

ผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี*

ชญาณิศ ขอบอรุณสิทธิ พย.ม**
สายพิน เกษมกิจวัฒนา พย.ด***
วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ พย.ด****

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนจากทฤษฎีของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี จำนวน 80 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 40 ราย ประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและเปรียบเทียบการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบไคสแคว์ การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า ($p < .05$) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่า ($p < .001$) และมีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่า ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและต่อเนื่องถึงหลังผ่าตัด

วารสารการพยาบาล 2551 ; 23(1) 100-114

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่องท้องเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาโรกระบบทางเดินอาหาร ตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ตรงส่วนปลายที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น การอุดตัน เนื้ออก แผลเรื้อรัง มีการทะลุ เป็นต้น ด้วยกระบวนการทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อทางเดินหายใจเพื่อการผ่าตัดแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดปอดแฟบและปอดอักเสบ ในระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอัมพาตของลำไส้ และการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ความเจ็บปวดแผลในระยะแรกหลังผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายร่วมกับการถูกพันนาการจากการใส่คาท่อระบายหรือสายยางเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง หลีกเลี่ยงการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและทรงอกในการหายใจแรงๆหรือการไอที่มีประสิทธิภาพ ผลตามมาคือปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้มีการคั่งค้าง ของเสมหะในถุงลมและหลอดลมซึ่งเป็นสาเหตุของปอดแฟบ¹ นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจในระหว่างผ่าตัด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจส่งผลให้หลังผ่าตัดมีเสมหะมาก ถ้าไม่สามารถขับเสมหะออกได้จะทำให้เกิดการติดเชื้อหรือปอดอักเสบตามมา²⁻³

การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร่วมกับการรบกวนลำไส้ในระหว่างการผ่าตัดมีผลให้ลำไส้เกิดอัมพาตชั่วคราว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงมีอาการท้องอืด⁴⁻⁵ อาการท้องอืดนี้ยังส่งผลให้มีการ

ยืดขยายของแผลผ่าตัด ถ้ามีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยร่วมด้วย การไหลเวียนของโลหิตบริเวณแผลผ่าตัดจะไม่ดี การหายของแผลจะช้าและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้⁶⁻⁷

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ถ้าเกิดขึ้นแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดช้า นำมาซึ่งความวิตกกังวล และมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการผ่าตัด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัว⁸ ภาวะการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาลรวมถึงระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁹

อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลได้ถูกต้องและต่อเนื่องซึ่งจะช่วยให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดเป็นไปด้วยดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น¹⁰ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการศึกษา ค้นคว้าและหาแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ การวิจัยที่ผ่านมาเน้นการส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผน การใช้สื่อต่างๆ การส่งเสริมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง¹² ทั้งนี้อาจเนื่องจากความไม่สุขสบายต่างๆหลังผ่าตัด ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลงจึงไม่สามารถมีกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม¹³ ดังนั้นหากสามารถพัฒนาวิธีการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจึงน่าจะมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตาม

ก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดๆในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อเป็นทางเลือกในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอีกทางหนึ่ง

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดเร็วขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนจะมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

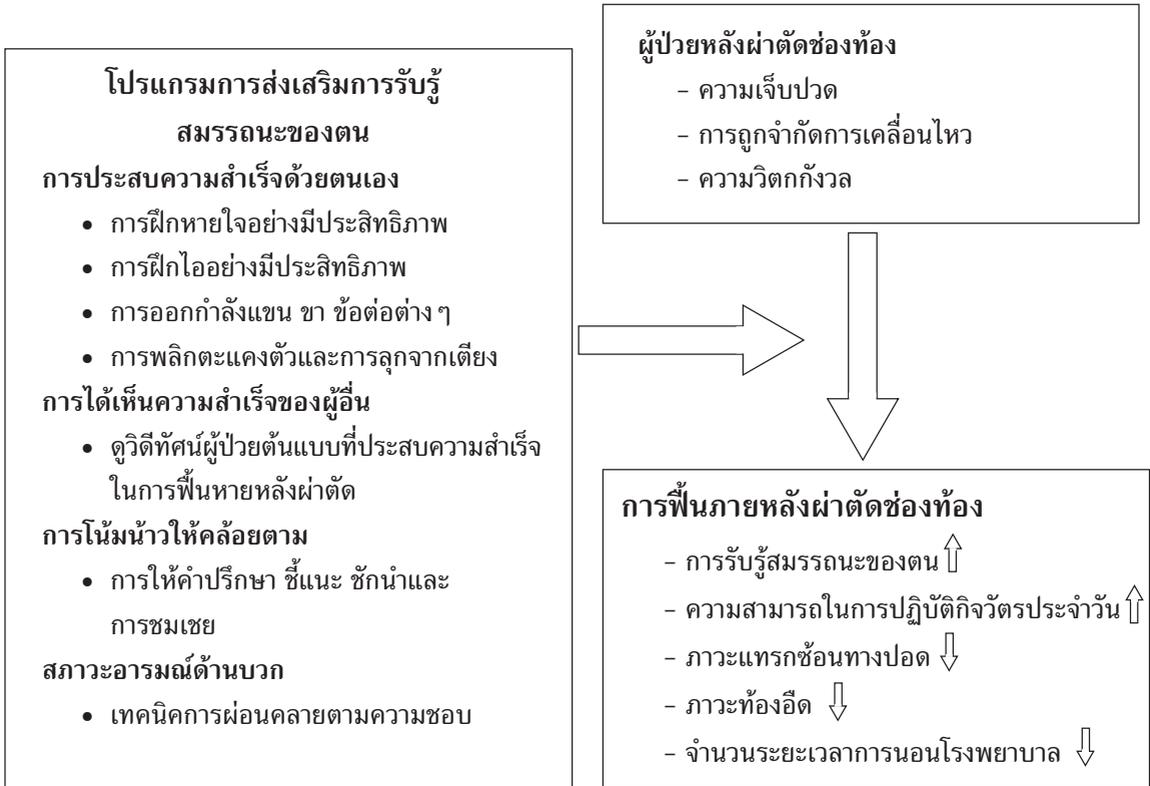
2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนจะมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้

สมรรถนะของตนต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่องท้อง ใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของแบนดูรา¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) การส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือทำด้วยตนเอง 2) การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูดเพื่อให้บุคคลเห็นด้วยหรือคล้อยตาม และ 4) การลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดดังกล่าวไปสู่การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องหลังผ่าตัดโดยการสอนและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจนกระทั่งสามารถทำได้ในเรื่องการหายใจเข้าออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังแขนและข้อต่อต่างๆ และการพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงที่ถูกต้อง

ในการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าตนสามารถทำในสิ่งที่ได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติไปแล้วในระยะหลังผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีต้นแบบเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้นแบบจะใช้คำพูดโน้มน้าว และให้ความมั่นใจว่าทำได้ไม่ยากและส่งผลดีต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดเอง ร่วมกับการที่ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจในขณะที่ฝึกปฏิบัติร่วมด้วยและเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีหรือเพลงที่ชอบหรือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายของกรมสุขภาพจิตซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาดีขึ้น จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลต่อการฟื้นฟูและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก เป็น elective case

มีสติสัมปชัญญะดี และสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคที่อาจมีผลต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด เช่นโรคหัวใจโรคปอด เป็นต้น

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ power analysis จากการทบทวนงานวิจัยในการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดช่องท้องเพื่อลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและลดความวิตกกังวลของ Lin & Wang¹³ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ที่ medium

effect size ($d = 0.70$), อำนาจการทดสอบ = 0.80, $\alpha = 0.05$, เปิดตาราง Cohen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 รายและเพื่อป้องกันการสูญหายจากการวิจัยจำนวน 20% รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของแบนดูรา¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการสอนร่วมกับให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนกระทั่งปฏิบัติได้เองก่อนผ่าตัด วิดีทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูหลังผ่าตัด การซักถามและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยคล้อยตามสิ่งที่ควรปฏิบัติหลังผ่าตัดและการเลือกใช้เทคนิคผ่อนคลายตามความสนใจ โปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยเพื่อลดความลำเอียงโดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างคนใดอยู่กลุ่มใด การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านศัลยกรรมช่องท้องอย่างน้อย 2 ปีโดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวม

ข้อมูลจริง นำผลคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยสูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100 %

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

2. แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด มีดังนี้

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัดแปลงจากแบบประเมินของมาโฮนีและบาร์เทล¹⁵ ต้นฉบับเดิมมีหัวข้อการประเมิน 10 ข้อ มีการตัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดออก 2 ข้อเหลือ 8 ข้อ การประเมินโดยการสังเกตความสามารถในการทำแต่ละกิจกรรม คะแนนการประเมินมี 3 ระดับ คือ 0, 5, และ 10 คะแนน 0 หมายถึงไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง คะแนน 5 หมายถึง ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน และคะแนน 10 หมายถึง สามารถทำได้ด้วยตนเอง ระดับคะแนนยิ่งต่ำแสดงถึงต้องการความช่วยเหลือยิ่งมาก ส่วนระดับคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงช่วยเหลือตนเองได้ยิ่งมาก เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.76

2.2 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของสายชล จันทร์วิจิตร (2539) และ ทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) ซึ่ง

เป็นการประเมิน อาการและอาการแสดงของภาวะปอดแฟบหรือปอดอักเสบ การประเมินภาวะท้องอืดและระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนสร้างขึ้นโดยโอท็ทเคอร์แบล็ค¹⁶ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ภาษา ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตน เรื่อง การหายใจที่มีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งและการลุกจากเตียง การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย แบบวัดนี้มี 16 ข้อ โดยวัดเป็น 11 ระดับคะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนนที่ได้ยิ่งต่ำหมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนยิ่งต่ำ ส่วนคะแนนที่ได้ยิ่งสูงหมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนยิ่งสูง เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้โครงร่างของการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพระพุทธบาท ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยมิต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (กลุ่มละ 40 ราย) โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนผ่าตัดจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างภายหลังการผ่าตัดทุกวันสอบถามอาการทั่วไป จนกว่าจะจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดและการรับรู้สมรรถนะของตน ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน

กลุ่มทดลอง

1. ก่อนผ่าตัด

1.1 ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการรับรู้สมรรถนะของตน

1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ เริ่มด้วยการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังแขนขาและข้อต่อ การเปลี่ยนอิริยาบถนเตียง การลุกนั่ง ยืน และเดินข้างเตียงโดยการให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติทุกขั้นตอนจนสามารถปฏิบัติได้ใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากนั้น จัดให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอที่คนที่เป็นผู้ป่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นหายหลังผ่าตัดเป็นเวลา 10 นาที

1.3 ให้ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามความชอบคือการฟังเพลงหรือฟังเทปการผ่อนคลายของสุภาพจิต

2. หลังผ่าตัด ทันทีก่อนที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัว ผู้วิจัยส่งเสริมการปฏิบัติตามที่ได้ฝึกในระยะก่อนผ่าตัดโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ ทันทีก่อนให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ถ้าปฏิบัติยังไม่ถูกต้องจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม และกระตุ้นให้ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นกระตุ้นให้เริ่มพลิกตะแคงตัว และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เทคนิคผ่อนคลายตามต้องการ

3. ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดทุกวันในช่วงเวลา 10.00 น. และ 15.00 น. เพื่อส่งเสริมให้ปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน ประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและการรับรู้สมรรถนะของตน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที่

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติทดสอบค่าที่ ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใช้สถิติไครส์แควร์

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันยกเว้นจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือด ดังแสดงตารางที่ 1 (เมื่อนำไปเป็นปัจจัยร่วมในการฟื้นฟูหลังผ่าตัดพบว่าไม่มีผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 40)		กลุ่มควบคุม(n = 40)		χ^2
	n	%	n	%	
เพศ					0.202 ^{NS}
ชาย	19	47.5	17	42.5	
หญิง	21	52.5	23	57.5	
อายุ (ปี)					0.106 ^{NS}
18-25	1	2.5	1	2.5	
26-40	5	12.5	6	15	
40-60	34	85	33	82.5	
ช่วงอายุ 19-60	mean = 50.4 S.D. = 9.3		mean = 49.7 S.D. = 9.5		
การวินิจฉัยโรค					3.600 ^{NS}
Gall stone	28	70	28	70	
Pyloric obstruction	6	15	6	15	
Pancreatic pseudo cysts	1	2.5	1	2.5	
C.A. caecum	1	2.5	4	10	
C.A. colon	4	10	1	2.5	
ชนิดของการผ่าตัด					0.747 ^{NS}
Cholecystectomy	24	60	26	65	
Cholecystectomy with t-tube	4	10	2	5	
Gastrojejunostomy	6	15	6	15	
					t-test
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัด (mg %)	Mean =108.83 S.D.= 16.48		Mean = 104.88 S.D.= 24.07		-0.86 ^{NS}
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	Mean =23.29 S.D.= 4.56		Mean =23.00 S.D.= 3.74		-0.31 ^{NS}
จำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดก่อนผ่าตัด (%)	Mean =38.24 S.D.= 2.74		Mean =36.72 S.D.= 3.14		-2.304*
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	Mean =82.85 S.D.= 30.15		Mean =92.78 S.D.= 87.81		1.405 ^{NS}

NS = non-significant , * p<0.05

การรับรู้สมรรถนะของตน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังผ่าตัดต่ำกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า เมื่อจัดอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนการทดลองซึ่งเป็นตัวแปรร่วมออก พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การรับรู้สมรรถนะของตนก่อนและหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการรับรู้สมรรถนะ ของตนก่อนผ่าตัด		คะแนนการรับรู้สมรรถนะ ของตนหลังผ่าตัด		Pair t-test
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง	100.75	5.61	140.93	9.32	-25.25***
กลุ่มควบคุม	82.80	28.30	54.65	27.86	16.02***

*** $p < 0.001$

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม โดยใช้สถิติ ANCOVA

Source of variation	SS	df	MS	F	p-value
Group	82757.76	1	82757.76	765.50	.000
Pre-program perceived self-efficacy scores	25335.43	1	25335.43	234.35	.000
Error	8324.44	77	108.11		
Total	182527.39	79			

การฟื้นฟูหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลอง มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตารางที่ 4 โดยที่กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่าและระยะเวลาที่รักษาอยู่ใน

โรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกลุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การฟื้นฟูหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		χ^2
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	0	40	4	36	4.211*

* $p < .05$

ตารางที่ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลและจำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การฟื้นฟูหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		t-test
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	8.51	10.54	6.03	1.13	-12.46 ***
จำนวนระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล	6.03	1.51	9.63	2.65	7.47 ***
จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับหลังการผ่าตัด (ครั้ง)	1.68	0.66	5.58	1.75	13.38 ***

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการวิจัยของสมพร โชติวิทยาธารกร¹⁷ ที่ศึกษาในมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่ามารดาที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$)

การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนสูงขึ้นเนื่องจากในระยะก่อนผ่าตัดจะได้รับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติหลังผ่าตัดประกอบด้วย การหายใจเข้าออกลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังแขน ขา ข้อต่อต่างๆ การลุกนั่ง และการเดิน รวมทั้งการฝึกการผ่อนคลายอย่างละเอียดเป็นขั้นตอน โดยเน้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสภาพร่างกายจะฟื้นหายจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้นซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำดังที่เบคเกอร์¹⁸ กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่อเมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น

นอกจากนี้ในกระบวนการให้ข้อมูลยังมีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริงจนสามารถทำได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการได้เห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยต้นแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเหมือนกัน และประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

หลังผ่าตัด จึงเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าตนสามารถทำได้ไม่ยากและคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์ตามผู้ป่วยต้นแบบจึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยมีการฝึกการผ่อนคลายในระยะก่อนผ่าตัดทำให้เกิดความวิตกกังวลในสภาวะที่ผ่อนคลายจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น¹⁴ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้โดยรู้สึกว่ายาก โดยเฉพาะในขณะฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น การได้รับคำแนะนำและกระตุ้นให้เห็นผลดีทำให้ยังส่งผลให้มีความพยายามมากขึ้นและมุ่งมั่นในการปฏิบัติต่อเนื่อง¹⁶

ในระยะหลังผ่าตัดเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายจากการผ่าตัด เช่นความเจ็บปวดแผล การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้คล่องตัวเนื่องจากมีอุปกรณ์ต่างๆ¹³ ภาวะดังกล่าวอาจทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนลดลงได้เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดังที่คาดหวัง ดังจะเห็นได้ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีความรู้สมรรถนะของตนหลังผ่าตัดต่ำกว่าก่อนการผ่าตัด ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะของตนดีกว่าก่อนผ่าตัด ($p < 0.001$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ทำให้ลดความไม่สุขสบาย และบรรเทาความเจ็บปวด¹⁸ รวมทั้งการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการประคองแผล การเปลี่ยนท่าในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยการนำเอาประสบการณ์ที่ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติมาใช้

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้จัดให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้กำลังใจช่วยเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วย อีกทั้งการให้กำลังใจและให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้จึงเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้มากขึ้น ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูงขึ้น

ข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คือในผู้สูงอายุ การสอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นรวมถึงในระยะหลังผ่าตัดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามจำเป็นต้องใช้เวลาและวิธีการในการสร้างความมั่นใจเพื่อให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้มีความจำกัดในการเรียนรู้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูดีกว่ากลุ่มควบคุม จึงสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งการฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางปอด ภาวะท้องอืดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของโอทเคอร์แบล็คและคณะ¹⁹ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง พบว่ากลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) การที่กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้อย่างต่อเนื่องดังกล่าวดังนี้ทั้งด้านการหายใจ

เข้าออกลึกๆ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่มีการคั่งของเสมหะ เพิ่มปริมาณออกซิเจนในการแลกเปลี่ยนภายในถุงลมจึงช่วยป้องกันถุงลมแฟบ มีการลุกนั่งและการลุกเดินได้เร็วจึงเป็นการส่งเสริมให้ลำไส้กลับทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น จึงมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด¹⁰ และเพื่อให้มีความต่อเนื่องผู้วิจัยมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดได้ดี และทำให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเยน เซนและลิวิ¹² ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าและมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของตนที่ดี ประกอบกับการกระตุ้นและสนับสนุนให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและเพิ่มขึ้นตามความสามารถด้านร่างกายหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้กำลังใจ ชมเชยและการสนับสนุนจากญาติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดีในระยะหลังผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ประกอบกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ

จากความเจ็บปวดแผล ส่งผลให้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง¹⁹ ถึงจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองได้รับจำนวนยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) การที่กลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนของแบนดูรา¹⁴ ที่กล่าวว่าการส่งเสริมสมรรถนะของบุคคลจะต้องมาจากองค์ประกอบ 4 ประการร่วมกัน คือ การจัดกิจกรรมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากกิจกรรมนั้น ๆ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลคล้อยตามการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ และการปรับสภาวะทางอารมณ์ทางบวก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ด้วยเนื่องจากญาติเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการกระตุ้นเตือน ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง

2. การนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนไปใช้ ในขณะที่ให้ผู้ป่วยดูวิดีโอทัศน์ควรมีบุคลากรพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดและคาดหวังผลลัพธ์จากการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ในกรณีไม่มีสื่อวิดีโอทัศน์อาจมีการเสนอผู้ป่วยจริงต้นแบบที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและประสบความสำเร็จในการ

ฟื้นฟูหลังผ่าตัดมาเป็นผู้ให้ข้อมูลและชักจูงให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้แต่ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยในการพูดโน้มน้าวให้เห็นผลดีและมีพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะเพื่อให้ผลลัพธ์จากการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

3. การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัดโดยการสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากจะช่วยสร้างความมั่นใจและช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในเบื้องต้นซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนที่เพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trial) เพื่อยืนยันผลการวิจัยและผลการวิจัยมีข้อสรุปที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Delaney, C. P, Fazio, V. W., et al. Fast track postoperative management protocol for patients with high co-morbidity undergoing complex abdominal and pelvic colorectal surgery. *Brit J Surg* 2000; 88(11):1533-538.
2. Van de Leur, J P., Smit, P., Broekema, A A., Van de Mark, T W., & Van de Schans, C.P. Are clinical observations of breathing and pulmonary function related in patients after abdominal surgery. *Physio Theo Pract* 2003; 19(1): 45-53.

3. Shea, R. A., Brooks, J. A., Dayhoff, N. E., & Keck, J. Pain intensity and postoperative pulmonary complications among the elderly after abdominal surgery. **Heart Lung**, 2001; 11:440-449.
4. Behm, B., & Stollman, N. 2003 Postoperative ileus: etiologies and intervention. **Clinic Gastro Hep** 2003 ; 1(2):71-80.
5. Bauer, A. J., & Boeckxstaens, G. E. Mechanisms of postoperative ileus. **Neurogastro Mot** 2004; 16 (Suppl. 2): 54-60.
6. Mackay MR, & Ellis E. Physiotherapy outcomes and staffing resources in open abdominal surgery patients. **Phys Theo Pract** 2002; 18:75-93.
7. Pessaux P, et al. Risk factors for prediction of surgical site infections in clean surgery. **Am J Inf Cont** 2005; 33(5):292-298.
8. Stephen, A. E., & Berger, D. L. Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. **Surg** 2003; 133(3): 277-282.
9. Heye ML, Foster L, Bartlett MK, & Adkins S. A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility, and self-efficacy. **Appl Nurs Res** 2002;16(2):174-183.
10. Litwack K. Nursing management postoperative patients. **Medical-surgical nursing** (5thed) in Lewis SM, Hettkemper MMc, & Dirksen SR. eds. St .Louis, Mosby. 2000.
11. Barnason, S., et al. (2003). Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. **Heart Lung** 2003; 32(3):147,158.
12. Wattanawech, T. **The influence of selected factors and self-care behavior on abdominal distention in patients with abdominal surgery.** Master's Thesis 2002 Mahidol University.
13. Lin, L.Y., & Wang, R. H. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. **Journal of Advanced Nursing** 2005; 51(3):252-260.
14. Bandura A. **Self-efficacy: the exercise of control.** New York: Freeman 1997.
15. Mahoney, F. I., & Barthel, D. Functional evaluation:the Barthel Index. **Maryland State Med J** 1965; 14: 56-61.
16. Oetker-Black, S. L.,Kauth, C. Evaluating a revised self-efficacy scale f preoperative patients. **AORN** 1995; 62(2): 244-250.
17. สมพร โชติวิทย์ธารากร. ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล.2543.
18. Becker, MH. (Ed.) **The Health Belief Model and personal health behavior.** Thorofare, Charles B. Slack.1974.
19. Oetker-Black, S L., Teeters, D L., Cukr, P L., & Rininger, S A. Self-efficacy enhanced preoperative instruction. **AORN** 1997; 66(5): 854-864.

Effects of Self-efficacy Enhancement on Patients' Post Abdominal Surgery Recovery at Phaphuttabath Hospital, Saraburi.

Shayanis Chobarunsitti, M.N.S.

Saipin Kasemkitwattana, D.N.S.

Wallada Chanruangvanich, D.N.S.

Abstract: This quasi-experimental research explored the effects of perceived self-efficacy enhancement on the postoperative recovery of abdominal surgery patients through the development of a perceived self-efficacy enhancement program based on Bandura's theory. The sample group consisted of 80 abdominal surgery patients who had been admitted to the men's and women's surgical wards at Phaphuttabath Hospital, Saraburi. Data collection began with the control group of 40 patients who received only routine nursing care, after which the experimental group of another 40 patients were provided with the program for perceived self-efficacy enhancement in addition to routine nursing care. Perceived self-efficacy was assessed before and after participation in the program, after which recoveries were compared in terms of postoperative complications, activity of daily living (ADL) ability and the duration of hospital treatment. Statistical analysis of the data was performed in terms of chi-square test, independent t-test, pair-t test and ancova

The study found that the experimental group had significantly higher perceived self-efficacy post-test scores than pre-test scores ($p < .001$). Furthermore, the postoperative recoveries of these patients were significantly better with fewer complications ($p < .05$). Moreover, their ADL ability was improved and they had shorter durations of hospitalization ($p < .001$). Lastly, it was found that the patients in the experimental group were prescribed significantly fewer postoperative pain relievers than the control group ($p < .001$).

In view of the research findings, nursing care for the continual enhancement of perceived self-efficacy of patients from the pre-operative to the post-operative periods.

Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(1) 100-114

Key words: Self-efficacy, Abdominal surgery, Postoperative recovery

* Thesis of the degree of Master of Nursing Science, Mahidol University

** Professional nurse, Phaphuttabath Hospital, Saraburi.

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University