ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

โดย

ธลินกร รอดไว

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2568

THE EFFECTS OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROGRAM ON COMPLICATIONS AND RECOVERY QUALITY OF PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

BY

TALINKORN RODWAI

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อน
และคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

โดย
ธลินกร รอดไว

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้ ประธานกรรมการสอบ	รศ.ดร.อาภรณ์ ดีนาน กรรมการ
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา **กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา**	ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ **กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม**

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ.ดร. สื่อจิตต์ เพ็ชร์ประสาน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
25 กุมภาพันธ์ 2569

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

THE EFFECTS OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROGRAM ON COMPLICATIONS AND RECOVERY QUALITY OF PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

by

TALINKORN RODWAI

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University
Academic Year 2025

Asst. Prof. Sakul Changmai, Ph.D.	Assoc. Prof. Aporn Deenan, Ph.D.
Examination Committee Chairperson	Member
Asst. Prof. Rachanee Namjuntra, D.N.S.	Asst. Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.
Member and Advisor	Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)
Dean of Graduate School
February 25, 2026

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ด้วยได้รับความอนุเคราะห์จาก ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยรังสิตทุกท่าน ที่ให้ความรู้ คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.อาภรณ์ ดีนาม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมเจตน์ ฟุ้งพงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาศัลยกรรม รองผู้อำนวยการด้านการเงินและการคลัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี นายสัญญา โพธิ์งาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผศ.ดร.มนพร ชาติชำนิ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบแก้ไขและให้คำชี้แนะเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิชัย ศรีอุทารวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และขอขอบคุณ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัย ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุนและช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่อบรมสั่งสอนและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน ไว้ ณ โอกาสนี้

ธลินกร รอดไว

ผู้วิจัย

6407250 : ธลินกร รอดไว
ชื่อวิทยานิพนธ์ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง
หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร. รัชนี นามจันทรา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง จำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 17 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 17 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Mann-Whitney U test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาเสนอแนะให้นำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 141 หน้า)

คำสำคัญ: การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อน, คุณภาพการฟื้นตัว, ผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

6407250 : Talinkorn Rodwai

Thesis Title : The Effects of Enhanced Recovery After Surgery Program on Complications and Recovery Quality of Patients after Laparoscopic Cholecystectomy

Program : Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Thesis Advisor : Asst. Prof. Rachanee Namjuntra, D.N.S

Thesis Co-Advisor : Asst. Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of Enhanced Recovery After Surgery Program on complications and recovery quality of Patients after laparoscopic cholecystectomy. The participants included 34 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. The purposive samples were assigned to either the experimental group or the control group. There were 17 subjects in each group. The control group received the standard care while the experimental group received the program. Data were collected using recording forms for general information, the postoperative complications assessment and Thai version of the Postoperative Quality of Recovery Questionnaire (QoR-15). Descriptive statistics, Chi-square, Mann-Whitney U test and Independent t-test were used for data analysis.

The results revealed that the experiment group had lower postoperative complication scores compared to the control group. The Postoperative Quality of Recovery scores of the experimental group were statistically significantly higher than the scores of the control group. The research findings suggest promoting postoperative rehabilitation by applying the Enhanced Recovery After Surgery Program for patients after laparoscopic cholecystectomy.

(Total 141 pages)

Keywords: Enhanced Recovery, Complication, Quality of the Recovery, Laparoscopic Cholecystectomy.

Student's Signature …..... Thesis Advisor's Signature .....

Thesis Co-Advisor's Signature .....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ซ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	4
	คำถามการรวิจัย	5
	สมมติฐานการวิจัย	5
	กรอบแนวคิดการวิจัย	5
	นิยามศัพท์	8
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง**	**11**
	นิ่วในถุงน้ำดี	12
	การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง	13
	แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	19
	การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)	27
	สรุปการทบทวนวรรณกรรม	38
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	**39**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
	การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	47

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**56**
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	56
	ส่วนที่ 2 ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย	60
บทที่ 5	**สรุปผลและข้อเสนอแนะ**	**67**
	สรุปผลการวิจัย	67
	ข้อเสนอแนะ	77
เอกสารอ้างอิง		**79**
ภาคผนวก		**91**
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	92
	ภาคผนวก ข การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	119
	ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	125
	ภาคผนวก ง เอกสารเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	129
ประวัติผู้วิจัย		**141**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	เปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	49
4.1	แสดงความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบ Chi-Square หรือ Fisher's Exact	57
4.2	แสดงค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent T-Test	59
4.3	ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	61
4.4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test	63
4.5	ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	64
4.6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Independent t-Test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test	65
4.7	แสดงความถี่ ร้อยละ ของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าอันดับเฉลี่ย จำนวนวันนอน โรงพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการทดสอบ Mann-Whitney U test	66

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
3.1	แผนภูมิแสดงการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	55
4.1	กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้อาเจียน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	61
4.2	กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	62
4.3	กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	62
4.4	กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	64

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นิ่วในถุงน้ำดี (Gall Stone) เป็นโรคของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย โดยมีอัตราการพบในประชากรวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 10-20 (Sun et al., 2022) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคนิ่วในถุงน้ำดี ร้อยละ 6 (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2563) วิธีการรักษาที่นิยมในปัจจุบันคือ การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy: LC) (Karagoz & Sayilan, 2023) ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่มีขนาดแผลเล็ก บาดเจ็บน้อย ฟื้นตัวเร็ว ระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องยังคงประสบกับภาวะแทรกซ้อนบางประการ เช่น อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน และอาการท้องอืด ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Yayla, Ilgin, Kılınç, Ozlu, & Apay, 2022) นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 40 ยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย คงอยู่ในระยะยาว อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Latenstein et al., 2019) จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้า นอนโรงพยาบาลนานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Wang et al., 2024)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery) คือ กระบวนการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับเข้าสู่สภาวะปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007) แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) การฟื้นตัวระยะแรก (Early Phase) คือ ระยะการฟื้นตัวตั้งแต่หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดและสิ้นสุดการได้ยาระงับความรู้สึก จนกระทั่งรีเฟล็กซ์ที่สำคัญต่างๆ ฟื้นกลับคืน โดยอยู่ในช่วงระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก 2) การฟื้นตัวระยะกลาง (Intermediate Phase) คือ ช่วงระยะเวลาหลังการฟื้นตัวระยะแรก จนกระทั่งพร้อมจำหน่ายกลับบ้านได้ จะอยู่ในช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และ 3) การฟื้นตัวระยะท้าย (Late Phase) คือ ช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่จำหน่ายกลับบ้านจนกระทั่งผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ (กระทรวงสาธารณสุข กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์, 2563; Korttila,1995) การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะช่วยให้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นหาย สามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติหลังผ่าตัดได้โดยเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน (Boukili et al., 2022; Kamarajah, Bundred, Weblin, & Tan, 2020)

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) คือ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ที่มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ ก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) ระหว่างผ่าตัด (Intra-Operation) และหลังผ่าตัด (Post-Operation) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่พร้อมและได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่สุด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561; Altman et al., 2019; Kehlet & Mogensen, 1999; Pedziwiatr et al., 2018) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องชนิดต่าง ๆ ตามแนวทางของ ERAS ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Pedziwiatr et al., 2018) การศึกษาเชิงทดลองที่ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ ERAS ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Hepatectomy, Pancreaticoduodenectomy (Whipple's Procedure) (Kropritsou et al., 2022) และการผ่าตัดกระเพาะอาหารทั้งการผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง (Chen, Zou, Chen, Huang, & Li, 2015; Liu, Ding, Jiang, Zhang, & Jin, 2018) พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเรอหรือผายลมสั้นลง เริ่มรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น อาการปวดหลังผ่าตัดลดลง ลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสั้นลง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Chen et al., 2015; Kropritsou et al., 2022; Liu et al., 2018) สำหรับการศึกษาเชิงทดลองที่ใช้แนวทางของ ERAS ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องและการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Common Bile Duct Exploration) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้แนวทางของ ERAS มีระดับเม็ดเลือดขาวและ C-Reactive Protein หลังผ่าตัด 1 วัน ต่ำกว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่า ระยะเวลาที่เริ่มเรอหรือผายลมหลังผ่าตัดน้อยกว่า และระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ (Zhang et al., 2020)

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยของ ERAS มาประยุกต์ใช้ โดยปรับระยะการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม เป็น 4 ระยะ คือ ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) ขณะผ่าตัด (Intra-Operation) และระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) การทบทวนการศึกษาในประเทศไทย พบการนำ

แนวทางของ ERAS มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางเดินอาหารแบบเปิดหน้าท้อง โดยการให้ข้อมูลและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้าอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ร่วมกับการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ โดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ผลลัพธ์ของโปรแกรม พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางของ ERAS ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้นและไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง (สโรชา สุภาธาดา, สุภารัตน์ วังศรีคูณ, และอัจฉรา สุคนธสรรพ์, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด ที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัด ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดี ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 3 (สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์, และขวัญดาว ดวงแก้ว, 2566) นอกจากนี้ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ตามแนวทางของ ERAS ยังช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลได้ (Janwanitchsthaporn & Intarasompun, 2020)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด บทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด และช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย สำหรับในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทในการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่ การประเมินและการควบคุมความเจ็บปวด การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย (Pena, 2022) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล (Aydal, Uslu, & Ulus, 2023) และการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดที่ดีและเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกายและสภาวะทางอารมณ์ที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วได้ดีขึ้น (Rivas et al., 2022) และการร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระดับสูง จะเกิดผลลัพธ์ภายหลังผ่าตัดที่ดีกว่า แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมต่าง ๆ ใน ERAS ร่วมกันช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี (Pena, 2022)

ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ของการผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั้งหมด ในปี 2565-2567 มีการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องจำนวน

81 ราย, 61 ราย และ 92 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสิงห์บุรี หน่วยเวชระเบียน, 2567)การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และตามแผนการรักษาของแพทย์และวิสัญญี ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ชัดเจน การศึกษาในประเทศไทย เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ยังมีไม่มาก และเป็นการศึกษาในระยะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ยังไม่พบการศึกษาที่ประยุกต์แนวทางของ ERAS ในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและคุณภาพการฟื้นตัว ในระยะแรก ระยะกลาง และระยะท้ายหลังผ่าตัด

แม้ว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นวิธีการผ่าตัดที่เป็นที่นิยม มีขนาดแผลเล็ก บาดเจ็บน้อย แต่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยประยุกต์ใช้แนวทางของ ERAS ที่เน้นขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยติดตามภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ปราศจากภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย ตอบรับกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 และแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563, 2566; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) โดยผลจากการศึกษาวิจัย จะเป็นแนวทางในการดูแลและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องและการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery) ชนิดอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) ตามคู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery) เพื่อการกลับคืนเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายเหมือนระยะก่อนผ่าตัด หรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007) แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามคู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแผลเล็ก ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ในวันที่ผู้ป่วยมานัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นระยะของการให้คำปรึกษาแนะนำ การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมร่างกายตามแผนการรักษา การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดก่อนผ่าตัด การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ การดูแลให้ยาที่จำเป็นต้องใช้ก่อนผ่าตัด การดูแลให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Deep Vein Thrombosis) หรือลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด (Pulmonary Embolism) ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด การดูแลให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อก่อโรค และการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด

ขณะผ่าตัด (Intra-Operation) ได้แก่ การดูแลการได้ยาระงับความรู้สึก ยาป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด การดูแลควบคุมปริมาณสารน้ำที่ให้ในขณะผ่าตัด และหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนจมูกและการใส่ท่อระบายต่างๆ โดยไม่จำเป็น

ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) เป็นระยะของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยยาแบบผสมผสาน การดูแลเริ่มการรับประทานอาหารทางปากโดยเร็ว และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การนำสายสวนปัสสาวะออกภายหลังผ่าตัดในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะต้องคาสายสวนปัสสาวะ และการจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อความปวดของผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยยารับประทาน ระบบทางเดินอาหารมีการทำงานเป็นปกติ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ พร้อมทั้งแนะนำ Early Warning Symptom and Sign ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อพบอาการผิดปกติ

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ประยุกต์แนวทางของ ERAS โดยเน้นขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นบทบาทของพยาบาล แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ในวันที่ผู้ป่วยมานัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยการให้ข้อมูลคำปรึกษาแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การ

ปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) คือ ระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) เป็นระยะของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การจัดการความปวด การบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการทำงานของลำไส้โดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง การส่งเสริมการฟื้นตัวโดยการปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ควบคู่ไปกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การแนะนำการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อพบอาการผิดปกติ

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จะส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะแรก ระยะกลาง ระยะท้าย ได้ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังภาพแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่สร้างขึ้นตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ระยะดำเนินการ คือ 1) ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) คือ วันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นระยะของการให้ข้อมูลคำปรึกษาแนะนำและการประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อน การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยตามแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การพูดคุยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมกับแจกคู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มอบให้แก่ผู้ป่วยในวันนัดหมายการผ่าตัด สำหรับให้ผู้ป่วยนำกลับไปศึกษาและทบทวนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมต่อการผ่าตัด และมีความพร้อมต่อการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด 2) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) คือ ระยะที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนผ่าตัด เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา และทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามคู่มือที่ได้รับ 3) ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นจากการผ่าตัดและกลับมาพักที่หอผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะหลังผ่าตัดวันแรก ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 กิจกรรม ประกอบด้วย การประเมินและจัดการความปวด การบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง การส่งแสริมการฟื้นตัวโดยการปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ การสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการมาตรวจตามนัด (ประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด และท้องอืด ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จากแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามแต่ละข้อมีระดับตัวเลขให้เลือก 4 ช่วงระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ระดับ 0 คือ ไม่มีอาการ ระดับ 1 คือ มีอาการเล็กน้อย ระดับ 2 คือ มีอาการปานกลาง และระดับ 3 คือ มีอาการมาก ใช้

ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

คลื่นไส้อาเจียน หมายถึง อาการไม่สุขสบายในระยะหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ประกอบด้วย 2 อาการ คือ 1) คลื่นไส้ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก รู้สึกวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก 2) อาเจียน หมายถึง อาการที่มีการการหดรัดตัวของกระเพาะอาหาร โดยจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก ซึ่งอาจจะไม่มีอาหารออกมาก็ได้ หรืออาจจะมีอาการคลื่นไส้หรือไม่มีก็ได้ ใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ใน ระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

ปวด หมายถึง ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่เกิดร่วมกับการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความผิดปกติด้านร่างกาย ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในระยะหลังผ่าตัด ประเมินอาการปวดจากมาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน จากนั้นนำคะแนนมาแบ่งระดับความปวด เป็น 4 ช่วงระดับ คือ ไม่รู้สึกปวดเลย (0 คะแนน) ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน) และปวดมาก (7-10 คะแนน) ประเมินอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

ท้องอืด หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง จากการมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก มีการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้องขณะผ่าตัด เป็นภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพอง ทำให้ท้องโตขึ้น ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ประเมินภาวะท้องอืด จากแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมง ระยะ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะแรก ระยะกลาง ระยะท้าย วัดผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัด จากแบบประเมินคุณภาพการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) ที่พัฒนาขึ้นโดย Stark, Myles, and Burke (2013) และแปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ โตสิงห์ (2556) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามครอบคลุมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-10 ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 0-150 คะแนน แปลผลการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจากคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่ต่ำ แสดงถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ต่ำ คะแนนรวมที่สูง แสดงถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สูง ประเมินผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) และวันมาพบแพทย์ตามนัด ประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด (14 วัน)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมเนื้อหาเป็นหัวข้อ ดังนี้

นิ่วในถุงน้ำดี (Gall Stone)

1) อุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

2) สาเหตุ

3) อาการและอาการแสดง

4) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy)

1) ข้อดีและข้อจำกัดของการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

2) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

3) ขั้นตอนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

4) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

5) อาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative recovery)

1) ระยะของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

2) ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3) การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

1) แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

2) การศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

3) การศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในประเทศไทย สรุปการทบทวนวรรณกรรม

นิ่วในถุงน้ำดี (GALL STONE)

อุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) เป็นโรคของระบบทางเดินอาหารที่พบได้ ร้อยละ 6.1 ของประชากรทั่วโลก อัตราการพบแตกต่างกันไปตามแต่ละภูมิภาค ทวีปอเมริกาใต้ พบได้ ร้อยละ 11.2 ทวีปเอเชีย พบร้อยละ 5.1 (Wang et al., 2024) และประเทศไทยพบได้ ร้อยละ 6 (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2563) โดยอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีทั่วโลก พบได้ ร้อยละ 0.47 และพบได้น้อยในวัยเด็ก (Rebholz, Krawczyk, & Lammert, 2018) แต่พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 10-20 (Sun et al., 2022) เพศหญิงพบได้มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 7.6 และ ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ (Wang et al., 2024) โดยจะพบได้มากขึ้นในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มในการพบนิ่วในถุงน้ำดีได้สูงขึ้น ผู้ที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป พบได้ประมาณร้อยละ 15-30 (Srisubat et al., 2023)

สาเหตุ

นิ่วในถุงน้ำดี เกิดจากการตกตะกอนของแคลเซียมหรือหินปูน คอเลสเตอรอล บิลิรูบิน ที่มีอยู่ในน้ำดี โดยคอเลสเตอรอล ส่งผลให้เกิดนิ่วคอเลสเตอรอลได้ร้อยละ 75 (Ibrahim et al., 2018) และเป็นนิ่วชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด (Rebholz et al., 2018) เมื่อสารเหล่านี้มีความเข้มข้นมากขึ้นจึงเกิดการตกตะกอนได้ง่าย เมื่อตะกอนจับตัวกันจึงเกิดเป็นก้อนนิ่วขึ้น โดยอาจเกิดขึ้นเพียง 1 ก้อน หรือมีก้อนเล็ก ๆ จำนวนหลายก้อนได้ (Reshetnyak, 2012) หรืออาจเกิดจากภาวะที่ถุงน้ำดีไม่หดตัวหรือหดตัวได้น้อย จึงเกิดการกักขัง ทำให้เกิดการตั้งของน้ำดีในถุงน้ำดี สารต่าง ๆ ดังกล่าวจึงตกตะกอนได้ง่าย เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง หรือภาวะอดอาหารในผู้ที่ลดความอ้วน (Sun et al., 2022)

อาการและอาการแสดง

อาการของนิ่วในถุงน้ำดีที่พบ คือ อาการท้องอืดบ่อย ๆ แน่นท้อง อาการปวดจุกเสียดท้องส่วนบน ปวดท้องรุนแรงบริเวณใต้ชายโครงด้านขวา (Gutt, Schlafer, & Lammert, 2020) ผู้ป่วยกลุ่มที่พบนิ่วในถุงน้ำดีและไม่มีอาการเลย มีโอกาสเกิดปัญหาขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 25 ในระยะเวลา 10 ปี (Srisubat et al., 2023) ในช่วงแรกที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดี บางคนอาจจะยังไม่แสดงอาการ จนเมื่อนิ่วมีขนาดใหญ่ขึ้นหรือสะสมเพิ่มจำนวนขึ้นจึงเริ่มมีอาการท้องอืด มีลมมาก แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย ปวดท้องอย่างรุนแรงบริเวณช่วงท้องส่วนบนด้านขวา โดยปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ปวดจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ และอาจปวดร้าวไปบริเวณสะบักขวาหรือใต้ชายโครงขวา ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนร่วมด้วย มักจะมีอาการหลังรับประทานอาหารมัน ๆ หรือช่วงเวลากลางคืน (Jones & Ghassemzadeh, 2024)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

พันธุกรรม เชื้อชาติ มีผลให้อัตราการพบแตกต่างกันไป อายุที่เพิ่มขึ้น จะพบนิ่วในถุงน้ำดีได้สูงขึ้น (Volzke et al., 2005) เพศหญิง จะพบได้มากกว่าเพศชาย ความอ้วนโดยเฉพาะผู้หญิงอ้วน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและมีใยอาหารต่ำ (Gutt et al., 2020) จะเพิ่มโอกาสที่จะเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดี เนื่องจากมีการหลั่งคอเลสเตอรอลในทางเดินน้ำดีเพิ่มขึ้น (Shabanzadeh, 2018) ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ มีส่วนทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี (Celaj & Kourkoumpetis, 2021) การใช้ยาฮอร์โมนคุมกำเนิด (Stuart, Tang, Heartwell, & Westhoff, 2007) การใช้ยาฮอร์โมนเพศหญิง โดยระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สูงขึ้นจะเพิ่มการขับคอเลสเตอรอลเข้าสู่น้ำดี ส่งผลให้คอเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มขึ้น และการหดตัวของถุงน้ำดีลดลง ผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์หรือใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ชาย ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน จะมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้เพิ่มขึ้น (Shabanzadeh, 2018) โรคเลือดบางชนิด เช่น โลหิตจาง ธาลัสซีเมีย จะมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้สูง (Shahramian et al., 2018)

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY)

การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดี ทำได้ 2 วิธี คือ การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy: LC) และการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (Open

Cholecystectomy) โดยปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) เป็นที่นิยมแพร่หลาย เนื่องจากมีข้อดีหลายประการเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด ได้แก่ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ปวดแผลน้อย มีการฟื้นตัวเร็วและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้น (Pham & Hunter, 2015) ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ และลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (กำพล พฤกษาอุดมชัย, 2564) แผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข จึงสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) โดยมีเป้าหมายในการลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถฟื้นหายและจำหน่ายกลับบ้านได้โดยเร็ว ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการรักษา ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563, 2566)

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) หมายถึง การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีทัศน์ โดยอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ด้านคอมพิวเตอร์ ร่วมกับระบบภาพวีดีทัศน์ (Computer Chip TV Camera Videoscope) โดยศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัด ด้วยการเจาะผนังช่องท้อง แล้วสอดใส่เครื่องมือต่าง ๆ เข้าไปทำการผ่าตัด ทีมผ่าตัดสามารถมองเห็นขั้นตอนการผ่าตัดรายละเอียดของเนื้อเยื่อในบริเวณอวัยวะที่จะผ่าตัดได้อย่างชัดเจน พร้อม ๆกันบนจอภาพผ่านกล้องขยาย (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2564) โดยมีการรายงานการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy; LC) ครั้งแรก ในวารสารทางการแพทย์ ในปี ค.ศ. 1990 (Dubois, Icard, Berthelot, & Levard, 1990) และในประเทศไทย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้เริ่มนำวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์ มาใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วยรายแรก ในปี พ.ศ. 2535 (ชัชวาล สมพีร์วงศ์, 2539)

ข้อดีและข้อจำกัดของการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ข้อดีของการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง คือ เสียเลือดน้อย มีขนาดแผลผ่าตัดเล็กและมีการบาดเจ็บน้อย ลดอัตราการตกเลือดและการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีการฟื้นตัวเร็ว และระยะ เวลานอนโรงพยาบาลสั้น (Pateriya, Agrawal, & Samar, 2021; Pham & Hunter, 2015)

ข้อจำกัดของการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง คือ ไม่สามารถจัดการกับภาวะที่มีเลือดออกที่รุนแรงได้ และไม่สามารถจัดการกับเนื้อเยื่อได้ดีนัก ถ้ากายวิภาคของบริเวณที่จะผ่าตัดผิดปกติมาก

เช่น มีการอักเสบหรือมีพังผืด (เกรียงศักดิ์ เจนวิถีสุข, 2563) นอกจากนี้ การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นเทคนิคการผ่าตัดใหม่ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ การฝึกอบรม และประสบการณ์ในการผ่าตัด ต้องพึ่งพาอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563, 2564)

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มีข้อห้ามในผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม และมีความเสี่ยงในการผ่าตัดสูง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการได้รับยาดมสลบเป็นเวลานาน ผู้ป่วยมะเร็งถุงน้ำดี (Gallbladder Cancer) และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง จนมี Unstable Hemodynamics ที่ไม่สามารถควบคุมได้ (วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล, 2563)

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ระยะก่อนผ่าตัด (วันนัดหมายการผ่าตัด)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการนัดหมายเพื่อทำผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัด โดยการสอบถามประวัติและข้อมูลสุขภาพ อาการและอาการแสดง โรคร่วม แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจจะเกิดขึ้น การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย Complete blood count, Urine analysis, Fasting blood sugar, Blood urea nitrogen, Creatinine, Electrolyte, Liver function tests (total bilirubin, direct bilirubin, alkaline phosphatase, GGT, SGLT, SGPT) และ Ultrasonography of upper abdomen (วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล, 2563) Blood group, CXR, EKG (กรณีอายุ >45 ปี หรือมีประวัติโรคหัวใจมาก่อน) หากพบความผิดปกติของผลการตรวจต่าง ๆ ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขจากแพทย์ก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยผู้ป่วยก่อนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องทุกราย จะได้รับการส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ เพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด โรคร่วมที่ต้องได้รับการดูแลรักษา การหยุดรับประทานยาบางชนิดที่มีผลต่อการผ่าตัด การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) เนื่องจาก การสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มความเสี่ยงระหว่างการผ่าตัด โดยเฉพาะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก การสูบบุหรี่มีผลทำให้ทำหัวใจของผู้ป่วยทำงานหนักขึ้น เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจวายระหว่างการผ่าตัด การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง เนื่องจาก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผันผวนของระดับน้ำตาลในเลือด และควรงดเครื่องดื่มเกลือแร่ เพราะมีเกลือที่ส่งผลให้เกิด

อาการบวม ทำให้อาการบวมลดลงได้ยากขึ้น นอกจากนี้ ควรงดอาหารที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารหมักดอง อาหารทอดที่มีไขมันสูง เป็นต้น

ระยะก่อนผ่าตัด (วันก่อนผ่าตัด)

ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ การดูแลให้รับประทานยาที่จำเป็นต้องใช้ก่อนผ่าตัด เช่น ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้เพียงพอในคืนก่อนผ่าตัด การงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืน การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำภายหลังการงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิด หรือในเช้าวันผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

เช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้รับประทานยาโรคประจำตัวที่สำคัญ (ถ้ามี) การเจาะเลือดตรวจซ้ำหากมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการณ์ที่ผิดปกติและต้องติดตามแก้ไขให้อยู่ในภาวะปกติก่อนผ่าตัด การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนผ่าตัด ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องที่จะผ่าตัด การโกนหนวดเครา การล้างเล็บ การถอดฟันปลอม ชุดชั้นใน เครื่องประดับและของมีค่าก่อนผ่าตัด พร้อมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-นามสกุล ป้ายข้อมือ รวมถึงอุปกรณ์หรือยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมกับผู้ป่วย หรือได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อก่อโรค การวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการผิดปกติต่างๆ ก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด

ขั้นตอนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy)

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดโดยอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ด้านคอมพิวเตอร์ร่วมกับระบบภาพวีดีทัศน์ ใช้การมองเห็นภาพผ่านทางกล้องขยาย ทำให้มองเห็นรายละเอียดของเนื้อเยื่อในบริเวณอวัยวะที่จะผ่าตัดได้อย่างละเอียดชัดเจน โดยศัลยแพทย์จะทำการเจาะผนังช่องท้องแล้วสอดใส่เครื่องมือต่างๆ เข้าไปในโพรงช่องท้อง เพื่อทำการผ่าตัดถุงน้ำดี โดยทีมผ่าตัดสามารถมองเห็นขั้นตอนการผ่าตัด รายละเอียดของเนื้อเยื่อในบริเวณอวัยวะที่จะผ่าตัดได้อย่างชัดเจนพร้อม ๆ กันบนจอภาพผ่านกล้องขยาย (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2564)

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ใช้วิธีระงับความเจ็บปวดขณะผ่าตัด ด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก (General Anesthesia) โดยวิสัญญีแพทย์ และทำการผ่าตัดโดย ศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความชำนาญในการผ่าตัด ศัลยแพทย์จะทำการเปิดแผลที่ผนังหน้าท้องจำนวน 3-4 แห่ง ขนาด 0.5-1 ซม. จากนั้นจึงทำการสอดใส่เครื่องมือผ่าตัดและกล้องขยายเข้าไปภายในช่องท้อง แล้วจึงใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) เข้าไป เพื่อทำช่องท้องมีช่องบริเวณที่จะทำการผ่าตัดถุงน้ำดี จากนั้นจึงทำการเลาะเนื้อเยื่อบริเวณถุงน้ำดีเพื่อค้นหาและทำการตัดถุงน้ำดี ตัดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงถุงน้ำดี นำถุงน้ำดีออก แล้วเย็บปิดแผลผ่าตัด (ประภา รัตนไชย, สมบูรณ์ เทียนทอง, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์, สุวิมล ต่างวิวัฒน์, และมิ่งขวัญ วงศ์ยิ่งสิน, 2563) ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ 86-92 นาที (Sukhontamas, Vongstapanalert, & Suwitchakul, 2020) โดยระยะเวลาการผ่าตัดอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และเทคนิคของศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด โดยภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตอาการในห้องพักฟื้น จนกระทั่งผู้ป่วยฟื้นจากการได้รับยาสลบ ฟื้นและตื่นดี จึงได้รับการย้ายมาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

การดูแลระยะหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม.จนอาการปกติ) การแนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินระดับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยยา (เสาวนีย์ เกิดปากแพรก และสุชาตา วิภาวกานต์, 2019) หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการปวดแผลมาก บริหารจัดการความปวดโดยให้ยาระงับปวดชนิดฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความปวดเล็กน้อย แนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ การจินตนาการนึกถึงการอยู่ในที่ ๆ มีความสุข หรือการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การฟังเพลง เล่นโซเชียลมีเดีย เล่นเกมส์ ช่วยลดหรือทำให้ลืมอาการปวดได้ หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ปวดแผล หรือมีความปวดระดับ ≤ 3 คะแนน จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

ในกรณีที่การผ่าตัดมีความซับซ้อนมาก ระยะหลังผ่าตัดอาจต้องงดอาหารและน้ำประมาณ 24-48 ชั่วโมง แต่หากผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวดีจากยาสลบ จะ

เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เลย โดยเริ่มจากการจิบน้ำหรือให้รับประทานอาหารเหลว การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง แผลผ่าตัดจัดอยู่ในชนิดแผลผ่าตัดสะอาด โดยภายหลังการผ่าตัด จะปิดแผลด้วยอุปกรณ์ปิดแผลชนิดกันน้ำ และไม่ต้องเปิดทำแผล โดยจะเปิดแผลภายหลังผ่าตัดประมาณ 1 สัปดาห์ พร้อมกับนัดผู้ป่วยมาตรวจในระยะ 2-4 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการภายหลังการผ่าตัด (วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล, 2563) พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อพบอาการผิดปกติ

อาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

การศึกษาภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ผ่านมา พบว่า อาการที่พบได้ในระยะหลังผ่าตัด คือ อาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการปวด โดยในระยะหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 55.8 มีอาการคลื่นไส้ ผู้ป่วยร้อยละ 20.3 มีอาการอาเจียน และผู้ป่วยร้อยละ 75 มีอาการปวดในระดับรุนแรงหรือระดับมาก โดยอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการปวด จะลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (Yayla et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่ห้องพักฟื้นร้อยละ 57.9 มีอาการท้องอืดแน่นท้อง (Tuvayanon, Toskulkao, Asdornwised, & Akaraviputh, 2011) และร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง มีอาการปวดหัวไหล่ (Choi, Kang, Baek, Jung, & Kim, 2015; Hua, Gong, Yao, Zhou, & Song, 2014; Tuvayanon et al., 2018) ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นได้ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และผลจากการจัดการความปวดโดยการให้ยา ยังส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการนอนพัก เพื่อสังเกตอาการในห้องพักฟื้นยาวนานขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องพักฟื้นล่าช้า (Wheeler, Oderda, Ashburn, & Lipman, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 40% ของผู้ป่วย ยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย ตัวตาเหลือง คงอยู่ในระยะยาว 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Latenstein et al., 2019) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด คือ ภาวะตกเลือด และภาวะที่ได้รับอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ท่อน้ำดีรั่ว โดยภาวะทารกซ้อนที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บของท่อน้ำดีรวม (Common Bile Duct) (วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล, 2563)

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (POSTOPERATIVE RECOVERY)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery) คือ การกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนระยะก่อนการผ่าตัด โดยอาจเท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย (Physiological) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสังคม (Social) และการปฏิบัติกิจวัตร (Habitual Function) โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Allvin et al., 2007) ระยะของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ระยะ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563) ดังนี้

1) การฟื้นตัวระยะแรก (Early Phase) คือ การฟื้นตัวในช่วงระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด โดยระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดและสิ้นสุดการใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะเริ่มตื่นและฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก รู้สึกตัว เริ่มหายใจและเคลื่อนไหวร่างกายได้ แต่ยังอยู่ในระยะที่ต้องได้รับการประเมินสภาพหลังการผ่าตัดและการดูแลอย่างใกล้ชิดภายในห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย เป็นระยะที่อวัยวะสำคัญของร่างกายยังมีการกลับมาทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่

2) การฟื้นตัวระยะกลาง (Intermediate Phase) คือ การฟื้นตัวในช่วงระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด โดยอยู่ในช่วงหลังผ่าตัดสัปดาห์แรก (Craven & Hirnle, 2003) โดยระยะนี้เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะและรู้ตัวดี สามารถลุกเดินเคลื่อนไหวร่างกายได้ ทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ เป็นระยะที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

3) การฟื้นตัวระยะท้าย (Late Phase) คือ การฟื้นตัวในช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่หลังการผ่าตัดสัปดาห์แรกเป็นต้นไปจนถึงระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดี สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านและกลับไปทำงานได้ตามปกติ

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดแผลเล็ก กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดการติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ครอบคลุมการฟื้นตัวของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ดังนี้ คือ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563)

1) ระยะเฉียบพลัน คือ ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ติดตามการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน โดยภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่อาจเกิดจากทางวิสัญญี หรือการผ่าตัด/เทคนิคการผ่าตัด เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการปวด อาการท้องอืด มีเลือดออกจากแผลผ่าตัด หรืออาจมีก้อนเลือดที่แผลผ่าตัด (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563)

2) ระยะแรกหลังการผ่าตัด คือ ในระยะ 48-72 ชั่วโมง ถึงหนึ่งสัปดาห์หลังการผ่าตัด ติดตามการฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด มีก้อนเลือดคั่ง ในแผลผ่าตัด หรือ มีน้ำเหลือง (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563)

3) ระยะยาวหลังการผ่าตัด คือ ระยะตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไปหลังผ่าตัด ติดตามการฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การปวดแผลผ่าตัดเรื้อรัง การติดเชื้อของแผลผ่าตัด หรือการกลับเป็นใหม่ของโรค (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563)

การศึกษาในครั้งนี้ ติดตามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องทั้ง 3 ระยะ คือ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ระยะเฉียบพลัน) 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ระยะแรกหลังการผ่าตัด) และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ระยะยาวหลังการผ่าตัด)

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยสามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1) อายุ โดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย การทำงานของระบบต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีระยะการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ยาวนานขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุหรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมของร่างกาย กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการท้องอืดได้ (Donkervoort et al., 2016) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ($r_s = -.411$, $p<.05$) (Trang, Thosingha, & Chanruangvanich, 2017)

1.2) เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง พบว่า ด้านสรีรวิทยา ฮอร์โมนเพศ การรับรู้ต่อความเจ็บปวด และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง ช่วยลดการอักเสบและส่งเสริมการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ จึงมีผลให้เพศหญิงฟื้นตัวเร็วกว่าเพศชายในด้านการหายของแผลและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ เพศหญิงจะมีความทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าเพศชาย จึงได้รับการจัดการความ

ปวดได้เร็วกว่าเพศชาย จึงส่งผลให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็ว แต่เพศชายอาจมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าเพศหญิง การขอยาแก้ปวดน้อยกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งเพศหญิงยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีการฟื้นตัวด้านอารมณ์ได้ดีกว่า ในขณะที่เพศชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวในระยะหลังผ่าตัด อาจมีความกังวลต่อความสามารถในการทำงาน จึงอาจส่งผลต่อความเครียดได้มากกว่า เพศจึงมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มการฟื้นตัวด้านอารมณ์และพฤติกรรมเร็วกว่า ในขณะที่เพศชายจะมีการฟื้นตัวด้านกำลังแรงกายและกิจกรรมได้เร็วกว่า (พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2553) โดยการศึกษาในผู้ป่วย 168 คน ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร พบว่า เพศหญิงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้ากว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jeong, Ryn, & Park, 2016)

1.3) โรคร่วม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โรคร่วมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลง เช่น โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ มีผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวช้า (มุขรินทร์ สิงห์ปัญญา, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และก้องเขต เหรียญสุวรรณ, 2560) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม มีความ สัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมาก จะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องลดลง (สราวุฒิ สีถาน, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และธวัชชัย อัครวิพุธ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Trang et al. (2017) ที่พบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ($r_s = -.350$, $p < .05$)

1.4) ความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย (Trang et al., 2017) การจัดการกับปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการตอบสนองต่อความเครียดเพิ่มขึ้น หากสามารถจัดการให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล เช่น การควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับที่ไม่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อความเครียดในระดับที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี

1.5) การสูบบุหรี่ มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ในระยะ 8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด (พรรณทิพย์ เกียรติสิน และคณะ, 2553) เนื่องจาก การสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มความเสี่ยงระหว่างการผ่าตัด โดยเฉพาะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก การสูบบุหรี่มีผลทำให้ทำหัวใจของผู้ป่วยทำงานหนักขึ้น เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจวายระหว่างการผ่าตัด ควรงดสูบบุหรี่ อย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด

2) ปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่

2.1) ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดแบบส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive) เป็นการผ่าตัดที่ทำให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดใหญ่ จึงส่งผลให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบน้อยกว่าการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยจึงตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive) มีความสามารถในการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัดได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็วกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบว่า ชนิดของการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีแบบส่องกล้อง มีคะแนนการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญ (จุฑารัตน์ วรศิริ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และ รุ้งระวี นาวีเจริญ, 2561)

2.2) ขนาดของแผลผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด มีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก จะมีความสามารถในการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความยาวของแผลผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ($r_s = -.231$, $p < .05$) (Trang et al., 2017)

2.3) การคาสายยางหรือท่อระบายหลังผ่าตัด โดยพบว่า การคาสายยางทางจมูกหลังผ่าตัด โดยการต่อ Suction หรือไม่ก็ตาม ไม่มีผลช่วยลดภาวะลำไส้หยุดทำงาน และไม่ได้ช่วยทำให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น แต่ทำให้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับลมเข้าไปในกระเพาะอาหารมากขึ้น ส่งผลต่ออาการท้องอืดและภาวะลำไส้หยุดทำงาน นอกจากนี้ ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับมารับประทานอาหารได้ช้ากว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้ใส่สายยางทางจมูก การไม่ใส่ท่อระบาย สายยางทางจมูกหรือสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น รวมถึงการถอดท่อระบาย สายยางทางจมูก และสายสวนปัสสาวะออก เมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องใส่คาไว้หลังผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (วินัย อึงพินิจพงศ์, 2566)

2.4) ความปวดและการได้ยาระงับปวด ความปวดมีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย การควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับที่ไม่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ความปวดแผลหลังผ่าตัด จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณที่ผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียง มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งความปวดจะรบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย

และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยอยากนอนนิ่ง ๆ ไม่อยากขยับตัวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะจะทำให้ปวดแผลเพิ่มมากขึ้น (จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ, 2560) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังผ่าตัดที่ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Trang et al. (2017) ที่พบว่า ระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ($rs = -.428$, $p < .05$) โดยการเปลี่ยนท่าหรือเปลี่ยนอิริยาบถจากท่านอนเป็นท่านั่ง และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการขึ้นหรือลงจากเตียง จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเพิ่มขึ้น เนื่องจาก มีการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วยแรงพอควร ทำให้เกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ในการส่งสัญญาณประสาทเข้าสู่สมอง ส่งผลให้มีอาการปวดเกิดขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการปวดแผลผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องร้อยละ 24.9 มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลง (ตะวัน แสงสุวรรณ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2564) ดังนั้น การจัดการความปวดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดได้ดี นอกจากนี้ ผลจากการได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Opioids ที่มีการออกฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด ได้แก่ Pethidine หรือ Morphine ก็ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียง คือ ลดการบีบรัดตัวของลำไส้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงมีโอกาสเกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้ (Sethi, 2018)

2.5) ภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะมีผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ล่าช้ากว่าปกติได้ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวดแผลผ่าตัดระดับมาก อาการท้องอืด ความอ่อนเพลีย รวมถึงความวิตกกังวลร่วมกับนอนไม่หลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องร้อยละ 24.9 มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลง (ตะวัน แสงสุวรรณ และคณะ, 2564)

3) ปัจจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

3.1) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้ ป้องกันการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

3.2) การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งเปรียบเสมือนการให้อาหารหลอก (Sham Feeding) จะไปกระตุ้น Vagal Cholinergic ของระบบทางเดินอาหาร หลังการเคี้ยวหมากฝรั่ง 15-30 นาที จะทำให้เกิดการหลั่ง Gastrin, Pancreatic Polypeptide และ Neurotensin ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร มีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการบีบตัว และคลายตัว อย่างเป็นระบบ จึงเกิดเป็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Ge, Chen, & Ding,

2015; Su'a et al., 2015) จากการศึกษาของ วราภรณ์ วงษ์เรือง, นัทธมน วุทธานนท์, และวราวรรณ อุดมความสุข (2563) พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้งต่อวัน นานครั้งละ 15 นาที โดยเริ่มทันทีที่รู้สึกตัวเต็มที่หลังผ่าตัดช่องท้อง ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ ลดภาวะลำไส้หยุดทำงานได้

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มาใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยมีการให้ข้อมูลการเตรียมตัวเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย และการแนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ 2-4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดมีการติดตามดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และการให้เคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อส่งสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery) คือ กระบวนการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร (Allvin et al., 2007) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นหาย และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน (Boukili et al., 2022; Kamarajah et al., 2020)

การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ประเมินผลลัพธ์การฟื้นตัวของผู้ป่วย 5 ด้าน ดังนี้ คือ พรรณทิพย์ เกียรติสิน และคณะ (2553)

1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การจัดการความปวด โดยใช้แบบประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข การกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้ ใช้แบบประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางหน้าท้องทั้ง 4 ส่วน ฟังอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง จวบจนเมื่อผู้ป่วยมีการผายลมและมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกภายหลังการผ่าตัด จึงฟัง 2 ครั้งต่อวันและตามความเหมาะสมเท่าที่จำเป็นจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2) ผลลัพธ์ทางจิตสังคม ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล

3) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

4) ผลลัพธ์ค่าใช้จ่าย ได้แก่ ระยะเวลาวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การกลับมาตรวจหรือรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน การกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา

5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นการวัดความสำเร็จของการฟื้นตัว โดยสามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมิน ในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลายเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality Of Recovery Score: QoR-9) พัฒนาโดย Myles, Hunt, and Fletcher (1999) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งการผ่าตัดใหญ่และการผ่าตัดเล็ก ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เช่น ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดทางสูตินรีเวช ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ผ่าตัดหลอดเลือด ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดกระดูกและข้อ มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0,1, 2 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 0-18 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง หลังผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวดี คะแนนรวมที่ต่ำ แสดงถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี

2) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality Of Recovery Score: QoR-40) พัฒนาโดย Myles, Weitkamp, Jones, Melick, and Hensen (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริมนต์ ดำริห์ (2553) ใช้ประเมินคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เช่น ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดทางสูตินรีเวช ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ มีข้อคำถามรวม 40 ข้อ แบ่งเป็น 5 มิติ คือ ด้านอารมณ์ (Emotional State) จำนวน 9 ข้อ ด้านร่างกาย (Physical Comfort) จำนวน 12 ข้อ ด้านจิตใจ (Psychological Support) จำนวน 7 ข้อ ด้านความอิสระทางร่างกาย (Physical Independence) จำนวน 5 ข้อ ด้านความปวด (Pain) จำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ มีคะแนนรวมทั้งหมด 40-200 คะแนน คะแนนรวมที่ต่ำ แสดงถึง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนรวมที่สูง แสดงถึง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง

3) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) พัฒนาโดย Stark, Myles, and Burke (2013) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ โตสิงห์ (2556) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ครอบคลุมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร แต่ละข้อมีระดับคะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-150 คะแนน แปลผลคะแนนจากคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่ต่ำ แสดงถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนรวมที่สูง แสดงถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สูง โดยแบ่งระดับคะแนนรวมได้ดังนี้ คือ 0-50 คะแนน

หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีระดับต่ำ 51-100 คะแนน หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีระดับปานกลาง 101-150 คะแนน หมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีระดับสูง

4) แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Convalesces and Recovery Evaluation: CARE) สร้างขึ้นโดย Hollenbeck et al. (2008) แปลเป็นภาษาไทย โดย ปวงกมล กฤษณบุตร, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และเชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ (2555) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ (1) ด้านความปวด 9 ข้อ (2) ด้านกระเพาะอาหารและลำไส้ 5 ข้อ (3) ด้านอารมณ์ 2 ข้อ (4) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม 4 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-5 แปลผลคะแนนของแบบประเมินจากคะแนนรวม ตั้งแต่ คะแนน 0-100 คะแนน โดยนำคะแนนแต่ละมิติมารวมกัน และหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมสูงสุด คือ 100 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง แสดงถึง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี คะแนนรวมที่ต่ำ แสดงถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ไม่ดี

5) ดัชนีบ่งชี้การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Surgical Recovery Index: SRI) พัฒนาขึ้นโดย Talamini, Stanfield, Chang, and Wu (2004) ใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดแบบส่องกล้องหรือการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery) ข้อคำถามประเมินการฟื้นตัว 2 ด้าน คือ (1) ด้านความปวด และ (2) ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ ประเมินผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 1-4 ข้อคำถามแบ่งเป็น ด้านความปวด 8 ข้อ แบ่งเป็น 8-56 คะแนน ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 16 ข้อ แบ่งเป็น16-64 คะแนน รวมคะแนนทั้ง 2 ด้าน แปลงเป็น 0-100 คะแนน แปลผลคะแนน จากคะแนนที่ต่ำ แสดงถึงการฟื้นตัวที่เร็ว คะแนนที่สูง แสดงถึงการฟื้นตัวที่ช้า เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ในระยะของการฟื้นตัวที่ 1-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด

6) มาตรวัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบบภาพอนาล็อค (Visual Analogue Scale) พัฒนาโดย Myles et al. (2000) เป็นมาตรวัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ที่เป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร ตำแหน่งเริ่มต้น หมายถึง การฟื้นตัวที่ไม่ดี ไปจนถึงการฟื้นตัวที่ดีมาก แปลเป็นภาษาไทยโดย สมคิด ทองดี (2553) และดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการผ่าตัดใหญ่ แบบประเมินมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยดัดแปลงแบ่งขีดเป็นเส้นตรงเป็นช่องเท่า ๆ กัน ระดับ 0-10 ตำแหน่ง ปลายสุดด้านซ้ายมือ แสดงถึง การฟื้นตัวที่ไม่ดี ไปจนถึงการฟื้นตัวที่ดีมากทางด้านขวามือ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ คือ การฟื้นตัวระยะแรก (24 ชั่วโมง) การฟื้นตัวระยะกลาง (48 ชั่วโมง) และการฟื้นตัวระยะท้าย (2 สัปดาห์) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

(Quality of Recovery: QoR-15) ซึ่งพัฒนาโดย Starket et al. (2013) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ โตสิงห์ (2556) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย มีข้อคำถามที่ครอบคลุมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร ตามแนวคิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2007) ข้อคำถามมีจำนวนไม่มากจนเกินไป คือ จำนวน 15 ข้อ มีความกระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย และใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามไม่นาน ซึ่งมีความเหมาะสมในประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)

การรักษาโรคโดยการผ่าตัด จะเกิดผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดีได้นั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับเทคนิคการผ่าตัดที่ได้มาตรฐานของศัลยแพทย์แล้ว ผลลัพธ์ของการผ่าตัดที่ดี ยังขึ้นอยู่กับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ที่ครอบคลุมและเหมาะสมด้วย จึงมีการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery : ERAS) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้น (Kehlet & Mogensen, 1999) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) 2) ขณะผ่าตัด (Intra-Operation) และ 3) ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่พร้อมและได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่สุด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

ในปี ค.ศ.1999 ได้เริ่มมีการนำแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (Altman et al., 2019; Kehlet & Mogensen, 1999; Pedziwiatr et al., 2018)

1) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operative) คือ ระยะตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยการให้คำปรึกษาแนะนำการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การประเมินระยะเวลานอนโรงพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายขณะผ่าตัด การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 4 สัปดาห์ การหลีกเลี่ยงการงดอาหารและน้ำเป็นเวลานาน การให้คาร์โบไฮเดรตก่อนผ่าตัด การเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนผ่าตัดไม่ต้องเตรียมลำไส้ใหญ่ทุกราย จะเตรียมในรายที่มีข้อบ่งชี้และสำหรับการผ่าตัดบางชนิดเท่านั้น ดูแลให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด การดูแลให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อก่อโรค เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2) ขณะผ่าตัด (Intra-Operative) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการผ่าตัด ดูแล Active Warming ดูแลการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด การดูแลให้ยา Opioid และเทคนิคการผ่าตัด การหลีกเลี่ยงการใส่ท่อระบายต่าง ๆ โดยไม่จำเป็น การควบคุมปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด ให้อยู่ในภาวะสมดุล การบริหารจัดการความปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียน

3) ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operative) เป็นการดูแลระยะหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ดูแลให้เริ่มการรับประทานอาหารทางปากโดยเร็ว การเคี้ยวหมากฝรั่ง และกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การถอดสายสวนปัสสาวะโดยเร็วหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้หลังผ่าตัด การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงคงที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ช่วยสนับสนุนการฟื้นตัวของระบบต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น ระบบหัวใจ ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และอวัยวะต่าง ๆ หลังผ่าตัดให้กลับสู่สภาวะปกติได้เร็วที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ช่วยลดระยะเวลาในการฟื้นตัว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลง ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะที่อยู่โรงพยาบาล และไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Pedziwiatr et al., 2018)

ในปัจจุบัน แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) มีการพัฒนาและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดทางช่องท้อง ทั้งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง การผ่าตัดปอด การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร เช่น ตับและตับอ่อน ทางเดินน้ำดี ถุงน้ำดี หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร

และลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ทวารหนัก การผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช เช่น การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ การผ่าตัดทางระบบทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดไต กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) และการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยผลลัพธ์ของการฟื้นตัวที่ดี เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่อาศัยความร่วมมือกันของศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดและทีมสุขภาพที่ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วย รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วยผู้เข้ารับการผ่าตัด ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีผลลัพธ์ที่ดี และประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า (Elective) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Martin, Berry, Friel, & Hedrick, 2018)

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (2563) มีนโยบายและข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปลอดภัย ฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยประยุกต์แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) เป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) 2) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) 3) ขณะผ่าตัด (Intra-Operation) 4) ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) ดังนี้ (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563)

ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด และได้รับการนัดหมายการผ่าตัด ระยะนี้เป็นระยะของการให้ข้อมูล คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ตลอดจนประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ดังนี้

1) Preoperative Education and Detailed Counseling เป็นการให้ข้อมูลคำปรึกษาและแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการเตรียมตัวระยะก่อนผ่าตัด วิธีการผ่าตัดที่จะได้รับ การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินระยะเวลานอนโรงพยาบาล การพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และชี้แจงหน้าที่ของผู้ป่วย (Patient's Role & Responsibility) เนื่องจาก การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและตอบปัญหาข้อสงสัยจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและลดความกลัวต่อการผ่าตัดที่จะได้รับ

2) Preoperative Optimization of General Conditions เป็นการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการตรวจและรักษาโรคร่วมของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด การแก้ไขภาวะซีด ภาวะทุพโภชนาการ การปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย การแนะนำการหยุดสูบบุหรี่และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เป็นต้น

ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1) Avoidance of Prolong Starvation and Fasting หลีกเลี่ยงการงดอาหารและน้ำเป็นเวลานาน โดยระยะก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารตามปกติ ยกเว้น ในผู้ป่วยมีภาวะอุดตันทางเดินอาหาร หรือผู้ป่วยที่ต้องเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนผ่าตัด โดยในปัจจุบัน การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการงดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก 6 ชั่วโมง หรือ หากเป็น clear fluid ก็สามารถงดได้ใน 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดก็เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการระงับความรู้สึก จากทบทวนการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบการงดน้ำและอาหารแบบดั้งเดิม กับการงดอาหารในช่วงเวลาจำกัด ร่วมกับการให้ผู้ป่วยสามารถดื่มเครื่องดื่มชนิดเหลวใสได้ในระยะก่อนผ่าตัด 2-3 ชั่วโมง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ในด้านปริมาณของเหลวที่อยู่ในกระเพาะอาหาร ผลของการรักษาและภาวะแทรกซ้อน โดยจากหลักฐานดังกล่าวที่พบ จึงนำมาสู่การประกาศ “แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการงดน้ำและอาหารก่อนได้รับการผ่าตัดและหัตถการ (Preoperative or Pre-Procedural Fasting Guidelines in Patients Undergoing Elective Surgery and Procedures)” ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่สามารถให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มชนิดเหลวใสได้ในระยะ 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด หรือก่อนการทำหัตถการที่ต้องได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อช่วยลดภาวะการขาดน้ำและความเครียดก่อนผ่าตัด โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักในระหว่างการระงับความรู้สึก (Tsang, Lambert, & Carey, 2018; Weimann et al., 2021)

2) Avoidance of Mechanical Bowel Preparation การเตรียมลำไส้ใหญ่ในระยะก่อนผ่าตัด จะเตรียมในรายที่มีข้อบ่งชี้และสำหรับบางการผ่าตัดเท่านั้น เช่น การเตรียมลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายหรือไส้ตรง หรือผู้ป่วยที่ต้องส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในขณะผ่าตัด โดยไม่จำเป็นต้องเตรียมในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจาก การเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัด มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยสูงอายุ หากมีการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ ยังไม่มีผลต่อการลดอัตราติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด

3) Adequate Hydration การดูแลให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด อยู่ในภาวะ Normovolemia และให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมลำไส้ใหญ่ และในผู้ป่วยที่ต้องงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดก่อนผ่าตัด

4) Selective Use of Pre-Anesthetic Medication การดูแลให้ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับก่อนผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความจำเป็นต้องใช้ เช่น การให้ยาในคืนก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลหรือมีอาการนอนไม่หลับ โดยยาที่ให้ควรเป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่สั้น เพื่อป้องกันอาการง่วงซึมมากในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

5) Anti-Thrombotic Prophylaxis ดูแลให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน หรือลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ หรือร่วมกับอุปกรณ์ป้องกันในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยขึ้นอยู่กับโรคร่วม และชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

6) Antimicrobial Prophylaxis ดูแลให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อก่อโรคในระยะก่อนผ่าตัดประมาณ 30-60 นาที ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประเภท Clean Contamination หรือ Clean Wound with Prosthesis Use โดยสามารถให้ครั้งเดียวก่อนผ่าตัดก็เพียงพอ แต่ทั้งนี้ สามารถให้ยาปฏิชีวนะซ้ำได้อีกครั้ง ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสียเลือดมากในขณะได้รับการผ่าตัด หรือในผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการผ่าตัดเป็นระยะเวลานานกว่า 3-4 ชั่วโมง และควรหยุดการให้ยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

7) Skin Preparation การเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด โดยการโกนหรือกำจัดขนบริเวณที่ผ่าตัด จะทำในการผ่าตัดบางชนิดเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องโกนหรือกำจัดขนบริเวณที่จะทำผ่าตัดในผู้ป่วยทุกราย และการทำความสะอาดผิวหนังก่อนที่จะลงมีดผ่าตัด ควรใช้ Chlorhexidine in Alcohol Solution เพราะมีความสามารถในการฆ่าเชื้อโรคได้ดีกว่า Povidone Iodine

ขณะผ่าตัด (Intra-Operation) เป็นระยะของการผ่าตัด มีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1) Standard Anesthetic Protocol การให้ยาระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดใหญ่ควรเลือกใช้ Regional Anesthesia และควรใช้ Balanced General Anesthesia เนื่องจาก การออกฤทธิ์ของยาที่มีฤทธิ์สั้น จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่ายาที่มีฤทธิ์ยาว โดยพบว่าการใช้ Epidural Anesthesia จะช่วยให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาดมสลบหรือลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ General Anesthesia

2) Prophylaxis of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) ดูแลให้ยาป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เหมาะสมในขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

3) Surgical Incision & Laparoscopic Surgery การเลือกตำแหน่งแผลผ่าตัด ศัลยแพทย์ควรเลือกตำแหน่งแผลผ่าตัดที่สามารถทำการผ่าตัดได้ดีที่สุด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการปวดแผลน้อยที่สุด โดยพบว่า การผ่าตัดแบบ Non-Midline Incision เช่น Transverse Incision มีผลให้ระยะหลังผ่าตัดอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนลดลง โดยแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็ก จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic Surgery) เป็นการผ่าตัดชนิดแผลเล็ก บาดเจ็บน้อย มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดใหญ่แบบเปิดหน้าท้อง การติดเชื้อของแผลมีอัตราการเกิดที่น้อยกว่า การกลับมาทำงานของระบบทางเดินอาหารเร็วกว่า การเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรได้เร็วกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็ว

4) Avoidance Of Nasogastric Tube And Drain หลีกเลี่ยงการใส่ NG Tube และการใส่ท่อระบายต่างๆ โดยไม่จำเป็น และควรนำ NG Tube ออกก่อน Reversal Of Anesthesia จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

5) Preventing Intraoperative Hypothermia การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด และ Active Warming

6) Goal-Directed Fluid Therapy การดูแลควบคุมปริมาณสารน้ำที่ให้ผู้ป่วยในขณะผ่าตัด ให้อยู่ในภาวะ Normovolemia

ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) เป็นระยะของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ดังนี้

1) Multimodal Analgesia การจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยยา ควรให้ยาแบบผสมผสาน (Multimodal Analgesia) เนื่องจาก ยาแก้ปวดต่างๆ จะมีฤทธิ์ระงับปวดต่างกัน การใช้ยาแก้ปวดหลายๆอย่างร่วมกัน เพื่อส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด และการให้ยาแก้ปวด ควรให้แบบ Preventive Analgesia มี Baseline Pain Control และ Rescue Analgesia โดยควบคุมระดับความปวดหลังผ่าตัดให้อยู่ในระดับไม่เกิน 3 ใน 10 คะแนน โดยพบว่าการควบคุมระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการ Early Ambulation ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Stethen et al., 2018)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2) Early Enteral Feeding and Ambulation การเริ่มการรับประทานอาหารทางปาก และกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด จะมีอัตราการนอนโรงพยาบาลที่สั้นลง (วินัย อึงพินิจพงศ์, 2566)

3) Schedule Removal of Catheter ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ควรเอาสายสวนปัสสาวะออกภายหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด

4) Discharge Criteria and Follow-up จำหน่ายกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะปกติ มีอาการและอาการแสดงคงที่ ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยมีการทำงานเป็นปกติ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ สามารถจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยการรับประทานยา พร้อมทั้งแนะนำการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน โดยควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อพบอาการผิดปกติ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ตามแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) โดยประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) และเน้นขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นบทบาทของพยาบาล แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (pre-admission) เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ในวันที่ผู้ป่วยมานัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยการให้ข้อมูลคำปรึกษาแนะนำ และประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 2) ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operation) เป็นระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดและทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด (post-operation) เป็นระยะของการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย การจัดการความปวด การบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการทำงานของลำไส้โดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง การส่งเสริมการฟื้นตัวโดยการปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ควบคู่ไปกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การแนะนำการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อพบอาการผิดปกติ

การศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

การทบทวนการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS ที่ผ่านมา ยืนยันผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางของ ERAS ต่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การทบทวนการศึกษาเชิงทดลองที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้ ERAS กับการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบเดิม ในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องของ Nair, Al-Aamri, Borkar, Rangaiah, and Haque (2023) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้ ERAS มีอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม การศึกษาเชิงทดลองของ Zhang et al.(2020) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง และการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Common Bile Duct Exploration) จำนวน 445 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางของ ERAS 148 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม 297 คน เพื่อเปรียบเทียบการตอบสนองต่อความเครียด (Stress Response Index) โดยวัดระดับเม็ดเลือดขาวและ C-Reactive Protein อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ระดับเม็ดเลือดขาวและ C-Reactive Protein หลังผ่าตัด 1 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ปวดแผล ปัสสาวะคั่ง การติดเชื้อในช่องท้อง การรั่วของน้ำดี และภาวะเลือดออก ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม โดยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการปวดแผล ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวของ ERAS มีระยะเวลาที่เริ่มเรอหรือผายลมหลังผ่าตัดน้อยกว่า และมีระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้นกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาการประยุกต์ใช้ ERAS ในการผ่าตัดอื่น ๆ ให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน การทบทวนการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colorectal Surgery) ที่เปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผ่านกล้อง ร่วมกับได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS มีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ลดการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ลดการเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดร้อยละ 40-50 และลดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดลง 2-3 วัน (Pedziwiatr et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงขนาดใหญ่ จำนวน 2,876 คน จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 15 แห่ง ที่พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางของ ERAS ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 5 วัน ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะที่อยู่โรงพยาบาล และไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของ ERAS ในระยะหลังผ่าตัด ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากที่สุด (Aarts et al., 2018)

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากการศึกษาเชิงทดลองที่ประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวตามแนวทางของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารทั้งการผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง พบว่า หลังผ่าตัดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเรอหรือผายลมครั้งแรกสั้นลง มีอาการปวดลดลง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลสั้นลง ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Chen et al., 2015; Liu et al., 2018) และพบว่า การเริ่มรับประทานอาหารเร็วขึ้น สัมพันธ์กับระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้นลง โดยไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Willcutts et al., 2016) นอกจากนี้ การวิจัยเชิงทดลองที่ประยุกต์ใช้แนวทางของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Pedziwiatr et al., 2018) โดยจากการศึกษาเชิงทดลองที่ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Hepatectomy หรือ Pancreaticoduodenectomy (Whipple's Procedure) ที่ปฏิบัติตามแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวตามแนวทางของ ERAS พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น สามารถเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายและเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้เร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการใช้ยา Opioid และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (Kapritsou et al., 2022)

ในประเทศไทย ได้มีการประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง ครั้งละ 15 นาที ในระยะหลังผ่าตัดวันแรก, หลังผ่าตัดวันที่ 1 ช่วงเช้าและกลางวัน ร่วมกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรม พบว่า ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี และไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง (สโรชา สุภาธาดา และคณะ, 2565) และ

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ของ สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง และคณะ (2566) ที่มีกิจกรรมสอดคล้องตามแนวทางของ ERAS ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัด ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมความปวด และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ผลของโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดีในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 1 และวันที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวตามแนวทางของ ERAS ในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ที่ประกอบด้วย 3 ระยะดำเนินการ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ผลของโปรแกรมฯ ช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดได้ (Janwanitchsthaporn & Intarasompun, 2020)

การศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในประเทศไทย

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง พยาบาลนับว่าเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยการให้ข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การควบคุมและจัดการความปวด การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล (Aydal et al., 2023) การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่เป็นแนวทางเดียวกัน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลมหาสารคาม ของ ดรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, และรัชชยา มหาสิริมงคล (2561) ที่ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล care map การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะจำหน่าย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องครอบคลุมมากขึ้น และการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดที่ดีและเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกายและสภาวะทางอารมณ์ที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วได้ดีขึ้น (Rivas et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา บุตรประเสริฐ (2563) ที่ศึกษาผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวานรนิวาส ผลการศึกษา พบว่า ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความปวดลดลงเรื่อย ๆ โดยระยะหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดลดลง อยู่ระดับปานกลาง และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดลดลง อยู่ระดับต่ำ โดยพบว่า

ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยลดลง หลังจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ในระดับมากที่สุด

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด คือ การส่งเสริมการฟื้นตัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นหายและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว ปัญหาภาวะแทรกซ้อนหากเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านภาระค่าใช้จ่ายและการดูแลรักษา การทบทวนการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ยังมีไม่มาก โดย ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์, โชติรส อังกุระวรานนท์, และนันท์มนัส จิตต์มาลา (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ที่ประกอบด้วย 3 ระยะดำเนินการ คือ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด 3) ระยะหลังการผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีความแตกต่างกันในด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านอาการปวด 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะ 6-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง สามารถนำมาใช้ในการลดอาการปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง และการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

ปัญหาภาวะแทรกซ้อน หากเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านภาระค่าใช้จ่ายและการดูแลรักษา การจัดการภาวะแทรกซ้อน โดยการปฏิบัติตามโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหัวไหล่ หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการบริหารร่างกายตั้งแต่ในวันก่อนผ่าตัด การฝึกบริหารการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในวันผ่าตัด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย 12 ท่า ในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 1 และวันที่ 2 ในช่วงเช้าและเย็น สามารถลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ชั่วโมงที่ 20 หลังผ่าตัด) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนท้องอืดเฉลี่ย 12 คะแนน กลุ่มควบคุมมี 12.98 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016$) และมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านสภาวะอารมณ์และการสนับสนุนด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการ

ปวดหัวไหล่และความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการบาดเจ็บจากโปรแกรมบริหารร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (พรฤดี นราสงค์ และคณะ, 2563)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข และนโยบายของ Patient Safety Goals (PSGs) ที่ต้องการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์, 2563, 2566; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) การทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ที่ร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดี และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การนำแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS มาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้ ERAS มีอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม (Nair et al., 2023) การศึกษาในประเทศไทย มีการใช้แนวทางของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง ซึ่งพบว่า ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ไม่เกิดผลข้างเคียง (สโรชา สุภาดา และคณะ, 2565) และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Janwanitchsthaporn & Intarasompun, 2020) การศึกษาผลของการใช้ ERAS และการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมีน้อย มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดและการบริหารร่างกาย ซึ่งมีผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่อยู่โรงพยาบาล ด้านอาการปวด การเคลื่อนไหวร่างกาย (ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์ และคณะ, 2566) สภาวะอารมณ์ และด้านจิตใจดีขึ้น (พรฤดี นราสงค์ และคณะ, 2563)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัว ในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องแบบนัดหมายล่วงหน้า หลังผ่าตัดเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษฯ ศัลยกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของรัฐบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป หากผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีการรู้คิดปกติ คือ มีคะแนนจากแบบประเมิน Mini-Cog มากกว่า 3 คะแนน

2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดี ที่แพทย์นัดผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องแบบนัดหมายล่วงหน้า และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

3) ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย

4) สมัครใจและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

5) เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

6) รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา

7) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอัมพาต แขนขาอ่อนแรง มีปัญหาโรคกระดูกและข้อ หรือมีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

เกณฑ์การยุติการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่มีอาการไม่คงที่ เกิดภาวะสับสนหลังผ่าตัด ไม่รู้สึกตัว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) = 0.80 ระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) = 0.05 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ของ Nechay et al. (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องต่ออาการปวด ได้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.68 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย (Burn & Grove, 1997) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 17 ราย (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 17 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 ราย ต่อมา เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของรัฐบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 313 เตียง ให้บริการในระดับทุติยภูมิ พื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรม

แผนกวิสัญญี แผนกห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษฯ ศัลยกรรม ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดด้านศัลยกรรมทุกชนิด ทีมบุคลากร ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน แต่ยังไม่มีการใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS)

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ห้องตรวจศัลยกรรม เมื่อศัลยแพทย์ตรวจอาการและแนะนำการรักษาโดยการผ่าตัด หากผู้ป่วยสมัครใจและยินยอมรับการผ่าตัด ศัลยแพทย์จะนัดหมายวันเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับการผ่าตัด พร้อมกับประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ขั้นตอนการเตรียมร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วยเข้าใจ ซักประวัติข้อมูลด้านสุขภาพและการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา ได้แก่ การเจาะเลือด การเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ในรายที่มีข้อบ่งชี้) และส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ ณ แผนกวิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในเรื่องการได้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การนัดหมายวันเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับการผ่าตัด ศัลยแพทย์จะนัดหมายให้ผู้ป่วยมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วัน ก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมร่างกายและความพร้อมก่อนผ่าตัด

ในวันนัดหมายมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษฯ ศัลยกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายและชี้แจงถึงการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ แล้วจึงให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเพื่อรับการผ่าตัด พร้อมกับญาติ 1 คน ร่วมเป็นพยาน (ถ้ามี) จากนั้น จะเป็นการเตรียมร่างกายตามแผนการรักษาก่อนการผ่าตัด เช่น การรับประทานยาที่จำเป็นในช่วงกลางคืนก่อนผ่าตัด (ถ้ามี) การงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืน การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมร่างกายในช่วงเช้าวันผ่าตัด การทำความสะอาดร่างกาย การโกนหนวดเครา การตัดเล็บหรือลบสีทาเล็บ การรับประทานยาโรคประจำตัว การถอดฟันปลอม ของมีค่า ตรวจสอบป้ายข้อมือชื่อ การปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด เป็นต้น แล้วจึงส่งตัวเข้าห้องผ่าตัด เพื่อรับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตอาการในห้องพักฟื้น ประมาณ 2 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสมของอาการระยะหลังผ่าตัด และกลับมาดูแลต่อเนื่องในระยะหลัง

ผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย การดูแลหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด การวัดสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการความปวด การกระตุ้นการลุกเดิน เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมกับการนัดหมายเพื่อมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ณ ห้องตรวจศัลยกรรม (ประมาณ 2 สัปดาห์) เพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่องหลังได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้กำกับการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1) แบบประเมินภาวะการพร่องการคิดรู้ (Mini-Cog) ที่พัฒนาโดย Borson, Scanlan, Brush, Vitaliano, and Dokmak (2000) งานวิจัยนี้ ใช้แบบประเมินภาวะการพร่องการคิดรู้ (Mini-Cog) ฉบับภาษาไทย โดย พิชญา กุศลารักษ์ และดาวชมพู นาคะวิโร (2555) ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทย เพื่อใช้คัดกรองการรู้คิดในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป วัดผลการทดสอบความจำ จากการจำของ 3 สิ่ง ถ้าได้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนน ถือว่ามีโรคสมองเสื่อม ถ้าได้คะแนน 2 คะแนน จะมาดูที่ผลการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา ถ้าพบว่าผลปกติ ผู้ป่วยสามารถวาดรูปหน้าปัดนาฬิกาได้ถูกต้อง แสดงว่า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม $\leq$3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) หากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนรวม 4 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่า มีการรู้คิดปกติ จึงคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมฯ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1.1) ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) เป็นระยะของการให้ข้อมูลคำปรึกษาแนะนำและการประเมินผู้ป่วย ในวันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรม กิจกรรม ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก อาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมร่างกายตามแผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การพูดคุยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง สำหรับให้ผู้ป่วยนำกลับไปศึกษาและทบทวนที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมต่อการผ่าตัด และมีความพร้อมต่อการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด

1.2) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) คือ ระยะที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนผ่าตัด เป็นระยะของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา และการทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามคู่มือที่ได้รับ

1.3) ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นจากการผ่าตัดและกลับมาพักที่หอผู้ป่วย ได้แก่ ระยะหลังผ่าตัดวันแรก ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) และระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) กิจกรรม ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินและจัดการความปวด การบริหารการหายใจอย่างถูกวิธีและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง และการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการมาตรวจตามนัด (ประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

2) คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก อาการและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน เดิน และกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดพร้อมภาพประกอบ โดยมอบให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัด นำกลับไปศึกษาและทบทวนที่บ้าน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมต่อการผ่าตัด และมีความพร้อมต่อการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมากที่สุด

3) แบบวัดระดับความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) ที่เป็นเส้นตรง มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งระดับความปวด ตั้งแต่ระดับ 0-10 คะแนน ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ก่อนเริ่มกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในระยะหลังผ่าตัดวันแรก ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) และระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความปวด $\leq$3 คะแนน จึงให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวได้ แบ่งค่าระดับความปวดแบบ Numeric Rating Scale (NRS) เป็น 4 ระดับ คือ

3.1) No pain = 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด ขยับตัวก็ไม่ปวด

3.2) Mild pain = 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย นอนเฉยๆ ไม่ปวด, ถ้าขยับตัวแล้วปวดเล็กน้อย

3.3) Moderate pain = 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง นอนเฉยๆ ก็ปวด ขยับตัวก็ปวด

3.4) Worst possible pain = 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด จนทนไม่ไหว แม้จะนอนนิ่งๆ ไม่ขยับตัว

4) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย มีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการสับสนหรือก้าวร้าวรุนแรง ไม่มีอาการแน่นหน้าอกหรือ EKG ปกติ Pain score $\leq$3 และไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน หน้ามืด ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อยผิดปกติหลังจากเปลี่ยนอิริยาบถ

2.5 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง บันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง และการเดินหลังผ่าตัด แบบบันทึกเป็นข้อคำถามปลายปิด คือ ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้ ใช้บันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดวันแรก ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) และระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมง)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา

1.2) แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา ได้แก่ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ทำผ่าตัด น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา โรคประจำตัว ระยะเวลาเริ่มและสิ้นสุดการได้ยาระงับความรู้สึก รวมระยะเวลาการได้ยาระงับความรู้สึก เวลาเริ่มและเวลาสิ้นสุดการผ่าตัด รวมระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด (Estimated Blood Loss) ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกหลังผ่าตัด ระยะเวลาการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายครั้งแรกหลังผ่าตัด (นั่ง, เดิน) วันที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล

2) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) ที่พัฒนาโดย Stark et al. (2013) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ โตสิงห์ (2556) แบบประเมินครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-150 คะแนน แปลผลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จากคะแนนรวมทั้งหมด โดย คะแนนรวมที่ต่ำ แสดงถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนรวมที่สูง แสดงถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สูง แบ่งระดับคะแนน ได้ดังนี้

0-50 คะแนน หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีระดับต่ำ

51-100 คะแนน หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีระดับปานกลาง

101-150 คะแนน หมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีระดับสูง

3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ใช้แบบประเมินนี้ ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) และระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ข้อคำถามแต่ละข้อจะมีระดับตัวเลขให้เลือก 4 ช่วงระดับคะแนน ตั้งแต่ระดับ 0-3 คะแนน ระดับ 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการ ระดับ 1 คะแนน คือ มีอาการเล็กน้อย ระดับ 2 คะแนน คือ มีอาการปานกลาง และระดับ 3 คะแนน คือ มีอาการมาก โดยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อน เรื่องปวด วัดระดับความปวดเป็น Numeric Scale แล้วนำมาแปลงค่าเป็นระดับความปวด 4 ช่วงระดับคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป ระดับเชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า โปรแกรมฯ และคู่มือฯ มีความเหมาะสม มีข้อเสนอแนะให้ปรับเนื้อหาบางส่วนในคู่มือฯ ให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อน ส่วนแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93 และ 1 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ภายใต้การปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จำนวน 34 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง จำนวน 3 ราย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสม พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย สามารถปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ ในทุกขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต ตามเอกสารเลขที่ COA. No. RSUERB2024-170 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ตามเอกสารเลขที่ EC07/06/2024 เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2567 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการ พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัยนี้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับการวิจัยจนเข้าใจ รวมทั้งชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยอิสระ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการที่จะถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถยกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับ บันทึกโดยใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย และจัดเก็บในที่ที่เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอโดยภาพรวมและเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย ก็จะยุติการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น และไม่นำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยระหว่างปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทุกครั้ง หากผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจะหยุดการปฏิบัติกิจกรรมฯตามโปรแกรมฯ ทันที พร้อมทั้งให้การพยาบาลเบื้องต้น และแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบเพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา โดยดำเนินการดังนี้

1) นำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) หลังจากได้รับอนุญาตในการทำวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือขอความร่วมมือถึง เจ้าหน้าที่ห้องตรวจศัลยกรรม หน่วยงานวิสัญญี ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วย

ศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษฯ ศัลยกรรม เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ภายหลังได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรม ในวันนัดหมายผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จากคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ

3) ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วันเวลาและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เป็นไปโดยอิสระ หากผู้ป่วยสมัครใจและตกลงในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงดำเนินการให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย ก็จะยุติการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น และไม่นำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์

4) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัยนี้ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยอิสระ หากผู้ป่วยสมัครใจและตกลงในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงดำเนินการให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และอธิบายขั้นตอนวิธีการดำเนินการ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย ก็จะยุติการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น และไม่นำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์

5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเบื้องต้นจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในระยะหลังผ่าตัดเป็นต้นไป จนถึงวันมาตรวจตามนัด

6) ดำเนินการให้การพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และให้การพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 3.1 และรูปที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลตามโปรแกรมฯ
ระยะที่ 1 ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับ 1. นัดหมายวันและเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับการผ่าตัด 2. ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และแก้ไขเมื่อพบอาการผิดปกติ 3. แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด	ระยะที่ 1 ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ เพิ่มเติม ดังนี้ (ใช้เวลา 20 นาที) 1. คำปรึกษาแนะนำและให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ อาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจอย่างถูกวิธีและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินและการจัดการอาการปวด (เนื้อหาตามคู่มือฯ) 2. ให้คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง แก่ผู้ป่วยนำไปศึกษาและทบทวนขณะอยู่บ้าน 3. พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัย และระบายความรู้สึก

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ต่อ)

การพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลตามโปรแกรมฯ
ระยะที่ 2 ระยะก่อนผ่าตัด (ก่อนผ่าตัด 1 วัน) การพยาบาลที่ได้รับ - ให้คำแนะนำและชี้แจงการผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์	ระยะที่ 2 ระยะก่อนผ่าตัด (ก่อนผ่าตัด 1 วัน) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ เพิ่มเติม ดังนี้ (ใช้เวลา 20 นาที) 1. ทบทวนการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามคู่มือฯ ได้แก่ การประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด
ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด (Post – Operation) ระยะแรกหลังผ่าตัด (วันผ่าตัด) การพยาบาลที่ได้รับ 1.ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2. การวัดสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Routine post-op care) ประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนอาการปกติ 3. ประเมินและจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษา 4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด (Post – Operation) ระยะแรกหลังผ่าตัด (วันผ่าตัด) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ เพิ่มเติม ดังนี้ 1. ประเมินและจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ถ้าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้น และงดการทำกิจกรรมในครั้งนั้น พร้อมทั้งแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป ผู้วิจัยจะประเมินผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งในการเข้าพบครั้งถัดไป 3. หากผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามโปรแกรมฯ ดังนี้ (ใช้เวลาประมาณ 35 นาที)

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ต่อ)

การพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลตามโปรแกรมฯ
	3.1 กระดกข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า ขึ้นและลง ข้างละ 10 ครั้ง 3.2 เคลื่อนไหวขาและสะโพก 3 ท่า คือ 1) งอสะโพกและเข่า 2) บิดสะโพก 3) กางขาออกด้านข้างลำตัว โดยทำทีละข้าง ข้างละ 10 ครั้ง และทำซ้ำในแต่ละท่า ท่าละ 2 รอบ 3.3 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ จำนวน 10 ครั้ง 3.4 เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที (ขณะเคี้ยวหมากฝรั่ง จัดท่านั่งศีรษะสูง 90 องศา) 4. ระหว่างปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม หากพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจะหยุดการปฏิบัติกิจกรรมทันที พร้อมทั้งให้การพยาบาลเบื้องต้น และแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบเพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป 5. หลังสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีระดับความปวด ≥4 คะแนน ผู้วิจัยจะแนะนำการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยเบื้องต้น พร้อมกับแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อดำเนินการจัดการความปวดตามแผนการรักษาต่อไป 6. บันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ด้วยแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ต่อ)

การพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลตามโปรแกรมฯ
	หลังผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ช่วงเช้าและบ่าย) การพยาบาลที่ได้รับ 1. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมินและจัดการความปวดตามแผนการรักษา 3. กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การลุกนั่ง การยืนและการเดิน	ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ช่วงเช้าและบ่าย) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ เพิ่มเติม ดังนี้ ช่วงเช้า (ใช้เวลาประมาณ 35 นาที) 1. เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที (ขณะเคี้ยวหมากฝรั่ง นั่งศีรษะสูง 90 องศา) 2. ดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ 2.1 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง 2.2 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือ นั่งเก้าอี้ข้างเตียง (10 นาที) 2.3 ยืน และ เดิน โดยเดินระยะทาง 15 เมตร จำนวน 1 รอบ ช่วงบ่าย (ใช้เวลาประมาณ 25 นาที) 1. ดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายเหมือนช่วงเช้า แต่เพิ่มการเดินระยะทาง 15 เมตร เป็นจำนวน 2 รอบ ก่อน ระหว่าง และหลังปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผู้ป่วยเหมือนในระยะแรกหลังผ่าตัด 2. ให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน 4. บันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยด้วยแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ต่อ)

การพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลตามโปรแกรมฯ
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (ช่วงเช้าและบ่าย) การพยาบาลที่ได้รับ 1. วัดสัญญาณชีพทุก 4-8 ชั่วโมง 2. ประเมินและจัดการความปวดตามแผนการรักษา 3. กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การลุกนั่ง ยืนและเดิน	ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (ช่วงเช้าและบ่าย) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมฯ เพิ่มเติม ดังนี้ (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที) 1. ดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ 1.1 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้าง ขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง 1.2 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง (5 นาที) 1.3 ยืนและเดิน โดยเดินระยะทาง 60 เมตร จำนวน 2 รอบ ในช่วงเช้า และเพิ่มเป็นจำนวน 3 รอบ ในช่วงบ่าย ก่อน ระหว่าง และหลังปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผู้ป่วยเหมือนในระยะแรกหลังผ่าตัด 2. บันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ด้วยแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรม และเก็บข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาจากเวชระเบียนเพิ่มเติมในระยะหลังผ่าตัดเป็นต้นไป จนถึงวันมาตรวจตามนัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2) ประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยแบบแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ วันที่ 2 ที่หอผู้ป่วย และระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในวันมาตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรม (ใช้เวลา 10 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Chi-square

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

5) วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Independent t-Test เนื่องจาก การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจาก การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ



รูปที่ 3.1 แสดงการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม 17 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 17 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด นำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง จำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 17 ราย ดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 เพศหญิง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าอนุปริญญา 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 ระดับอนุปริญญาขึ้นไป 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.94 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา จำนวน 14 ราย และ15 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.35 และ 88.24 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 โรคประจำตัวที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จำนวน 4 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.53 และ 17.65 ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย จำนวน 4 ราย เพศหญิง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.53 และร้อยละ 76.47 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.94 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 10 ราย คิด

เป็นร้อยละ 58.82 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.71 ทั้ง 17 ราย ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 โรคประจำตัวที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จำนวน 7 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 และ 17.65 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบ Chi-square หรือ Fisher's exactพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบ Chi-square หรือ Fisher's exact

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		Statistics	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	7	41.18	4	23.53	χ^2=1.209	.271
หญิง	10	58.82	13	76.47		
สถานภาพสมรส						
โสด	6	35.29	5	29.41		
คู่	10	58.82	9	52.94		
หม้าย	1	5.88	3	17.65		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าอนุปริญญา	10	58.82	13	76.47	χ^2=1.210	.271
อนุปริญญาขึ้นไป	7	41.18	4	23.53		
อาชีพ						
รับจ้าง	9	52.94	10	58.82		
ค้าขาย	6	35.29	3	17.65		
รับราชการ	2	11.77	4	23.53		

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 แสดงความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบ Chi-square หรือ Fisher's exact (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		Statistics	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
สิทธิการรักษา	7	41.18	11	64.71		
บัตรสุขภาพ	5	29.41	5	29.41		
เบิกได้	5	29.41	1	5.88		
ประกันสังคม						
การสูบบุหรี่	3	17.65	0	0.00	Fisher's	.227
สูบบุหรี่	14	82.35	17	100.00	Exact	
ไม่สูบบุหรี่						
การดื่มสุรา	2	11.76	0	0.00	Fisher's	.485
ดื่มสุรา	15	88.24	17	100.00	Exact	
ไม่ดื่มสุรา						
โรคประจำตัว	10	58.82	7	41.18	χ^2=1.059	.303
ไม่มีโรคประจำตัว	7	41.18	10	58.82		
มีโรคประจำตัว	4	23.53	7	41.18		
ความดันโลหิตสูง	3	17.65	3	17.65		
ไขมันในเลือด	2	11.76	1	5.88		
ไทรอยด์	1	5.88	1	5.88		
เบาหวาน	1	5.88	1	5.88		
หอบหืด	1	5.88	1	5.88		
แพ้อากาศ	1	5.88	4	23.53		.
อื่นๆ						

กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 24-70 ปี เฉลี่ย 47.82 ปี (SD=13.96) มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 19.10-36.50 kg/m^2 เฉลี่ย 26.76 kg/m^2 (SD=4.56) มีระยะเวลาระงับความรู้สึก 89-238 นาที เฉลี่ย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

152.24 นาที (SD=47.92) มีระยะเวลาการผ่าตัดระหว่าง 48-190 นาที เฉลี่ย 105.41 นาที (SD=41.55) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด 5-50 ml เฉลี่ย 22.65 ml (SD=15.22) สำหรับกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 34-76 ปี เฉลี่ย 55.29 ปี (SD=11.42) มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 21.15-33.20 kg/m^2 เฉลี่ย 26.67 kg/m^2 (SD=3.78) มีระยะเวลาระงับความรู้สึก 70-274 นาที เฉลี่ย 120.71 นาที (SD=50.91) มีระยะเวลาการผ่าตัด 47-228 นาที เฉลี่ย 89.94 นาที (SD=52.26) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด 5-50 ml เฉลี่ย 15.29 ml (SD=10.53)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูล อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาระงับความรู้สึก ระยะเวลาผ่าตัด และปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		t	p-value
	min-max	$\bar{x}$ (SD)	min-max	$\bar{x}$ (SD)		
อายุ (ปี)	24-70	47.82 (13.96)		55.29 (11.42)	1.708	.097
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	19.10-36.50	26.76 (4.56)	21.15-33.20	26.67 (3.78)	.061	.952
ระยะเวลาระงับความรู้สึก (นาที)	89-238	152.24 (47.92)	70-274	120.71 (50.91)	1.859	.072
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	48-190	105.41 (41.55)	47-228	89.94 (52.26)	1.141	.262
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด (ml)	5-50	22.65 (15.22)	5-50	15.29 (10.53)	1.638	.111

ส่วนที่ 2 ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด พบว่า

คลื่นไส้อาเจียนในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 0.41 (SD=0.51) และ 0.24 (SD=0.44) ตามลำดับ อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น และไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียน ในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียน ในทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด

ความปวด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด เท่ากับ 1.59 (SD=0.51), 1.18 (SD=0.39) และ 0.24 (SD=0.44) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทั้ง 3 ระยะ คือ 0.88 (SD=0.49), 0.47 (SD=0.51) และ 0.06 (SD=0.24) ตามลำดับ

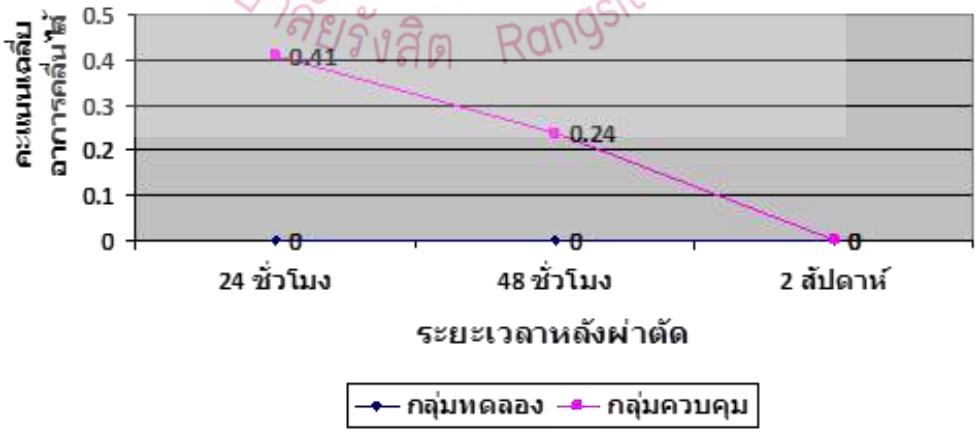
ท้องอืด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดอาการท้องอืดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด คือ 0.53 (SD=0.51), 0.35 (SD=0.49) และ 0.18 (SD=0.39) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด เท่ากัน คือ 0.06 (SD=0.24) และไม่พบอาการท้องอืดในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 4.3 รูปที่ 4.1 รูปที่ 4.2 และรูปที่ 4.3

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.3 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

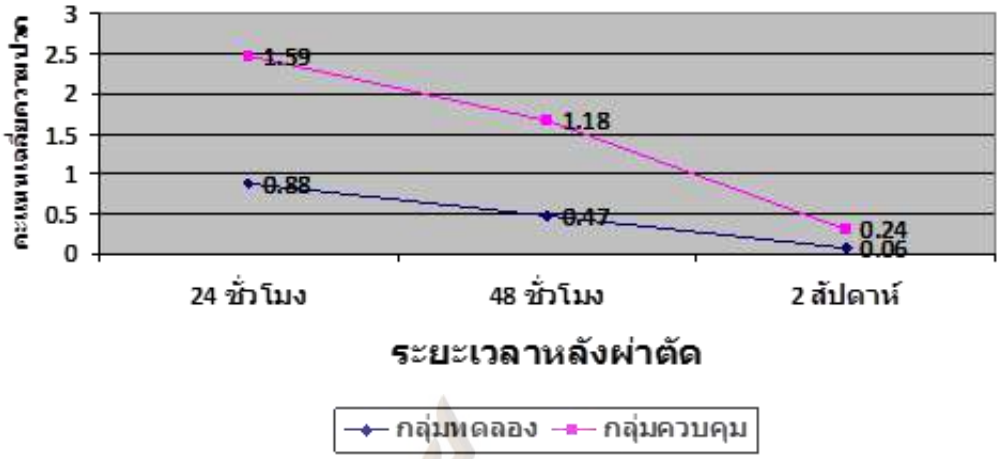
ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
หลังผ่าตัด	Min-max	Mean (SD)	Md (IQR)	Min-max	Mean (SD)	Md (IQR)
คลื่นไส้อาเจียน						
24 ชั่วโมง	0-1	0.41(0.51)	0.00(1.00)	0-0	0.00	0.00
48 ชั่วโมง	0-1	0.24(0.44)	0.00(0.50)	0-0	0.00	0.00
2 สัปดาห์	0-0	0.00	0.00	0-0	0.00	0.00
ปวด						
24 ชั่วโมง	1-2	1.59(0.51)	2.00(1.00)	0-2	0.88(0.49)	1.00(0.00)
48 ชั่วโมง	1-2	1.18(0.39)	1.00(0.00)	0-1	0.47(0.51)	0.00(1.00)
2 สัปดาห์	0-1	0.24(0.44)	0.00(0.50)	0-1	0.06(0.24)	0.00(0.00)
ท้องอืด						
24 ชั่วโมง	0-1	0.53(0.51)	1.00(1.00)	0-1	0.06(0.24)	0.00(0.00)
48 ชั่วโมง	0-1	0.35(0.49)	0.00(1.00)	0-0	0.00	0.00
2 สัปดาห์	0-1	0.18(0.39)	0.00(0.00)	0-1	0.06(0.24)	0.00(0.00)

Md = Median, IQR = Inter-quartile rank

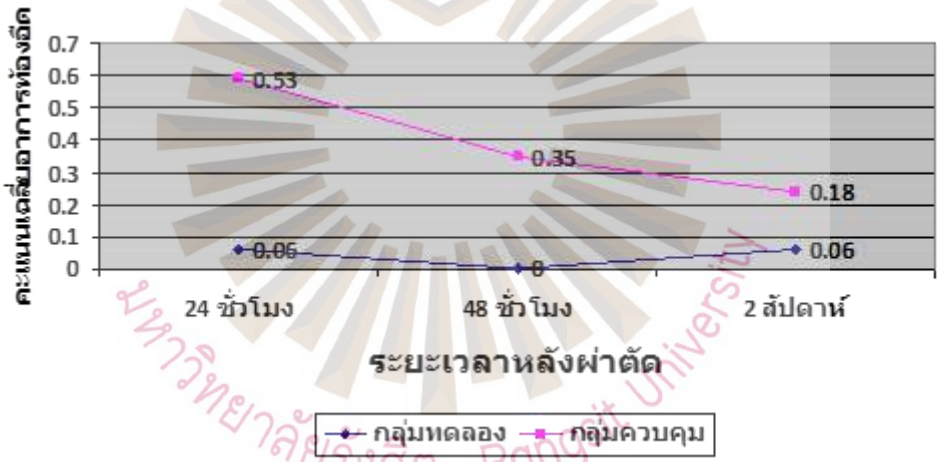


รูปที่ 4.1 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้อาเจียน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



รูปที่ 4.2 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด



รูปที่ 4.3 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

การเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการทดสอบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิด อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ส่วนในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวด และท้องอืด ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ภาวะแทรกซ้อน	Mean Rank			
หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Z	p-value
คลื่นไส้อาเจียน				
24 ชั่วโมง	21.00	14.00	-2.925	.001
48 ชั่วโมง	19.50	15.50	-2.098	.009
2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	17.50	17.50	.000	.500
ปวด				
24 ชั่วโมง	22.62	12.38	-3.432	.001
48 ชั่วโมง	22.71	12.29	-3.616	<.001
2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	19.00	16.00	-1.431	.076
ท้องอืด				
24 ชั่วโมง	21.50	13.50	-2.966	.001
48 ชั่วโมง	20.50	14.50	-2.659	.002
2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	18.50	16.50	-1.049	.074

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

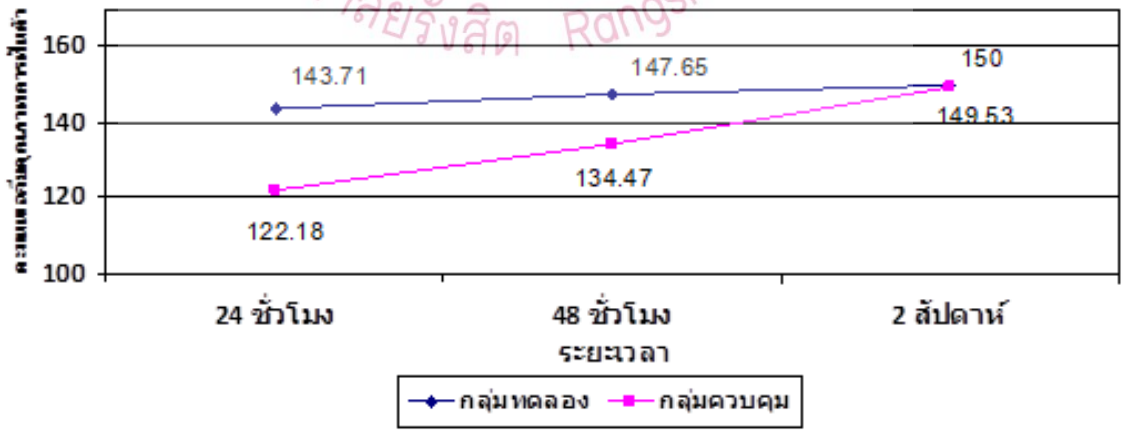
การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในทั้ง 3 ระยะ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด เท่ากับ 122.18 (SD=12.22), 134.47 (SD=10.36) และ 149.53 (SD=1.18) ตามลำดับ และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เท่ากับ 143.71 (SD=5.17), 147.65 (SD=3.08) และ 150.00 (SD=0.00) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.5 และภาพที่ 4.4

ตารางที่ 4.5 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด	Possible min-max	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
		Actual min-max	Mean	SD	Actual min-max	Mean	SD
24 ชั่วโมง	0-150	99-141	122.18	12.22	132-150	143.71	5.17
48 ชั่วโมง	0-150	108-148	134.47	10.36	140-150	147.65	3.08
2 สัปดาห์	0-150	146-150	149.53	1.18	150-150	150.00	0.00



รูปที่ 4.4 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในแต่ละช่วงเวลา ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-Test และเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p<.001$, $p<.001$ และ $p<.037$ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Independent t-Test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

คุณภาพการฟื้นตัว	$\bar{x}$ (SD) / Mean Rank			
หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	statistics	p-value
24 ชั่วโมง	$\bar{x}$=122.18 (12.22)	$\bar{x}$=143.71 (5.17)	t=-6.689	<.001
48 ชั่วโมง	Mean Rank=10.21	Mean Rank=24.79	Z=-4.302	<.001
2 สัปดาห์หลังผ่าตัด	Mean Rank=16.00	Mean Rank=19.00	Z=-1.785	.037

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 2-5 วัน เฉลี่ย 2.88 วัน (SD=.99) โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 2 วัน มากที่สุด ร้อยละ 47.06 รองลงมา มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 3 วัน และ 4 วัน เท่ากัน ร้อยละ 23.53 ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด 1-4 วัน เฉลี่ย 1.94 วัน (SD=.83) โดยส่วนใหญ่ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 2 วัน ร้อยละ 52.94 รองลงมา มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล 1 วัน ร้อยละ 29.41 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายของ

ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.7 และตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7 แสดงความถี่ ร้อยละ ของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1 วัน	0	0.00	5	29.41
2 วัน	8	47.06	9	52.94
3 วัน	4	23.53	2	11.76
4 วัน	4	23.53	1	5.83
5 วัน	1	5.83	0	0.00

ตารางที่ 4.8 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าอันดับเฉลี่ย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการทดสอบ Mann-Whitney U test

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z	p-value
	$\bar{x}$ (SD)	mean rank	$\bar{x}$ (SD)	mean rank		
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด(วัน)	2.88(.99)	21.88	1.94(.83)	13.12	2.761	.009

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง แบบนัดหมายล่วงหน้า จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ 17 คน และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่แพทย์นัดผ่าตัดโดยการผ่านกล้องแบบนัดหมายล่วงหน้า และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย และหากผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีการรู้คิดปกติ คือ มีคะแนนจากแบบประเมิน Mini-Cog มากกว่า 3 คะแนน รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา สมัครใจและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้และสามารถติดต่อสื่อสารได้ทางโทรศัพท์ พื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของรัฐ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) (วรุตม์ โล่สิริวัฒน์, 2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมฯ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-Admission) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operation) และระยะหลังผ่าตัด (Post-Operation) และ 2) คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) ของ Stark et al. (2013) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ โตสิงห์ (2556) ประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตร และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลัง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผ่าตัดและแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index-CVI) เท่ากับ 0.93 และ 1 ตามลำดับ การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกับผู้ป่วย 20 คน และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.91 ตามลำดับ ดำเนินการเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Chi-square, Fisher exact, Independent t-Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 47.82 ปี (SD=13.96) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.76 kg/m2 (SD=4.56) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา ประกอบอาชีพรับจ้าง ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีระยะเวลาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 152.24 นาที (SD=47.92) มีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 105.41 นาที (SD=41.55) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 22.65 ml (SD=15.22) สำหรับกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.29 ปี (SD=11.42) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.67 kg/m2 (SD=3.78) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา ประกอบอาชีพรับจ้าง ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีระยะเวลาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 120.71 นาที (SD=50.91) มีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 89.94 นาที (SD=52.26) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 15.29 ml (SD=10.53) การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบ Chi-square หรือ Fisher exact และการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาระงับความรู้สึก ระยะเวลาผ่าตัด และปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกัน (p>.05)

ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีคะแนนอันดับเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ส่วนในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนอันดับเฉลี่ยการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมง และมีคะแนนอันดับเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001, .001, .05$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมุติฐานทางการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ส่วนในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนอันดับเฉลี่ยการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวด และท้องอืด ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของโปรแกรมฯ ต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแต่ละด้าน ดังนี้

อาการคลื่นไส้อาเจียน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนในระยะหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องทั้ง 3 ระยะ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของโปรแกรมฯ ฯ ตามแนวทางของ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ERAS ที่มีกระบวนการส่งเสริมการฟื้นตัวเริ่มต้นตั้งแต่ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล คือ วันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลความรู้ คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมีการรับรู้และเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผลจากการเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล จำนวน 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ช่วยให้ลำไส้กลับมาบีบตัวได้เร็วขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ลดภาวะลำไส้หยุดทำงาน นอกจากนี้ การลุกเดินยังช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นอาการคลื่นไส้ ส่งผลให้ลดการคั่งของแก๊สและอาหารในกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ (Li et al., 2013) นอกจากนี้ การเคี้ยวหมากฝรั่งยังช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายและเอนไซม์ย่อยอาหาร ช่วยกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ทำให้ระบบทางเดินอาหารเริ่มมีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ (Ge et al., 2015)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Craciunas, Sajid, and Sains (2016) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการเคี้ยวหมากฝรั่ง มีการกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้เร็วขึ้น อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง นอกจากนี้ การศึกษาของ Li et al. (2013) ยังพบว่า การลุกเดินเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน และส่งผลให้ระบบทางเดินอาหารมีการกลับมาทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องและการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Common Bile Duct Exploration) ของ Zhang et al. (2020) ที่ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พบว่า อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความปวด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความปวด ในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้ป่วย 3 ราย ไม่พบอาการปวดหลังผ่าตัด แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ การได้รับคำแนะนำในการประเมินและจัดการความปวดตั้งแต่ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลพร้อมคู่มือการปฏิบัติ

ตัว สำหรับนำกลับไปศึกษาและทบทวนขณะกลับไปอยู่บ้าน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในระยะ 1 วันก่อนผ่าตัด ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเอง มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ส่งผลให้ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกรายสามารถประเมินระดับความปวดของตนเองเป็นตัวเลข หากมีระดับความปวดเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา โดยปฏิบัติตามคู่มือที่ได้รับ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ฟังเพลง เล่นเกม เล่นโซเชียล หรือ การจินตภาพบำบัด เช่น การหลับตา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจเข้าออกลึกๆ การนึกถึงภาพการอยู่ในสถานที่หรือเหตุการณ์ที่มีความสุข โดยหากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความปวดปานกลางถึงระดับปวดมาก จึงจัดการความปวดด้วยการแจ้งให้พยาบาลประจำตึกทราบ เพื่อรับยาบรรเทาปวด ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยผลจากการประเมินและจัดการความปวดด้วยตนเองในระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดในระดับไม่ปวดเลยถึงระดับเล็กน้อย และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับความปวด ในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ

การปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ตามแนวทางของ ERAS ที่ประกอบด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายและการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด ยังมีส่วนช่วยลดความปวดหลังผ่าตัด โดยจากกลไกการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและการส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ที่ช่วยลดความตึงเครียงของกล้ามเนื้อ และลดการคั่งของลมภายในช่องท้อง ที่เป็นหนึ่งในสาเหตุของความปวดหลังผ่าตัด การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดช่วยส่งเสริมให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการคั่งของเลือดและของเหลวในช่องท้อง ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งส่งผลให้ความปวดลดลง และในขณะเดียวกัน การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด ก็เป็นการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve Stimulation) ช่วยให้ลำไส้เริ่มเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ลดความดันภายในช่องท้องและอาการท้องอืด ส่งผลให้ระดับความปวดลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น โดยจากกการศึกษาของ Li et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มลุกเดิน เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด มีระดับความปวดที่ลดลง และมีความต้องการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่า และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Craciunas et al. (2016) ยังพบว่า ผลจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง ช่วยลดภาวะลำไส้หยุดทำงานและลดอาการไม่สุขสบายในช่องท้อง ซึ่งสัมพันธ์กับการลดความรู้สึกปวด จึงส่งผลให้ระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องลดลง

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colorectal Surgery) ที่เปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ที่แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผ่านกล้อง ร่วมกับการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS สามารถลดความปวดภายหลังการผ่าตัดร้อยละ 40-50 (Pedziwiatr et al., 2018) และการศึกษาเชิงทดลองที่ประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวตามแนวทางของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารทั้งการผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการปวดลดลง (Chen et al., 2015; Liu et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ที่ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด 3) ระยะหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีความแตกต่างกันในด้านอาการปวด 6 ชั่วโมง ($p< .05$) โดยแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิผลในการลดอาการปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง และการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ (ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์ และคณะ, 2566)

ท้องอืด ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่พบอาการท้องอืดในระยะ 48 ชั่วโมง และมีคะแนนอันดับเฉลี่ย อาการท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ตามแนวทางของ ERAS ที่ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดการคั่งของลมและอาหารในระบบทางเดินอาหาร ลดภาวะลำไส้หยุดทำงาน (Postoperative Ileus) และส่งผลให้อาการท้องอืดบรรเทาลงได้ (Craciunas et al., 2016; Li et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหัวไหล่ หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ของ พรฤดี นราสงค์ และคณะ (2563) ที่พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การฝึกบริหารการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในวันผ่าตัด และการบริหารร่างกาย 12 ท่า ในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 1 และ 2 ในช่วงเช้าและเย็น สามารถลดอาการท้องอืดได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ชั่วโมงที่ 20 หลังผ่าตัด) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนท้องอืดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016$)

การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด เปรียบเสมือนการให้อาหารหลอก ที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลายและกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve) จึงส่งผลให้ลำไส้เริ่มมีการเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น ช่วยบรรเทาอาการแน่นท้องและลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยผลการศึกษาของ Craciunas et al. (2016) และ Li et al. (2013) พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดและการเคี้ยวหมากฝรั่ง ช่วยส่งเสริมให้ลำไส้มีการกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น และลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วราภรณ์ วงษ์เรือง และคณะ (2563) ที่พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้งต่อวัน นานครั้งละ 15 นาที โดยเริ่มทันทีที่รู้สึกตัวเต็มที่หลังผ่าตัดช่องท้อง จะช่วยกระตุ้น Cephalic-Vagal Pathway ในระยะแรกของระบบการย่อยอาหารของทางเดินอาหาร โดยอาหารไม่ต้องผ่านถึงกระเพาะอาหาร ภายหลังการกระตุ้นด้วยการเคี้ยวหมากฝรั่งแล้วประมาณ 15-30 นาที จะมีการหลั่ง Peptide Hormone Gastrin, Neuropeptide Neurotensin และ Pancreatic Polypeptide) ซึ่งมีฤทธิ์ในการกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการบีบตัวและคลายตัวอย่างเป็นระบบ เกิดเป็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Ge et al., 2015; Su'a et al., 2015) ช่วยลดภาวะลำไส้หยุดทำงาน และส่งผลให้อาการท้องอืดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองที่ประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวตามแนวทางของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารทั้งการผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง ที่พบว่า ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เริ่มเรอหรือผายลมครั้งแรกสั้นลง (Chen et al., 2015; Liu et al., 2018)

จากผลการวิจัย ในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวด และท้องอืด ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) แสดงให้เห็นถึงภาวะที่ร่างกายมีการฟื้นตัวจากภาวะบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด โดยระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด เป็นระยะการฟื้นตัวระยะท้าย (Late phase) โดยเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดี ระบบทางเดินอาหารเริ่มกลับมาทำงานได้ตามปกติ กล้ามเนื้อหน้าท้องและแผลผ่าตัดเริ่มหายดีขึ้น ทำให้ลดการอักเสบและระดับความความเจ็บปวดลดลง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี รับประทานอาหารได้ และขับถ่ายได้ดีขึ้น ส่งผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายกลับสู่สมดุล การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะแรกหลังผ่าตัดลดลงอย่างชัดเจน สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ปฏิบัติกิจวัตรและกลับไปทำงานได้ตามปกติ (พรรณทิพย์ เกียรติสิน และคณะ, 2553) ส่งผลให้ในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวด และท้องอืด ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของโปรแกรมฯ ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการทำหน้าที่ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือไม่มีเลย ทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

การปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังผ่าตัด ที่ประกอบด้วย การประเมินและจัดการความปวด การบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการไออย่างถูกวิธี การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งและการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยผลจากการการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว การพลิกตะแคงตัว ลุกนั่ง การยืนและการเดิน จะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินอาหาร ลดความเสี่ยงของภาวะลำไส้หยุดทำงาน (Postoperative Ileus) ภาวะปอดแฟบและลิ่มเลือดอุดตัน ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น (Craciunas et al., 2016; Li et al., 2013) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในช่วงเย็นของวันผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกรายสามารถพลิกตะแคงตัวได้บนเตียง ผู้ป่วย 15 รายสามารถลุกนั่งข้างเตียงได้ และผู้ป่วย 12 ราย สามารถลุกเดินไปห้องน้ำได้ (ภาคผนวก ค หน้า 146) และมีความสามารถในการประเมินระดับความเจ็บปวดของตนเอง โดยแจ้งให้พยาบาลประจำตึกทราบ เมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับมากและต้องการได้รับยาบรรเทาปวด ส่งผลให้ในระยะหลังผ่าตัด ก่อนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดเล็กน้อย Pain Score ≤ 3 ผู้ป่วยจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ตามโปรแกรมฯ ในทุกขั้นตอน ไม่พบอาการผิดปกติทั้งในระยะก่อนทำกิจกรรม ขณะทำกิจกรรมและระยะหลังทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดที่ดีและ

เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกายและสภาวะทางอารมณ์ที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Rivas et al., 2022) นอกจากนี้ การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดยังเป็นการกระตุ้นระบบประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ส่งผลให้ลำไส้เริ่มเคลื่อนไหวเร็วขึ้น (Short et al., 2015) จึงส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีแนวทางการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดช่องท้องที่ชัดเจน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นหาย และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน (Boukili et al., 2022; Kamarajah et al., 2020) สอดคล้องกับการทบทวนการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวของ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดต่างๆ ในระบบทางเดินอาหารที่ผ่านมา ที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวของ ERAS สามารถลดระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้ (Pedziwiatr et al., 2018)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ สโรชา สุภาธาดา และคณะ (2565) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องตามแนวทางของ ERAS โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง ครั้งละ 15 นาที ในระยะหลังผ่าตัดวันแรก, หลังผ่าตัดวันที่ 1 ช่วงเช้าและกลางวัน ร่วมกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรม พบว่า การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องตามแนวทางของ ERAS ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง และคณะ (2023) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัด ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด พบว่า ผลของโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวที่ดีในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 1 และ 3 นอกจากนี้ ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colorectal Surgery) ที่เปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ที่แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผ่านกล้อง ร่วมกับการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของ ERAS มีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Pedziwiatr et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองที่ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Hepatectomy หรือ Pancreaticoduodenectomy (Whipple's Procedure) ที่ปฏิบัติตามแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวตามแนวทางของ ERAS พบว่าผู้ป่วยสามารถเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายและมีระยะเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น (Kropritsou et al., 2022)

นอกจากนี้ ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ยังพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย 1.94 วัน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย 2.88 วัน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 29.4) สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และผู้ป่วยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 52.94) สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มากกว่ากึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.90) มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่า 2 วัน สอดคล้องกับผลการทบทวนการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Nair, Al-Aamri, Borkar, Rangaiah, & Haque, 2023) และสอดคล้องกับการทบทวนการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงขนาดใหญ่ จำนวน 2,876 คน จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 15 แห่ง พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางของ ERAS ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 5 วัน ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะที่อยู่โรงพยาบาล และไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของ ERAS ในระยะหลังผ่าตัด ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากที่สุด (Aarts et al., 2018) นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวของ ERAS ยังพบว่า ช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลได้ (Janwanitchsthaporn & Intarasompun, 2020)

สรุป

โปรแกรมฯ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องตามแนวทางของ ERAS ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด และเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด นอกจากนี้ ยังสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดได้ ดังนั้น การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องตามแนวทางของ ERAS สามารถตอบสนองต่อ นโยบายเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561และวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ที่ต้องการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ

1) พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องตามแนวทางของ ERAS ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่มีการนัดหมายล่วงหน้า โดยควรเริ่มกระบวนการส่งเสริมการฟื้นตัว ตั้งแต่ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล คือ วันที่ผู้ป่วยมารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง การให้คำปรึกษาแนะนำการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยมีคู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มอบให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในวันนัดหมายการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำกลับไปศึกษาและทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมต่อการปฏิบัติกิจกรรม และครอบครัวสามารถสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดได้

2) ควรพัฒนาสื่อให้ข้อมูล โดยปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติตัวฯ ให้มีความเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน และเพิ่มการจัดทำคู่มือในรูปแบบอื่นๆ หรือแอปพลิเคชันต่างๆ ที่มีความทันสมัยมากขึ้น เช่น คิวอาร์โค้ด สื่อวิดิทัศน์ หรือคลิปวีดีโอในสื่อทางโซเชียลต่าง ๆ ที่ง่ายต่อการค้นหา เป็นต้น

3) ควรพัฒนาคู่มือสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง และควรมีพยาบาลที่มีความเข้าใจและมีความเชี่ยวชาญการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามแนวทางของ ERAS เป็นผู้ประสานการดูแลและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่มีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนผ่าตัด จำนวน 34 คน ในพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลทั่วไป

ของรัฐเพียงแห่งเดียว ผลลัพธ์ที่ได้ จึงใช้อภิปรายได้เฉพาะกับผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่มีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนผ่าตัด ในเฉพาะพื้นที่ศึกษาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเพิ่มศึกษาผลลัพธ์ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น และในบริบทพื้นที่ศึกษาที่แตกต่างกัน

2) ควรมีการศึกษาต่อยอดเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

3) ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่พัฒนาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) โดยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและตัวผู้ป่วยเอง ต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คุณภาพการฟื้นตัว คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์. (2563). *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS).* กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์. (2564). *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัลสนิทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์. (2566). *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) ปี 2566.* กรุงเทพฯ: บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2563). *รายงานวิจัย เรื่อง การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดในการรักษานิ่วในถุงน้ำดี.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.

กฤติน กิตติกรชัยชาญ. (2559). การจัดการทางวิสัญญีเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. *วารสารธรรมศาสตร์เวชสาร, 16*(4), 694–704.

กำพล พฤกษาอุดมชัย. (2564). การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัด. *วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช, 1*(2), 81–94.

เกรียงศักดิ์ เจนวิถีสุข. (2563). Complication of Laparoscopic Cholecystectomy. ใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (บ.ก.), *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS)* (น. 34). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

จุฑารัตน์ วรศิริ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และรุ้งระวี นาวีเจริญ. (2561). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21*(2), 1–14.

จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11*, 1–11.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ชัชวาล สมพีร์วงศ์. (2539). การผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดิทัศน์. *วารสารแพทย์ทหารบก, 49*(2), 95-101.

ดรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, และรัชชยา มหาสิริมงคล. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15*(3), 24-34.

ตะวัน แสงสุวรรณ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และจุฬาลักษณ์ บารมี. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง: Relationships Among Symptom Cluster, Postoperative Complications and Postoperative Recovery in Abdominal Surgery Patients. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17*(4), 41-53.

นิตยา บุตรประเสริฐ. (2563). ผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องโรงพยาบาลวานรนิวาส. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, *3*(2), 67-75.

ประภา รัตนไชย, สมบูรณ์ เทียนทอง, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์ , สุวิมล ต่างวิวัฒน์, และมิ่งขวัญ วงศ์ยิ่งสิน. (2563). ข้อเสนอแนะทางวิสัญญี ด้านการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยและคุณภาพในโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก. ใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (บ.ก.), *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS)* (น. 73-74). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ปวงกมล กฤษณบุตร, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และเชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, *27*(1), 39-39.

พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2553). การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล, 25*(2), 87-99.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

พรฤดี นราสงค์, ลดาวัลย์ กาศเจริญ, ไข่มุก รุจิรเศรษฐกุล, ภาวิณี ปิยบุญศรี, ภัคพล สุขวิบูลย์, และประเวชย์ มหาวิทิตวงศ์. (2563). ผลของโปรแกรมการบริหาร ท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง. *เวชบันทึกศิริราช, 13*(1), 11-20.

พิชญา กุศลารักษ์, และดาวชมพู นาคะวิโร. (2555). การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ Mini-Cog ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทย. *วารสารรามาธิบดี, 35*(4), 264-271.

มุขรินทร์ สิงห์ปัญญา, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และก้องเขต เหรียญสุวรรณ. (2560). ปัจจัยทำนายด้านการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, *28*(1), 154-167.

โรงพยาบาลสิงห์บุรี หน่วยเวชระเบียน. (2567). *รายงานสถิติการผ่าตัดประจำปี.* สิงห์บุรี: ผู้แต่ง.

วราภรณ์ วงษ์เรือง, นัทธมน วุทธานนท์, และวราวรรณ อุดมความสุข. (2563). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร, 47*(3), 157-167.

วรุตม์ โล่สิริวัฒน์. (2563). โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS). ใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (บ.ก.), *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS)* (น. 61-64). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล. (2563). การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy). ใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (บ.ก.), *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS)* (น. 17-18, 22). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

วินัย อึงพินิจพงศ์. (2566). ERAS Program for ODS MIS. ใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (บ.ก.), *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) ปี 2566* (น. 38-48). กรุงเทพฯ: บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์, และทวีชัย วิษณุโยธิน. (2563). บทนำ. ใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ (บ.ก.), *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS)* (น. 1-2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์, โชติรส อังกุระวรานนท์, และนันท์มนัส จิตต์มาลา. (2566). ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง. *วารสารพยาบาล, 50*(1), 81-96.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 6*(1), 1-11.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด The Role of Nurses in Promoting Early Postoperative Ambulation. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 9*(2), 14-23.

สมคิด ทองดี. (2553). *การแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบบ Visual Analogue Scale (VAS).* ม.ป.ท.

สราวุฒิ สีถาน, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และธวัชชัย อัครวิพุธ. (2557). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล, 29*(2), 21–35.

สโรชา สุภาธาดา, สุภารัตน์ วังศรีคูณ, และอัจฉรา สุคนธสรรพ์. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49*(4), 179–192.

สุนิสา เกยสันเทียะ, เกศศิริ วงษ์คงคำ, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และธรรมศักดิ์ ทวิชศร. (2565). ผลของการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด. *วารสารสภาการพยาบาล, 37*(2), 61–80.

สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์, และขวัญดาว ดวงแก้ว. (2566). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. *วารสารเวชศาสตร์แพร่และวิทยาศาสตร์การแพทย์, 31*(2), 104–117.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สิริมนต์ ดำริห์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

เสาวนีย์ เกิดปากแพรก, และสุชาตา วิภวกานต์. (2562). การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร, *2*(1), 25-26.

อรพรรณ โตสิงห์. (2556). แบบสอบถามคุณภาพการฟื้นตัว QoR-15 patient Survey ของ Myles และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทย. ใน *การประชุมเรื่อง Knowledge management Factory of Nursing Mahidol University*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัท ส เอเชียเพรส (1989) จำกัด.

Aarts, M. A., Rotstein, O. D., Pearsall, E. A., Victor, J. C., Okrainec, A., McKenzie, M., . . . McLeod, R. S. (2018). Postoperative ERAS interventions have the greatest impact on optimal recovery: experience with implementation of ERAS across multiple hospitals. Annals of surgery, *267*(6), 992-997.

Allvin, R.E., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of advanced nursing, 57*(5), 552-8.

Altman, A. D., Helpmann, L., McGee, J., Samuelian, V., Auclair, M. H., & Brar, H. (2019). Society of Gynecologic Oncology of Canada's Communities of Practice in ERAS and Venous Thromboembolism. Enhanced recovery after surgery: Implementing a new standard of surgical care. *Canadian Medical Association Journal*, *191*(17), 469–475.

Altman, A. D., Helpman, L., McGee, J., Samouelian, V., Auclair, M. H., Brar, H., & Nelson, G. S. (2019). Enhanced recovery after surgery: implementing a new standard of surgical care. *Cmaj, 191*(17), E469-E475.

Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B. (2023). The effect of preoperative nursing visit on anxiety and pain level of patients after surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 38*(1), 96-101.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini‐cog: a cognitive 'Vital signs' measure for dementia screening in multi‐lingual elderly. *Int J Geriatric Psychiatry, 15*(11), 1021-7.

Boukili, I. E., Flaris, A. N., Mercier, F., Cotte, E., Kepenekian, V., Vaudoyer, D., . . . Passot, G. (2022). Prehabilitation before major abdominal surgery: evaluation of the impact of a perioperative clinical pathway, a pilot study. *Scandinavian Journal of Surgery, 111*(2), 14574969221083394.

Burn, N., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research.* Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.

Celaj, S., & Kourkoumpetis, T. (2021). Gallstones in pregnancy. *Jama, 325*(23), 2410-2410.

Chen, S., Zou, Z., Chen, F., Huang, Z., Li, G. (2015). A meta-analysis of fast-track surgery for patients with gastric cancer undergoing gastrectomy. *Ann R Coll Surg Engl, 97*, 3-10.

Choi, G. J., Kang, H., Baek, C. W., Jung, Y. H., & Kim, D. R. (2015). Effect of intraperitoneal local anesthetic on pain characteristics after laparoscopic cholecystectomy. *World journal of gastroenterology, 21*(47), 13386.

Craciunas, L., Sajid, M. S., & Sains, P. (2016). Chewing gum for the recovery of gastrointestinal function after abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery, 34*, 106–113.

Donkervoort, S. C., Kortram, K., Dijksman, L. M., Boermeester, M. A., Van Ramshorst, B., & Boerma, D. (2016). Anticipation of complications after laparoscopic cholecystectomy: prediction of individual outcome. *Surgical endoscopy, 30*(12), 5388-5394.

Dubois, F., Icard, P. B. G. L. H., Berthelot, G. A., & Levard, H. (1990). Coelioscopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. *Annals of surgery, 211*(1), 60-62.

Ge, W., Chen, G., & Ding, Y.-T. (2015). Effect of chewing gum on the postoperative recovery of gastrointestinal function. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 8*(8), 11936-11942.

Gutt, C., Schlafer, S., & Lammert, F. (2020). The treatment of gallstone disease. *Deutsches Arzteblatt International, 117*(9), 148.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Hollenbeck, B. K., Dunn, R. L., Wolf, J. S., Sanda, M. G., Wood, D. P., Gilbert, S. M., . . . Wei, J. T. (2008). Development and validation of the convalescence and recovery evaluation (CARE) for measuring quality of life after surgery. *Quality of Life Research, 17*, 915-926.

Hua, J., Gong, J., Yao, L., Zhou, B., & Song, Z. (2014). Low-pressure versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Surgery, 208*(1), 143-150.

Ibrahim, M., Sarvepalli, S., Morris-Stiff, G., Rizk, M., Bhatt, A., Walsh, R. M., . . . Burke, C. A. (2018). Gallstones: Watch and wait or intervene. *Cleve Clin J Med, 85*(4), 323-331.

Janwanitchsthaporn, S., & Intarasompun, J. (2020). Simplified ERAS Program for Elective Colorectal Surgery at Suratthani Hospital. *The Thai Journal of Surgery, 41*(3), 79-83.

Jeong, O., Ryu, S. Y., & Park, Y. K. (2016). Sex differences in postoperative recovery after gastrectomy for gastric cancer. *Journal of Gastric Cancer, 16*(4), 236–245.

Jones, M. W., Weir, C. B., & Ghassemzadeh, S. (2024). *Gallstones (cholelithiasis)*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/

Kamarajah, S. K., Bundred, J., Weblin, J., & Tan, B. H. (2020). Critical appraisal on the impact of preoperative rehabilitation and outcomes after major abdominal and cardiothoracic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgery, 167*(3), 540-549.

Kapritsou, M., Alexandrou, E., Konstantinou, E. A., Giannakopoulou, M., Fyrfiris, N., & Korkolis, D. P. (2022). Clinical outcomes of Enhanced Recovery after Surgery Protocol for Hepato-pancreato-biliary Surgery; A Five-Year Experience from a Hellenic Oncological Hospital ERAS protocol and HPB surgery. *Health & Research Journal, 8*(3), 188-201.

Karagoz, O., & Sayilan, A. A. (2023). The effection pain and anxiety of a breathing exercise applied following laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled study. *Brain Behavior and Immunity Integrative, 2*, 100008.

Kehlet, H., & Mogensen, T. (1999). Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *British Journal of Surgery, 86*(2), 227-230.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Kibler, V. A., Hayes, R. M., Johnson, D. E., Anderson, L. W., Just, S. L., & Wells, N. L. (2012). Cultivating quality: early postoperative ambulation: back to basics. *AJN The American Journal of Nursing, 112*(4), 63-69.

Korttila, K. (1995). Recovery from outpatient anaesthesia: Factors affecting outcome. *Anaesthesia, 50*, 22–28.

Latenstein, C. S., Wennmacker, S. Z., De Jong, J. J., Van Laarhoven, C. J., Drenth, J. P., & de Reuver, P. R. (2019). *Etiologies of long-term postcholecystectomy symptoms: a systematic review.* Retrieved from https://pdfs.semanticscholar.org/343f/1a9f426a5c3a13c793b7cb8ea0bee5e804ee.pdf

Li, L., Wang, Z., Ying, X., Tian, J., Sun, T., & Yi, K. (2013). Early mobilization for postoperative patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation, 27*(9), 879–891.

Liu, Q., Ding, L., Jiang, H., Zhang, C., & Jin, J. (2018). Efficacy of fast track surgery in laparoscopic radical gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery, 50*, 28-34.

Martin, A. N., Berry, P. S., Friel, C. M., & Hedrick, T. L. (2018). Impact of minimally invasive surgery on short-term outcomes after rectal resection for neoplasm within the setting of an enhanced recovery program. *Surgical Endoscopy, 32*(5), 2517-2524.

Myles, P. S., Hunt, J. O., & Fletcher, H. (1999). Evaluation of the quality of recovery score: A postoperative patient survey. *Anesthesiology, 91*(3), 695–700.

Myles, P. S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Validity and reliability of the quality of recovery score (QoR) after ambulatory surgery. *British Journal of Anaesthesia, 84*(1), 11-15.

Nair, A., Al-Aamri, H. H., Borkar, N., Rangaiah, M., & Haque, P. W. (2023). Application of enhanced recovery after surgery pathways in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy with and without common bile duct exploration: A systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal, 23*(2), 148.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Pateriya, A., Agrawal, M. P., & Samar, S. K. (2021). Open versus laparoscopic cholecystectomy: a comparative study on patient parameters. *International Surgery Journal, 8*(6), 1767-1771.

Pedziwiatr, M., Mavrikis, J., Witowski, J., Adamos, A., Major, P., Nowakowski, M., & Budzynski, A. (2018). Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. *Medical Oncology, 35*, 1-8.

Pham, T. H., & Hunter, J. G. (2015). Gallbladder and the extrahepatic biliary system. In F. C. Brunicardi, D. K. Andersen, T. R. Billiar, D. L. Dunn, J. G. Hunter, & J. B. Matthews (Eds.), *Schwartz's Principles of Surgery* (Part 2, pp. 1320-1340). New York, NY: McGraw Hill Education.

Rebholz, C., Krawczyk, M., & Lammert, F. (2018). Genetics of gallstone disease. *European journal of clinical investigation, 48*(7), e12935.

Reshetnyak, V. I. (2012). Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. *World journal of hepatology, 4*(2), 18.

Rivas, E., Cohen, B., Pu, X., Xiang, L., Saasouh, W., Mao, G., . . . Turan, A. (2022). Pain and opioid consumption and mobilization after surgery: Post hoc analysis of two randomized trials. *Anesthesiology, 136*(1), 115-126.

Sethi, S. (2018). *What to know about ileus.* Retrieved from https://www.medicalnewstoday.com/articles/322149.php

Shabanzadeh, D. M. (2018). Incidence of gallstone disease and complications. *Current opinion in gastroenterology, 34*(2), 81-89.

Shahramian, I., Behzadmehr, R., Afshari, M., Allahdadi, A., Delaramnasab, M., & Bazi, A. (2018). Cholelithiasis in Thalassemia major patients: A report from the South-East of Iran. *International journal of hematology-oncology and stem cell research, 12*(2), 117.

Short, V., Herbert, G., Perry, R., Atkinson, C., Ness, A. R., & Andersen, H. K. (2015). Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (2), CD006506. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006506.pub3

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Sorrentino, S., & Jones, J. (2021). *Gallstone disease epidemiology and demographics.* Retrieved from https://radiopeaedia.0rg/articles

Srisubat, A., Thaiyakul, A., Kwanjaroensub, S., Sa-nga, N., Paiprarert, S., Pinyoteppratarn, R., . . . Teerawattananon, Y. (2023). Economic Evaluation of Laparoscopic Cholecystectomy Versus Open Cholecystectomy. *Journal of The Department of Medical Services, 48*(1), 93-103.

Stark, P. A., Myles, P. S., & Burke, J. A. (2013). Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology, 118*(6), 1332-1340.

Stethen, T. W., Ghazi, Y. A., Heidel, R. E., Daley, B. J., Barnes, L., Patterson, D., & McLoughlin, J. M. (2018). Walking to recovery: the effects of missed ambulation events on postsurgical recovery after bowel resection. *Journal of gastrointestinal oncology, 9*(5), 953.

Stuart, G. S., Tang, J. H., Heartwell, S. F., & Westhoff, C. L. (2007). A high cholecystectomy rate in a cohort of Mexican American women who are postpartum at the time of oral contraceptive pill initiation. *Contraception, 76*(5), 357-359.

Su'a, B. U., Pollock, T. T., Lemanu, D. P., MacCormick, A. D., Connolly, A. B., & Hill, A. G. (2015). Chewing gum and postoperative ileus in adults: a systematic literature review and meta-analysis. *International Journal of Surgery, 14*, 49-55.

Sukhontamas, S., Vongstapanalert, R., & Suwitchakul, C. (2020). Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for the Management of Acute Cholecystitis: A Retrospective Review in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. *Journal of the Association of General Surgeons of Thailand under the Royal of Patronage of HM the King, 5*(1), 5-12.

Sun, H., Warren, J., Yip, J., Ji, Y., Hao, S., Han, W., & Ding, Y. (2022). Factors influencing gallstone formation: a review of the literature. *Biomolecules, 12*(4), 550.

Talamini, M. A., Stanfield, C. L., Chang, D. C., & Wu, A. W. (2004). The surgical recovery index. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques, 18*, 596-600.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Trang, N. T. T., Thosingha, O., & Chanruangvanich, W. (2017). Factors associated with Recovery among patients after abdominal surgery. *Nursing Science Journal of Thailand, 35*(3), 4-12.

Tsang, J., Lambert, E., & Carey, S. (2018). Preoperative fasting guidelines: An update. *Nutrition & Dietetics, 75*(4), 417–422.

Tuvayanon, W., Silchai, P., Sirivatanauksorn, Y., Visavajarn, P., Pungdok, J., Tonklai, S., & Akaraviputh, T. (2018). Randomized controlled trial comparing the effects of usual gas release, active aspiration, and passive-valve release on abdominal distension in patients who have undergone laparoscopic cholecystectomy. *Asian journal of endoscopic surgery, 11*(3), 212-219.

Tuvayanon, W., Toskulkao, T., Asdornwised, U., & Akaraviputh, T. (2011). Factors impacting readiness to discharge time from recovery room after laparoscopic cholecystectomy. *The THAI Journal of Surgery, 32*(2).

Volzke, H., Baumeister, S. E., Alte, D., Hoffmann, W., Schwahn, C., Simon, P., . . . Lerch, M. M. (2005). Independent risk factors for gallstone formation in a region with high cholelithiasis prevalence. *Digestion, 71*(2), 97-105.

Wang, G., Jiang, Z. W., Xu, J., Gong, J. F., Bao, Y., Xie, L. F., & Li, J. S. (2011). Fast-track rehabilitation program vs conventional care after colorectal resection: a randomized clinical trial. *World journal of gastroenterology: WJG, 17*(5), 671-767.

Wang, X., Yu, W., Jiang, G., Li, H., Li, S., Xie, L., . . . Mao, M. (2024). Global epidemiology of gallstones in the 21st century: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 22*(8), 1586-1595.

Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hübner, M., Klek, S., . . . Singer, P. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition, 40*(7), 4745-4761.

Wheeler, M., Oderda, G. M., Ashburn, M. A., & Lipman, A. G. (2002). Adverse events associated with postoperative opioid analgesia: a systematic review. *The journal of pain, 3*(3), 159-180.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Willcutts, K.F., Chung, M.C., Erenberg, C.L., Finn, K.L., Schirmer, B.D., & Byham-Gray, L.D. (2016). Early oral feeding as compared with traditional timing of oral feeding after Upper gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg, 264*, 54-63.

Worasiri, J., Kitsripisarn, S., & Mingmalairak, C. (2018). The factors predicting recovery after colon resection surgery in cancer patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 28*(4), 60–72.

Yayla, A., ilgin, V. E., Kılınç, T., Özlü, Z. K., Apay, S. E. (2022). Nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy: analysis of predictive factors. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 37*(6), 834-841.

Zhang, N., Wu, G., Zhou, Y., Liao, Z., Guo, J., Liu, Y., . . . Li, X. (2020). Use of enhanced recovery after surgery (ERAS) in laparoscopic cholecystectomy (LC) combined with laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE): a cohort study. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 26*, e924946-1.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินภาวะการพร่องการคิดรู้ (Mini-Cog)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

2.2 คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

2.3 แบบวัดระดับความเจ็บปวด

2.4 แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

2.5 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

3.2 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินภาวะการพร่องการคิดรู้ (Mini-Cog)

Mini-Cog

1. Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า "ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี๋ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี๋ยวจะกลับมาถามซ้ำ"

○ หลานสาว ○ สวรรค์ ○ ภูเขา

2. Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. ☐



3. Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

○ หลานสาว ○ สวรรค์ ○ ภูเขา ..... ☐

รวมคะแนน ☐

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม ≤3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ที่มา : Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16 อ้างอิงมาจาก สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย 2561-2562

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม $\leq$3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การพยาบาลตามโปรแกรมฯ	ระยะเวลา
ระยะที่ 1 ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (pre-admission) **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. นัดหมายวันและเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับการผ่าตัด 2. สอบถามข้อมูลสุขภาพ และประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การแก้ไขเมื่อพบอาการผิดปกติ 3. ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ลักษณะแผลผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก อาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและจิตใจ ข้อควรปฏิบัติก่อนเข้ารับการผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจ โดยการฝึกหายใจอย่างถูกวิธีและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินและการจัดการอาการปวด (เนื้อหาตามคู่มือฯ) 4. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มอบให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาและทบทวนขณะอยู่บ้าน 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซักถามปัญหาและข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล สร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัด	20 นาที
ระยะที่ 2 ระยะก่อนผ่าตัด (pre – operation) -ก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. ทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามคู่มือฯ ที่ได้รับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจ การฝึกหายใจอย่างถูกวิธีและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินและการจัดการอาการปวด 2. ทบทวนคำแนะนำการเตรียมร่างกายและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด	20 นาที
ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด (post – operation) -ระยะหลังผ่าตัด (วันผ่าตัดวันแรก) หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและกลับมา	35 นาที

การพยาบาลตามโปรแกรมฯ	ระยะเวลา
พักที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพและการวัดสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Routine post-op care) ประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนอาการปกติ **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. ประเมินระดับความปวดและแนะนำวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2. ฝึกบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการไออย่างถูกวิธี 3. ปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ขณะผู้ป่วยนอนบนเตียง ดังนี้ 3.1 กระดกข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า ขึ้นและลง ข้างละ 10 ครั้ง 3.2 เคลื่อนไหวขาและสะโพก 3 ท่า คือ 1) งอสะโพกและเข่า 2) บิดสะโพก 3) กางขาออกด้านข้างลำตัว โดยทำทีละข้าง ข้างละ 10 ครั้ง และทำซ้ำในแต่ละท่า ท่าละ 2 รอบ 3.3 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ จำนวน 10 ครั้ง 3.4 นั่งศีรษะสูง 90 องศา เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที	
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ช่วงเช้า) **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. ปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 1.1 นั่งศีรษะสูง 90 องศา เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที 1.2 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง 1.3 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือ นั่งเก้าอี้ข้างเตียง (10 นาที) 1.4 ยืน และ เดิน โดยเดินระยะทาง 15 เมตร จำนวน 1 รอบ	35 นาที
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ช่วงบ่าย) **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. ปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ 1.1 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง	25 นาที

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การพยาบาลตามโปรแกรมฯ	ระยะเวลา
1.2 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง (10 นาที) 1.3 ยืนและเดิน โดยเดินระยะทาง 15 เมตร (2 รอบ)	
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (ช่วงเช้า) **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ 1.1 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้าง ขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง 1.2 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง (5 นาที) 1.3 ยืนและเดิน โดยเดินระยะทาง 60 เมตร จำนวน 2 รอบ	30 นาที
ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (ช่วงบ่าย) **การพยาบาลตามโปรแกรมฯ** 1. ปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ 1.1 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง 1.2 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือ นั่งเก้าอี้ข้างเตียง (5 นาที) 1.3 ยืนและเดิน โดยเดินระยะทาง 60 เมตร จำนวน 3 รอบ	30 นาที
ระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด (วันมาตรวจตามนัด) ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยประเมินคุณภาพการฟื้นตัวการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15)	10 นาที

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.2 คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

คู่มือการปฏิบัติตัว

และ

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง





โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ธลินกร รอดโว
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิ่วในถุงน้ำดี	1
อาการและอาการแสดง	1
การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง	2
อาการและภาวะแทรกซ้อน	3
การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด	4
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	5
การประเมินและการจัดการความเจ็บปวด	6
การบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ	7
ขั้นตอนการฝึกการบริหารการหายใจ โดยใช้ Triflow	8
การไออย่างมีประสิทธิภาพ	9
การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	10
การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้	11
ขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	12
คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	16
การออกกำลังกายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี	17
อาการผิดปกติหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ที่ควรมาพบแพทย์ทันที	18

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นิ่วในถุงน้ำดี

ถุงน้ำดีในร่างกาย มีลักษณะเป็นถุง ทำหน้าที่เก็บน้ำดีที่สร้างมาจากตับ โดยรอเวลาบีบตัว เพื่อปล่อยน้ำดีลงมาที่ลำไส้เล็ก ช่วยในการย่อยอาหาร น้ำดีที่ตกค้างอยู่ในถุงน้ำดีเป็นเวลานานๆ มีโอกาสตกตะกอนรวมตัวกัน เป็นก้อนนิ่วในถุงน้ำดีได้

อาการและอาการแสดง

ในช่วงแรกที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดี อาจจะยังไม่แสดงอาการ เมื่อนิ่วมีขนาดใหญ่ขึ้น หรือสะสมเพิ่มจำนวนขึ้น จึงเริ่มมีอาการท้องอืด มีลมมาก ท้องเฟ้อ แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย ปวดท้องอย่างรุนแรง บริเวณใต้ชายโครงด้านขวา โดยปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ปวดจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ และอาจปวดร้าวไปบริเวณสะบักขวา ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย มักจะมีอาการหลังรับประทานอาหารมันๆ หรือช่วงเวลากลางคืน



1

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดโดยการอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยการมองเห็นภาพผ่านกล้องขยาย ที่สามารถมองเห็นรายละเอียดของเนื้อเยื่อในบริเวณอวัยวะที่จะผ่าตัดได้อย่างละเอียดชัดเจน ร่วมกับการพัฒนาเครื่องมือผ่าตัดที่มีขนาดเล็กและยาว ที่สามารถสอดใส่เข้าไปในโพรงช่องท้อง เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดถุงน้ำดีได้อย่างปลอดภัย ลดขนาดของแผลผ่าตัด และลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บบริเวณแผลลดลง ใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นลง และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น



การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ใช้วิธีระงับความเจ็บปวดขณะผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ ด้วยวิธีการดมยาสลบ และผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์ และมีความความชำนาญในการผ่าตัด



ขั้นตอนการผ่าตัด ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดจะทำการผ่าตัดโดยเปิดแผลที่ผนังหน้าท้อง 3-4 แห่ง ขนาด 0.5-1 ซม. เพื่อสอดใส่เครื่องมือผ่าตัดและกล้องขยายเข้าไปในช่องท้อง และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เข้าไปในช่องท้อง เพื่อทำให้ช่องท้องมีช่องบริเวณเพียงพอสำหรับการผ่าตัดถุงน้ำดี จากนั้นจึงทำการเลาะเนื้อเยื่อบริเวณถุงน้ำดี ตัดถุงน้ำดีออก แล้วจึงเย็บปิดแผลผ่าตัด



2

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี Rambhai Barni Rajabhat University



การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

1.ระยะที่อยู่บ้าน

1.1 หยุดสูบบุหรี่ อย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดหัวใจวายระหว่างผ่าตัด และทำให้แผลผ่าตัดหายช้า

1.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่น้ำตาลสูง เนื่องจากจะทำให้เกิดความผันผวนของระดับน้ำตาลในเลือด งดเครื่องดื่มเกลือแร่ เพราะมีโซเดียมที่ทำให้อาการบวมลดลงได้ยากขึ้น งดอาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารประเภทหมักดอง และควรงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.3 ลดความวิตกกังวลและความเครียด ทำจิตใจให้สบาย ควรซักถามแพทย์และพยาบาล ในสิ่งที่สงสัยและกังวลใจ ผลดี/ผลเสียของการผ่าตัดและการระงับปวดอย่างละเอียด



2.ระยะก่อนผ่าตัด

ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการเตรียมร่างกายตามแผนการรักษา ในระยะก่อนผ่าตัด ดังนี้

1. การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา (ช่วงกลางคืน) ก่อนผ่าตัด
   - -การรับประทานยาที่จำเป็นก่อนการผ่าตัด ในช่วงเวลาก่อนนอน (ถ้ามี)
   - -การงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดหลัง 24.00น.หรือตามแผนการรักษา

2. เช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรับประทานยาในช่วงเวลาเช้าก่อนผ่าตัด (ถ้ามี) การดูแลความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด (ถ้ามี)

4

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด



หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และกลับมาพักที่หอผู้ป่วย ควรปฏิบัติตัว ดังนี้

- ประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการปวดแผลมาก บริหารจัดการความปวด โดยให้ยาระงับปวดชนิดฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ
- การบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และการไออย่างถูกวิธี
- การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด
- การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

ในกรณีที่การผ่าตัดมีความซับซ้อนมาก ระยะหลังผ่าตัดอาจต้องงดอาหารและน้ำประมาณ 24-48 ชั่วโมง แต่หากผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวดีจากยาสลบ จะเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เลย โดยเริ่มจากการจิบน้ำ หรือให้รับประทานอาหารเหลว

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องจัดว่าเป็นชนิดแผลผ่าตัดสะอาด ภายหลังผ่าตัด จะปิดแผลด้วยอุปกรณ์ปิดแผลชนิดกันน้ำ และไม่ต้องเปิดทำแผล โดยจะนัดผู้ป่วยมาตรวจในระยะ 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการภายหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อพบอาการผิดปกติ

5

การประเมินและการจัดการความเจ็บปวด

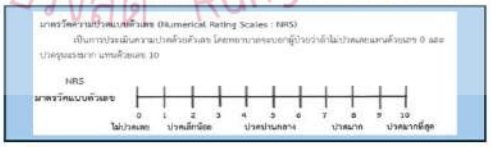


ประเมินอาการปวด โดยใช้การประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข

กำหนดระดับความปวด คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย
2. คะแนน 1 – 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย
3. คะแนน 4 –6 หมายถึง ปวดปานกลาง
4. คะแนน 7–10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

โดยให้ผู้ป่วยบอกคะแนนตามความเป็นจริง เพื่อประเมินความปวดและช่วยบรรเทาความปวด โดยการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา



การควบคุมและบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

1.การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ฟังเพลง เล่นเกม เล่นโซเชียล ทำให้ลดอาการปวดและวิตกกังวลได้

2.จินตภาพบำบัด เป็นการสร้างความคิดและภาพลักษณ์เชิงบวกขึ้นในใจ แล้วสื่อไปยังร่างกาย การหลับตา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หายใจเข้าออกลึกๆ นึกถึงภาพที่อยู่ในที่ๆ มีความสุข และควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้จิตใจสงบ

6

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

การฝึกการบริหารการหายใจอย่างถูกวิธี

ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกและการบริหารการหายใจอย่างถูกวิธี เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของปอดและระบบหายใจ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด

การหายใจที่มีประสิทธิภาพ ปอดจะขยายตัวเต็มที่ ออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงร่างกายได้อย่างทั่วถึง ขับสารที่ใช้ในการดมยาสลบออกจากร่างกายได้โดยเร็ว และช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาอาการคลื่นไส้ ช่วยบรรเทาปวด และสามารถทำได้ทันทีหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว

ขั้นตอนปฏิบัติการฝึกการบริหารการหายใจอย่างถูกวิธี

1.นอนหงายราบชันเข่า 2 ข้าง

2.วางมือบนหน้าท้อง หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูก จนท้องโป่ง ทำให้มือถูกยกสูงขึ้น กระบังลมลดต่ำลง ปอดขยายตัวเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจประมาณ 3 วินาที

3.หายใจออกทางปากช้าๆ จนมือที่วางตรงหน้าท้องลดต่ำลง อากาศจะถูกขับออกทางปอด**มากที่สุด** ทำบ่อยๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง สลับการหายใจธรรมดา 10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง สามารถทำได้ทั้งท่านอน **นั่งและยืน**





7

ขั้นตอนการฝึกการบริหารการหายใจ โดยใช้ Triflow

1.ผู้ป่วยลุกนั่ง หรือไขหัวเตียงให้สูงขึ้น

2.ถือ Triflow ตั้งขึ้นอม ปิดริมฝีปากให้สนิท

3.หายใจเข้าออกปกติ เพื่อให้คุ้นเคยกับเครื่องก่อน

4.จากนั้นให้ดูดช้าๆ และลึกๆ หายใจค้างไว้นานเท่าที่จะทำได้ (อย่างน้อย 5 **วินาที)**

5.ปล่อยลมหายใจออก พักประมาณ 2 - 3 วินาที แล้วจึงเริ่มต้นใหม่

6.ฝึกบริหารการหายใจ 5 – 10 ครั้ง/ชั่วโมง ในช่วงเวลาที่ว่าง (โดยแนะนำให้ผู้ป่วย “ดูด” ได้อย่างน้อยวันละ 100 ครั้ง/วัน จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดได้ดีขึ้น)



7.หลังจากบริหารการหายใจครบ 10 ครั้ง แล้ว ควรฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพด้วย ในกรณีที่ต้องการขับเสมหะ

8

การไออย่างมีประสิทธิภาพ

การไอ เป็นวิธีขจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ ช่วยลดเสมหะในปอดและหลอดลม ผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกและใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างการผ่าตัด จะมีเสมหะมากกว่าปกติ ถ้าไม่ไอออกมา เสมหะจะคั่งค้างในหลอดลม ตามมาด้วย ถุงลมปอดแฟบ และปอดอักเสบติดเชื้อได้



ขั้นตอนปฏิบัติ การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ

1.นั่ง/นอนศีรษะสูง ก้มหน้าเล็กน้อย

2.กอดหมอนให้แนบชิดแผลผ่าตัด

3.หายใจเข้าออกลึกๆ 2-3 ครั้ง กลั้นลมหายใจไว้ประมาณ 1-2 วินาที จากนั้นให้ไอออกมาแรงๆ โดยใช้แรงดันจากช่องท้อง



9

การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ภายหลังผ่าตัด ควรเริ่มมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การลุกลงจากเตียง และการลุกเดิน โดยการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง และการลุกลงจากเตียง ปฏิบัติดังนี้

การพลิกตะแคงตัว

การนอนตะแคงขวาหรือซ้าย ตามความถนัดของผู้ป่วย

วิธีการพลิกตะแคงขวา

1.ใช้มือซ้ายจับราวกั้นเตียงข้างซ้าย

2.ค่อยๆ ขยับตัวไปทางซ้ายจนใกล้ขอบเตียง

3.แล้วจึงพลิกมาทางขวา

วิธีการพลิกตะแคงซ้าย

ทำลักษณะเดียวกันกับตะแคงขวา แต่ทำด้านตรงข้าม

วิธีการลุกนั่ง

1.ตะแคงตัวก่อน

2.ค่อยๆยกขาทั้ง 2 ข้าง ลงข้างเตียง

3.มือยันพื้นเตียง ให้ตัวยกขึ้น

4.ใช้ข้อศอก ช่วยรับน้ำหนักตัว

5.แล้วยันตัวลุกนั่ง

(ควรลุกนั่งห้อยขา หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง)

วิธีการลุกลงจากเตียง

ให้ปฏิบัติตาม วิธีการลุกนั่ง เมื่อลุกนั่ง ห้อยขาลงข้างเตียง แล้วนั่งตัวตรงสักครู่ หากไม่มีอาการหน้ามืด วิงเวียน จึงลุกขึ้นยืน









10

ขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

(หลังวันผ่าตัดวันแรก และ หลังผ่าตัดวันที่ 1 (ช่วงเช้า)



การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ปฏิบัติดังนี้

1. การเคลื่อนไหวร่างกาย
2. การเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที



★ โดยเคี้ยวใน วันแรกหลังผ่าตัด และ หลังผ่าตัด วันที่ 1 (ช่วงเช้า) ขณะเคี้ยวหมากฝรั่ง ให้อยู่ในท่านั่งศีรษะสูง 90 องศา

★ การเคี้ยวหมากฝรั่ง สลับกับการหยุดพักเป็นช่วงๆ โดยเปลี่ยนบริเวณที่อม หรือสลับกระพุ้งแก้ม

11

ขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัด (วันผ่าตัดวันแรก) หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และกลับมาพักที่หอผู้ป่วย

กิจกรรม ประกอบด้วย



(1) กระดกข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า ขึ้นและลง ข้างละ 10 ครั้ง (ภาพที่ 1,2,3,4,5)



(2) การเคลื่อนไหวขาและสะโพก 3 ท่า ได้แก่ 1) ท่างอสะโพกและเข่า 2) ท่าบิดสะโพก 3) ท่ากางขาออกด้านข้างลำตัว ทั้ง 3 ท่า ทำทีละข้าง ข้างละ 10 ครั้ง ทำซ้ำ ท่าละ 2 รอบ (ภาพที่ 6,7)





(3) นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้าง ขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง (ภาพที่ 8)









12

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด



หลังผ่าตัด วันที่ 1 (ช่วงเช้าและช่วงบ่าย)

(1) นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา
ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง
(ภาพที่ 1,2,3)





(2) นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง
เป็นเวลา 10 นาที (ภาพที่ 4,5,6,)





(3) ยืนและเดิน โดย เดิน 15 เมตร จำนวน 1 รอบ (ช่วงเช้า)
และ เดิน 15 เมตร จำนวน 2 รอบ (ช่วงบ่าย) (ภาพที่ 7)


7



ขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัด วันที่ 2 (ช่วงเช้าและช่วงบ่าย)



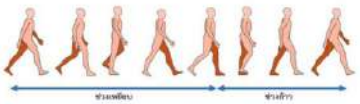
(1) นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา
ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 (ภาพที่ 1)



(2) นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง (5 นาที) (ภาพที่ 2,3)

(3) ยืนและเดิน โดย เดิน 60 เมตร จำนวน 2 รอบ (ช่วงเช้า)
เดิน 60 เมตร จำนวน 3 รอบ (ช่วงบ่าย) (ภาพที่ 4,5,6)


5


6





มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1.หลีกเลี่ยงอาการท้องผูก รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง ไม่เบ่งขณะขับถ่าย ดื่มน้ำ 8–10 แก้วต่อวัน

2.ค่อย ๆ เพิ่มกิจกรรม ลุกขึ้นและเดินอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำที่ขา

3.ห้ามยกของหนัก (เกิน 6 กิโลกรัม) หรือ ออกกำลังกายอย่างหนัก เป็นเวลาอย่างน้อย 4–6 สัปดาห์

4.รักษาบาดแผลให้สะอาด แผลอาจซึมเล็กน้อยเป็นเรื่องปกติ หากแผลเปียกชุ่มมาก ให้รีบมาพบแพทย์

5.หลีกเลี่ยงการสวมเสื้อผ้ารัดหรือหยาบ เพราะอาจเสียดสีบริเวณแผล และทำให้แผลหายยากขึ้น

6.พักผ่อนให้เพียงพอ การพักผ่อนที่เหมาะสมทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว โดยเฉพาะ 1–2 สัปดาห์แรก หลังผ่าตัด การนอนคือการพักผ่อนที่ดีที่สุด และจำเป็นต่อร่างกายอย่างยิ่ง ควรนอนวันละ 8–10 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการนอนดึก และการดื่มน้ำมากๆ ก่อนนอน

7.ถ้ามีอาการปวด ให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

15

การออกกำลังกายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี

การออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่ผ่าตัดรักษานิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้อง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปทำงาน หรือกลับไปเล่นกีฬาที่ชอบได้เร็วยิ่งขึ้น

ออกกำลังกายช่วงขา

เมื่อกลับจากโรงพยาบาล สิ่งสำคัญคือต้องลุกขึ้นและเดินไปรอบๆ บ้าน สามารถเดินขึ้นบันไดโดยใช้ราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวทุกครั้ง การนอนนิ่งๆ ไม่ขยับขานานๆ ถ้าเลือดไม่สามารถไหลเวียนปกติ อาจเกิดอันตรายได้ ลิ่มเลือดอาจวิ่งไปยังหัวใจแล้วอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ควรฝึกกระดกข้อเท้า หมุนข้อเท้า ยกเข่า ทุกๆ ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณน่อง

ฝึกการหายใจลึกๆ

หากได้รับอุปกรณ์ฝึกหายใจจากโรงพยาบาลให้ใช้ต่อไปตามคำแนะนำเป็นเวลา 3–5 วัน หรือต้องฝึกหายใจลึกๆ 4–5 ครั้งต่อชั่วโมง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันปอดติดเชื้อ หากมีอาการไอให้ใช้หมอนกดบริเวณหน้าท้องเบาๆ ขณะไอ เพื่อช่วยลดแรงสะเทือนจากการไอ ทำให้ปวดแผลลดลง

ฝึกลุกขึ้นจากเตียงอย่างถูกวิธี

การลุกจากเตียงแบบรวดเร็วอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ทัน เกิดวิงเวียนล้มลงได้ ควรลุกจากเตียงแบบถูกวิธี โดยพลิกตัว นอนตะแคง งอเข่าแล้วใช้มือทั้งสองข้างยันตัวให้ลุกขึ้น ค่อยๆ ยกขาทั้งสองห้อยลงข้างเตียง จากนั้นยันตัวลุกขึ้น นั่งตัวตรง หากไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน จึงลุกขึ้นยืน

ทำกิจกรรมที่เหมาะกับช่วงเวลา

ช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้กำลังมาก สามารถเดินระยะทางสั้นๆ อย่าขับรถอย่างน้อย 5–7 วัน หลังการผ่าตัด ก่อนขับรถให้ลองคาดเข็มขัดนิรภัย เหยียบเบรกเต็มที่ หมุนพวงมาลัยจนสุดดูก่อนว่ามีอาการปวดตึงหรือไม่ หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ อาจเริ่มขี่รถจักรยาน วิ่งจ็อกกิ้ง เพื่อออกกำลังกายได้ ห้ามยกของหนักเกิน 6 กิโลกรัม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายใด ๆ ที่ทำให้เจ็บแผล หลังผ่าตัดได้ 1 เดือน จึงสามารถออกกำลังกายได้ปกติ รวมถึงการยกของหนัก เคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ ตัดหญ้า โดยค่อยๆ เริ่ม อย่าหักโหมเกินไป

สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือผู้ที่ออกกำลังกายประจำ อาจต้องใช้โปรแกรมหรืออุปกรณ์ที่ทันสมัยในการฟื้นฟูทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้กลับไปทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยเร็วที่สุด และควรรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ร่างกายสามารถฟื้นฟูความแข็งแรงอย่างเหมาะสม



16

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อาการผิดปกติหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ที่ควรมาพบแพทย์ทันที





- ปวดท้องรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ
- คลื่นไส้หรืออาเจียนรุนแรง
- ตัวเหลือง ตาเหลือง
- ไม่ถ่ายอุจจาระหลังผายลมนานเกิน 3 วันหลังการผ่าตัด
- อาการท้องร่วงที่กินเวลานานกว่า 3 วันหลังการผ่าตัด
- มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส
- ปวดแผลผ่าตัดมาก
- มีสารคัดหลั่งคล้ายหนองที่แผลผ่าตัด เป็นต้น





17



สุขภาพแข็งแรง

หายป่วยไวๆ นะคะ





ด้วยความปรารถนาดี

คณะแพทย์-พยาบาล-เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี











18

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง

เกรียงศักดิ์ เจนวิถีสุข. (2563). Complication of Laparoscopic Cholecystectomy. ใน **ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563** (Minimally Invasive Surgery: MIS). **(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.** น 34.

กฤติน กิตติกรชัยชาญ. (2559). **การจัดการทางวิสัญญีเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด.** *วารสารธรรมศาสตร์เวชสาร, 16*(4). 694-704.

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563** (Minimally Invasive Surgery: MIS). **(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.**

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ** (One Day Surgery: ODS) **และการผ่าตัดแผลเล็ก** (Minimally Invasive Surgery: MIS) **ปี 2565. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; บริษัทจรัสสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.**

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก** (ODS&MIS) **ปี 2566. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; บริษัทจรัสสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.**

นิตยา บุตรประเสริฐ. (2563). **ผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องโรงพยาบาลวานรนิวาส. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 3**(2). 67-75.

ประภา รัตนไชย, สมบูรณ์ เทียนทอง, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์ , สุวิมล ต่างวิวัฒน์, และมิ่งขวัญ วงศ์ยิ่งสิน. (2563). ข้อเสนอแนะทางวิสัญญีด้าน**การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยและคุณภาพในโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก. ใน ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563** (Minimally Invasive Surgery: MIS). **(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. น 73-74.**

พรฤดี นราสงค์, ลดาวัลย์ กาศเจริญ, ไข่มุก รุจิรเศรษฐกูล, ภาวิณี ปิยบุญศรี, ภัคพล สุขวิบูลย์, และประเวชย์ มหาวิทิตวงศ์. (2563). **ผลของโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง. *เวชบันทึกศิริราช*, 13**(1). 11-20.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

วราภรณ์ วงษ์เรือง, นัทธมน วุฑธานนท์, และวราวรรณ อุตมความสุข. (2563). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้**ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 47**(3). 157-167.

วรุตม์ โล่สิริวัฒน์. (2563). โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS). ใน **ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563** (Minimally Invasive Surgery: MIS). **(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. น 61-64.**

วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล. (2563). การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy). ใน**ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563** (Minimally Invasive Surgery: MIS). **(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. น 17-18, 22.**

วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์, และหวีชัย วิชญโยธิน. (2563). บทนำในข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 (Minimally Invasive Surgery: MIS). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. น 1-2.

วินัย ชิงพินิจพงศ์. (2566). ERAS Program for ODS-MIS. ในข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) **ปี 2566. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี. บริษัทจรัสสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด. น 38-48.**

ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์, โชติรส อังกูระวรานนท์, และนันท์มนัส จิตต์มาลา (2023). ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการ**ฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง. *Nursing Journal*, 50**(1). 81-96.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 6*(1).1-11.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด The Role of Nurses in Promoting Early Postoperative Ambulation. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 9*(2). 14-23

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สุนิสา เกยสันเทียะ, เกศศิริ วงษ์คงคำ, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และธรรมศักดิ์ ทวิชศร. (2565). ผลของเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด. *วารสารสภาการพยาบาล, 37*(2). 61-80.

สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์, และขวัญดาว ดวงแก้ว. (2023). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลแพร่. *(PMJCS) Phrae Medical Journal and Clinical Sciences, 31*(2), 104-117.

Choi G, Kang H, Baek CW, Jung YH, Kim DR. (2015). Effect of intraperitoneal local anesthetic on pain characteristics after laparoscopic cholecystectomy. *World J Gastroenterol. 21*:13386- 95.

Hua J, Gong J, Yao L, Zhou B, Song Z. (2014). Low-pressure versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg*, 208:143-50.

Latenstein, C. S., Wennmacker, S. Z., de Jong, J. J., van Laarhoven, C. J., Drenth, J. P., & de Reuver, P. R. (2019). Etiologies of long-term post cholecystectomy symptoms: a systematic review. *Gastroenterology research and practice, 2019*.

Tuvayanon W, Toskulkao T, Asdornwised U, Akaraviputh T. (2011). Factors Impacting Readiness to Discharge Time from Recovery Room after Laparoscopic Cholecystectomy. *Thai J Surg, 32*,53-9.

Tuvayanon W, Silchai P, Sirivatanauksorn Y, Visavajam P, Pungdok J, Tonklai S. (2018). Randomized controlled trial comparing the effects of usual gas release, active aspiration, and passive-valve release on abdominal distension in patients who have undergone laparoscopic cholecystectomy. *Asian J Endosc Surg, 11*, 212-9.

Yayla, A., Ilgin, V. E., Kılınç, T., Özlü, Z. K., Apay, S. E. (2022). Nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy: analysis of predictive factors. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 37*(6), 834-841.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ขอขอบคุณ
ที่...คุณ...ทำได้



คู่มือการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ชลินกร รอดไว
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

2.3 แบบวัดระดับความเจ็บปวด

รหัส.....

คำชี้แจง แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) ประเมินระดับความระดับปวด ก่อนและหลังทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ระยะหลังผ่าตัด ระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง ก่อนและหลังทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กำหนดระดับความปวด คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. No pain คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย
2. Mild pain คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย
3. Moderate pain คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง
4. Worst possible pain คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

วัน (หลังผ่าตัด)	**ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เวลา)**	**ระดับความปวด (คะแนน)**	**หลังเข้าร่วมโปรแกรม (เวลา)**	**ระดับความปวด (คะแนน)**
หลังผ่าตัด (วันผ่าตัด)	18.00 น. 10.00 น.		19.00 น. 11.00 น.	
หลังผ่าตัดวันที่ 1	14.00 น.		15.00 น.	
หลังผ่าตัดวันที่ 1	10.00 น.		11.00 น.	
หลังผ่าตัดวันที่ 2	14.00 น.		15.00 น.	
หลังผ่าตัดวันที่ 2				

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.4 แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

รหัส.....

คำชี้แจง ใช้แบบประเมินนี้ ประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทุกครั้ง

อาการ	หลังผ่าตัด 18.00 น.		หลังผ่าตัดวันที่ 1 10.00 น.		หลังผ่าตัดวันที่ 1 14.00 น.		หลังผ่าตัดวันที่ 2 10.00 น.		หลังผ่าตัดวันที่ 2 14.00 น.	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1.สัญญาณชีพปกติ สิ่งที่ต้องประเมิน (ค่าที่ยอมรับได้) อุณหภูมิ $\geq$ 36 C or $\leq$ 38 C MAP $\geq$60 or $\leq$110 mmHg SBP $\geq$90 or $\leq$180 mmHg HR $\geq$40 or $\leq$120/min RR $\leq$24 /min O_2 sat $\geq$95% (กรณีมีโรคประจำตัว COPD keep O_2 sat $\geq$92%)										
2.ไม่มีอาการสับสน หรือก้าวร้าวรุนแรง										
3.ไม่มีแน่นหน้าอก หรือ EKG ปกติ										
4.Pain score $\leq$ 3 คะแนน										
5.ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน หน้ามืด ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อยผิดปกติ หลังจากเปลี่ยนอิริยาบถ										

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.5 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

รหัส.....

คำชี้แจง แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ใช้สำหรับบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ระยะหลังผ่าตัดวันแรก หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

: ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

การพลิกตะแคงตัว ปฏิบัติได้ / ปฏิบัติไม่ได้

การลุกนั่งข้างเตียง ปฏิบัติได้ / ปฏิบัติไม่ได้

การลุกเดิน ปฏิบัติได้ / ปฏิบัติไม่ได้

การเคลื่อนไหวร่างกาย	**หลังผ่าตัด (วันผ่าตัด)** (18.00 น.)		**หลังผ่าตัดวันที่ 1** (14.00 น.)		**หลังผ่าตัดวันที่ 2** (14.00น.)	
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
การพลิกตะแคงตัว						
การลุกนั่งข้างเตียง						
การเดิน						

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

รหัส.....

คำชี้แจง : เติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง….หน้าข้อความ

1. อายุ.... ปี

2. เพศ

(….) ชาย (….)หญิง

3. สถานภาพสมรส

(….) โสด (….) คู่

(….) หม้าย/หย่า/แยก (….)อื่นๆ ระบุ .....

4. ระดับการศึกษา

(….) ประถมศึกษา (….) ปริญญาตรี

(….) มัธยมศึกษา (….) ปริญญาโท

(….) ปวช. (….) ปริญญาเอก

(….) ปวส. (….) อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

(….) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (….) เกษตรกรรม

(….) รับจ้าง (….) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

(....) ธุรกิจส่วนตัว (….) อื่นๆ ระบุ.....

6. สิทธิการรักษา

(....) บัตรสุขภาพ (....) ประกันสังคม

(....) เบิกได้ (....) จ่ายเงินเอง

(....) อื่นๆ ระบุ.....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รหัส.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา

คำชี้แจง : เติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง….หน้าข้อความ เก็บข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูล แล้วบันทึกลงในช่องว่างที่กำหนด

1. วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล..... วันที่ทำผ่าตัด…….....

2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร

3. ประวัติการสูบบุหรี่ □ ไม่สูบ □ สูบ เป็นเวลานาน.... ปี □ เคยสูบ หยุดมานาน....ปี

4. ประวัติการดื่มสุรา □ ไม่ดื่ม □ ดื่มเป็นเวลานาน....ปี □ เคยดื่ม หยุดมานาน....ปี

5. โรคประจำตัว □ ไม่มี □ มี ระบุ.....

6. เวลาเริ่มการระงับความรู้สึก.....น. เวลาสิ้นสุดการระงับความรู้สึก.....น.
ระยะเวลาการระงับความรู้สึก.....ชั่วโมง..... นาที

7. เวลาเริ่มการผ่าตัด.....น. เวลาสิ้นสุดการผ่าตัด.....น.
ระยะเวลาการผ่าตัด…....ชั่วโมง.....นาที

8. ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด (estimated blood loss) ..... มิลลิลิตร

9. ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกหลังผ่าตัด
ระยะเวลาหลังผ่าตัด……ชั่วโมง จิบน้ำได้ เวลา…….....
ระยะเวลาหลังผ่าตัด……ชั่วโมง อาหารเหลว เวลา…….....
ระยะเวลาหลังผ่าตัด……ชั่วโมง อาหารอ่อน เวลา…….....
ระยะเวลาหลังผ่าตัด……ชั่วโมง อาหารธรรมดา เวลา…….....

10. ระยะเวลาการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายลุกนั่ง/ลุกเดิน ครั้งแรกหลังผ่าตัด
ลุกนั่งครั้งแรกหลังผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด.....ชั่วโมง เวลา……น.
ลุกเดินครั้งแรกหลังผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด.....ชั่วโมง เวลา….....น.

11. วันที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล……....

13. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน ก่อนผ่าตัด.....วัน หลังผ่าตัด.....วัน

14. ลักษณะของแผลผ่าตัด □แผลแห้งติดดี □แผลอักเสบ บวมแดง □แผลมีการติดเชื้อ

15. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
วันผ่าตัด ระบุ.....
หลังผ่าตัด วันที่ 1 ระบุ.....
หลังผ่าตัด วันที่ 2 ระบุ.....
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ระบุ.....

3.2 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) **รหัส.....**

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามในแต่ละข้อและพิจารณาว่า ท่านมีความรู้สึกอย่างไรในช่วงระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านคิดว่า ระดับตัวเลขตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อ จะมีระดับตัวเลขให้เลือก ตั้งแต่ ระดับ 0-10 โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือแย่มาก ตัวเลขระดับ 10 แสดงว่า มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา หรือยอดเยี่ยม

1. ท่านสามารถหายใจได้โดยสะดวก

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

2. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

3. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนเป็นอย่างดี

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

4. ท่านได้นอนหลับเป็นอย่างดี

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

5. ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการทำวามสะอาดร่างกายและสุขอนามัยส่วนตัว

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

6. ท่านสามารถสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนฝูงได้ตามปกติ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
แย่มาก										ยอดเยี่ยมมาก

7. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
แย่มาก										ยอดเยี่ยมมาก

8. ท่านสามารถกลับไปทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านได้เหมือนเดิม

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
แย่มาก										ยอดเยี่ยมมาก

9. ท่านรู้สึกสบายและสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ รอบตัวได้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

10. ท่านรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสภาพที่น่าพอใจ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อ จะมีระดับตัวเลขให้เลือก ตั้งแต่ระดับ 0-10 โดยระดับ 10 หมายถึง ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย และตัวเลขระดับ 0 หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

11. ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับปานกลาง

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

12. ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับรุนแรง

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

13. ท่านมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

14. ท่านมีความรู้สึกวิตกหรือกังวล

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

15. ท่านมีความรู้สึกเศร้าหรือหดหู่

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ไม่ได้มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย										มีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รหัส.....

3.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องในช่วงระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 3 ข้อ ประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวด ท้องอืด ข้อคำถามแต่ละข้อจะมีระดับตัวเลขให้เลือก 4 ช่วงระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ระดับ 0 คือ ไม่มีอาการ ระดับ 1 คือ มีอาการเล็กน้อย ระดับ 2 คือ มีอาการปานกลาง และระดับ 3 คือ มีอาการมาก

ประเมินภาวะแทรกซ้อน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) (14.00 น.)**	**หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) (14.00 น.)**	**วันนัด Follow up (2 สัปดาห์))**
		ระดับคะแนน	**ระดับคะแนน**	**ระดับคะแนน**
1. คลื่นไส้ อาเจียน				
-ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	0			
-มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย	1			
-มีอาการคลื่นไส้อาเจียนปาน	2			
กลาง	3			
-มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก				
2. ความปวด	0			
-ไม่รู้สึกปวดเลย (PS=0)	1			
-รู้สึกปวดเล็กน้อย (PS=1-3)	2			
-รู้สึกปวดปานกลาง (PS=4-6)	3			
-รู้สึกปวดมาก (PS=7-10)				
3. ท้องอืด	0			
-ไม่รู้สึกท้องอืดเลย	1			
-รู้สึกท้องอืดเล็กน้อย	2			
-รู้สึกท้องอืดปานกลาง	3			
-รู้สึกท้องอืดมาก				
คะแนนรวม				

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์สมเจตน์ ฟุ้งพงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานศัลยกรรม รองผู้อำนวยการด้านการเงินและการคลัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. นายสัญญา โพธิ์งาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
3. ผศ.ดร.มนพร ชาติชำนิ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ

2.1 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15)

ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การหาค่า CVI					
หัวข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			จำนวนคนที่ลงความคิดเห็นระดับ 3-4	การคำนวณ CVI
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ท่านสามารถหายใจได้โดยสะดวก	4	4	3	3	1
2. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	4	4	4	3	1
3. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนเป็นอย่างดี	4	4	4	3	1
4. ท่านได้นอนหลับเป็นอย่างดี	4	4	4	3	1
5. ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการทำวามสะอาดร่างกายและสุขอนามัยส่วนตัว	4	4	4	3	1
6. ท่านสามารถสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนฝูงได้ตามปกติ	4	4	3	3	1
7.ท่านได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล	4	4	4	3	1
8. ท่านสามารถกลับไปทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านได้เหมือนเดิม	4	4	4	3	1
9. ท่านรู้สึกสบายและสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ รอบตัวได้	4	4	2	2	
10. ท่านรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสภาพที่น่าพอใจ	4	4	3	3	1
11. ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับปานกลาง	4	4	3	3	1
12. ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับรุนแรง	4	4	3	3	1
13. ท่านมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน	4	4	4	3	1
14. ท่านมีความรู้สึกวิตกหรือกังวล	4	4	4	3	1
15. ท่านมีคว่ามรู้สึกเศร้าหรือหดหู่	4	4	3	3	1
ดัชนีความตรงของเนื้อหา					0.93

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.2 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การหาค่า CVI					
หัวข้อ	**ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ**			**จำนวนคนที่ลงความคิดเห็นระดับ 3-4**	**การคำนวณ CVI**
	คนที่ 1	**คนที่ 2**	**คนที่ 3**		
1. คลื่นไส้ อาเจียน	4	4	4	3	1
ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	4	4	4	3	1
มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย	4	4	4	3	1
มีอาการคลื่นไส้อาเจียนปานกลาง	4	4	4	3	1
มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก	4	4	4	3	1
2. ความปวด	4	4	4	3	1
ไม่รู้สึกปวดเลย (PS=0)	4	4	4	3	1
รู้สึกปวดเล็กน้อย (PS=1-3)	4	4	4	3	1
รู้สึกปวดปานกลาง (PS=4-6)	4	4	4	3	1
รู้สึกปวดมาก (PS=7-10)	4	4	4	3	1
3. ท้องอืด	4	4	4	3	1
ไม่รู้สึกท้องอืดเลย	4	4	4	3	1
รู้สึกท้องอืดเล็กน้อย	4	4	4	3	1
รู้สึกท้องอืดปานกลางพอทนได้	4	4	4	3	1
รู้สึกท้องอืดมากจนหายใจไม่สะดวก	4	4	4	3	1
ดัชนีความตรงของเนื้อหา					1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3. ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15)

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 20 ราย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.836	15

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ท่านสามารถหายใจได้โดยสะดวก	8.6500	1.03999	20
ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	8.0500	.99868	20
ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนเป็นอย่างดี	7.7000	.80131	20
ท่านได้นอนหลับเป็นอย่างดี	7.6000	.82078	20
ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ	8.0500	.88704	20
ท่านสามารถสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนฝูงได้ตามปกติ	8.3500	.93330	20
ท่านได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล	8.5500	.82558	20
ท่านสามารถกลับไปทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม	8.0500	.99868	20
ท่านรู้สึกสบายและสามารถควบคุมสิ่งต่างๆรอบตัวได้	7.9500	1.05006	20
ท่านรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสภาพที่น่าพอใจ	8.0500	.82558	20
ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับปานกลาง	6.6000	1.14248	20
ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับรุนแรง	8.3500	.87509	20
ท่านมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน	9.1000	1.44732	20
ท่านมีความรู้สึกวิตกหรือกังวล	8.5000	1.19208	20
ท่านมีความรู้สึกเศร้าหรือหดหู่	9.6500	.67082	20

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Quality of Recovery: QoR-15) ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 34 คน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.911	15

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ท่านสามารถหายใจได้โดยสะดวก	9.1471	1.07682	34
ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	8.8824	1.27362	34
ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนเป็นอย่างดี	8.5000	1.16124	34
ท่านได้นอนหลับเป็นอย่างดี	8.4118	1.23381	34
ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือ ในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย	8.4118	1.01854	34
ท่านสามารถสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนฝูงได้ตามปกติ	9.2941	.93839	34
ท่านได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ครอบครัว/เพื่อนฝูง	9.3235	.80606	34
ท่านสามารถกลับไปทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม	8.5000	.99240	34
ท่านรู้สึกสบายและสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ รอบตัวได้	8.5000	1.02247	34
ท่านรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสภาพที่น่าพอใจ	8.6765	1.06517	34
ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับปานกลาง	7.3824	3.52493	34
ท่านมีอาการเจ็บปวดระดับรุนแรง	9.3529	1.25245	34
ท่านมีอาการคลื่นไส้หรือปาเจียน	8.9706	2.11037	34
ท่านมีความรู้สึกวิตกหรือกังวล	9.6176	.88813	34
ท่านมีความรู้สึกเศร้าหรือหดหู่	9.9706	.17150	34

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1. ผลการวิเคราะห์การกระจายของข้อมูล

1.1 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน

Tests of Normality[b,c,d,e,f]							
	กลุ่ม	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
อาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดวันที่ 1	กลุ่มควบคุม	.380	17	.000	.632	17	.000
อาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดวันที่ 2	กลุ่มควบคุม	.469	17	.000	.533	17	.000
ความปวด หลังผ่าตัดวันที่ 1	กลุ่มควบคุม	.380	17	.000	.632	17	.000
	กลุ่มทดลอง	.419	17	.000	.659	17	.000
ความปวด หลังผ่าตัดวันที่ 2	กลุ่มควบคุม	.497	17	.000	.470	17	.000
	กลุ่มทดลอง	.349	17	.000	.642	17	.000
ความปวด หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	กลุ่มควบคุม	.469	17	.000	.533	17	.000
	กลุ่มทดลอง	.537	17	.000	.262	17	.000
อาการท้องอืด หลังผ่าตัดวันที่ 1	กลุ่มควบคุม	.349	17	.000	.642	17	.000
	กลุ่มทดลอง	.537	17	.000	.262	17	.000
อาการท้องอืด หลังผ่าตัดวันที่ 2	กลุ่มควบคุม	.410	17	.000	.611	17	.000
อาการท้องอืด หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	กลุ่มควบคุม	.497	17	.000	.470	17	.000
	กลุ่มทดลอง	.537	17	.000	.262	17	.000

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Tests of Normality[b]						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
อาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดวันที่ 1	.486	34	.000	.498	34	.000
อาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดวันที่ 2	.523	34	.000	.378	34	.000
ความปวด หลังผ่าตัดวันที่ 1	.328	34	.000	.761	34	.000
ความปวด หลังผ่าตัดวันที่ 2	.356	34	.000	.742	34	.000
ความปวด หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	.512	34	.000	.424	34	.000
อาการท้องอืด หลังผ่าตัดวันที่ 1	.443	34	.000	.573	34	.000
อาการท้องอืด หลังผ่าตัดวันที่ 2	.499	34	.000	.464	34	.000
อาการท้องอืด หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	.523	34	.000	.378	34	.000

1.2 ข้อมูลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Tests of Normality[c]

	กลุ่ม	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
คะแนนรวมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดวันที่ 1	กลุ่มควบคุม	.191	17	.101	.928	17	.198
	กลุ่มทดลอง	.229	17	.019	.903	17	.075
คะแนนรวมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดวันที่ 2	กลุ่มควบคุม	.119	17	.200*	.923	17	.166
	กลุ่มทดลอง	.258	17	.004	.793	17	.002
คะแนนรวมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	กลุ่มควบคุม	.479	17	.000	.467	17	.000

2. ผลบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง

การเคลื่อนไหวร่างกาย	หลังผ่าตัด (วันผ่าตัด) (18.00 น.)		หลังผ่าตัดวันที่ 1 (14.00 น.)		หลังผ่าตัดวันที่ 2 (14.00 น.)	
	ปฏิบัติได้ (คน)	ปฏิบัติไม่ได้ (คน)	ปฏิบัติได้ (คน)	ปฏิบัติไม่ได้ (คน)	ปฏิบัติได้ (คน)	ปฏิบัติไม่ได้ (คน)
การพลิกตะแคงตัว	17	0	17	0	17	0
การลุกนั่งข้างเตียง	15	2	17	0	17	0
การเดิน	12	5	17	0	17	0

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ง

เอกสารเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

1.1 ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยรังสิต



COA. No. RSUERB2024-170

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2024-170
ชื่อโครงการวิจัย	:	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง Effect of Enhanced Recovery After Surgery Program on Complication and Quality of the Recovery of Patients After Laparoscopic Cholecystectomy
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาวธสินกร รอดไว
ชื่อนักวิจัยร่วม	:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์ค้า
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์
วันที่รับรอง	:	27 กันยายน 2567 วันที่หมดอายุ : 27 กันยายน 2569
		วันที่ต่ออายุ : ไม่เกิน 27 สิงหาคม 2569

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

RSU-ERB 27 SEP 2024

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ กาญจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต
โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1.1 ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยรังสิต (ต่อ)



COA. No. RSUERB2024-170

Certificate of Approval
By
Ethics Review Board of Rangsit University

COA. No.	COA. No. RSUERB2024-170
Protocol Title	Effect of Enhanced Recovery After Surgery Program on Complication and Quality of the Recovery of Patients After Laparoscopic Cholecystectomy
Principle Investigator	Miss Talinkorn Rodwai
Co-Investigator	Asst.Prof.Dr. Rachanee Namjuntra
	Asst.Prof.Dr. Kanitha Hanprasitkam
Affiliation	School of Nursing, Rangsit University
How to review	Full Board Review
Approval includes	1. Project propos 2. Information sheet 3. Informed consent form 4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval: 27 September 2024 Date of Expiration: 27 September 2026

Date of Renewal: within 27 August 2026

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Review Board of Rangsit University based Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice or ICH-GCP

RSU-ERB 27 SEP 2024

Signature.....

(Associate Professor Dr. Paran Kanchanaphum)
Chairman, Ethics Review Board for Human Research

Ethics Review Board of Rangsit University, 5th floor, Arthit Ourairat Building (Bldg.1) Rangsit University
Tel. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1.2 ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี



เอกสารแนบท้าย ๓

สิงห์บุรี

เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

หมายเลข ๐๗/๒๐๒๔

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง
รหัสโครงการ : EC๐๗/๑๖/๒๐๒๔
หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อ นางสาวธณินกร นามสกุล รอดไว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน ศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสิงห์บุรี
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสิงห์บุรี
เอกสารที่รับรอง
๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงร่างการวิจัย
๓. แบบสอบถาม
๔. ประวัติผู้วิจัย
วันที่รับรอง : ๒๕ / ๐๖ / ๒๐๒๔
วันหมดอายุ : ๒๕ / ๐๖ / ๒๐๒๕

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้ดำเนินการพิจารณาเห็นควรให้การรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

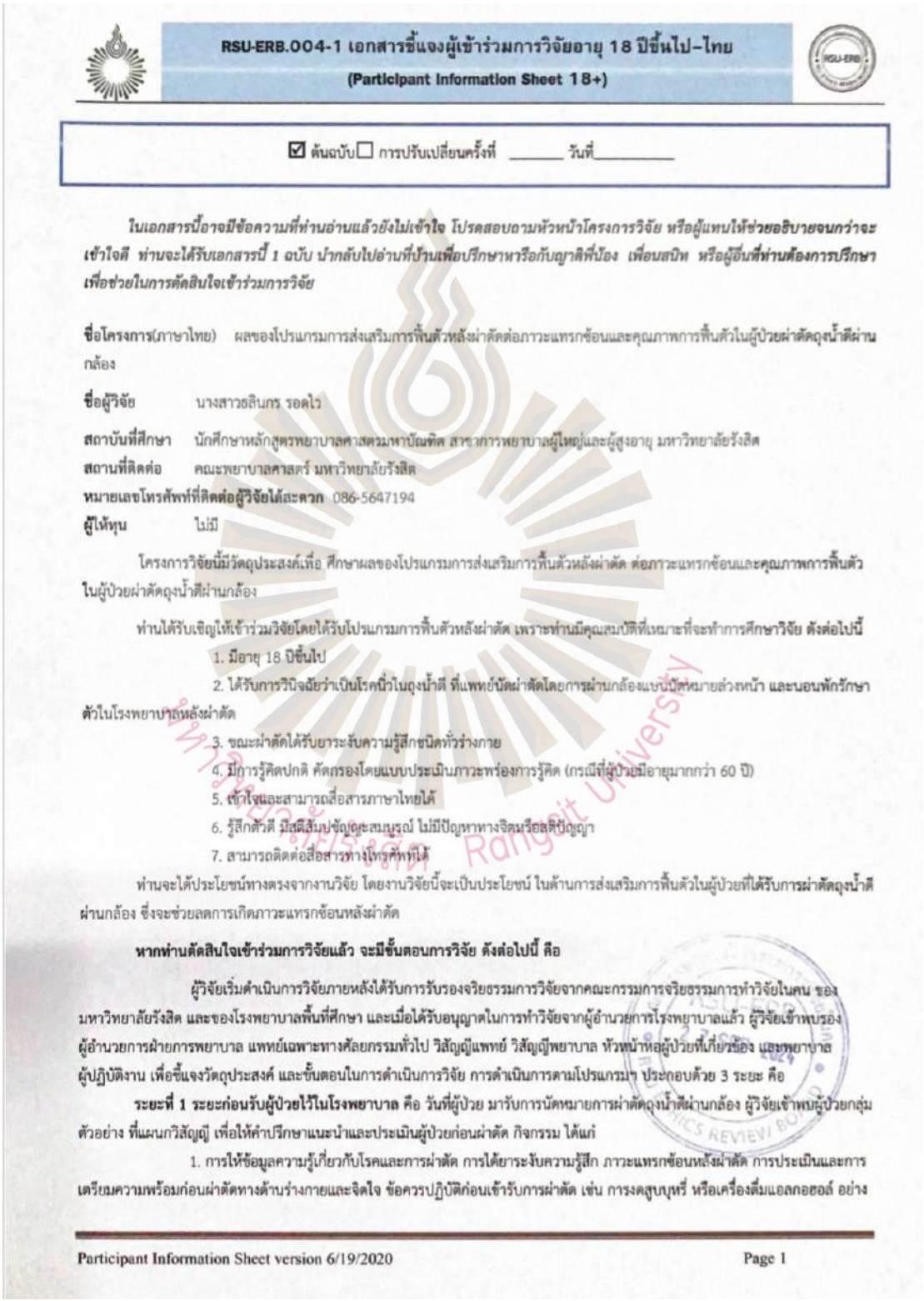
ลงนาม.....
(นางสุมาลี บาถวงษ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรี
วันที่ ๒๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ ๒๕๖๗

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อนุมัติ

ลงนาม.....
(นายเอกโชติ พีรธรรมานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี
วันที่ ๒๖ เดือน มิถุนายน พ.ศ ๒๕๖๗

2. เอกสารชี้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มควบคุม



RSU-ERB.004-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป–ไทย
(Participant Information Sheet 18+)

☑ ต้นฉบับ ☐ การปรับเปลี่ยนครั้งที่ _____ วันที่_____

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธสินกร รอดไว

สถาบันที่ศึกษา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อผู้วิจัยได้สะดวก 086-5647194

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยโดยได้รับโปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพราะท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะที่จะทำการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดี ที่แพทย์นัดผ่าตัดโดยการผ่านกล้องแบบนัดหมายล่วงหน้า และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด
3. ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย
4. มีการรู้คิดปกติ คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะพร่องการรู้คิด (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี)
5. เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
6. รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตเวชหรือสติปัญญา
7. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

ท่านจะได้ประโยชน์ทางตรงจากงานวิจัย โดยงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ ในด้านการส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

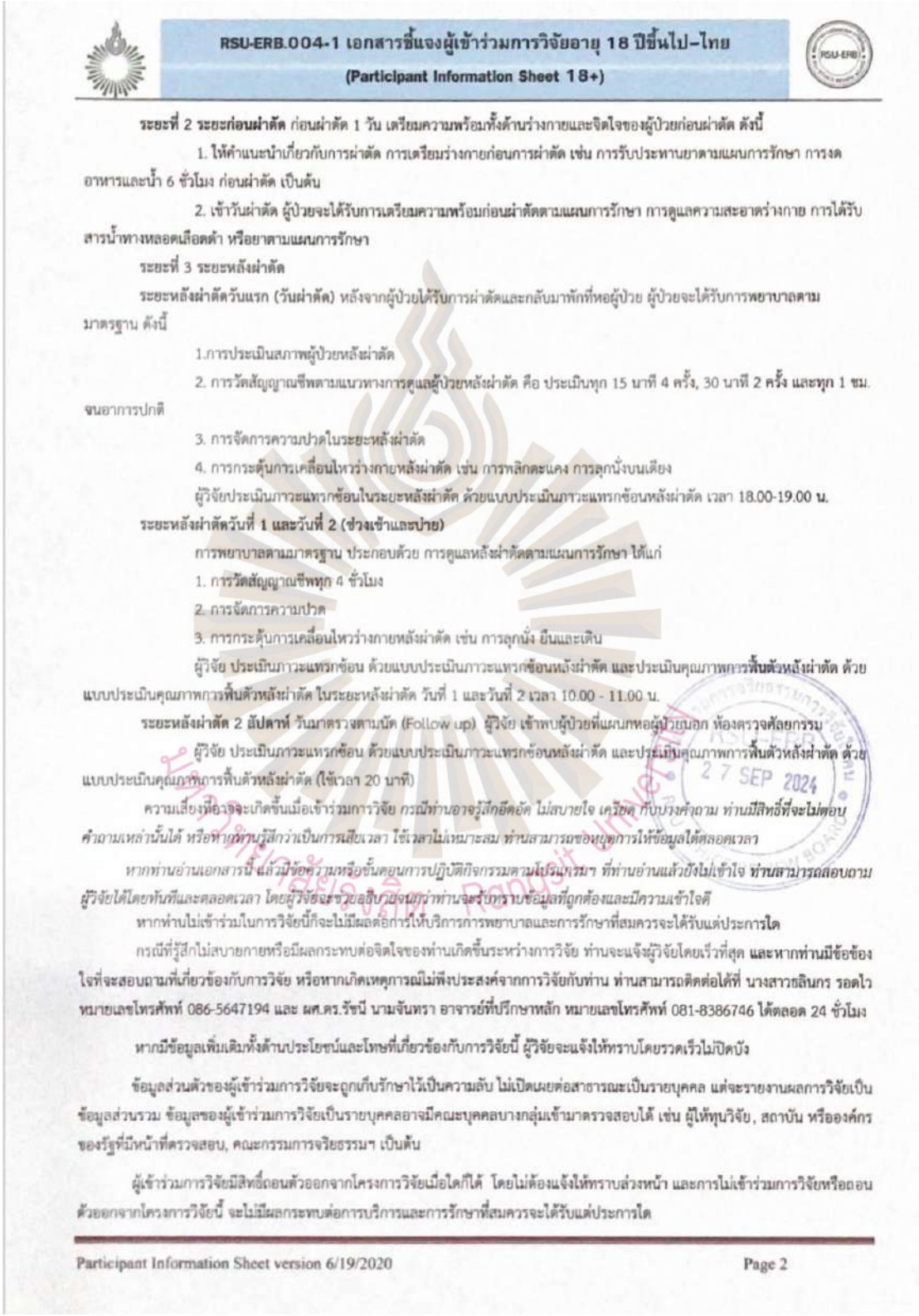
หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้ คือ

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยรังสิต และของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา และเมื่อได้รับอนุญาตในการทำวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การดำเนินการตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล คือ วันที่ผู้ป่วย มารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกวิสัญญี เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำและประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กิจกรรม ได้แก่

1. การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและจิตใจ ข้อควรปฏิบัติก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น การงดสูบบุหรี่ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่าง

2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มควบคุม (ต่อ)



RSU-ERB.004-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป–ไทย

(Participant Information Sheet 18+)

ระยะที่ 2 ระยะก่อนผ่าตัด ก่อนผ่าตัด 1 วัน เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดังนี้

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การงดอาหารและน้ำ 6 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด เป็นต้น

2. เข้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา การดูแลความสะอาดร่างกาย การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือยาตามแผนการรักษา

ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดวันแรก (วันผ่าตัด) หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและกลับมาพักที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ดังนี้

1.การประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. การวัดสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนอาการปกติ

3. การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด

4. การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การพลิกตะแคง การลุกนั่งบนเตียง

ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เวลา 18.00-19.00 น.

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 (ช่วงเช้าและบ่าย)

การพยาบาลตามมาตรฐาน ประกอบด้วย การดูแลหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา ได้แก่

1. การวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. การจัดการความปวด

3. การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การลุกนั่ง ยืนและเดิน

ผู้วิจัย ประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 1 และวันที่ 2 เวลา 10.00 - 11.00 น.

ระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ วันมาตรวจตามนัด (Follow up) ผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรม

ผู้วิจัย ประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ใช้เวลา 20 นาที)

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย กรณีท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือท่านท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ใช้เวลาไม่เหมาะสม ท่านสามารถขอหยุดการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

หากท่านอ่านเอกสารนี้ แล้วมีข้อความหรือขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ ***ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยทันทีและตลอดเวลา*** *โดยผู้วิจัยจะชี้แจงจนกว่าท่านจะรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและมีความเข้าใจดี*

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อการให้บริการการพยาบาลและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

กรณีที่รู้สึกไม่สบายกายหรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด **และหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวธลินกร รอดไว หมายเลขโทรศัพท์ 086-5647194 และ ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-8386746 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง**

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

RSU-ERB 27 SEP 2024

2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มควบคุม (ต่อ)

RSU-ERB.004-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป–ไทย

(Participant Information Sheet 18+)

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องรับผิดชอบจ่ายเองและไม่มีค่าตอบแทนที่จะได้รับ แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการดูแลหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยอาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ_____ ผู้เข้าร่วมวิจัย

(_____)

วันที่ __/____/____

RSU ETHICS REVIEW BOARD 27 SEP 2024

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มทดลอง

RSU-ERB.004-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป-ไทย

(Participant Information Sheet 18+)

☑ ต้นฉบับ☐ การปรับเปลี่ยนครั้งที่ _____ วันที่_____

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธลินกร รอดไว

สถาบันที่ศึกษา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อผู้วิจัยได้สะดวก 086-5647194

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยโดยได้รับโปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพราะท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะที่จะทำการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดี ที่แพทย์นัดผ่าตัดโดยการผ่านกล้องแบบนัดหมายล่วงหน้า และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด
3. ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย
4. มีการรู้คิดปกติ คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะพร่องการรู้คิด (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี)
5. เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
6. รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา
7. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

ท่านจะได้ประโยชน์ทางตรงจากงานวิจัย โดยงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ ในด้านการส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

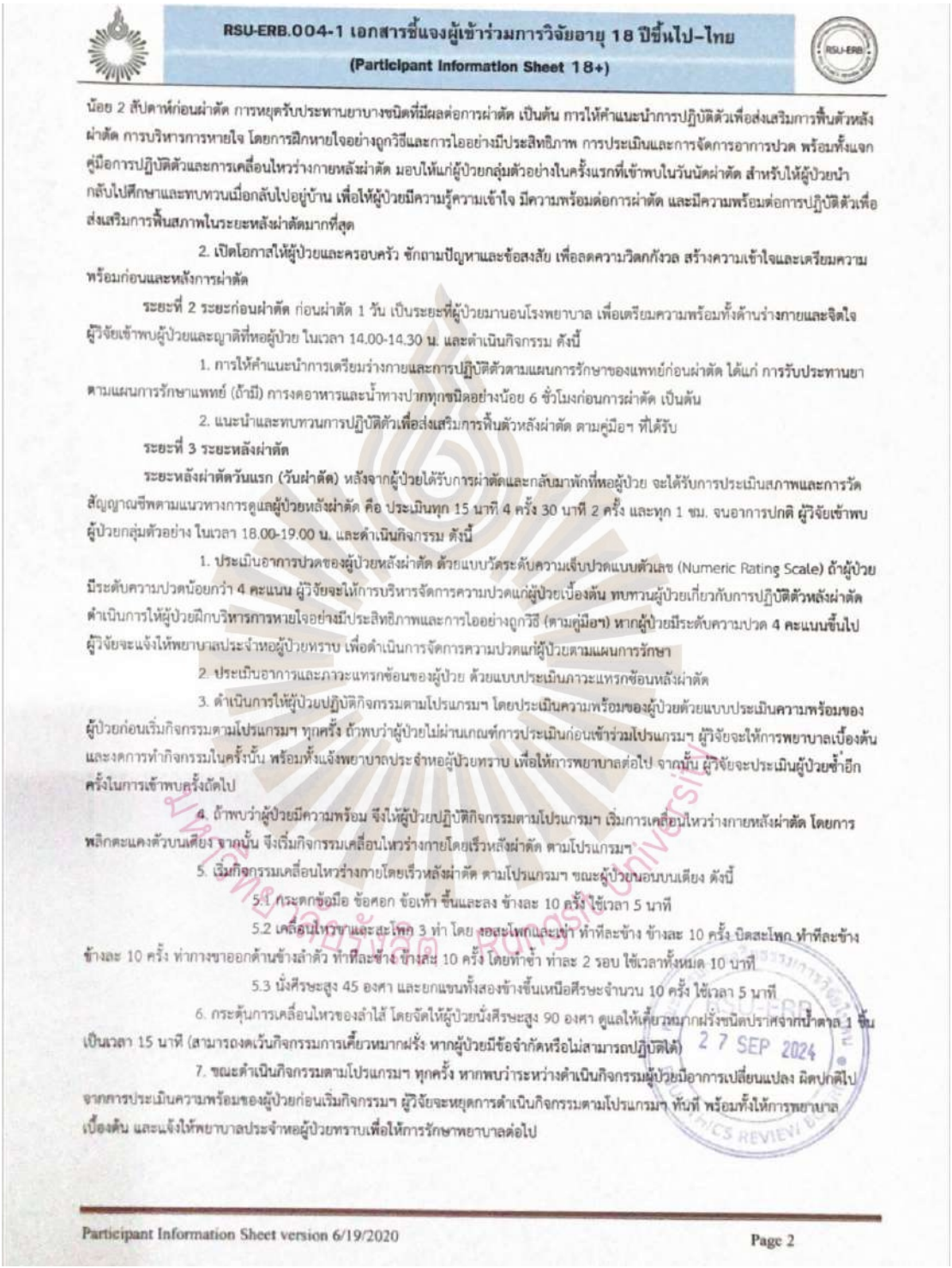
หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้ คือ

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยรังสิต และของโรงพยาบาลพื้นที่ที่ศึกษา และเมื่อได้รับอนุญาตในการทำวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การดำเนินการตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล คือ วันที่ผู้ป่วย มารับการนัดหมายการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกวิสัญญี เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำและประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กิจกรรม ได้แก่

1. การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและจิตใจ ข้อควรปฏิบัติก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น การงดสูบบุหรี่ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่าง

3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มทดลอง (ต่อ)



RSU-ERB.004-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป–ไทย
(Participant Information Sheet 18+)

น้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด การหยุดรับประทานยาบางชนิดที่มีผลต่อการผ่าตัด เป็นต้น การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจ โดยการฝึกหายใจอย่างถูกวิธีและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินและการจัดการอาการปวด พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด มอบให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรกที่เข้าพบในวันนัดผ่าตัด สำหรับให้ผู้ป่วยนำกลับไปศึกษาและทบทวนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมต่อการผ่าตัด และมีความพร้อมต่อการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพในระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซักถามปัญหาและข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล สร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัด

ระยะที่ 2 ระยะก่อนผ่าตัด ก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติที่หอผู้ป่วย ในเวลา 14.00-14.30 น. และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. การให้คำแนะนำการเตรียมร่างกายและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษาแพทย์ (ถ้ามี) การงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด เป็นต้น

2. แนะนำและทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามคู่มือฯ ที่ได้รับ

ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดวันแรก (วันผ่าตัด) หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและกลับมาพักที่หอผู้ป่วย จะได้รับการประเมินสภาพและการวัดสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนอาการปกติ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในเวลา 18.00-19.00 น. และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) ถ้าผู้ป่วยมีระดับความปวดน้อยกว่า 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การบริหารจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยเบื้องต้น ทบทวนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดำเนินการให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการไออย่างถูกวิธี (ตามคู่มือฯ) หากผู้ป่วยมีระดับความปวด 4 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อดำเนินการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา

2. ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

3. ดำเนินการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทุกครั้ง ถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นและงดการทำกิจกรรมในครั้งนั้น พร้อมทั้งแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การพยาบาลต่อไป จากนั้น ผู้วิจัยจะประเมินผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งในการเข้าพบครั้งถัดไป

4. ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อม จึงให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยการพลิกตะแคงตัวบนเตียง จากนั้น จึงเริ่มกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ตามโปรแกรมฯ

5. เริ่มกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ตามโปรแกรมฯ ขณะผู้ป่วยนอนบนเตียง ดังนี้

5.1 กระดกข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า ขึ้นและลง ข้างละ 10 ครั้ง ใช้เวลา 5 นาที

5.2 เคลื่อนไหวขาและสะโพก 3 ท่า โดย งอสะโพกและเข่า ทำทีละข้าง ข้างละ 10 ครั้ง บิดสะโพก ทำทีละข้าง ข้างละ 10 ครั้ง ท่ากางขาออกด้านข้างลำตัว ทำทีละข้าง ข้างละ 10 ครั้ง โดยทำช้า ๆ ละ 2 รอบ ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที

5.3 นั่งศีรษะสูง 45 องศา และยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะจำนวน 10 ครั้ง ใช้เวลา 5 นาที

6. กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 90 องศา ดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที (สามารถงดเว้นกิจกรรมการเคี้ยวหมากฝรั่ง หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติได้)

7. ขณะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทุกครั้ง หากพบว่าระหว่างดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผิดปกติไปจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรมฯ ผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทันที พร้อมทั้งให้การพยาบาลเบื้องต้น และแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบเพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป

27 SEP 2024

3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

8. หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทุกครั้ง ผู้วิจัยประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยหลังปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) ถ้าผู้ป่วยมีระดับความปวด 4 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะให้การบริหารจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยเบื้องต้น พร้อมกับแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อดำเนินการจัดการความปวดต่อไป

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 (ช่วงเช้า) ผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วย ในเวลา 10.00 - 11.00 น.

(ช่วงบ่าย) ผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย ในเวลา 14.00 – 15.00 น.

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 90 องศา ดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที (สามารถงดเว้นกิจกรรมการเคี้ยวหมากฝรั่ง หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติได้)
2. ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย
   - 2.1 นั่งศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง ใช้เวลา 5 นาที
   - 2.2 นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง เป็นเวลา 15 นาที
   - 2.3 ยืนและเดิน โดยเดิน 15 เมตร จำนวน 1 รอบ ใช้เวลา 10 นาที
3. หลังปฏิบัติกิจกรรมครบทุกขั้นตอน เวลา 11.00-11.30 น. ผู้วิจัย ประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 (ช่วงเช้า) ผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย ในเวลา 10.00 - 11.00 น.

(ช่วงบ่าย) ผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย ในเวลา 14.00 -15.00 น.

ให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามโปรแกรม มีดังนี้

1. นอนศีรษะสูง 45 องศา หรือ 90 องศา ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ 10 ครั้ง ใช้เวลา 5 นาที
2. นั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง เป็นเวลา 5 นาที
3. ยืนและเดิน 60 เมตร จำนวน 2 รอบ ในช่วงเช้า และยืนและเดิน 60 เมตร จำนวน 3 รอบ ในช่วงบ่าย
4. หลังปฏิบัติกิจกรรมครบทุกขั้นตอนของช่วงเช้า เวลา 11.00 - 11.30 น. ผู้วิจัย ประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ วันมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรม (ใช้เวลา 20 นาที) ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้วยแบบแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่ท่านดำเนินกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย แล้วพบอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิม เหงื่อแตก หน้าซีด อ่อนแรง หายใจเหนื่อยหอบเมื่อออกกำลังกาย หรือมีระดับความปวดมากกว่า 4 คะแนน ขอให้ท่านรีบแจ้งผู้วิจัยโดยเร็ว เพื่อหยุดกิจกรรมนั้นโดยทันที โดยผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้น และแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การพยาบาลรักษาต่อไป กรณีท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือหากท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ใช้เวลาไม่เหมาะสม ท่านสามารถขอหยุดการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

หากท่านอ่านเอกสารนี้ แล้วมีข้อความหรือขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยทันทีและตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะช่วยอธิบายจนกว่าท่านจะรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและมีความเข้าใจดี

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ก็จะไม่มีผลต่อการให้บริการการพยาบาลและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

กรณีที่รู้สึกไม่สบายกายหรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวธลินกร รอดไว หมายเลขโทรศัพท์ 086-5647194 และ ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-8386746 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไปของกลุ่มทดลอง (ต่อ)



RSU-ERB.004-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป–ไทย

(Participant Information Sheet 18+)

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องรับผิดชอบจ่ายเองและไม่มีค่าตอบแทนที่จะได้รับ แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการดูแลหลังผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยอาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ_____ผู้เข้าร่วมวิจัย

(_____)

วันที่___/_____/____

RSU-ERB 27 SEP 2024

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4. หนังสือแสดงเจตนายินยอม อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์

RSU-ERB.005-1 หนังสือแสดงเจตนายินยอม อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
(Informed Consent Form 18+)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ._____

ข้าพเจ้า .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข หากเกิดอันตรายขึ้น ข้าพเจ้าได้ทราบว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง และไม่มีค่าตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือถอดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ

ผู้วิจัยชื่อ นางสาวธลินกร รอดไว โทรศัพท์ 086-5647194 และ ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก โทรศัพท์ 081-8386746 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

(_____) (นางสาวธลินกร รอดไว)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

RSU-ERB 27 SEP 2024

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ธลินกร รอดไว
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2543 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2568
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสิงห์บุรี 917/3 ต.บางพุทรา อ.เมือง จ.สิงห์บุรี 16000
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University