เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวด

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น จำนวน 11 ข้อ

2.2 แบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด คำตอบเป็นแบบถูก ผิด จำนวน 28 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน แปลผลโดย แบ่งกลุ่มระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการของ Bloom⁽¹⁵⁾ ดังนี้

ร้อยละ 80-100 (23-28 คะแนน) มีความรู้การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดระดับสูง

ร้อยละ 60-79 (17-22 คะแนน) มีความรู้การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-16 คะแนน) มีความรู้การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามความสามารถในการควบคุมความปวด และการเผชิญความเครียด เป็นแบบ Check list จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย 0 คะแนน กำหนดคะแนน ข้อ 0-2 คะแนน ยกเว้นข้อ 1 มีคะแนน 0-1 คะแนน รวม 19 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนเทียบเป็นร้อยละ⁽¹²⁾ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดังนี้

1-3 คะแนน (ร้อยละ 1-19) หมายความว่าไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นๆ เลย



4-7 คะแนน (ร้อยละ 20-39) หมายความว่าทำกิจกรรมนั้นๆ บ้างแต่น้อยมาก

8-11 คะแนน (ร้อยละ 40-59) หมายความว่าทำกิจกรรมนั้นๆ บ้าง มีจดเว้นบ้าง

12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายความว่าทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย

16-19 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายความว่าทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ

2.4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด โดยบันทึกระยะเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพลิกตะแคงตัว 2) การลุกนั่งข้างเตียง 3) การนั่งเก้าอี้ 4) การเดินไปห้องน้ำ 5) การเดินไปทางเดินหน้าหอผู้ป่วย เป็นแบบ Check list จำนวน 5 ข้อ⁽²⁾ กำหนดให้

1 คะแนน หมายความว่าทำกิจกรรมในระยะเวลาน้อยกว่า 10 นาที

2 คะแนน หมายความว่าทำกิจกรรมในระยะเวลา 10-20 นาที

3 คะแนน หมายความว่าทำกิจกรรมในระยะเวลา 20-30 นาที

4 คะแนน หมายความว่าทำกิจกรรมในระยะเวลามากกว่า 30 นาที

2.5 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด และแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลแยก จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1) โปรแกรมการดูแลจิตใจใกล้ไข้ใจ สื่อสารปฏิสัมพันธ์ฯ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดชำนาญการ 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด แบบสอบถามความสามารถในการควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียด แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดชำนาญการ 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

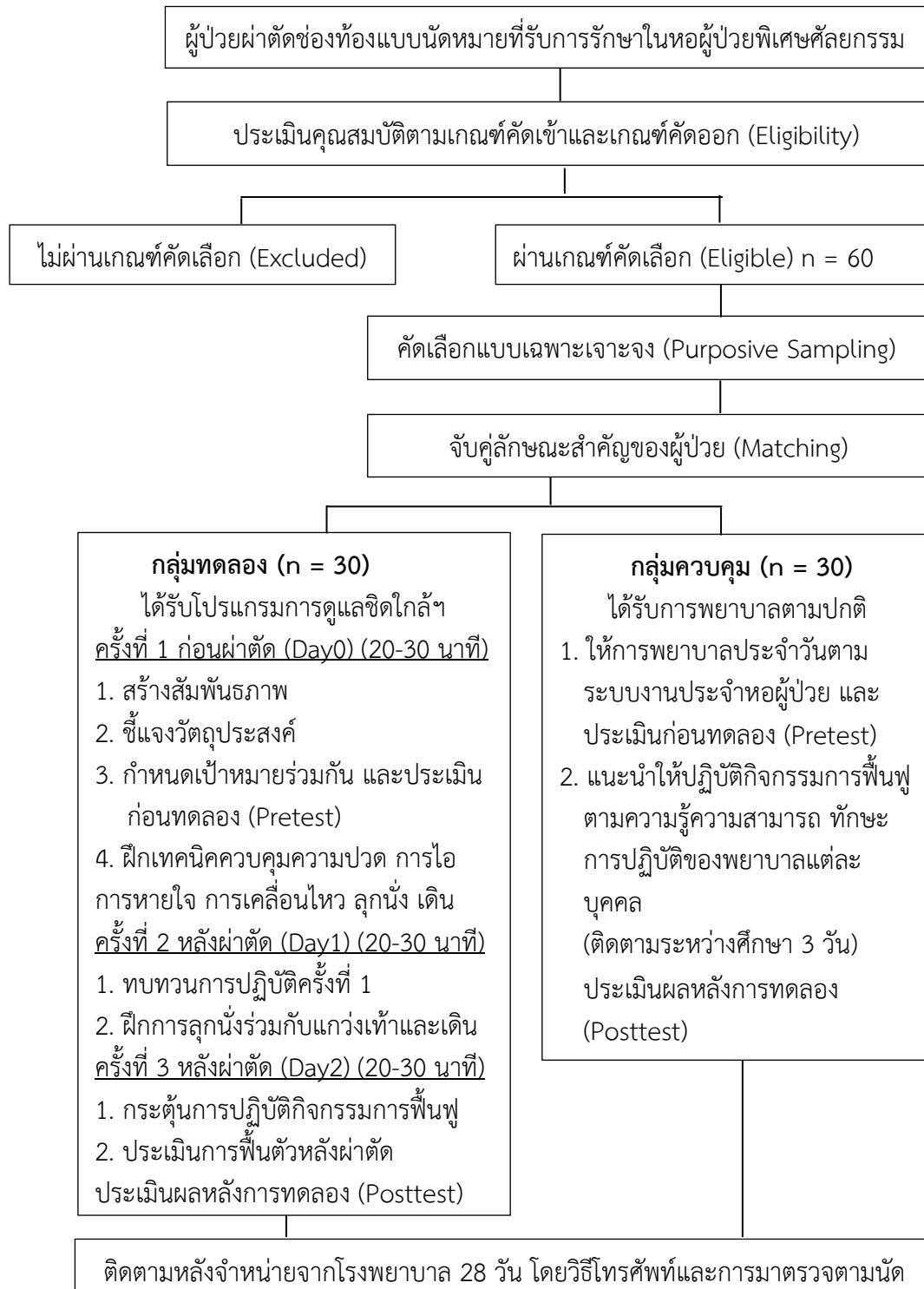
2. การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3) แบบสอบถามความสามารถในการควบคุมความปวด และการเผชิญความเครียด 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด และ 5) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.82, 0.76, 0.75 และ 0.81 ตามลำดับ

3. ประเมินคุณภาพโปรแกรมการดูแลจิตใจใกล้ไข้ใจสื่อสารปฏิสัมพันธ์ฯ ด้วยเครื่องมือ AGREE II จำแนกเป็น 6 มิติ ได้คะแนนความเชื่อมั่นมิติ ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 83.33 หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 82.29 หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 83.92 หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 78.12 หมวดที่ 5 การนำไปใช้ ร้อยละ 65.27 หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ร้อยละ 87.50 การประเมินแนวทางปฏิบัติภาพรวม ร้อยละ 75.00 สรุปผลการประเมินความเชื่อมั่นจากผู้ทรงคุณวุฒิได้คะแนนความเชื่อมั่นมิติ ร้อยละ 80.43



โดยมีรายละเอียดกระบวนการคัดเลือกการจัดกลุ่มและขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1
Study Flow



แผนภาพที่ 1 แสดงรายละเอียดกระบวนการคัดเลือกการจัดกลุ่มและขั้นตอนดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์ทางคลินิก โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้การเตรียมตัว ก่อนและหลังผ่าตัด การควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียด การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ของกลุ่มทดลองก่อน-หลังผ่าตัดและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้การเตรียมตัว ก่อนและหลังผ่าตัด การควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียด การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ COA NO. 0092025 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันจากการจับคู่ ส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 43.3 และ 33.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 และ 43.3 ประกอบ

อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50 และ 56.7 การผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้อง (LC) ร้อยละ 53.3 ในทั้งสองกลุ่ม รองลงมาคือการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง ร้อยละ 16.7 และ 20 และการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 13.3 และ 10

2. ข้อมูลผลของโปรแกรมการดูแลจิตใจ ใส่ใจสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็ว

2.1 ความรู้การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

เปรียบเทียบคะแนนความรู้การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า

กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนผ่าตัด 22.90 คะแนน (S.D.= 3.21) เป็น 26.70 คะแนน (S.D.= 1.39) เพิ่มขึ้น 3.8 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) โดยหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคน (ร้อยละ 100) มีความรู้ระดับดีมาก

กลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 22.87 คะแนน (S.D. = 3.00) เป็น 24.43 คะแนน (S.D. = 2.56) เพิ่มขึ้น 1.56 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.01) โดยหลังผ่าตัดมีผู้ป่วยความรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 73.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 26.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยระดับความรู้การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง

ระดับความรู้	ก่อนผ่าตัด				หลังผ่าตัด			
	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก (23-28 คะแนน)	17	56.7	20	66.8	30	100	22	73.4
ระดับปานกลาง (17-22 คะแนน)	11	36.6	10	33.2	-	-	8	26.6
ระดับน้อย (0-16 คะแนน)	2	6.7	-	-	-	-	-	-
x, S.D.	(22.90, 3.21)		(22.87, 3.00)		(26.70, 1.39)		(24.43, 2.56)	
Min, Max	(16, 28)		(17, 27)		(23, 28)		(19, 28)	



2.2 การควบคุมความปวดและการ เผชิญความเครียดผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดช่องท้อง

2.2.1 กลุ่มผ่าตัดแบบผ่านกล้อง:
กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมความปวดและ
เผชิญความเครียดรวม 3 วัน เท่ากับ 18.62 คะแนน

(S.D. = 0.55) อยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ซึ่งสูงกว่า
กลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 14.77 คะแนน (S.D. =
1.54) อยู่ในระดับปฏิบัติค่อนข้างบ่อย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง

การควบคุมความปวด /เผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 16)	กลุ่มควบคุม (n = 16)	t-test	p-value
$\bar{x}$ S.D. ระดับ	$\bar{x}$ S.D. ระดับ	$\bar{x}$ S.D. ระดับ		
หลังผ่าตัดวันที่ 1	18.75 0.447 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	14.69 1.302 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	11.802	0.008**
หลังผ่าตัดวันที่ 2	18.88 0.342 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	15.06 1.692 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	8.835	0.002**
หลังผ่าตัดวันที่ 3	18.25 0.683 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	14.56 1.590 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	8.522	0.027*
รวม 3 วัน (19 คะแนน)	18.62 0.55 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	14.77 1.54 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	12.48	< 0.001 ***

หมายเหตุ: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001

2.2.2 กลุ่มผ่าตัดแบบเปิดช่อง
ท้อง: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวม 3 วัน เท่ากับ 18.56
คะแนน (S.D. = 0.55) อยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ สูงกว่า

กลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 14.83 คะแนน (S.D. = 1.54)
อยู่ในระดับปฏิบัติค่อนข้างบ่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ < 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดแบบ
เปิดช่องท้อง

การควบคุมความปวด /เผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 14)	กลุ่มควบคุม (n = 14)	t-test	p-value
$\bar{x}$ S.D. ระดับ	$\bar{x}$ S.D. ระดับ	$\bar{x}$ S.D. ระดับ		
หลังผ่าตัดวันที่ 1	18.29 0.469 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	15.29 1.326 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	7.981	0.001***
หลังผ่าตัดวันที่ 2	19.00 0.000 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	15.21 1.718 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	8.246	0.001***
หลังผ่าตัดวันที่ 3	18.21 0.893 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	14.21 1.672 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	7.895	0.014**
รวม 3 วัน (19 คะแนน)	18.56 0.55 ทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	14.83 1.54 ทำกิจกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย	12.48	0.001***

หมายเหตุ: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001



2.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่องท้อง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

2.3.1 ผ่าตัดช่องท้องแบบผ่านกล้อง

1) การพลิกตะแคงตัว กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนสามารถพลิกตะแคงตัวภายในเวลา 2-6 ชั่วโมง ใช้เวลา
20-30 นาที เท่ากัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.13
คะแนน (S.D. = 0.342) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย
3.00 คะแนน (S.D. = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ < 0.002

2) การลุกนั่งข้างเตียง กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนสามารถลุกนั่งข้างเตียงภายในเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง
ใช้เวลา 20-30 นาที เท่ากัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
เท่ากับ 3.94 คะแนน (S.D. = 0.250) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มี
คะแนนเฉลี่ย 3.31 คะแนน (S.D. = 0.602) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ < 0.001

3) การนั่งเก้าอี้ กลุ่มตัวอย่างทุก
คนสามารถนั่งเก้าอี้ภายในเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง กลุ่ม
ทดลองทำกิจกรรมมากกว่า 30 นาที และกลุ่มควบคุมทำ
กิจกรรม 20-30 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ
4.00 คะแนน (S.D. = 0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน
เฉลี่ย 3.31 คะแนน (S.D. = 0.602) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ < 0.001

4) การเดินไปห้องน้ำ กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนสามารถเดินไปห้องน้ำภายในเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง
กลุ่มทดลองทำกิจกรรมมากกว่า 30 นาที และกลุ่มควบคุม
ทำกิจกรรม 20-30 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ
4.00 คะแนน (S.D. = 0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน
เฉลี่ย 3.31 คะแนน (S.D. = 0.500) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ < 0.001

5) การเดินไปทางเดินหน้าหอ
ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทุกคน เดินไปทางเดินหน้าหอผู้ป่วย
ในเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลองทำกิจกรรมมากกว่า
30 นาที กลุ่มควบคุมทำกิจกรรม 20-30 นาที กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.00 คะแนน (S.D. = 0.001) สูง

กว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.31 คะแนน (S.D. =
0.500) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.040

2.3.2 ผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดช่องท้อง

1) การพลิกตะแคงตัว กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคน สามารถพลิกตะแคงตัวภายในเวลา 2-6 ชั่วโมง กลุ่ม
ทดลองทำกิจกรรม 20-30 นาที และกลุ่มควบคุมทำกิจกรรม
10-20 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.21 คะแนน
(S.D. = 0.426) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 2.43
คะแนน (S.D. = 0.514) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 < 0.001

2) การลุกนั่งข้างเตียง กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคน สามารถลุกนั่งข้างเตียงภายในเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง
กลุ่มทดลองทำกิจกรรม 10-20 นาที และกลุ่มควบคุมทำ
กิจกรรมน้อยกว่า 10 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ
2.71 คะแนน (S.D. = 0.469) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน
เฉลี่ย 1.86 คะแนน (S.D. = 0.535) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ < 0.001

3) การนั่งเก้าอี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคน
สามารถนั่งเก้าอี้ภายในเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลองทำ
กิจกรรม 10-20 นาที และกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมน้อยกว่า
10 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.14 คะแนน
(S.D. = 0.770) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 1.57
คะแนน (S.D. = 0.852) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติ

4) การเดินไปห้องน้ำผู้ป่วย กลุ่ม
ตัวอย่างทุกคน สามารถเดินไปห้องน้ำภายในเวลามากกว่า
6 ชั่วโมง ปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน กลุ่มทดลองทำ
กิจกรรม 10-20 นาที และกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมน้อยกว่า
10 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.79 คะแนน
(S.D. = 0.699) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 1.29
คะแนน (S.D. = 0.611) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 < 0.05

5) การเดินไปทางเดินหน้าหอ
ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทุกคน สามารถเดินไปห้องน้ำภายใน
เวลามากกว่า 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลองทำกิจกรรม 10-20 นาที
และกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมน้อยกว่า 10 นาที กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.36 คะแนน (S.D. = 0.497) สูงกว่า



กลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 1.14 คะแนน (S.D. = 0.535) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ผลลัพธ์ทางคลินิก (ภาวะแทรกซ้อนและวันนอนโรงพยาบาล)

2.4.1 ภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว (Postoperative Ileus) กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง กลุ่มทดลองเกิดขึ้น 1 คน (ร้อยละ 6.25) กลุ่มควบคุมเกิด 5 คน (ร้อยละ 31.25) ส่วนกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง กลุ่มทดลองเกิดขึ้น 5 คน (ร้อยละ 16.7) กลุ่มควบคุมเกิด 13 คน (ร้อยละ 43.3) เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมพบว่ากลุ่มทดลองเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

2.4.2 แผลผ่าตัดติดเชื้อและแผลแยก กลุ่มทดลองทั้งสองรูปแบบผ่าตัดไม่พบแผลติดเชื้อ/แยก ส่วนกลุ่มควบคุมพบแผลติดเชื้อ/แยก 1 คน (ร้อยละ 3.3) ในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

2.4.3 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง กลุ่มทดลองมีวันนอนเฉลี่ย 2.36 วัน (S.D. = 0.51) กลุ่มควบคุม 2.94 วัน (S.D. = 0.67) และกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง กลุ่มทดลองมีวันนอนเฉลี่ย 5.07 วัน (S.D. = 0.90) กลุ่มควบคุม 7.30 วัน (S.D. = 0.87) โดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ด้านความรู้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ด้านการควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในการผ่าตัดผ่านกล้องและแบบเปิดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$)

3. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผลแตกต่างกันตามชนิดของการผ่าตัด

4. ด้านภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง พบอัตราการเกิดร้อยละ 16.7 และ 43.3 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการติดเชื้อแผลผ่าตัด/แผลแยกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล กลุ่มทดลองมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง (2.36 และ 2.94 วัน ตามลำดับ) และผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (5.07 และ 7.30 วัน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

โดยสรุป โปรแกรมการดูแลจิตใจใส่สื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วตามแนวคิด ERAS มีผลดีต่อความรู้ การควบคุมความปวดและการเผชิญความเครียด การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด ลดการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลจิตใจใส่สื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วตามแนวคิด ERAS ส่งผลดีต่อผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องในหลายด้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อธิบายได้ว่าโปรแกรมมีการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสื่อสารที่มีปฏิสัมพันธ์ การตั้งเป้าหมาย



ร่วมกัน และการติดตามประเมินความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King⁽¹⁵⁾ ที่เน้นย้ำปฏิสัมพันธ์และการยอมรับเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีธัญญา และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าการให้สุขศึกษาอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

2. ด้านการควบคุมความปวด การเผชิญความเครียด และการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนการควบคุมความปวด ความเครียด และการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูดีกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลจากการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ร่วมกับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะแรก (Early mobilization) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ ERAS การสื่อสารที่ใกล้ชิดช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยกล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้ระบบทางเดินอาหารและร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด ERAS⁽¹⁴⁾ ที่มุ่งลดตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัด

3. ด้านภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การลดลงของภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวและวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลลัพธ์เชิงเหตุและผลจากการลุกเดินเร็ว การกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และความร่วมมือใน

การดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับรายงาน Meta-analysis ที่ระบุว่าแนวทาง ERAS สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 30-50 และลดวันนอนได้เฉลี่ย 2.4 วัน⁽⁵⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไม่สุ่มเข้ากลุ่ม (quasi-experimental non-randomized controlled study) มีข้อจำกัดดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและไม่ได้สุ่มเข้ากลุ่ม (non-randomized) อาจเกิด Selection bias และมีตัวแปรแทรกซ้อน เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว

2. การดูแลใกล้ชิดอาจทำให้เกิด Hawthorne effect ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือความร่วมมือสูงกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

3. ไม่สามารถปกปิดผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้การพยาบาล และผู้ประเมินผลได้ จึงอาจเกิด observer bias และ self-report bias

4. การเปรียบเทียบคะแนนรายวันหลายครั้ง อาจเพิ่มความเสี่ยง Type I error

5. การศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียวและช่วงเวลาจำกัดอาจจำกัดการนำผลไปใช้ในบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ ควรทำการศึกษาแบบสุ่มและขยายการติดตามผล รวมถึงประเมินต้นทุนประสิทธิผลเพื่อสนับสนุนการนำโปรแกรมไปใช้ในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุภารัตน์ หมั่นไธสง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์ และขวัญดาว ดวงแก้ว. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. PMJCS Phrae Medical Journal and Clinical Sciences (2023);31(2):104-117
2. ฉวีวรรณ มินทน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตีกศัลยกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=269>



3. อรรพรรณ หลงเวช, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพรรณนัย ดุษฎีกุล, เชิด ศักดิ์ ไอรณณรัตน์. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิด ช่องท้อง. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council (2020);35(2):32-51
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดช่อง ท้อง ปี2565-2567. กลุ่มภารกิจสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์;2567
5. Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. Enhanced recovery after surgery: a review. JAMA surgery (2017);152(3):292-298.
6. วิไล เหมือนทองจีน. ผลการใช้แผนการเย็บผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อดัชนีความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน (2566);8(3):539-548
7. ศรีัญญา ศุภมงคลศิริ, ภาณุพงศ์ คงชัย, ขนิษฐา เกษศร, พลัฏฐ์ ไครบุตร. ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office (2022);6(11):54-65
8. ทรงศักดิ์ จำปาแพง, นภัสสร เรืองวิชา, วิมลพรรณ มีบุญ. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. โรงพยาบาลพุทธชินราช [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001321-0000001414.pdf>
9. สโรชา สุภาธาดา. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
10. Ashok, A., Niyogi, D., Ranganathan, P., Tandon, S., Bhaskar, M., Karimundackal, G. & Pramesh, C. S. The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol to promote recovery following esophageal cancer resection. Surgery Today (2020); 50:323-334.
11. Ashok, A., Niyogi, D., Ranganathan, P., Tandon, S., Bhaskar, M., Karimundackal, G. & Pramesh, C. S. The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol to promote recovery following esophageal cancer resection. Surgery Today (2020); 50:323-334.
12. ชนุกร แก้วมณี, ทศนีย์ กลิ่นหอม. กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย: การประยุกต์ใช้เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนิ่วในไต. วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (2020);14(35):450-463.
13. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล:ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:บริษัทธนอรุณการพิมพ์ จำกัด;2565
14. King IM. A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process. New York: John Wiley & Sons; 1981.



15. Bloom BS. Mastery learning. In: Block JH, editor. Mastery learning: Theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1971. p. 47-63.