# ผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี*

*ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ พย.ม***
*สายพิณ เกษมกิจวัฒนา พย.ด****
*วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ พย.ด*****

**บทคัดย่อ:** การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนจากทฤษฎีของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี จำนวน 80 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 40 รายประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและเปรียบเทียบการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบไคสแคว์ การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม 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

การผ่าตัดช่องท้องเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาโรคระบบทางเดินอาหาร ตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ตรงส่วนปลายที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น การอุดตัน เนื้องอก แผลเรื้อรัง มีการทะลุ เป็นต้น ด้วยกระบวนการทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อทางเดินหายใจเพื่อการผ่าตัดแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดแฟบและปอดอักเสบ ในระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอัมพาตของลำไส้ และการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ความเจ็บปวดแผลในระยะแรกหลังผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายร่วมกับการถูกพันธนาการจากการใส่คาท่อระบายหรือสายยางเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง หลีกเลี่ยงการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและทรวงอกในการหายใจแรง ๆหรือการไอที่มีประสิทธิภาพ ผลตามมาคือปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้มีการคั่งค้าง ของเสมหะในถุงลมและหลอดลมซึ่งเป็นสาเหตุของปอดแฟบ[1] นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจในระหว่างผ่าตัด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจส่งผลให้หลังผ่าตัดมีเสมหะมาก ถ้าไม่สามารถขับเสมหะออกได้จะทำให้เกิดการติดเชื้อหรือปอดอักเสบตามมา[2-3]

การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร่วมกับการรบกวนลำไส้ในระหว่างการผ่าตัดมีผลให้ลำไส้เกิดอัมพาตชั่วคราว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงมีอาการท้องอืด[4-5] อาการท้องอืดนี้ยังส่งผลให้มีการยืดขยายของแผลผ่าตัด ถ้ามีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยร่วมด้วย การไหลเวียนของโลหิตบริเวณแผลผ่าตัดจะไม่ดี การหายของแผลจะช้าและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ [6-7]

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ถ้าเกิดขึ้นแล้วย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ทำให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดช้า นำมาซึ่งความวิตกกังวล และมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการผ่าตัด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบในเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัว [8] ภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[9]

อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลได้ถูกต้องและต่อเนื่องซึ่งจะช่วยให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดเป็นไปด้วยดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น[10] ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการศึกษา ค้นคว้าและหาแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ[11] การวิจัยที่ผ่านมาเน้นการส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผน การใช้สื่อต่าง ๆ การส่งเสริมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง[12] ทั้งนี้อาจเนื่องจากความไม่สุขสบายต่าง ๆหลังผ่าตัด ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลงจึงไม่สามารถมีกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม[13] ดังนั้นหากสามารถพัฒนาวิธีการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจึงน่าจะมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องได้ อย่างไร

ก็ตามยังไม่มีการศึกษาใด ๆในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อเป็นทางเลือกในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอีกทางหนึ่ง

## คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดเร็วขึ้นหรือไม่

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

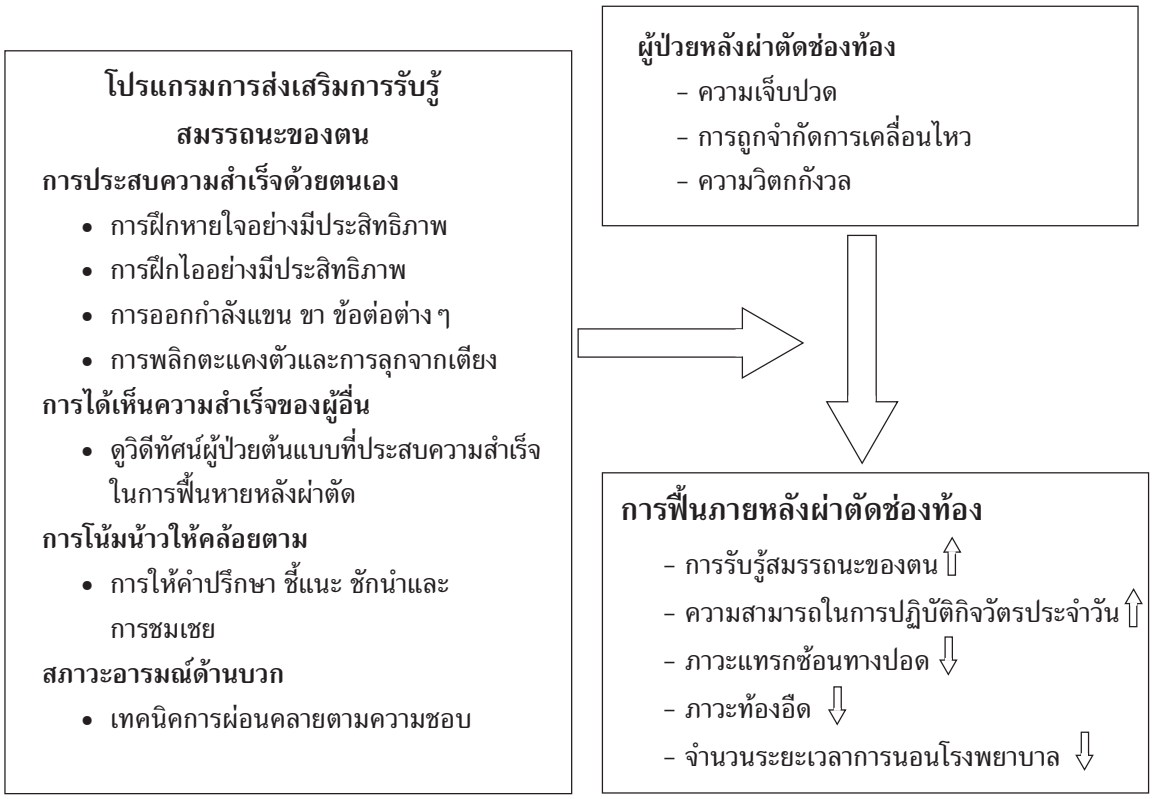
## สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนจะมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนจะมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดช่องท้องใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของแบนดูรา[14] ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) การส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือทำด้วยตนเอง 2) การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูดเพื่อให้บุคคลเห็นด้วยหรือคล้อยตาม และ 4) การลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดดังกล่าวไปสู่การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องหลังผ่าตัดโดยการสอนและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจนกระทั่งสามารถทำได้ในเรื่องการหายใจเข้าออกลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังแขนและข้อต่อต่าง ๆ และการพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงที่ถูกต้อง

ในการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าตนสามารถทำในสิ่งที่ได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติไปแล้วในระยะหลังผ่าตัดโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ที่มีต้นแบบเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นหายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้นแบบจะใช้คำพูดโน้มน้าว และให้ความมั่นใจว่าทำได้ไม่ยากและส่งผลดีต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดเอง ร่วมกับการที่ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจในขณะฝึกปฏิบัติร่วมด้วยและเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีหรือเพลงที่ชอบหรือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายของกรมสุขภาพจิตซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาดีขึ้น จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลต่อการฟื้นหายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก เป็น elective case มีสติสัมปชัญญะดี และสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคที่อาจมีผลต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด เช่นโรคหัวใจ โรคปอด เป็นต้น

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ power analysis จากการทบทวนงานวิจัยในการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดช่องท้องเพื่อลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและลดความวิตกกังวลของ Lin & Wang[13] 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

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของแบนดูรา[14] ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการสอนร่วมกับให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนกระทั่งปฏิบัติได้เองก่อนผ่าตัด วิดีทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นหายได้ดีหลังผ่าตัด การชักจูงและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยคล้อยตามสิ่งที่ควรปฏิบัติหลังผ่าตัดและการเลือกใช้เทคนิคผ่อนคลายตามความสนใจ โปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

## การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยเพื่อลดความลำเอียงโดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดอยู่กลุ่มใด การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านศัลยกรรมช่องท้องมาอย่างน้อย 2 ปีโดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง นำผลคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยสูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100 %

## เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

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

2. แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด มีดังนี้

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัดแปลงจากแบบประเมินของมาโฮนีและบาร์เทล[15] 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 การประเมินภาวะท้องอืด และระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตน สร้างขึ้นโดยโอท์เคอร์แบล็ค[16] ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ภาษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตน เรื่อง การหายใจที่มีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งและการลุกจากเตียง การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย แบบวัดนี้มี 16 ข้อ โดยวัดเป็น 11ระดับ คะแนนจาก 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 ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างภายหลังการผ่าตัดทุกวันสอบถามอาการทั่ว ๆไป จนกว่าจะจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดและการรับรู้สมรรถนะของตน ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน

## กลุ่มทดลอง

1. ก่อนผ่าตัด

1.1 ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการรับรู้สมรรถนะของตน

1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ เริ่มด้วยการฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังแขนขาและข้อต่อ การเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง การลุกนั่ง ยืน และเดินข้างเตียงโดยการให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติทุกขั้นตอนจนสามารถปฏิบัติได้ใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากนั้น จัดให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีทัศน์ที่เป็นผู้ป่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นหายหลังผ่าตัดเป็นเวลา 10 นาที

1.3 ให้ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามความชอบคือการฟังเพลงหรือฟังเทปการผ่อนคลายของสุขภาพจิต

2. หลังผ่าตัด ทันทีที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัว ผู้วิจัยส่งเสริมการปฏิบัติตามที่ได้ฝึกในระยะก่อนผ่าตัดโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆยาว ๆทันทีและให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ถ้าปฏิบัติยังไม่ถูกต้องจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม และกระตุ้นให้ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นกระตุ้นให้เริ่มพลิกตะแคงตัว และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เทคนิคผ่อนคลายตามต้องการ

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

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นหายหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติทดสอบค่าที ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใช้สถิติไคร์สแควร์

## ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันยกเว้นจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือด ดังแสดงตารางที่ 1 (เมื่อนำไปเป็นปัจจัยร่วมในการฟื้นหายหลังผ่าตัดพบว่าไม่มีผลต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด)

**ตารางที่ 1** แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง(n = 40) | | กลุ่มควบคุม(n = 40) | | $\chi^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | | mean = 49.7 | | |
| | S.D. = 9.3 | | 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 | | Mean = 104.88 | | -0.86 NS |
| | S.D.= 16.48 | | S.D.= 24.07 | | |
| **ดัชนีมวลกาย (kg/m2)** | Mean =23.29 | | Mean =23.00 | | -0.31 NS |
| | S.D.= 4.56 | | S.D.= 3.74 | | |
| **จำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดก่อนผ่าตัด (%)** | Mean =38.24 | | Mean =36.72 | | -2.304* |
| | S.D.= 2.74 | | S.D.= 3.14 | | |
| **ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)** | Mean =82.85 | | Mean =92.78 | | 1.405 NS |
| | S.D.= 30.15 | | S.D.= 87.81 | | |

NS = non-significant , * $p<0.05$

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

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

**ตารางที่ 2** การรับรู้สมรรถนะของตนก่อนและหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| กลุ่มตัวอย่าง | คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนก่อนผ่าตัด | | คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังผ่าตัด | | 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 | | | |

การฟื้นหายหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตารางที่ 4 โดยที่กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่าและระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 4** ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกลุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| การฟื้นหายหลังผ่าตัด | กลุ่มทดลอง (n=40) | | กลุ่มควบคุม (n=40) | | $\chi^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| | เกิด | ไม่เกิด | เกิด | ไม่เกิด | |
| ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด | 0 | 40 | 4 | 36 | 4.211* |

* $p<.05$

**ตารางที่ 5** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลและจำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| การฟื้นหายหลังผ่าตัด | 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 โชติวิทยาธารากร[17] ที่ศึกษาในมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่ามารดาที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$)

การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนสูงขึ้นเนื่องจากในระยะก่อนผ่าตัดจะได้รับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติหลังผ่าตัดประกอบด้วย การหายใจเข้าออกลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังแขน ขา ข้อต่อต่าง ๆ การลุกนั่ง และการเดิน รวมทั้งการฝึกการผ่อนคลายอย่างละเอียดเป็นขั้นตอน โดยเน้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสภาพร่างกายจะฟื้นหายจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้นซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังที่เบคเกอร์[18] กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่อเมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น

นอกจากนี้ในกระบวนการให้ข้อมูลยังมีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริงจนสามารถทำได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการได้เห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยต้นแบบผ่านสื่อวิดีทัศน์ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเหมือนกันและประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัด จึงเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าตนสามารถทำได้ไม่ยากและคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์ตามผู้ป่วยต้นแบบจึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยมีการฝึกการผ่อนคลายในระยะก่อนผ่าตัดทำให้คลายความวิตกกังวลในสภาวะที่ผ่อนคลายจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น[14] ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้โดยรู้สึกว่าไม่ยาก โดยเฉพาะในขณะฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น การได้รับคำแนะนำและกระตุ้นให้เห็นผลดีทำให้ยิ่งส่งผลให้มีความมานะพยายามมากขึ้นและมุ่งมั่นในการปฏิบัติต่อเนื่อง[16]

ในระยะหลังผ่าตัดเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายจากการผ่าตัด เช่นความเจ็บปวดแผล การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆได้คล่องตัวเนื่องจากมีอุปกรณ์ต่าง ๆ[13] ภาวะดังกล่าวอาจทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนลดลงได้เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆได้ดังที่คาดหวัง ดังจะเห็นได้ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังผ่าตัดต่ำกว่าก่อนการผ่าตัด ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะของตนดีกว่าก่อนผ่าตัด ($p<0.001$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ทำให้ลดความไม่สุขสบาย และบรรเทาความเจ็บปวด[18] รวมทั้งการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการประคองแผล การเปลี่ยนท่าในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยการนำเอาประสบการณ์ที่ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติมาใช้

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้จัดให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้กำลังใจช่วยเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วย อีกทั้งการให้กำลังใจและให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้จึงเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้มากขึ้น ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูงขึ้น

ข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คือในผู้สูงอายุ การสอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นรวมถึงในระยะหลังผ่าตัดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามจำเป็นต้องใช้เวลาและวิธีการในการสร้างความมั่นใจเพื่อให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้มีความจำกัดในการเรียนรู้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นหายดีกว่ากลุ่มควบคุม จึงสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางปอด ภาวะท้องอืดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของโอท์เคอร์แบล็คและคณะ[19] ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง พบว่ากลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p< 0.05$) การที่กลุ่มทดลองมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆได้อย่างต่อเนื่องดังกล่าวทั้งด้านการหายใจเข้าออกลึก ๆ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่มีการคั่งของเสมหะ เพิ่มปริมาณออกซิเจนในการแลกเปลี่ยนภายในถุงลมจึงช่วยป้องกันถุงลมแฟบ มีการลุกนั่งและการลุกเดินได้เร็วจึงเป็นการส่งเสริมให้ลำไส้กลับทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น จึงมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด[10] และเพื่อให้มีความต่อเนื่องผู้วิจัยมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆหลังผ่าตัดได้ดี และทำให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเยน เชนและลิว[12] ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าและมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p< 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของตนที่ดี ประกอบกับการกระตุ้นและสนับสนุนให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและเพิ่มขึ้นตามความสามารถด้านร่างกายหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้กำลังใจ ชมเชยและการสนับสนุนจากญาติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆได้ดีในระยะหลังผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ประกอบกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ

จากความเจ็บปวดแผล ส่งผลให้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง[19] ถึงจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองได้รับจำนวนยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) การที่กลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนของแบนดูรา[14] ที่กล่าวว่าการส่งเสริมสมรรถนะของบุคคลจะต้องมาจากองค์ประกอบ 4 ประการร่วมกัน คือ การจัดกิจกรรมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากกิจกรรมนั้นๆ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลคล้อยตามการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆและการปรับสภาวะทางอารมณ์ทางบวก

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ด้วยเนื่องจากญาติเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการกระตุ้นเตือน ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง

2. การนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนไปใช้ ในขณะที่ให้ผู้ป่วยดูวิดีทัศน์ควรมีบุคคลากรพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดและคาดหวังผลลัพธ์จากการฟื้นหายหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ในกรณีไม่มีสื่อวิดีทัศน์อาจมีการเสนอผู้ป่วยจริงต้นแบบที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและประสบความสำเร็จในการฟื้นหายหลังผ่าตัดมาเป็นผู้ให้ข้อมูลและชักจูงให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้แต่ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยในการพูดโน้มน้าวให้เห็นผลดีและมีพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะเพื่อให้ผลลัพธ์จากการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

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., & Stoollman, 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** (5$^{th}$ed) 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 โชติวิทยาธารากร. **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 Phaphutthabath 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*