

ปัจจัยทำนายนการพินทนายของผูัป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง



นางสาวนนท์ สมหอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING RECOVERY AMONG PATIENTS WITH POST TOTAL LAPAROSCOPIC
HYSTERECTOMY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

นงนภัส สมทอง : ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (FACTORS PREDICTING RECOVERY AMONG PATIENTS WITH POST TOTAL LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต, 147 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 82 คน และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 27 คน รวม 109 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด 3) แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด 4) แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด 6) แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด 7) แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00, 1.00, 0.77, 1.00, 1.00 และ 0.77 ตามลำดับ ส่วนที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์เพียร์สันของการวัดซ้ำเท่ากับ .983 ส่วนที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 4, 5 และ 7 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .878, .806 และ 802 ตามลำดับ และส่วนที่ 6 มีค่า KR-20 เท่ากับ .67 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง ($mean=17.367, SD=3.099$) 2) ปัจจัยที่ทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($Beta=-.358$) ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ($Beta=.415$) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ($Beta=.261$) และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ($Beta=-.257$) สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ร้อยละ 63.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ไม่สามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977163636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: RECOVERY / TOTAL LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY

NONGNAPATH SOMTHONG: FACTORS PREDICTING RECOVERY AMONG PATIENTS WITH POST TOTAL LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY. ADVISOR: ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D., 147 pp.

The objectives of this descriptive predictive research were to study recovery among patients with post total laparoscopic hysterectomy within 24-48 hours and identify its predictive factors. A multi stage random sampling was used to recruit subjects from 2 tertiary hospitals, 82 from King Chulalongkorn Memorial Hospital and 27 from Rajavithi Hospital, resulting in 109 subjects. Data were collected using 7 questionnaires: 1) demographic data form, 2) duration of pelvic pain, 3) body mass index, 4) post operative movement ability, 5) the hospital anxiety scale, 6) preoperative care knowledge, and 7) quality of recovery -9. The questionnaires were tested for content validity by 5 experts. Their CVIs were 1.00, 1.00, 0.77, 1.00, 1.00 and 0.77, respectively. Test-retest coefficient of questionnaire 2 was .983. Kappa coefficient of questionnaire number 3 was 1.00. Cronbach's alpha coefficient of questionnaires number 4, 5, and 7 were .878, .806, and .802, respectively. KR-20 of questionnaire number 6 was .67. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

Findings: The finding revealed that 1) recovery among patients with post total laparoscopic hysterectomy was at moderate level (mean=17.367, SD=3.099), 2) four variables were significant predictors of recovery among patients with total laparoscopic hysterectomy at level .05. They were anxiety (Beta=-.358), preoperative care knowledge (Beta=.415), postoperative movement ability (Beta=.261), and body mass index (Beta=-.257). The could explain 63.2% of recovery variance among patients with post total laparoscopic hysterectomy ($p < .05$). However, duration of pelvic pain was not able to predict recovery among patients with post total laparoscopic hysterectomy.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดี จาก รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีค่ายิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้และข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และที่สำคัญ คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนิเวศที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา สมาชิกในครอบครัวผู้ให้ความรักความเข้าใจ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณสภากาชาดไทยที่มอบทุนในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานการศึกษา หลักสูตรปริญญาโท เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือ แนะนำและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผล	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. โรคทางนรีเวช	12
1.1 ความหมายของโรคทางนรีเวช	12
1.2 อุบัติการณ์ของโรคทางนรีเวช	12
1.3 อาการของโรคทางนรีเวช.....	13
1.4 โรคทางนรีเวชที่รักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	13
2. การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช (Total Laparoscopic Hysterectomy in gynecology).....	14
2.1 ขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช	15

2.2 ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว	17
2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว	18
3. แนวคิดการตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	19
3.1 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาจากการจัดทำ Low lithotomy	20
3.2 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง	20
3.3 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง	21
4. การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว	22
4.1 ความหมาย	22
4.2 ระยะการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Postoperative recovery phase)	23
4.4 ผลกระทบจากปัญหาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	26
4.5 แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด	27
5. ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	30
5.1 ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด	30
5.2 ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	31
5.3 การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	33
5.4 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	35
5.5 ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	38
6. บทบาทพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว	40
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
7.1 งานวิจัยในประเทศไทย	41
7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ	44

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	49
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	54
1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity).....	54
2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability).....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ	68
สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	70
วัตถุประสงค์การวิจัย	70
สมมติฐานการวิจัย	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ	74
สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน	74

การอภิปรายผลการวิจัย.....	74
1. เพื่อศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	74
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	75
2.1 ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	75
2.2 ปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด.....	76
2.4 ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	79
รายการอ้างอิง	81
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	95
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	106
ภาคผนวก ง เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารตอบรับการขอใช้เครื่องมือวิจัย.....	114
ภาคผนวก จ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	147

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงระยะเวลาการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Lee et al. (2014).....	23
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	50
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม อายุ สถานภาพ การมีบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)	60
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โรคมะเร็งประจำตัว ประวัติการเคยผ่าตัดบริเวณช่องท้องของผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109).....	62
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาในการดมยาสลบและการผ่าตัด จำนวนครั้งได้ยา	63
ตารางที่ 6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและระดับของปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)	65
ตารางที่ 7	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	66
ตารางที่ 8	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis).....	67
ตารางที่ 9	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Stepwise multiple regression) (n=109).....	68
ตารางที่ 10	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	123
ตารางที่ 11	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	123

ตารางที่ 12	แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนายและระดับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด	132
ตารางที่ 13	แสดงความถี่ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109).....	133
ตารางที่ 14	แสดงความถี่ของดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109).....	133
ตารางที่ 15	แสดงความถี่ของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109).....	134
ตารางที่ 16	แสดงความถี่ของระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109)	135
ตารางที่ 17	แสดงความถี่ของความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109).....	136
ตารางที่ 18	แสดงความถี่ของการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109).....	137
ตารางที่ 19	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย	139
ตารางที่ 20	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน	140
ตารางที่ 21	แสดงตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย	141
ตารางที่ 22	แสดงตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการทำนาย	143
ตารางที่ 23	แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนายและระดับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	144
ตารางที่ 24	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง.....	145

สารบัญภาพ

รูปภาพที่ 1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแนวคิดของ (Lee, Tran, Mayo, Carli, & Feldman, 2014).....	48
รูปภาพที่ 2	แสดงการกระจายตัวของ Regression standardized residual.....	138
รูปภาพที่ 3	แสดง Normal P-P Plot of regression standardized residual	138



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางนรีเวชเป็นโรคที่เกิดพยาธิสภาพขึ้นกับอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี เช่น การเกิดพยาธิสภาพที่มดลูก (Uterus) รังไข่ (Ovary) ท่อนำไข่ (Oviduct) ปากมดลูก (Cervix) ช่องคลอด (Vagina) ซึ่งทำหน้าที่สืบพันธุ์และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ (โชคสกุล บุญยะวิโรจ, 2559) เป็นโรคที่พบได้มากในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2555) ผู้ป่วยนรีเวชจะมาพบแพทย์ด้วยอาการ เช่น ปวดท้องน้อยเรื้อรัง ปวดท้องน้อยเฉียบพลัน มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีก้อนบริเวณท้องน้อย ท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553) โดยส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค 1) เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) พบได้ร้อยละ 50 2) เนื้องอกมดลูก (Myoma uteri) พบได้ร้อยละ 20-50 3) ถุงน้ำรังไข่ (Ovarian cyst) พบได้ร้อยละ 1-7 4) มะเร็งรังไข่ พบได้ร้อยละ 16 5) มะเร็งปากมดลูก พบได้ 10,000 คนต่อปี (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2555; วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, 2556)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยนรีเวชส่วนใหญ่ยังเป็นการผ่าตัด จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยนรีเวชเข้ารับการผ่าตัดมดลูกประมาณ 600,000 คนต่อปี (Sawsan, 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกประมาณ 40,000-50,000 คนต่อปี (สุรพงศ์ อัมพันวงศ์, 2559) ซึ่งในปัจจุบันมีการนำเทคนิคการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total Laparoscopic Hysterectomy) มาใช้ในผู้ป่วยนรีเวชมากขึ้น เนื่องจากแผลผ่าตัดเล็ก มีโอกาสเกิดพังผืดในช่องท้องหลังผ่าตัดน้อย มีการฟื้นหายหลังผ่าตัดเร็วและใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นเฉลี่ยประมาณ 1-2 วัน (ดำรง ตรัสกุล, 2560; หทัย ถิ่นธารา, 2546) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือดำรงชีวิตที่เป็นปกติได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง จึงทำให้การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวชเป็นที่ยอมรับและใช้เป็นการรักษามาตรฐานในหลายสถาบัน (พงษ์เกษม วรเศรษฐ์สิน, 2560)

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total Laparoscopic Hysterectomy) เป็นการตัดมดลูกผ่านกล้องส่องทางช่องท้อง จนกระทั่งมดลูกแยกออกจากช่องคลอดมาอยู่ในช่องท้อง จากนั้นนำมดลูกออกมาทางช่องคลอด ในกรณีที่มดลูกมีขนาดโตมากจำเป็นต้องตัดย่อยขึ้นเนื้องอกนำออกมาทางช่องคลอด และเย็บปิดช่องคลอดด้วยกล้องส่องทางช่องท้อง (หทัย ถิ่นธารา, 2546) ซึ่งมีข้อดีหลายประการ แต่พบว่าผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย การเป่าแก๊ส

คาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง และการจัดท่านอนศีรษะต่ำขณะผ่าตัด (พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2548) ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และการดูดซึมแก๊สของร่างกาย ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ดังนี้ 1) ความดันโลหิตสูงจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกายและในระบบไหลเวียนโลหิต 2) ความดันโลหิตต่ำ จากเยื่อช่องท้องมีการยืดขยายตัวอย่างรวดเร็วจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง โดยประสาท vagus จะถูกกระตุ้น ทำให้หัวใจเต้นช้าลง และการจัดท่านอนศีรษะต่ำ (Low lithotomy) ในขณะที่ผ่าตัด จะทำให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง 3) ภาวะตัวเย็น จากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่เป่าเข้าในช่องท้องและการล้างบริเวณช่องท้องหลังการผ่าตัด 4) ภาวะน้ำเกินจากสารละลาย Lactated Ringer's ที่ใส่ไว้ในช่องท้องหลังการทำผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดพังผืดในกระเพาะหลังผ่าตัด โดยสารละลาย Lactated Ringer's จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ 5) อาการคลื่นไส้-อาเจียนหลังผ่าตัด ที่เกิดจากการยืดขยายของช่องท้องซึ่งเป็นผลจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องขณะผ่าตัด ส่งผลให้มีการกระตุ้นประสาท vagus และ vomiting center 6) อาการปวดท้องเนื่องจากความดันในช่องท้องที่สูงขึ้นและการยืดขยายตัวของเยื่อช่องท้องซึ่งเป็นผลจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง 7) อาการปวดบริเวณหัวไหล่ จากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่คั่งค้างในช่องท้องและประสาท Phrenic บริเวณกระบังลมถูกกระตุ้น (หทัย ถิ่นธารา, 2546)

การฟื้นหายหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับมาทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่สมบูรณ์และคุณภาพชีวิตที่ปกติเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกิดขึ้นในหลายมิติ ประกอบด้วย มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยลักษณะของการฟื้นหายหลังผ่าตัดจะมุ่งเน้นในแต่ละมิติที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของการฟื้นหาย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (Lee, Tran, Mayo, Carli & Feldman, 2014) ดังนี้ 1) Early recovery phase ลักษณะการฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะนี้ เป็นการฟื้นหายหลังผ่าตัดด้านร่างกาย ผลลัพธ์ของการฟื้นหายในระยะนี้มุ่งเน้นไปที่กระบวนการทางด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา โดยผู้ป่วยตื่นจากฤทธิ์ของยาสลบ สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้เริ่มตั้งแต่นั้นสิ้นสุดการทำผ่าตัดจนกระทั่งสามารถย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยได้ ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาในการฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะนี้โดยประมาณ 1-2 ชั่วโมง 2) Intermediate recovery phase เป็นการฟื้นหายหลังผ่าตัดด้านร่างกาย ผลลัพธ์ของการฟื้นหายระยะนี้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มอาการหลังผ่าตัดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในระยะนี้ พบกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวด คลื่นไส้-อาเจียน ท้องอืด อ่อนเพลีย ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาในการฟื้นหายหลังผ่าตัดในระยะนี้ โดยเฉลี่ยประมาณ 1-2 วันหลังผ่าตัด (ดำรง

ตรีสุโกศล, 2560; เททิญ ถิ่นธารา, 2546) 3) Late recovery phase ในระยะนี้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติเหมือนก่อนผ่าตัดในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ สามารถทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ปกติ การฟื้นฟูหลังผ่าตัดในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2-6 สัปดาห์ (เททิญ ถิ่นธารา, 2546) การฟื้นฟูหลังผ่าตัดยังมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องอีกมาก จึงอาจใช้เวลาการฟื้นหายนานกว่าที่แพทย์คาดการณ์ไว้ (Lee et al., 2014) ดังนั้น การฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวช จึงหมายถึง การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยนิเวชที่กลับมาเป็นปกติหลังผ่าตัด โดยอวัยวะภายในร่างกายกลับมาทำงาน กลุ่มอาการหลังผ่าตัดลดลง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Intermediate recovery phase) พบว่า ในขั้นตอนการทำผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย การจัดการอนสงายศีรษะต่ำ (Low lithotomy) ร่วมกับการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาต่อการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ดังนี้ 1) อาการปวดบริเวณหัวไหล่ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องขณะผ่าตัด Aziza and Rehab (2016) ศึกษาในผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำนวน 343 คน พบว่า ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยนิเวชมีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.6 และปวดบริเวณหัวไหล่ระดับมาก ร้อยละ 53.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยนิเวชที่ผ่าตัดมดลูกโดยการผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ ร้อยละ 90 ซึ่งอาการปวดบริเวณหัวไหล่จะรุนแรงมากในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและคงอยู่ถึง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 2) อาการคลื่นไส้-อาเจียน ซึ่งเป็นผลจากการยืดขยายของเนื้อเยื่อและอวัยวะในช่องท้องจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง และฤทธิ์ของยาดมสลบแบบทั่วร่างกาย (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shinn et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องภายใต้การดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยนิเวชมีอาการคลื่นไส้-อาเจียน ร้อยละ 20-30 สอดคล้องกับการศึกษาของ Simin, Eissa, Solmaz and Faraji-Azad (2017) พบว่า ผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีอาการคลื่นไส้-อาเจียน ร้อยละ 20-30 3) อาการท้องอืด ซึ่งเป็นผลจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง เนื้อเยื่อของลำไส้มีการยืดขยาย ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นทำให้ระบบหลอดเลือด capillary และหลอดเลือดดำขนาดเล็กถูกกด เลือดจึงไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารลดลง (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552) โดยระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้ป่วย (พรพรณทิพย์ เกียรติสิน, 2553) ซึ่งการหายจากกลุ่มอาการหลังผ่าตัดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัวชี้วัดการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยใน

ระยะ Intermediate recovery phase ตามแนวคิดของ Lee et al. (2014) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ดังนี้ ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด (Walker et al., 2016) ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (Maggie et al., 2016) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Aziza & Rehab, 2016) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Kain, Sevarino, Alexander, Pincus & Mayes, 2000) และการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด (Padma, Roach & Lobo, 2017)

ผลกระทบจากปัญหาการฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวชในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ระยะ Intermediate recovery phase) มีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับศักยภาพในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยนิเวชและครอบครัว โดยพบว่า 1) ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลที่นานขึ้น จากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และกลุ่มอาการหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเครียด 3) ด้านเศรษฐกิจและค่ารักษาพยาบาล การที่ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายมากขึ้นและสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalogera et al. (2013) โดยเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 30 วัน ในผู้ป่วยผู้ป่วยนิเวชที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกินเกณฑ์ จากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการรักษาปกติประมาณ 7,600 ดอลลาร์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยนิเวชพบมีเพียง 1 เรื่อง (กัญญา แก้วมณี, 2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยนิเวชที่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงและได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการฟื้นตัว 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเท่ากับ 169.25 (SD=14.97) อยู่ในระดับดี คะแนนคุณภาพการฟื้นตัวในมิติด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ ความเป็นอิสระทางกายและความปวดเท่ากับ 176.53, 166.26, 187.65, 152.48 และ 159.94 ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ($r=-.300$ และ $-.394$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาของการดมยาสลบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้อง ($r=-.212$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากการศึกษาของกัญญา แก้วมณี (2556) ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยนิเวช ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นการศึกษาการฟื้นหายหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องชนิดเปิดหน้าท้องและเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง (พรธนทิพย์ เกียรติสิน, 2553;

ปวงกมล กฤษณบุตร, 2555; พรทิพย์ ศุภมณี, 2556; สราวุธ สีสาน, 2557; สราวุธ สีสาน, 2560) ซึ่งชนิดของการทำผ่าตัดและเพศ มีผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่แตกต่างกัน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Intermediate recovery phase) เนื่องจากการฟื้นฟูของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาพยาบาลและแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาล (อรรธรณ โตสิงห์, 2558) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ ซึ่งการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ Intermediate recovery phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัด และมีความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน (Feldman et al., 2015; Lee et al., 2014) ดังการศึกษาของ Kathy (2003) ศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้องในปัจจุบันด้านอาการปวด อาการอ่อนล้า และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยนรีเวช พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 15.4 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 36.3 และ 7.7 และด้านอาการอ่อนล้า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 23.1 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 47.3 และ 3.2 ตามลำดับ ซึ่งอาการปวด และอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยเป็นเพียงบางส่วนของกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 82.4 และ 71.4 ตามลำดับ ส่งผลให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ประกอบกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวชมีไม่มากและยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ เพื่อนำความรู้ที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวชต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

แนวเหตุผล

การฟื้นฟูหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับมาทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่สมบูรณ์ และคุณภาพชีวิตที่ปกติ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกิดขึ้นในหลายมิติ ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยลักษณะของการฟื้นฟูหลังผ่าตัดจะมุ่งเน้นในแต่ละมิติที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของการฟื้นฟู (Lee et al., 2014) การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่วเชิงส่งผลต่อผู้ป่วยนิ่วเชิงให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายจากการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย การจัดทำ Low lithotomy ร่วมกับการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยนิ่วเชิงที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีปัญหาการฟื้นฟูในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Intermediate recovery phase) จากการเกิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ดังนี้ 1) มีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ ร้อยละ 90 (Aziza & Rehab, 2016; Choi et al., 2016) 2) มีอาการคลื่นไส้-อาเจียน ร้อยละ 20-30 (Shinn et al., 2011; Simin et al., 2017) ซึ่งกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องและเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ดังนี้

ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยนิ่วเชิงเริ่มมีอาการปวดท้องน้อย จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูก โดยอาการปวดมีผลรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การนอนหลับของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Walker et al. (2016) ศึกษาใน

ผู้ป่วยนิเวศที่มีอาการปวดท้องน้อยในระยะเวลา 12 เดือนก่อนผ่าตัด จำนวน 590 ราย ที่ต้องรอคิวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยนิเวศที่มีอาการปวดท้องน้อยเป็นเวลานานก่อนได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 33 และปวดมากขึ้นในสัปดาห์ก่อนผ่าตัด ร้อยละ 61 ซึ่งระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยที่ยาวนานก่อนผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยนิเวศต้องเข้ารับการรักษาอาการปวดฉุกเฉินเฉลี่ย 3.5 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน ฉะนั้น จึงคาดว่าระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด จะส่งผลให้การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความล่าช้า ดังนั้น จึงคาดว่าระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด จะสามารถทำนายการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้

ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด เป็นสภาวะร่างกายของผู้ป่วยนิเวศที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก และส่วนสูงของผู้ป่วยนิเวศก่อนผ่าตัด แบ่งออกเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI < 18.5 \text{ Kg/m}^2$) 2) ดัชนีมวลกายปกติ ($BMI = 18.5-22.9 \text{ Kg/m}^2$) 3) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($BMI = 23-24.9 \text{ Kg/m}^2$) 4) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก ($BMI > 24.9 \text{ Kg/m}^2$) การศึกษาของ Maggie et al. (2016) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกในปี 2003-2010 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 4 วัน ($p = .001$) ฉะนั้น จึงคาดว่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด จะสามารถทำนายการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เป็นการส่งเสริมระบบไหลเวียนโลหิต ระบบการหายใจ และระบบลำไส้ ให้ทำงานได้ดีขึ้น เช่น การพลิกตะแคงตัวบนเตียงอย่างน้อยชั่วโมงละ 1-2 ครั้ง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การลุกเดินภายในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จะช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาหรือปอดอุดตัน ป้องกันภาวะท้องอืด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) จากการศึกษาของ Aziza and Rehab (2016) ศึกษาในผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำนวน 343 คน พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด เช่น การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การเคลื่อนไหวแขน-ขาบนเตียง การเริ่มลุกเดินในชั่วโมงที่ 4, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร่วมกับการประคบอุ่นที่ไหล่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหายหลังผ่าตัดในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความปวด และความเป็นอิสระทางกาย ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ฉะนั้น จึงคาดว่า การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จะสามารถทำนายการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยนิเวศส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีอายุเฉลี่ย 40.05 ปี (กัญญา แก้วมณี, 2556) การผ่าตัดมีผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นหญิงและการมีบุตร (Yasmin, 2005) ดังนั้น ผู้ป่วยนิเวศจึงมีแนวโน้มที่จะวิตกกังวล

เกี่ยวกับการผ่าตัดสูง ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีสาเหตุ ดังนี้ ความกลัว การได้รับข้อมูลที่ ไม่เพียงพอ การเผชิญความไม่แน่นอน การวินิจฉัยโรค และการรักษา (มาณิกา อยู่สำราญ, 2557) ซึ่งผลจากการหลังสารสื่อประสาทขณะวิตกกังวล ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีอาการ คลื่นไส้-อาเจียน ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ลดลง ดังการศึกษาของ Kain et al. (2000) ศึกษาผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 50 คน พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวชมีอำนาจทำนายอาการปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในระยะ หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (Beta=.30) มีอำนาจทำนายอาการปวดขณะอยู่หอผู้ป่วย (Beta=.54) และมี อำนาจทำนายอาการปวดเมื่อกลับบ้าน (Beta=.03) ฉะนั้น ผู้ป่วยนรีเวชที่มีความวิตกกังวลสูงก่อน ผ่าตัดมีแนวโน้มที่จะเกิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัดสูง เช่น อาการปวด เป็นต้น ดังนั้น จึงคาดว่าความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดจะสามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้

ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยนรีเวชเกิดความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติ ตนก่อนผ่าตัดสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง จึงลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระยะหลังผ่าตัดและทำ ให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ดังการศึกษาของ Kajal, Dalal and Chellam (2015) ศึกษา การให้ความรู้ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดมยาสลบก่อนผ่าตัด จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และระดับความ วิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pira and Roach (2013) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมดลูกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยจำนวน 60 คน พบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Padma et al., (2017) ศึกษาการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดมดลูกในผู้ป่วยนรีเวช จำนวน 30 คน พบว่า การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอาการปวด หลังผ่าตัดและพฤติกรรมปฏิบัติตนหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้น จึงคาดว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจะสามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ทางหน้าท้องได้

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดสามารถ ร่วมกันทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

ประชากร คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนรีเวช ที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (ตึกนวมินทร์ฯ ชั้น8 และตึก14 ชั้น6) หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมพิเศษเดี่ยว (ตึกภูมิสิริฯ 23โซนเอ) หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมพิเศษรวม (ตึกภูมิสิริฯ 17โซนบี) จำนวน 82 คน และโรงพยาบาลราชวิถี จากหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมพิเศษเดี่ยว หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมพิเศษรวมและหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมสามัญ (ตึกสิรินธร ชั้น7) จำนวน 27 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 109 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นมะเร็ง 3) อยู่ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง 4) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ตัวแปรต้น คือ ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง หมายถึง การฟื้นสภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยนรีเวชที่กลับมาเป็นปกติหลังผ่าตัด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยอวัยวะภายในร่างกายกลับมาทำงาน กลุ่มอาการหลังผ่าตัดลดลงและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้จากแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด Quality of Recovery-9 ที่พัฒนาขึ้นโดย Myles et al. (1999) เน้นประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดด้านร่างกายในระยะ Intermediate recovery phase ตามแนวคิดของ Lee et al. (2014)

ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด หมายถึง ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการปวดภายในท้องน้อยของผู้ป่วยนรีเวช จนกระทั่งได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีหน่วยเป็นเดือน

โดยประเมินระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดจากแบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด

ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด หมายถึง สภาวะร่างกายของผู้ป่วยนรีเวชที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก และส่วนสูงของผู้ป่วยนรีเวชก่อนผ่าตัด โดยประเมินดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวชได้จากแบบประเมินดัชนีมวลกายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถบ่งชี้สภาวะร่างกายก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวชได้ โดยไม่ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หมายถึง การขยับเขยื้อนร่างกาย การเคลื่อนไหวของทรวงอก การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การลุกนั่ง และการลุกเดินจากเตียงมานั่งเก้าอี้ของผู้ป่วยนรีเวชในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดได้จากแบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบบประเมินเน้นการส่งเสริมระบบทางเดินหายใจ และระบบการไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดดมลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยข้อคำถามได้มาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดมลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของ Hamilton Health Sciences (2014)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก ที่ผู้ป่วยนรีเวชมีต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิตในระยะเวลาก่อนผ่าตัด เช่น วิตกกังวลในความรุนแรงของโรคที่เผชิญอยู่หรือการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ซึ่งพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยต่อความวิตกกังวล มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ โดยประเมินได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale) ที่พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983)

ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด หมายถึง ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการผ่าตัดดมลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของผู้ป่วยนรีเวช โดยประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวชได้จากแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยข้อคำถามได้มาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดดมลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของ จิราภรณ์ ทองดอนจุย (2556)

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด กับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. โรคทางนรีเวช
 - 1.1 ความหมายของโรคทางนรีเวช
 - 1.2 อุบัติการณ์ของโรคทางนรีเวช
 - 1.3 อาการของโรคทางนรีเวช
 - 1.4 โรคทางนรีเวชที่รักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
2. การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช
 - 2.1 ขั้นตอนของการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
 - 2.2 ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
 - 2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
3. แนวคิดด้านการตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
 - 3.1 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาจากการจัดทำ Low lithotomy
 - 3.2 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง
 - 3.3 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง
4. การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช
 - 4.1 ความหมายของการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
 - 4.2 ระยะเวลาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
 - 4.3 ปัญหาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในระยะ 24-48 ชั่วโมง (Intermediate recovery phase)
 - 4.4 ผลกระทบจากปัญหาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในระยะ 24-48 ชั่วโมง (Intermediate recovery phase)

- 4.5 การประเมินการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
5. ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
6. บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคทางนรีเวช

1.1 ความหมายของโรคทางนรีเวช

โรคทางนรีเวช หมายถึง โรคที่เกิดพยาธิสภาพขึ้นกับอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี เช่น การเกิดพยาธิสภาพที่มดลูก (Uterus) รังไข่ (Ovary) ท่อนำไข่ (Oviduct) ปากมดลูก (Cervix) ช่องคลอด (Vagina) ซึ่งทำหน้าที่สืบพันธุ์และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ (โช่สกุล บุณยะวิโรจ, 2559) โรคทางนรีเวชที่พบบ่อย ได้แก่ เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่ การบิดขั้วของรังไข่ การติบตันของท่อนำไข่ การติดเชื้อในท้องน้อยและมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

1.2 อุบัติการณ์ของโรคทางนรีเวช

โรคทางนรีเวช พบได้มากในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2555) โดยสามารถแบ่งอุบัติการณ์ของโรคทางนรีเวชที่พบบ่อย ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มโรคมะเร็งทางนรีเวช จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2556) พบว่า โรคมะเร็งในผู้ป่วยนรีเวชที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก พบได้ 24.5 ต่อประชากร 100,000 คน มะเร็งรังไข่ พบได้ 6.8 ต่อประชากร 100,000 คน มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก พบได้ 4.3 ต่อประชากร 100,000 คน ข้อมูลของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2559) พบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,000 รายต่อปี และพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 10,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่รายใหม่ 6,000 รายต่อปี 2) กลุ่มโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่มะเร็งที่ ได้แก่ โรคเนื้องอกมดลูก (Myoma uteri) โดยพบในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี และมีแนวโน้มพบมากในผู้ที่แต่งงานแล้วแต่ยังไม่มีบุตร (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2555; วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, 2556) โรคถุงน้ำรังไข่หรือซิสต์ที่รังไข่ (Ovarian cyst) พบได้ร้อยละ 1-7 เนื่องจากในระยะแรกจะไม่แสดงอาการ ทำให้มีโอกาสตรวจพบน้อย แต่ในผู้ป่วยที่มีปัญหาามีบุตรยาก พบโรคถุงน้ำในรังไข่ ร้อยละ 20-50 และผู้ป่วยที่มีอาการปวดประจำเดือน พบโรคถุงน้ำในรังไข่ ร้อยละ 80-85 โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) พบในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25-50 ปี ร้อยละ 50 (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

1.3 อาการของโรคทางนรีเวช

อาการของโรคทางนรีเวชที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ และความรุนแรงของพยาธิสภาพ โดยมีอาการ ดังนี้

1) ปวดท้องน้อยเรื้อรังหรือปวดในอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง ซึ่งอาการปวดจะสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือน สาเหตุอาจเกิดจากเนื้อเยื่อมดลูกเจริญผิดที่ มดลูกโตจากการเกิดพังผืดในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก (ภาคภูมิ โพธิ์พงษ์, 2554)

2) อาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน ที่มีสาเหตุจากโรคทางนรีเวช พบในผู้ป่วยที่มีถุงน้ำที่รังไข่ เนื่องจากถุงน้ำรังไข่ที่โตขึ้น จะทำให้รังไข่เกิดการบิดขั้ว และการบิดขั้วของรังไข่ที่มาก ส่งผลให้เกิดเลือดคั่งที่รังไข่ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องรุนแรง และเฉียบพลัน (ภาคภูมิ โพธิ์พงษ์, 2554)

3) การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดที่ไม่ใช่เลือดประจำเดือน ซึ่งการมีเลือดออกมากผิดปกติหรือมีเลือดออกในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะ ซีด อ่อนเพลีย ซึ่งพบได้มากในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกของมดลูกหรือเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2555)

4) อาการปัสสาวะบ่อย ท้องบวมโตและท้องผูกเกิดจากพยาธิสภาพในท้องน้อยไปกดเบียดกับอวัยวะใกล้เคียง เช่น ลำไส้ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกมดลูก ถุงน้ำที่รังไข่ หรือเนื้องอกที่รังไข่ (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

5) อาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยนรีเวชที่มีเนื้องอกมดลูกที่โตมากหรือในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยนรีเวช ได้แก่ การรักษาทางยา การผ่าตัด และการใช้รังสีร่วมรักษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค อายุและการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (ชัยสิทธิ์ จิวะธนะพร, 2558) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยนรีเวชโดยส่วนใหญ่ยังเป็นการผ่าตัด จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยนรีเวชเข้ารับการผ่าตัดมดลูกมีประมาณ 600,000 รายต่อปี (Sawsan, 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกประมาณ 40,000-50,000 รายต่อปี (สุรพงษ์ อำพันวงศ์, 2559) ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมาใช้ในผู้ป่วยนรีเวชมากขึ้น เนื่องจากแผลผ่าตัดเล็ก การฟื้นหายหลังผ่าตัดเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง จึงเป็นที่ยอมรับให้ใช้เป็นการรักษามาตรฐาน (พงษ์เกษม วรเศรษฐ์สิน, 2560)

1.4 โรคทางนรีเวชที่รักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

เยื่อมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) คือ โรคที่มีการเจริญของเยื่อมดลูกนอกมดลูก (ภายในท้องน้อย) พบมากในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25-40 ปี สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งผู้ป่วย

จะมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง ปวดมากในช่วงมีรอบประจำเดือนและมักเกิดร่วมกับภาวะมีบุตรยาก (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

endometrial hyperplasia เป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ endometrial gland และ sarcoma สาเหตุจากมีฮอร์โมนเอสโตรเจนไปกระตุ้นเยื่อโพรงมดลูกมากเกินไปและยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยที่ได้รับยาฮอร์โมนและผู้ที่เป็โรค polycystic ovarian syndrome ซึ่งภาวะ endometrial hyperplasia สามารถแบ่งตามลักษณะของเซลล์ ดังนี้ Simple Hyperplasia, Complex Hyperplasia, Atypical Hyperplasia ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีเลือดประจำเดือนออกมากและเป็นเวลานานหลายวัน (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552)

เนื้องอกมดลูก (Myoma uteri) คือ โรคที่เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อและมีการเจริญเติบโตแทรกอยู่ในกล้ามเนื้อมดลูก (ธันยารัตน์ วงศ์วนารักษ์, 2554) สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากพันธุกรรม อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ ท้องโต ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ซึ่งเกิดจากการกดเบียดของมดลูกที่โตขึ้นในบางรายมีอาการเหนื่อยง่าย และซีด จากการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดเป็นเวลานาน (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2555)

Adenomyosis เป็นโรคที่เกิดจากการมีเยื่อบุมดลูกฝังเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก พบได้มากในผู้ป่วยนรีเวชที่มีบุตรแล้วและมีอายุมากกว่า 40 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการบาดเจ็บของเยื่อบุมดลูกจากการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตร โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดประจำเดือนมากผิดปกติร่วมกับประจำเดือนมานาน อาการปวดอาจเริ่มก่อนการมีประจำเดือน 1 สัปดาห์และคงอยู่จนกระทั่งประจำเดือนหมด (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552)

ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (idiopathic abnormal uterine bleed) ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (ชญาณิช อภิรักษ์วิริยะ, 2560) ซึ่งภาวะเลือดที่ออกผิดปกติมีผลรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและสภาพจิตใจของผู้ป่วยนรีเวช

ภาวะผิดปกติภายในเยื่อปากมดลูก (cervical intraepithelial neoplasia) ซึ่งสามารถกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ ร้อยละ 5 ทั้งนี้การพิจารณาผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยนรีเวช (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552)

2. การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช (Total Laparoscopic Hysterectomy in gynecology)

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total Laparoscopic Hysterectomy) หมายถึง การตัดมดลูกผ่านกล้องส่องทางช่องท้องจนกระทั่งมดลูกแยกออกจากช่องคลอดมาอยู่ในช่องท้อง

และนำมดลูกออกมาทางช่องคลอด หลังจากนั้นทำการเย็บปิดช่องคลอดผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยจะไม่มีแผลผ่าตัดทางช่องคลอด ยกเว้นในกรณีที่มดลูกมีขนาดใหญ่จะมีการตัดย่อยชิ้นมดลูกก่อนนำออกมาทางช่องคลอด (หทัย ถิ่นธารา, 2546)

ชญา นิส อภิรักษ์วิริยะ (2560) ได้ให้ความหมายของการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total Laparoscopic Hysterectomy) หมายถึง การผ่าตัดมดลูกผ่านการส่องกล้องทั้งหมดและนำมดลูกออกทางช่องคลอด เย็บปิดช่องคลอดผ่านการส่องกล้อง ไม่มีการผ่าตัดผ่านทางช่องคลอด

ข้อดีของการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวช มีข้อดีหลายประการ ได้แก่ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ส่งผลให้ Cosmetic effect หลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง การสูญเสียเลือดขณะทำการผ่าตัด และอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ถ้าใส่เล็กกลับมาทำงานเร็วขึ้น ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น เกิดพังผืดในช่องท้องน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์พัฒนา, 2548)

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

การทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ การมีพยาธิสภาพที่มดลูก และไม่เหมาะที่จะทำผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีช่องเชิงกรานแคบหรือในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกรังไข่เนื่องจากมีความเสี่ยงในการที่รังไข่จะแตกได้และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงในผู้ป่วยที่มีขนาดมดลูกโตมากกว่า 16 สัปดาห์ (หทัย ถิ่นธารา, 2546)

ข้อห้ามของการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ข้อห้ามในการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อมดลูกเจริญผิดปกติที่ระดับรุนแรง มีพังผืดในช่องท้องมาก ผู้ป่วยวัยหมดระดูที่ไม่สามารถนำรังไข่ออกจากช่องท้องโดยไม่ทำให้แตกได้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม ผู้ป่วยที่มีขนาดมดลูกโตกว่า 16 สัปดาห์ เนื่องจากมดลูกที่มีขนาดโตจะเต็มช่องเชิงกรานทำให้ไม่สามารถโยกมดลูกได้ ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงในการตัดหลอดเลือด Uterine ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง เบาหวาน โรคปอด (หทัย ถิ่นธารา, 2546) และในผู้ป่วยนิเวชที่ใส่ ventriculoperitoneal shunt (ชญา นิส อภิรักษ์วิริยะ, 2560)

2.1 ขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวช

ขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total Laparoscopic Hysterectomy) โดยทัศนวรรณ รั้งรักษ์ศิริวร (2560) มีหลักการและเทคนิค ดังนี้

1) การจัดทำผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Low lithotomy แขนแนบข้างลำตัว เพื่อป้องกันภาวะ Brachial plexus injury และขาสองข้างของผู้ป่วยอยู่ในท่า Flex hip, Flex knee จัดให้ต้นขาทำมุม 15 องศา จากระดับตัวของผู้ป่วย

2) การใส่เครื่องมือ uterine manipulator เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ปรับทิศทาง หรือมุมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งมีหลายชนิด ดังนี้ 1) The Hohl Uterine manipulator เหมาะสำหรับการทำผ่าตัดมดลูกที่มีขนาดใหญ่ ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีช่องคลอดแคบ หรือผู้ป่วยนิ่วที่หมดระดู 2) Valtchev Uterine manipulator เหมาะสำหรับมดลูกขนาด 8-10 สัปดาห์ 3) Robin Uterine manipulator ใช้สำหรับฉีดสปีดทูอนารังไข่ เหมาะในการใช้ทำผ่าตัดในผู้ป่วยที่ปากมดลูกแคบ

3) Abdominal entry and port placement การเข้าในช่องท้อง โดยการเปิด incision บริเวณ intra-umbilicus แล้ว insert Veress needle ทำมุมประมาณ 15 องศา เป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ความดันประมาณ 12-15 mmHg ใช้ primary trocar ใส่กล้องดูว่าเข้าสู่ช่องท้องแล้ว จึงใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์บริเวณทางเข้า trocar จากนั้นแทง trocars สำหรับใส่ instrument ที่ suprapubic region บริเวณหน้าท้องด้านล่างข้างซ้ายและขวา

4) Round ligament dissection หลังจากแทง trocar เรียบร้อย ทำการสำรวจความผิดปกติภายในช่องท้อง และเริ่มทำการผ่าตัด

5) เลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากตัวมดลูก (mobilize the bladder) ทำการเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออก ก่อนตัดหลอดเลือดแดง uterine เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บของท่อไต

6) ตัดหลอดเลือดแดง uterine ภายหลังการเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะแล้วใช้ uterine manipulator โดยดันมดลูกไปทางศีรษะผู้ป่วยในแนว 30 องศา ทำการเลาะเนื้อเยื่อบริเวณด้านข้างให้เห็นหลอดเลือด uterine ที่ชัดเจนก่อนทำการตัด ใช้จี้ไฟฟ้า bipolar บริเวณเส้นเลือดจนแห้ง และทำการตัดหลอดเลือดแดง uterine

7) dissect cardinal ligament และตัด uterosacral ligament

8) ตัดปากมดลูกออกจากปากช่องคลอด

9) นำมดลูกออกจากช่องท้องทางช่องคลอด หากมดลูกมีขนาดใหญ่ต้องทำการตัดย่อยตัวมดลูกก่อนนำออกมาทางช่องคลอด

10) การเย็บปิดช่องคลอด สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การเย็บปิดทางช่องคลอดและการเย็บปิดช่องคลอดผ่านกล้อง

2.2 ผลข้างเคียงจากการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวซ

การทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวซนับเป็นวิธีการผ่าตัดที่ทันสมัยแต่ยังพบว่า เกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัดได้ ดังการศึกษาของ สกล มนุสุข, คมสันต์ สุวรรณภักษ์, กรณ์ กาญจน์ ภมรประวัติชนะ และชำนาญ แทนประเสริฐกุล (2555) ศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยนิเวซที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในปี พ.ศ.2540-2550 พบผลข้างเคียงของการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวซร้อยละ 9.9 แม้จะพบอุบัติการณ์ไม่มาก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเกิดผลกระทบที่รุนแรงกับผู้ป่วยนิเวซ (หทัยทิพย์ ถิ่นธรรมา , 2546) โดยผลข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่เกิดขึ้นในขั้นตอนการทำผ่าตัด ดังนี้

1) การบาดเจ็บของหลอดเลือด เป็นผลข้างเคียงที่รุนแรง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแทงเข็ม trocar และ veress โดยจะพบว่า มีเลือดไหลหยดจากปลายเครื่องมือที่สอดเข้าไปในช่องท้อง หรือมีเลือดออกเมื่อดึงเครื่องมือออกจากช่องท้อง ส่งผลให้เกิด hematoma ขึ้นที่ผนังหน้าท้อง ซึ่งในขั้นตอนการผ่าตัดหากไม่สามารถห้ามเลือดได้จำเป็นต้องทำการเปิดหน้าท้องฉุกเฉินในผู้ป่วยเพื่อทำการห้ามเลือด

2) การบาดเจ็บของลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ เป็นผลข้างเคียงที่รุนแรง สาเหตุจาก ความร้อน การตัดด้วยของมีคม การแทงทะลุของเข็ม Veress และ Trocar ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการหลังผ่าตัดในวันที่ 3 หรือ 4 ได้แก่ มีอาการปวดท้องน้อย มีไข้ คลื่นไส้-อาเจียน เบื่ออาหาร ไม่ผายลม พบจำนวนเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดมากขึ้น มีการอักเสบในช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีอาการเพิ่มมากขึ้นในวันที่ 5-6 หลังผ่าตัด

3) การบาดเจ็บของระบบทางเดินปัสสาวะ พบได้มากในผู้ป่วยนิเวซที่เคยได้รับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานมาก่อน และในผู้ป่วยที่มีกระเพาะปัสสาวะโป่งขณะทำผ่าตัด ซึ่งการบาดเจ็บของระบบทางเดินปัสสาวะ จะพบว่า จะมีแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ไหลเข้าสู่สายสวนปัสสาวะ และถูกเก็บปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดปน มีจำนวนปัสสาวะไหลออกทางสายสวนปัสสาวะลดลง มีเลือดออกได้ ผิวหนังเหนือหัวหน่าว โดยผิวหนังเหนือหัวหน่าวจะมีสีคล้ำขึ้น มีอาการท้องอืดมากและอาจพบการอักเสบในช่องท้อง

4) การเจ็บของท่อไต เป็นผลข้างเคียงของการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวซที่พบได้บ่อยเนื่องจากท่อไตอยู่ใกล้กับหลอดเลือด uterine และ cardinal ligament จึงได้รับผลกระทบจากการจี้ความร้อนและการตัด infundibulopelvic ligament โดยผู้ป่วยจะมีเลือดปนในปัสสาวะ มีไข้ ปวดบริเวณเอว มีการอักเสบในช่องท้อง และมีอาการท้องอืดมากในระยะ 48-72 ชั่วโมง

5) ความดันโลหิตต่ำ เกิดได้จากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องในขั้นตอนการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ทำให้เยื่อช่องท้องมีการยืดขยาย ประสาท Vagus ถูกกระตุ้น ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและหากมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์รั่วไหลเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต จะส่งผลให้ระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเฉียบพลัน

2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากขั้นตอนการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว ดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและการจัดท่านอน ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดจากการตอบสนองผ่านประสาท Vagus อย่างรุนแรง สาเหตุจากการยืดขยายของเยื่อช่องท้องอย่างรวดเร็ว การจัดท่านอนศีรษะต่ำ การเพิ่มความดันในช่องท้อง หรือเกิดจากภาวะฟองอากาศอุดตันหลอดเลือด (Atkinson et al., 2014)

2) ภาวะแทรกซ้อนจากการแทงเข็ม Veress การแทงเข็ม Veress เป็นขั้นตอนแรกของการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง เพื่อเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยนิ่ว ซึ่งแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดยังไม่สามารถมองเห็นอวัยวะในช่องท้องได้ จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อลำไส้ กระเพาะอาหาร หลอดเลือดใหญ่หลังช่องท้องได้ (เททิญ ถิ่นธารา, 2546)

3) ภาวะแทรกซ้อนจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ไม่รุนแรง เช่น ภาวะมีก๊าซในเนื้อเยื่อ (Emphysema) ซึ่งจะสามารถคลำผิวหนังได้ยินเสียงกรอบแกรบหน้าท้องขยายขึ้นบางตำแหน่ง มีฟองอากาศในสายสวนคาปัสสวาระ และความดันโลหิตของผู้ป่วยนิ่วอาจลดลง (ปวีตร สุจริตพงศ์, 2554)

4) ภาวะแทรกซ้อนจากการแทง Trocar เนื่องจาก Trocar มีขนาดที่ใหญ่กว่าเข็ม Veress จึงเกิดอันตรายที่รุนแรงได้มากกว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการแทงเข็ม Trocar เช่น มีการบาดเจ็บของลำไส้ เกิด Hematoma ในผนังช่องท้อง

จากการศึกษาของ Fuentes et al. (2014) ซึ่งทำการรวบรวมภาวะแทรกซ้อน จากขั้นตอนการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่ว ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2012 พบว่า มีการบาดเจ็บของลำไส้ ร้อยละ 0.35 การบาดเจ็บของระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 0.14 การสูญเสียเลือดมาก ร้อยละ 1.28 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 0.10 และเสียชีวิต ร้อยละ 0.03 ดังนั้น บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนิ่ว โดยจิราภรณ์ ทองดอนจุย (2556) ให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยนิ่วก่อน และหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

- 1) ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง เช่น การตรวจหา CBC, BUN, Cr, FBS, Electrolyte, Urine analysis, Chest X-ray, EKG เพื่อป้องกันปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการผ่าตัดของผู้ป่วยนี้เวช
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากก่อนผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูดสำลักในขั้นตอนการดมยาสลบ
- 3) แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนกากน้อย 3 วันก่อนผ่าตัดและผู้ป่วยต้องได้รับการสวนอุจจาระหรือรับประทานยาระบายก่อนทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง เนื่องจากขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีการบาดเจ็บของลำไส้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยนี้เวชมีการนอนหลับพักผ่อนก่อนรับการผ่าตัดอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้-อาเจียน ส่งผลให้ผู้ป่วยนี้เวชมีการฟื้นหายช้าหลังผ่าตัด
- 5) สอนเทคนิคการหายใจ-การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น
- 6) ควรประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยนี้เวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง พร้อมทั้งการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และการให้คำปรึกษาเพื่อลดระดับความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

- 1) การดูแลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ระยะนี้เฝ้าระวัง สัญญาณชีพ กลุ่มอาการหลังการดมยาสลบ ระวังการพลัดตกหกล้ม
- 2) การดูแลระยะหลัง 24 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้ป่วยนี้เวชยังคงมีกลุ่มอาการหลังการผ่าตัด และผลจากฤทธิ์ของยาดมสลบ ควรได้รับการดูแลในเรื่องความสบายในด้านความปวด อาการคลื่นไส้-อาเจียน ท้องอืดและเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มดูแลตนเอง เพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการลุกเดินและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

3. แนวคิดการตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีความแตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการจัดท่า Low lithotomy และมีการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องที่แรงดัน 12-15 mmHg ในขณะที่ทำการผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยโกวิทย์ คำ

พิทักษ์, (2552) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวชมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาจากการจัดทำ Low lithotomy

ในขณะที่ทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องผู้ป่วยนิเวชจะได้รับการจัดให้นอนในท่า Low lithotomy ศีรษะต่ำกว่าระนาบประมาณ 20-30 องศา การนอนในท่านี้มีผลให้อัตราการไหลของเลือดกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น (venous return) และแรงดันในท้องหัวใจด้านขวาสูงขึ้น (central venous pressure) กระบังลมถูกยกขึ้น ทำให้ functional residual capacity และ lung compliance ลดลง ส่งผลให้เนื้อปอดเกิด atelectasis นอกจากนี้ท่านอนศีรษะต่ำทำให้หลอดคอและ carina เปลี่ยนตำแหน่งอาจทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนเข้าไปในหลอดลม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้และในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ การนอนในท่าศีรษะต่ำจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น เกิดความดันในสมองและความดันในลูกตาสูงขึ้น

3.2 การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง

การเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องของผู้ป่วยนิเวชขณะทำการผ่าตัดเป็นมาตรฐานสำหรับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องเพื่อสามารถมองเห็นบริเวณที่ต้องผ่าตัดได้ชัดเจน แต่คุณสมบัติของแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เมื่อสัมผัสกับเยื่อช่องท้อง จะพบว่า เยื่อช่องท้องเปลี่ยนเป็นสีขาวขุ่น ความรุนแรงของการตอบสนองของร่างกายต่อการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด ระดับแรงดันในช่องท้อง โรคร่วมของผู้ป่วยนิเวช เช่น โรคปอด โรคหัวใจ โดยพบว่า ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลังได้รับการเป่าแก๊สเข้าช่องท้อง ดังนี้

ภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสเลือด (Hypercarbia) แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่เป่าเข้าไปในช่องท้องสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ และแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงาน โดยเพิ่มอัตราการหายใจเพื่อขับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย ผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ จะพบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

ภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Emphysema) สาเหตุจากการแทงเข็ม veress ทำให้พบแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์อยู่นอกช่องท้อง ซึ่งแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่อยู่นอกช่องท้องจะมีการดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้ดีกว่าแก๊สที่อยู่ในช่องท้อง จึงอาจพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของ end-tidal carbon dioxide เนื่องจากร่างกายพยายามขับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาทางลมหายใจ โดยอาศัยการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ

ภาวะ Gas embolism มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย แต่เมื่อเกิดแล้วจะมีความรุนแรงมาก ภาวะนี้เกิดจากการแทงเข็ม veress เข้าไปในหลอดเลือดโดยตรงหรือมีการซึมผ่านหลอดเลือดที่มีการฉีกขาด

ซึ่งแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์จะถูกดูดซึมโดย pulmonary capillary alveolar membrane ผู้ป่วยจะมีชีพจรเต้นเร็ว แรงดันเลือดส่วน systolic เพิ่มสูงขึ้นและแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่เข้าไปอยู่ใน small pulmonary vessel เกิดการอุดตันของกระแสเลือดที่ปอด ส่งผลให้ระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือดล้มเหลว

3.3 การตอบสนองทางพยาธิวิทยาจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง

การเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องขณะทำผ่าตัด เพื่อให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดสามารถมองเห็นภายในอุ้งเชิงกรานได้ชัดเจนขึ้น พบว่า แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบการหายใจและการดูดซึมแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ของร่างกาย (หทัย ถิ่นธารา, 2546) ดังนี้

1) ระบบการไหลเวียนโลหิต พบว่า การเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยนิ่วฯ ส่งผลให้ความดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีเลือดไหลเวียนเข้าสู่หัวใจมากขึ้นในระยะแรกและจะลดลงในระยะต่อมา จากการที่หลอดเลือดในช่องท้องถูกกด ส่งผลให้มีเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ความดันในช่องท้องที่สูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงถูกกด หลอดเลือดแดงจึงเกิดแรงต้านทำให้เลือดไหลออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ลดลง (Bajwa & Kulshrestha, 2016) ส่งผลให้ผู้ป่วยนิ่วฯขณะได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตต่ำได้

2) ระบบการหายใจ พบว่า ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยนิ่วฯ ส่งผลให้กระบังลมถูกดันให้ยกตัวสูงขึ้น ปริมาณของ Function residual capacity ลดลงและความดันในช่องท้องที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยแน่นอึดอัดท้อง หายใจไม่สะดวก เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน (หทัย ถิ่นธารา, 2546)

3) การดูดซึมแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ของร่างกาย พบว่า ในระยะแรกของการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องของผู้ป่วยนิ่วฯ ส่งผลให้ระดับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดสูงขึ้น ทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร แคทีโคลามีน (Catecholamines) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายและความดันเลือดเกิดแรงต้าน ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและอาจพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Bajwa & Kulshrestha, 2016)

4) ระบบทางเดินอาหาร แรงดันในช่องท้องที่เพิ่มมากขึ้นจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ส่งผลให้ ระบบหลอดเลือด capillary และหลอดเลือดดำขนาดเล็กถูกกด ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารได้ไม่ดี มีผลต่อการหลั่งฮอร์โมน catecholamine, angiotensin และ vasopressin และคงอยู่ถึงระยะหลังผ่าตัด (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552)

5) ระบบการทำงานของไต ผลจากความดันในช่องท้องที่สูงขึ้นจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้มีเลือดออกจากหัวใจลดลง (cardiac output) ส่งผลให้มีเลือดไปเลี้ยงไตได้ลดลง ทำให้ glomerular filtration rate และจำนวนปีสภาวะลดลง (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552)

สรุปได้ว่า การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่วฯ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ มีการเปลี่ยนแปลงของของความดันเลือดดำส่วนกลาง Cardiac output, Cardiac rhythm, PaCO₂ ความเป็นกรดของเลือด เกิดการตอบสนองของฮอร์โมน และระบบประสาทอัตโนมัติ นอกจากนี้ยังพบว่า การเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง สามารถทำให้ความดันเลือดและ CVP เพิ่มขึ้น มีการลดลงของ Cardiac output (หทัย ถิ่นธรา, 2546) แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยนิ่วฯ มีผลต่อระบบหัวใจ ระบบการหายใจ และการดูดซึมแก๊สของร่างกาย โดยความดันจากก๊าซในช่องท้องไปกดหลอดเลือด Inferior vena cava และหลอดเลือดในอุ้งเชิงกราน เมื่อหลอดเลือด Inferior vena cava และหลอดเลือดในอุ้งเชิงกรานถูกกด เลือดจะไหลไปคั่งอยู่บริเวณขาทั้งสองข้าง ส่งผลให้มีเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง Cardiac output จึงลดลง และแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์บางส่วนซึมผ่านเข้าไปยังเยื่อช่องท้อง และหลอดเลือดแดง ส่งผลให้ PaCO₂ สูงขึ้น ความเป็นกรดในเลือดเพิ่มมากขึ้น แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เมื่อสัมผัสกับเยื่อช่องท้องที่เปียกจะทำให้เกิดกรดคาร์บอนิก มีผลต่อระบบการป้องกันตนเองของเนื้อเยื่อในผู้ป่วยนิ่วฯ (หทัย ถิ่นธรา, 2546) การตอบสนองทางพยาธิสรีรวิทยาของร่างกายต่อการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยนิ่วฯมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดแตกต่างกันตามสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัด

4. การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่วฯ

4.1 ความหมาย

การฟื้นหายหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการใช้พลังงานในการปรับสมดุลเพื่อการกลับเข้าสู่ภาวะปกติของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน (Allvin, Berg, Idvall & Nilsson, 2007)

การฟื้นหายหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการใช้พลังงานในการปรับสมดุลเพื่อการกลับคืนสู่สภาวะปกติของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านอาการทางกาย จิตใจ ความปวด ความเป็นอิสระทางกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน (Allvin, 2009)

การฟื้นหายหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการที่ซับซ้อน โดยขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการฟื้นหายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะแรก คือ เริ่มตั้งแต่สิ้นสุดการผ่าตัดจนกระทั่งสามารถย้ายออกจาก

ห้องพักฟื้นได้ เน้นผลลัพธ์ทางชีววิทยาและสรีรวิทยา ในระยะกลาง คือ ระยะที่ย้ายออกจากห้องพักฟื้นจนกระทั่งสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เน้นอาการเกี่ยวกับความปวด การทำงานของระบบทางเดินอาหารและกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิต ในระยะท้าย คือ ระยะที่ผู้ป่วยมีร่างกายที่เป็นปกติใช้เวลาเป็นสัปดาห์ถึงเดือน ผลลัพธ์สะท้อนออกมา เช่น สามารถทำงานและมีสุขภาพโดยรวมที่ดี (Feldman et al., 2015)

Lee et al. (2014) ให้ความหมายของการฟื้นหายหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับมาทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่สมบูรณ์และการมีคุณภาพชีวิตที่ปกติ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกิดขึ้นในหลายมิติ ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยลักษณะการฟื้นหายหลังผ่าตัดจะมุ่งเน้นแต่ละมิติที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการฟื้นหายหลังผ่าตัด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงระยะการฟื้นหายหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Lee et al. (2014)

ระยะของการฟื้นหายหลังผ่าตัด	การจำแนกระยะของการฟื้นหายหลังผ่าตัด	ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นหายหลังผ่าตัด	ระดับความสามารถในการฟื้นหายหลังผ่าตัด	ผลลัพธ์ของการฟื้นหายหลังผ่าตัด
ระยะแรก	เสร็จสิ้นการทำผ่าตัด-จำหน่ายจากห้องพักฟื้น	ชั่วโมง	ปลอดภัยจากฤทธิ์ของยาดมสลบ	ชีววิทยาและสรีรวิทยา
ระยะกลาง	จำหน่ายจากห้องพักฟื้นมาดูแลต่อในหอผู้ป่วย-จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	วัน	ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมพื้นฐานได้	กลุ่มอาการหลังผ่าตัดและการทำกิจวัตรประจำวัน
ระยะท้าย	จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นต่อที่บ้าน	สัปดาห์-เดือน	กลับเป็นปกติเหมือนระยะก่อนผ่าตัด	การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ปกติ

4.2 ระยะการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

(Postoperative recovery phase)

ระยะของการฟื้นหายหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Lee et al. (2014) สามารถนำมาปรับใช้ได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง ซึ่งใช้เวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น โดยแบ่งตามลักษณะการฟื้นหายหลังผ่าตัดออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) การฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะแรก (Early recovery phase)

การฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะแรก เริ่มเมื่อเสร็จสิ้นการทำผ่าตัดและผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น จนกระทั่งสามารถย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยได้ ลักษณะการฟื้นหายระยะนี้ เป็นการฟื้นหายด้านร่างกาย ผลลัพธ์การฟื้นหายในระยะนี้มุ่งเน้นไปที่กระบวนการด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา โดยระยะนี้ ผู้ป่วยตื่นจากฤทธิ์ยาสลบ สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาในระยะนี้ประมาณ 1-2 ชั่วโมง

2) การฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะกลาง (Intermediate recovery phase)

การฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะกลาง เริ่มตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นมาสู่หอผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ เป็นการฟื้นหายด้านร่างกาย ผลลัพธ์ของการฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะนี้มุ่งเน้นที่กลุ่มอาการหลังผ่าตัดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกลุ่มอาการหลังผ่าตัดที่พบในระยะนี้ ได้แก่ อาการปวด คลื่นไส้-อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องอืด ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยการฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะนี้ ระบบทางเดินอาหาร ระบบการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเริ่มกลับมาทำงาน กลุ่มอาการหลังผ่าตัดลดลง หรือไม่มีอาการ ดังนั้น ผู้ป่วยนรีเวชที่มีปัญหาการฟื้นหายหลังผ่าตัดในระยะ Intermediate recovery phase จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โดยปกติผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ใช้เวลาพักฟื้นในระยะนี้ประมาณ 1-2 วัน (ดำรงตรี สุโกศล, 2560)

3) การฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late recovery phase)

การฟื้นหายหลังผ่าตัดระยะท้าย ในระยะนี้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติเหมือนก่อนผ่าตัด ในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ สามารถทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ปกติ การฟื้นหายระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ถึงเดือน โดยปกติผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาในการฟื้นหายระยะนี้ประมาณ 2-6 สัปดาห์ (หทัย ถิ่นธารา, 2546) แต่เนื่องจากการฟื้น มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมาก จึงพบว่า ผู้ป่วยนรีเวชอาจใช้เวลาในการฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องยาวนานกว่าที่แพทย์คาดการณ์ได้ (Lee et al. 2014)

การศึกษาครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวชในระยะ 24-48 ชั่วโมง (Intermediate recovery phase) ซึ่งเป็นระยะที่พบปัญหาการฟื้นหายหลังผ่าตัดมากกว่าในระยะอื่นๆ (Feldman et al., 2015) โดยพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการฟื้นหายช้าจากกลุ่มอาการหลังผ่าตัด เช่น ปวด คลื่นไส้-อาเจียน ท้องอืด อ่อนเพลีย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น

4.3 ปัญหาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวช ในระยะ 24-48 ชั่วโมง (Intermediate recovery phase)

ในระยะ Intermediate recovery phase เป็นระยะที่มีการฟื้นหายด้านร่างกายตามแนวคิดของ Lee et al. (2014) โดยผู้ป่วยนิเวชหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องควรฟื้นหายจากกลุ่มอาการหลังผ่าตัดและสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ในขั้นตอนการทำผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการจัดท่า Low lithotomy ร่วมกับการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดยังคงเกิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ดังนี้

อาการปวดบริเวณหัวไหล่ เกิดจากขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องที่จะต้องมีการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณหัวไหล่หลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง จากแก๊สที่ตกค้างใต้กระบังลมทำให้เกิด referred pain ไปที่หัวไหล่ตาม phrenic nerve และ carbonic acid ในช่องปอด (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552) อาการปวดบริเวณหัวไหล่หลังผ่าตัด พบได้ ร้อยละ 70 (VAS>20) และสามารถพบได้จนถึง 14 วัน หลังผ่าตัด (Madsen et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกโดยการผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ ร้อยละ 90 ซึ่งอาการปวดบริเวณหัวไหล่จะรุนแรงมากในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและคงอยู่ถึง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

อาการคลื่นไส้-อาเจียน ผลจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะในช่องท้องมีการยืดขยาย ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน ร่างกายได้รับการกระตุ้น Chemoreceptor trigger zone ให้หลั่งสารสื่อประสาท เช่น ซีโรโทนิน โดปามีน ไปกระตุ้นศูนย์การอาเจียน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้-อาเจียน (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552) และผลจากฤทธิ์ของยาดมสลบแบบทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้-อาเจียน ซึ่งพบได้ ร้อยละ 70-80 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pierre and Whelan (2013) พบว่า หลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมงภายใต้การดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้-อาเจียน ร้อยละ 30-80 ซึ่งอาการคลื่นไส้-อาเจียนสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ชนิดของยาดมสลบ ระยะเวลาในการทำผ่าตัดและเพศ

อาการท้องอืด พบได้บ่อยในระยะหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องเนื่องจากการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องทำให้มีแก๊สบางส่วนค้างในช่องท้องและผลของการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องท้อง ทำให้ระบบหลอดเลือด capillary และหลอดเลือดดำขนาดเล็กถูกกด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารลดลง ลำไส้ถูกรบกวนจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้ทำงานได้ไม่เป็นปกติในระยะแรกหลังผ่าตัด (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552) นอกจากนี้ฤทธิ์ยาดมสลบ

ยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาแก้ปวด มีผลลดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบกล้ามเนื้อของลำไส้เกิดการคลายตัว จึงทำให้ลำไส้เริ่มทำงานได้ช้า (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) ฉะนั้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารในมือแรกๆหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมีอาการท้องอืด

อาการปวดแผลผ่าตัด ผลจากการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวชที่มีการเป่าแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งแรงดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดในช่องท้อง และเมื่อเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด จะมีการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกปวด ที่กระจายอยู่ทั่วเนื้อเยื่อของร่างกายให้เกิดการหลั่งสาร ได้แก่ ฮิสตามีน ซีโรโทนิน และพรอสตาแกลนดิน แปลงเป็นสัญญาณไฟฟ้าและส่งสัญญาณไปยังระบบประสาทส่วนกลาง สมอส่วนนีโอคอร์เทกซ์ และสมอส่วนลิมบิก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวด โดยอาการปวดในช่องท้อง หรืออาการปวดแผลผ่าตัด (รัตนาวดี ณ นคร, 2559) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฟื้นหายของผู้ป่วยในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Intermediate recovery phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวดบริเวณหัวไหล่ (Madsen et al., 2016) อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้-อาเจียน และอาการท้องอืด (โกวิทย์ คำพิทักษ์, 2552) ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ ดังการศึกษาของ Kathy (2003) พบว่า ผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้อง จะมีอาการปวด อาการอ่อนล้าและพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันสูง ในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด (ระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด) ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด (72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) อาการปวดและอาการอ่อนล้าลดลง ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง โดยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหารและการลุกจากเตียงมาyingแก้ไอตัวเอง ร้อยละ 95 จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีกลุ่มอาการหลังผ่าตัดมากย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมขึ้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้เอง ใช้เวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน

4.4 ผลกระทบจากปัญหาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยนิเวช ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การฟื้นหายช้าหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวช เป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการฟื้นหายหลังผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาในการดมยาสลบ ระยะเวลาในการทำผ่าตัด ความรุนแรงของอาการปวดท้องน้อย (กัญญา แก้วมณี, 2556) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Aziza & Rehab, 2016) ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด (Padma et al., 2017) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Kain et al., 2000) และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

(Maggie et al., 2016) ส่งผลให้ผู้ป่วยนรีเวชมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่แตกต่างกัน ปัญหาการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยนรีเวช ดังนี้

- 1) ด้านจิตใจ การฟื้นฟูซ้ำหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยนรีเวชมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และเครียดจากการเจ็บป่วย
- 2) ด้านเศรษฐกิจและค่ารักษาพยาบาล การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช ซึ่งพบว่า การผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีราคาสูงกว่าการผ่าตัดชนิดเปิดหน้าท้อง (Lumsden et al., 2000) ฉะนั้น ในผู้ป่วยนรีเวชที่มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดซ้ำ ย่อมเกิดค่าใช้จ่ายจากการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ค่าห้องพักและค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น ตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalogera et al. (2013) โดยเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 30 วัน ในผู้ป่วยผู้ป่วยนรีเวชที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกินเกณฑ์ จากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการรักษาปกติประมาณ 7,600 ดอลลาร์ ผลกระทบของปัญหาการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช มีความรุนแรงของปัญหาแตกต่างกันไป ขึ้นกับศักยภาพของผู้ป่วยนรีเวช และครอบครัว ในการเผชิญปัญหา รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆของผู้ป่วยนรีเวช

4.5 แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

การเลือกเครื่องมือ สำหรับประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับระยะของการฟื้นฟูหลังผ่าตัด คำจำกัดความของงานวิจัยและครอบคลุมการประเมินประชากรในกลุ่มที่ต้องการศึกษาได้ดี มีความตรงและความเที่ยงระดับสูง ตัวอย่างเครื่องมือประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช ดังนี้

- 1) แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด (Quality of Recovery-9) พัฒนาขึ้นโดย Myles et al. (1999) ใช้ประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลที่มีระยะเวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมินการกลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการทำกิจวัตรประจำวัน ลักษณะคะแนนในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วน 3 ช่วง ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) ตลอดเวลา (2 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การฟื้นฟูหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนสูง หมายถึงการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี มีความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด Cronbach's α = .70

- 2) แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด (Quality of Recovery-40) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Myles, Weitkamp, Jones, Melick and Hensen (2000) เพื่อใช้ประเมินการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังได้รับการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จำนวนข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ 2) ด้านความสุข

สบายทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ 3) ด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ 4) ด้านความเป็นอิสระทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ 5) ด้านความปวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ซึ่งคะแนนการตอบคำถามแต่ละข้อ เป็นแบบ Likert scale มีค่าช่วงคะแนน 1-5 โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การฟื้นหายหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนสูง หมายถึง การฟื้นหายหลังผ่าตัดดี มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด Cronbach's $\alpha=0.93$ ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด เฉลี่ย 4.3 นาที

3) แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด (Quality of Recovery - 15) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Stark, Myles and Burke (2013) ใช้ประเมินการฟื้นหายในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ด้านใหญ่ คือ ด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนที่ 1 ประเมินด้านร่างกาย (ความปวด ความสุขสบายทางกาย ความอิสระด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คือ ข้อ 1-10 มีช่วงคะแนน 0-10 (Likert scale) โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย ความรู้สึกนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆไปทางขวามือ จนกระทั่งถึง 10 ซึ่งหมายถึง มีความรู้สึกนั้นมาก ส่วนที่ 2 ประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ ข้อที่ 11-15 มีช่วงคะแนน 10-0 (Likert scale) โดยคะแนน 10 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย ความรู้สึกจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆไปทางด้านขวามือ จนกระทั่งถึง 0 ซึ่งหมายถึง มีความรู้สึกนั้นตลอดเวลา โดยทั้งสองส่วนมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง การฟื้นหายหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนรวมสูง หมายถึง การฟื้นหายหลังผ่าตัดดี การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การฟื้นหายหลังผ่าตัดไม่ดี (0-50 คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดระดับปานกลาง (51-100 คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดดี (101-150 คะแนน) ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด Cronbach's $\alpha=0.858$

4) แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด (Patient-reported postoperative recovery) ที่พัฒนาขึ้นโดย Allvin (2009) ใช้ประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 19 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การฟื้นหายหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนสูง หมายถึง การฟื้นหายหลังผ่าตัดดี การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลย (4 คะแนน) เกิดความรู้สึกนั้นเล็กน้อย (3 คะแนน) เกิดความรู้สึกนั้นปานกลาง (2 คะแนน) เกิดความรู้สึกนั้นมาก (1 คะแนน) หาความเที่ยงจากการทำ Test-retest พบว่า มีระดับความเที่ยงสูง (CI=95%)

5) แบบประเมินข้อบ่งชี้การฟื้นหายหลังผ่าตัด (Post-Operative Recovery Index) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมาโดย Butler et al. (2013) ใช้สำหรับประเมินการฟื้นหายในระยะ 30 วัน

หลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ แบ่งการประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัดออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอาการทางจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ 2) ด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ 3) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไปของร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ 4) ด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ 5) ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-37 คะแนน คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง การฟื้นฟูหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี มีค่า Cronbach's $\alpha=0.813-0.932$ จากการทำ Test-Retest ได้ค่า $r=0.660-0.881$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Quality of Recovery-9 ที่มุ่งเน้นประเมินการฟื้นหายด้านร่างกายในระยะ Intermediate recovery phase ตามแนวคิดของ Lee et al. (2014) ซึ่งแบบสอบถามมีความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยที่ใช้ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น โดยผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดจาก 3 ระดับ เป็น 4 ระดับ ปรับคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8 และ 9 ให้เป็นข้อคำถามเชิงบวก และปรับคำถามข้อที่ 2 เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ โดยลักษณะคะแนนเป็นแบบ 4 ช่วง ความหมายคะแนนข้อ 1, 3, 4, 5 และ 6 ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) ความหมายคะแนนข้อ 2, 7, 8 และ 9 ดังนี้ ไม่เคยเลย (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (1 คะแนน) เป็นประจำ (0 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การฟื้นฟูหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนสูง หมายถึง การฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี แบ่งระดับการฟื้นหายเป็น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้ การฟื้นหายหลังผ่าตัดต่ำ (0-9 คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดระดับปานกลาง (10-18 คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดดี (19-27 คะแนน)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีดังนี้ การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาในการดมยาสลับระยะเวลาในการทำผ่าตัด ความรุนแรงของอาการปวดท้องน้อย (กัญญา แก้วมณี, 2556) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Aziza & Rehab, 2016) การให้ความรู้ก่อนผ่าตัด (Padma et al., 2017) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Kain et al., 2000) ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (Maggie et al. 2016) และระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด (Walker et al., 2016) โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดเพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องให้ดีขึ้น

5. ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

5.1 ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด

5.1.1 ความหมาย

อาการปวดท้องน้อย (Pelvic pain) หมายถึง อาการปวดภายในอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี ซึ่งเป็นอาการบ่งชี้ว่าอาจมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ มดลูก รังไข่ ท่อนำรังไข่ ปากมดลูกหรือช่องคลอด โดยอาการปวดอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด (เฉียบพลัน) และในระยะยาว (เรื้อรัง) (Mayo clinic, 2018)

อาการปวดท้องน้อย (Pelvic pain) หมายถึง อาการปวดภายในอุ้งเชิงกรานที่ประกอบไปด้วยอวัยวะ เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ มดลูก และรังไข่ อาการปวดในบางครั้งจะมีอาการปวดร้าวไปบริเวณหลังได้ โดยแบ่งอาการปวดเป็นชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (Harding, 2017)

ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด เป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยนรีเวชที่มีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดและต้องรอรับการรักษาด้วยการผ่าตัด (Walker et al., 2016)

ดังนั้นระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด จึงหมายถึง ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการปวดภายในท้องน้อยของผู้ป่วยนรีเวช จนกระทั่งได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีหน่วยเป็นจำนวนเดือน โดยประเมินระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดจากแบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด

5.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดกับการฟื้นหายหลังผ่าตัด

ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช มีผลรบกวนการทำงานกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย จากการศึกษาของ Walker et al. (2016) ศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชที่มีอาการปวดท้องน้อยในระยะเวลา 12 เดือนก่อนผ่าตัด จำนวน 590 ราย ที่ต้องรอคิวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่มีอาการปวดท้องน้อยเป็นเวลานานก่อนได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 33 และปวดมากขึ้นในสัปดาห์ก่อนผ่าตัด ร้อยละ 61 ซึ่งระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยที่ยาวนานก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยนรีเวชต้องเข้ารับการรักษาอาการปวดฉุกเฉินเฉลี่ย 3.5 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน ฉะนั้น ผู้ป่วยนรีเวชที่มีระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยที่ยาวนานก่อนเข้ารับการผ่าตัด จึงมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชให้ล่าช้า

5.1.3 การประเมินระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีแบบประเมินระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเพื่อใช้ประเมินระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด โดยการให้ผู้ป่วยระบุระยะเวลาของอาการเริ่มปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดด้วยตนเอง มีหน่วยระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยเป็นจำนวนเดือน

5.2 ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

5.2.1 ความหมาย

ดัชนีมวลกาย หมายถึง มาตรฐานที่นำมาประเมินภาวะโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยการชั่งน้ำหนักเป็นกิโลกรัม และวัดส่วนสูงเป็นเมตร แล้วนำมาคำนวณเป็นดัชนีมวลกาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

WHO (1995) ให้ความหมายของดัชนีมวลกาย หมายถึง ดัชนีอย่างง่าย ที่คำนวณจากน้ำหนัก และส่วนสูง ใช้ในการจำแนกผู้ที่มีน้ำหนักน้อยเกินไป น้ำหนักตัวมากเกินไปและโรคอ้วนในผู้ใหญ่

ดังนั้น ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด จึงหมายถึง สภาวะร่างกายของผู้ป่วยนรีเวชที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยนรีเวชก่อนผ่าตัด โดยประเมินดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวชได้จากแบบประเมินดัชนีมวลกายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) มีการแปลผล ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI < 18.5 \text{ Kg/m}^2$) 2) ดัชนีมวลกายปกติ ($BMI = 18.5 - 22.9 \text{ Kg/m}^2$) 3) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($BMI = 23.0 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$) 4) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก ($BMI > 24.9 \text{ Kg/m}^2$)

5.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดกับการฟื้นหายหลังผ่าตัด

ในผู้ป่วยนรีเวชที่มีปัญหาดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด สามารถแบ่งออกตามสภาวะของร่างกาย ดังนี้ ผู้ป่วยนรีเวชที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 Kg/m^2 จัดเป็นผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากมีก้อนเนื้อออกไปกดเบียดอวัยวะในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ เกิดแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการ เช่น ท้องบวมโต แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553) จึงรับประทานอาหารได้ลดลง ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยนรีเวช มีแนวโน้มที่จะมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งในกระบวนการทำผ่าตัดร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น อาจทำให้พลังงานที่มีในร่างกายไม่เพียงพอ ส่วนในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($BMI = 23.0 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$) และผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก ($BMI > 24.9 \text{ Kg/m}^2$) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากร่างกายมีการผลิตฮอร์โมนเพศมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยโรค Fibroids myoma ทำให้ร่างกายมีความ

ต้องการอาหารเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ และภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก มีผลกระทบต่อระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบการเผาผลาญอาหารทำให้ระบบต่างๆเหล่านี้ทำหน้าที่ได้ไม่ดี จึงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง แผลผ่าตัดหายช้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) จากการศึกษาของ Maggie et al. (2016) ศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยนิ่วที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ในปี 2003-2010 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 4 วันหลังผ่าตัด ($p=.001$) ดังนั้น ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนิ่ว จึงมีแนวโน้มที่ส่งผลต่อฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

5.2.3 การประเมินดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

1) แบบประเมิน 7-point subjective global assessment เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการที่พัฒนา โดยงานโภชนศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลศิริราช คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประเมินภาวะโภชนาการ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ประวัติการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ในระยะ 2-6 สัปดาห์ 2) การรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม 3) อาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ประเมินไขมันบริเวณแขน-ขา และหน้าอก 6) ประเมินอาการบวมของขาและเท้า 7) ประเมินกล้ามเนื้อลิบบริเวณก้นกบ โดยคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 1-49 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ภาวะขาดสารอาหารต่ำ และค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ภาวะขาดสารอาหารสูง การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีภาวะโภชนาการปกติ (1-14 คะแนน) มีภาวะขาดสารอาหารเล็กน้อยถึงปานกลาง (15-35 คะแนน) มีภาวะขาดสารอาหารรุนแรง (36-49 คะแนน) โดยมีความเที่ยง Cronbach's $\alpha=0.89$

3) แบบประเมิน Nutrition risk index : NRI เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการที่ประเมินระดับอัลบูมินในซีรัม น้ำหนักตัวปัจจุบันและน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นมารวมคำนวณ โดยมีสูตรคำนวณ Nutrition risk index ดังนี้ $NRI=15.9 \times \text{ระดับอัลบูมินในซีรัม (g/dl)} + 41.7 \times (\text{น้ำหนักปัจจุบัน} \times \text{น้ำหนักที่ควรจะเป็น})$ การแปลผลคะแนน ดังนี้ ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ (100 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการเล็กน้อย (97.5-100 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง (83.5-97.4 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (<83.5 คะแนน) โดยคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ภาวะโภชนาการสูง คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะโภชนาการต่ำ

4) แบบประเมินดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นแบบประเมินมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ได้กำหนดดัชนีมวลกายของคนไทยเพศหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้

ดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (Kg)/ส่วนสูง (m)² การแปลผล ดังนี้ ดัชนีมวลกายปกติ (BMI=18.5-22.9 Kg/m²) ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.5 Kg/m²) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (BMI=23.0-24.9 Kg/m²) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก (BMI>24.9 Kg/m²)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) เนื่องจากเป็นเครื่องมือวัดที่เป็นมาตรฐาน ไม่ซับซ้อน จึงสามารถประเมินดัชนีมวลกายที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยนรีเวชก่อนผ่าตัดได้ดี โดยไม่ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม โดยผู้วิจัยให้รหัสแบบประเมินดัชนีมวลกาย ดังนี้ (0) ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.5 Kg/m²) (1) ดัชนีมวลกายปกติ (BMI=18.5-22.9 Kg/m²) (2) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (BMI=23.0-24.9 Kg/m²) (3) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก (BMI>24.9 Kg/m²)

5.3 การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

5.3.1 ความหมาย

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หมายถึง การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุดหลังผ่าตัด เช่น การขยับร่างกายบนเตียง การลุกเดินจากเตียง ทั้งนี้ระยะเวลาในการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด พิจารณาจากความพร้อมของผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัด (Aziza & Rehab, 2016)

Canavarró (1946) ให้ความหมายของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หมายถึง การเริ่มลุกเดินจากเตียง และการเริ่มทำกิจวัตรประจำวันเองให้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก

ดังนั้น การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จึงหมายถึง การขยับเขยื้อน การเคลื่อนไหวของทรวงอก การพลิกตะแคงตัวบนเตียงหลังผ่าตัด การลุกนั่งและการลุกเดินจากเตียงมายังเก้าอี้ของผู้ป่วยนรีเวชในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยประเมินได้จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของ Hamilton Health Sciences (2014)

5.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วย และเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบการทำงานของลำไส้ ก่อนเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน ดังนี้ สัญญาณชีพที่ปกติและคงที่ วิธีการทำผ่าตัด ขนาดของแผลผ่าตัด อาการปวด อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการอ่อนเพลีย ซีด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เช่น ความดันโลหิตต่ำ อาการเวียนศีรษะ เป็นลม ผลจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว เช่น การพลิกตะแคงตัวบนเตียงอย่างน้อยชั่วโมงละ 1-2 ครั้ง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การลุกเดินจากเตียงภายในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จะช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบ การอุดตันของระบบการหายใจ ป้องกันภาวะหลอดเลือดดำที่ขาหรือปอดอุดตัน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กที่หยุดทำงานชั่วคราวจากฤทธิ์ของยาดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย (วริตา ชัยอรุณดีกุล, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aziza and Rehab (2016) ศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำนวน 343 คน พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เช่น การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การเคลื่อนไหวแขน-ขาบนเตียง การเริ่มลุกเดินในชั่วโมงที่ 4, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดร่วมกับการประคบอุ่นที่ไหล่สัมพันธ์กับการฟื้นหายหลังผ่าตัดในด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความปวดและความเป็นอิสระทางกาย ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังนั้น การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่มาก จึงมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องที่ดี

5.3.3 การประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

1) แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (The Barthel index of activities of daily living) เป็นแบบประเมินการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จำนวน 10 กิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนน ดังนี้ มีคนคอยช่วยเหลือ (1 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองได้ดีพอควร (2 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-20 คะแนน ลักษณะการให้คะแนน ดังนี้ ทำกิจกรรมได้เอง (≥ 12 คะแนน) แบ่งระดับการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรม ดังนี้ เคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมได้ต่ำมาก (0-4 คะแนน) เคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมได้ต่ำ (5-8 คะแนน) เคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง (9-11 คะแนน) เคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมได้ค่อนข้างดี (12-19 คะแนน) เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีมาก (20 คะแนน) โดยคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมได้เองต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมได้เองสูง โดยแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุเพื่อประเมินภาวะพึ่งพิง

2) แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมขั้นสูง (The Barthel index of activities of daily living : IADL) เป็นแบบประเมินการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยมีอุปกรณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ ในแต่ละข้อมีลักษณะคะแนน ดังนี้ ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง (0 คะแนน) สามารถทำกิจกรรมโดยมีคนช่วยเหลือ (1 คะแนน) สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองทั้งหมด (2 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน ในผู้ป่วยที่ไม่ใช้โทรศัพท์ และคะแนนรวม 12 คะแนน ในผู้ป่วยที่ใช้โทรศัพท์ มีเกณฑ์แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ การให้คะแนนในผู้ไม่ใช้โทรศัพท์ ดังนี้ พึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ (0-2 คะแนน) พึ่งพาระดับรุนแรง (3-4 คะแนน) พึ่งพา

ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) ไม่เป็นภาระพึ่งพา (≥ 7 คะแนน) การให้คะแนนในผู้ที่ใช้โทรศัพท์ ดังนี้ พึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ (0-2 คะแนน) พึ่งพาระดับรุนแรง (3-5 คะแนน) พึ่งพาระดับปานกลาง (6-8 คะแนน) ไม่เป็นภาระพึ่งพา (≥ 9 คะแนน)

3) แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน (Katz Index of Independence Activities of Daily Living) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Katz, Down, Cash and Grotz (1970) ใช้สำหรับการประเมินการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย 6 กิจกรรม ประกอบด้วย การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ การเดิน การกลืนปัสสาวะ การรับประทานอาหาร โดยมีคะแนนรวม 6 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง เคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้น้อย คะแนนสูง หมายถึง เคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้สูง ในการตอบแบบประเมินในแต่ละข้อมีคะแนน ดังนี้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (0 คะแนน) ทำกิจกรรมได้เอง (1 คะแนน) โดยแบ่งระดับความสามารถในการทำกิจกรรม 3 ระดับ ดังนี้ เคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้น้อย (0-2 คะแนน) เคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้ปานกลาง (3-4 คะแนน) เคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้ดี (5-6 คะแนน)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดจากการทบทวนวรรณกรรมเนื่องจากแบบสอบถามที่มีในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของการวิจัยนี้ จึงไม่สามารถนำเครื่องมือที่มีอยู่มาประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดดมลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดดมลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของ Hamilton Health Sciences (2014) ในการพัฒนาแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมระบบหายใจ จำนวน 3 ข้อ 2) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมระบบไหลเวียนโลหิตมีจำนวน 6 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก คะแนนที่น้อย หมายถึง มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดน้อย แบ่งการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดออกเป็น 3 ระดับ (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2539) ดังนี้ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดน้อย (0-8 คะแนน) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดปานกลาง (9-18 คะแนน) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก (19-27 คะแนน)

5.4 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

5.4.1 ความหมาย

ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่มีความสุข วิตถวด คับข้องใจ และกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือคาดเดาว่าจะเกิดขึ้น (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2555)

Spielberger and Sydeman (1994) ให้ความหมายของความวิตกกังวล หมายถึง การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้นโดยที่สิ่งกระตุ้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ของบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จึงหมายถึง อารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิต เช่น วิตกกังวลในความรุนแรงของโรคที่เผชิญอยู่ หรือการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ โดยพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยในแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ โดยสามารถประเมินความวิตกกังวล จากแบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale

5.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการฟื้นหายหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยนรีเวชส่วนมากเป็นวัยเจริญพันธุ์ อายุเฉลี่ย 40.05 ปี (กัญญา แก้วมณี, 2556) การผ่าตัดมีผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี ที่เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นหญิง ส่งผลต่อระดับฮอร์โมนเพศ การมีบุตร สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ดังนั้น ผู้ป่วยนรีเวชจึงมีแนวโน้มที่จะวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาณิกา อยู่สำราญ (2557) พบว่าผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 76.7 และ 23.3 ตามลำดับ (\bar{X} =2.23, SD=.43) สาเหตุ ได้แก่ 1) ความกลัว ร้อยละ 70 2) การไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ร้อยละ 10 3) การเผชิญความไม่แน่นอน ร้อยละ 6.7 4) การวินิจฉัยและการรักษา ร้อยละ 6.7 5) ประสบการณ์การผ่าตัด ร้อยละ 6.7 โดยขณะที่เกิดความวิตกกังวลมีผลกระทบต่องานของระบบประสาทอัตโนมัติให้หลังสารสื่อประสาทมากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ดังจากการศึกษาของ Kain et al. (2000) ศึกษาผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 50 คน พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวชมีอำนาจทำนายอาการปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (Beta=.30) มีอำนาจทำนายอาการปวดขณะขณะอยู่หอผู้ป่วย (Beta=.54) และมีอำนาจทำนายอาการปวดเมื่อกลับบ้าน (Beta=.03) ดังนั้น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จึงมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกลไกทางหน้าท้อง

5.4.3 การประเมินความวิตกกังวล

1) แบบประเมินความรุนแรงของความวิตกกังวล (Hamilton Anxiety Rating Scale : HAM-A) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Hamilton (1959) ใช้ประเมินความวิตกกังวลภายในจิตใจ และความวิตกกังวลที่แสดงออกทางกาย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-56 คะแนน ในแต่ละข้อ มีคะแนน 0-4 ดังนี้ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) มีอาการเล็กน้อย (1 คะแนน) มีอาการปานกลาง (2 คะแนน) มีอาการค่อนข้างมาก (3 คะแนน) มีอาการมากที่สุด (4 คะแนน) แบ่งระดับอาการวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ วิตกกังวลเล็กน้อย (<7 คะแนน) วิตกกังวล

ปานกลาง (8-24 คะแนน) วิตกกังวลค่อยข้างมาก (25-30 คะแนน) วิตกกังวลมากที่สุด (≥ 31 คะแนน) แบบประเมินความรุนแรงของความวิตกกังวล มีค่าความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้

2) แบบประเมินความวิตกกังวล (Trait Anxiety Inventory : STAI from-Y) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs (1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินอุปนิสัยความกังวลของบุคคล มีระดับคะแนนข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18 และ 20 ข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19 ข้อคำถามเชิงบวก ความหมายคะแนน ดังนี้ เกือบไม่มีเลย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) เกือบตลอดเวลา (4 คะแนน) ข้อคำถามทางลบ มีความหมายคะแนน ดังนี้ เกือบไม่มีเลย (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) เกือบตลอดเวลา (1 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง ระดับความกังวลต่ำ คะแนนสูง หมายถึง ระดับความกังวลสูง แบ่งระดับคะแนนความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ วิตกกังวลน้อย (20-40 คะแนน) วิตกกังวลปานกลาง (41-60 คะแนน) วิตกกังวลค่อนข้างมาก (61-70 คะแนน) ความวิตกกังวลสูง (71-80 คะแนน) แบบประเมินความวิตกกังวล (Trait Anxiety Inventory : STAI from-Y) มีค่าความเที่ยง Cronbach's $\alpha=0.86-0.92$ จากการทำ Test-Retest ได้ค่าความเที่ยง $r=0.73-0.92$

3) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale : Thai HADS) ที่พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อ เป็นแบบ Likert scale แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถามมีตั้งแต่ 0-3 ดังนี้ เป็นส่วนใหญ่ (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เป็นเลย (0 คะแนน) ส่วนที่ 2 ประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถามมีตั้งแต่ 0-3 ดังนี้ เป็นส่วนใหญ่ (0 คะแนน) บ่อยครั้ง (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เป็นเลย (3 คะแนน) คะแนนรวมของแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ไม่มีอาการวิตกกังวล/อาการซึมเศร้า (0-7 คะแนน) มีอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้าเล็กน้อยที่ไม่ผิดปกติ (8-10 คะแนน) มีอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้าสูงที่ผิดปกติ (11-21 คะแนน) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale : Thai HADS) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งสองส่วน Cronbach's $\alpha=0.86$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale : Thai HADS) ที่พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ด้วยวิธี Back translation โดยนำมาเฉพาะส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นการประเมินอาการวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 เนื่องจากแบบประเมินนี้ตรงกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำการประเมินส่วนที่ 2 ที่ประเมินภาวะซึมเศร้ามาประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ส่วนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยนรีเวชส่วนใหญ่จะพบในการฟื้นฟูหายระยะท้าย (Late recovery phase) ซึ่งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียจากการถูกตัดมดลูก ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงยังไม่เกิดขึ้นในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Intermediate recovery phase) จึงไม่นำแบบประเมินส่วนที่ 2 ที่ประเมินภาวะซึมเศร้ามาประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

5.5 ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

5.5.1 ความหมาย

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมถึงความรู้เชิงปฏิบัติและทักษะ (พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน, 2554)

ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด หมายถึง การให้ความรู้ การให้ข้อมูลในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การลุกนั่ง การหายใจ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง (Padma et al., 2016)

ดังนั้น ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด จึงหมายถึง ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของผู้ป่วยนรีเวช

5.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยนรีเวชเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง ดังการศึกษาของ Oetker-Black et al. (2003) ศึกษาผลลัพธ์การให้ความรู้ในระยะก่อนผ่าตัดในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการลุกเดินหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกพบว่า สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ป้องกันภาวะลำไส้เล็กไม่ทำงาน และป้องกันหลอดเลือดดำปอดและขาอุดตัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kajal et al. (2015) ศึกษาการให้ความรู้ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดมยาสลบในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับความรู้ในการปฏิบัติตน

ก่อนผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Padma et al. (2017) ศึกษาการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดมดลูกในผู้ป่วยนิเวศ จำนวน 30 คน พบว่า การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอาการปวดแผลในระยะหลังผ่าตัดและพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$) ฉะนั้น การที่ผู้ป่วยนิเวศที่มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมดลูกผ่านกลองทางหน้าท้อง จึงมีแนวโน้มที่จะมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดที่ดี

5.5.3 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

1) แบบประเมิน The preoperative teaching questionnaire (PTQ) พัฒนาขึ้นโดย Bernier et al., (2003) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้ประเมินการรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และประเมินคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับ มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ โดยแบบสอบถามใช้ประเมินลักษณะใน 5 ด้าน ดังนี้ 1) สถานการณ์และขั้นตอนการรักษา 2) สถานการณ์ที่ต้องเผชิญ 3) ความรู้สึกหรือความรู้สึกไม่สุขสบาย 4) บทบาทของผู้ป่วย 5) การฝึกทักษะและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า ดังนี้ ตอบไม่ (0 คะแนน) ไม่ทราบ (0.5 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-26 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัดน้อย โดยแบบประเมินมีความเหมาะสมกับการใช้ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก

2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด พัฒนาโดย พรทิพย์ ศุภมณี (2556) แบบสอบถามประเมินลักษณะ 5 ด้าน ตามแนวคิดของ (Bernier et al., 2003) ดังนี้ 1) สถานการณ์และขั้นตอนการรักษา 2) ความรู้สึกหรือความรู้สึกไม่สุขสบาย 3) บทบาทของผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษา 4) การฝึกทักษะ 5) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ดังนี้ ได้รับข้อมูล (1 คะแนน) ไม่ได้รับข้อมูล (0 คะแนน) โดยคะแนนที่มาก หมายถึง การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดมาก คะแนนที่น้อย หมายถึง การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดน้อย ในส่วนที่ 2 มีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามความถูกต้องของการรับรู้ข้อมูล ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ดังนี้ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนที่มาก หมายถึง การรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความถูกต้องมาก คะแนนที่น้อย หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องน้อย

3) แบบประเมินการให้ความรู้ในระยะก่อนผ่าตัด (PTQ) พัฒนาโดย Mordiffi et al. (2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 66 ข้อ ประเมินความรู้ก่อนผ่าตัดใน 7 ลักษณะ ดังนี้ 1) รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด จำนวน 8 ข้อ 3) ประเมินสภาพแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ 4) ประเมินความรู้เกี่ยวกับระยะหลังผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ 5) รายละเอียดเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการดมยาสลบ จำนวน 4 ข้อ 6) ประเมินการได้รับข้อมูล จำนวน 28 ข้อ 7) ประเมินประสิทธิภาพการให้ข้อมูล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ

Likert scale 5 ระดับ หรือ ให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ มีความเหมาะสมกับการใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากยังไม่พบว่ามีแบบสอบถามใดที่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของการวิจัยนี้ และไม่พบว่ามีแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องของ จิราภรณ์ ทองดอนจุย (2556) เป็นแนวทางการพัฒนาแบบสอบถาม ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ความหมายคะแนน ดังนี้ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดน้อย แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2539) ดังนี้ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดน้อย (0-5 คะแนน) ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมาก (6-10 คะแนน)

6. บทบาทพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวช

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในงานบริการทางสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่เป็นปกติ (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2551) ดังนี้

6.1 บทบาทด้านการเป็นผู้ดูแล (Caregiver) พยาบาลในบทบาทผู้ให้การดูแล คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องอย่างมีมาตรฐาน ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการประเมินจากสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ลักษณะแผลผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วย จิตใจ อารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออก สังคมของผู้ป่วย เพื่อได้ทราบปัญหาของผู้ป่วย และดำเนินการแก้ไขในปัญหาที่เร่งด่วนต่อสุขภาพตามลำดับ ซึ่งในบทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้ พยาบาลสามารถให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

6.2 บทบาทด้านการให้ความรู้และสอน (Educator) พยาบาลในบทบาทการให้ความรู้และสอน คือ ผู้ให้ความรู้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องภาวะของโรคทางนรีเวชที่ผู้ป่วยต้องมารับการผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพหลังผ่าตัด กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างปลอดภัยหลังผ่าตัด การรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา การมาตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด ซึ่ง

บทบาทด้านการให้ความรู้และสอนเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

6.3 บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultant) บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษา คือ บทบาทอิสระที่พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการมองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การดำเนินชีวิตประจำวันและสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งภายหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยนรีเวชต้องเผชิญกับภาวะความไม่สมดุลของฮอร์โมนเพศ การมีบุตรยากหรือไม่สามารถมีบุตรได้ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน การให้คำปรึกษาจึงมีความเฉพาะในแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลจริง การให้กำลังใจ การกล่าวชมเชย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นส่วนที่สำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเปิดเผยข้อมูลหรือปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะสามารถให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อที่จะหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาต่อไป

6.4 บทบาทด้านการติดต่อประสานงาน (Collaboration) พยาบาลในบทบาทการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักสวัสดิการสังคมเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและเข้าถึงบริการทางสุขภาพภายหลังการผ่าตัด

6.5 บทบาทด้านการพัฒนาและการวิจัย (Research) พยาบาลในบทบาทของการพัฒนาและการวิจัยมีความสำคัญกับวิชาชีพพยาบาลมากเนื่องการวิจัยเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับวิชาชีพ เพื่อให้วิชาชีพพยาบาลมีความเอกราช มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปและการนำผลที่ได้จากการวิจัยทางการพยาบาลมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานพยาบาล โดยเฉพาะการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นเทคโนโลยีการผ่าตัดที่ทันสมัยและได้รับความนิยมในขณะนี้เพื่อพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศไทย

กัญญา แก้วมณี (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นหาย 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวชที่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 126 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40.05 ± 7.36 ปี คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการฟื้นตัว 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเท่ากับ 169.25 (SD=14.97) มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวในมิติด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ ความเป็นอิสระทางกาย และความปวดเท่ากับ 176.53, 166.26, 187.65, 152.48 และ 159.94 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า

คะแนนคุณภาพการฟื้นตัว 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในมิติด้านร่างกาย ความเป็นอิสระทางกาย และด้านความปวด มีคะแนนน้อยกว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวในภาพรวม ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการปวดที่น้อย และปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นหาย 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด $r=-.212$ ($p<.05$) ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหาย 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด $r=.060$ ($p>.05$) เนื่องจากผู้ป่วยนิเวชได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

พรทิพย์ ศุภมณี (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกชนิดเปิดหน้าท้อง (Abdominal hysterectomy) ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 คน พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการฟื้นหายหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นเฉลี่ย 99.3 นาที ($S.D=14.6$) และพร้อมจำหน่ายผู้ป่วยที่เวลา 90 และ 105 นาที (ร้อยละ 39.8 และ 31.1 ตามลำดับ) นานที่สุด 135 นาที (ร้อยละ 3.4) และพบว่าระยะเวลาผ่าตัดและการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นหายหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องได้ร้อยละ 44.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.444$, $p<.05$)

อรุณทัย ศิริอัสวกุล (2555) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิเวชที่เข้ามารับการผ่าตัดมดลูก ชนิดการทำผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องและแบบผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลศิริราช ในระหว่าง 1 สิงหาคม 2552-31 ตุลาคม 2553 จำนวน 350 คน มีอายุเฉลี่ย 49.7 ± 9.6 ปี พบว่า ความชุกของอาการปวดระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($VNS\geq 4$) ร้อยละ 55.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด ได้แก่ แผลผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง เทคนิคการระงับความรู้สึกแบบทั้งร่างกายเพียงอย่างเดียว และการไม่ได้รับยากลุ่ม NSAIDs หลังผ่าตัด

ปวงกมล กฤษณบุตร (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ตับ และน้ำดี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์ พบว่า ภาวะโภชนาการ และสภาพผู้ป่วยขณะผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.01$ ($r=.28$ และ $.29$ ตามลำดับ)

สรารุณี สีถาน (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในโรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 85 คน ในระยะเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2556 โดย

มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาอำนาจทำนายการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้อง จากปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล และโรคร่วม ผลการศึกษา พบว่า ภาวะโภชนาการ ภาวะโรคร่วม และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ($r = -.798, -.799$ และ $-.321$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ได้ร้อยละ 74.60

มานิกา อยู่สำราญ (2557) ศึกษาการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระบบศัลยกรรมในโรงพยาบาลมหาสารคาม แบบนัดหมายล่วงหน้า จำนวน 222 คน ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2556 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุระหว่าง 40-49 ร้อยละ 46.7 เป็นการผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 43.3 และผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อหาพยาธิสภาพ ร้อยละ 26.7 พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 ($SD = .43$) สาเหตุของความวิตกกังวล ได้แก่ ความกลัว ร้อยละ 70 การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ร้อยละ 10 ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ร้อยละ 6.7 การวินิจฉัยและการรักษา ร้อยละ 6.7 ประสบการณ์การผ่าตัด ร้อยละ 6.7

วรนุช ฤทธิธรรม และสมพร ชีโนรส ศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมในคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2551 รวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการดูแลตนเองเมื่อได้รับการผ่าตัดช่องท้องนาน 20 นาที ประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความปวด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการใช้สื่อมัลติมีเดียมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมีระดับความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรารุณี สีถาน (2560) ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดตับ ทางเดินอาหาร และท่อน้ำดี ในโรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด 1 วัน ประเมินจากอาการปวด จำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวด จำนวนครั้งการลุกจากเตียง จำนวนครั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

พรรณทิพย์ เกียรติสิน (2553) ศึกษาการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง : การสังเคราะห์วรรณกรรม เป็นการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 51 เรื่อง ผลการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย โรคร่วม อาการอ่อนล้า อาการปวด ความวิตกกังวลหรือความเครียด 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อม การได้รับความรู้ก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด และชนิดของการทำผ่าตัด ในการฟื้นฟูการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ได้แก่ การใช้สื่ออารมณ์ขัน การฟังดนตรี และ การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ดัชนีที่ใช้ชี้วัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก จิตสังคม การทำหน้าที่ ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจ

7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Walker et al. (2016) ศึกษาในผู้ป่วยนิเวชที่มีอาการปวดท้องน้อยในระยะเวลา 12 เดือนก่อนผ่าตัด จำนวน 590 ราย ที่ต้องรอคิวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าผู้ป่วยนิเวชที่มีอาการปวดท้องน้อยเป็นเวลานานก่อนได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 33 และปวดมากขึ้นในสัปดาห์ก่อนผ่าตัด ร้อยละ 61 ซึ่งระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยที่ยาวนานก่อนผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยนิเวชต้องเข้ารับการรักษาอาการปวดฉุกเฉินเฉลี่ย 3.5 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน

Maggie et al. (2016) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ในปี 2003-2010 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยนิเวชที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 4 วันหลังผ่าตัด ($p = .001$)

Kain et al. (2000) ศึกษาผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 50 คน พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนิเวชเป็นมีอำนาจทำนายอาการปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ($\text{Beta} = .30$) มีอำนาจทำนายอาการปวดขณะขณะอยู่หอผู้ป่วย ($\text{Beta} = .54$) และมีอำนาจทำนายอาการปวดเมื่อกลับบ้าน ($\text{Beta} = .03$)

Yasmin (2005) ศึกษาผู้ป่วยนิเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42.4 ปี จำนวน 50 คน คะแนนความซึมเศร้าก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.55$; $df = 48$; $*p < .05$) และผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ($M = 13.38$) ต่ำกว่าความวิตกกังวลหลังผ่าตัด ($M = 27.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Manar and Amal (2015) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกเกี่ยวกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในวันที่ 1-7 ก่อนผ่าตัดมดลูกและหลังการทำผ่าตัดมดลูก 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางในระยะหลังผ่าตัดมากกว่าก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะพบได้มากหลังผ่าตัด โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สัญลักษณ์ของความเป็นหญิง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส จำนวนบุตร และสัมพันธภาพในครอบครัว

Kajal et al. (2015) ศึกษาผลการให้ความรู้ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดมยาสลบก่อนผ่าตัดกับระดับความรู้หลังให้ข้อมูล และระดับความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงหลังได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Nahal, Ahmed and Mehak (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัดทางนรีเวช ระหว่าง สิงหาคม 2014-ตุลาคม 2014 จำนวน 100 คน มีอายุเฉลี่ย 48.39 ± 11.59 พบว่า หลังผ่าตัดทางนรีเวชผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลร้อยละ 62 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 ซึ่งความวิตกกังวลหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัด ($r = .24, p = .016$ และ $r = .20, p = .043$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kanchan et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีอายุเฉลี่ย 46.16 ปี ($SD = 5.91$) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 37 และผู้ป่วยที่มีอาการปวด ร้อยละ 67 ผลการวิจัยสรุปว่า ความวิตกกังวลระดับสูงของผู้ป่วยนรีเวชมีความสัมพันธ์กับอาการปวดแผลหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ การศึกษา และการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Samnani et al. (2014) ศึกษาผลการให้คำแนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 323 คน พบว่า ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยลุกจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ได้มากกว่า 10 นาที มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Aziza and Rehab (2016) ศึกษาในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำนวน 343 คนพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เช่น การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การเคลื่อนไหวแขน-ขา บนเตียง การเริ่มลุกเดินในชั่วโมงที่ 4, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร่วมกับการประคบอุ่นที่ไหล่ สัมพันธ์กับระดับความปวดหลังผ่าตัดที่น้อย และการฟื้นหายหลังผ่าตัดในด้านอารมณ์ ความปวด ความเป็นอิสระทางกาย ร่างกาย และจิตใจอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

Kathy (2003) ศึกษาปัจจัยด้านอาการปวด อาการอ่อนล้า และการทำกิจกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยนิเวซที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้อง พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในวันที่ 1 มีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 40.7 และ 15.4 ตามลำดับ หลังผ่าตัดในวันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 36.3 และ 7.7 ตามลำดับ ในวันที่ 6 ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 6.6 และ 4.4 ตามลำดับ ปัจจัยด้านอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดในวันที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 46.2 และ 23.1 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 47.3 และ 3.2 ตามลำดับ ในวันที่ 6 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 12.1 และ 6.6 ตามลำดับ ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง โดยพบว่า วันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องพึ่งพาศูนย์อื่นในการทำกิจกรรม ร้อยละ 82.4 และ 71.4 ตามลำดับ และในวันที่ 6 หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องพึ่งพาศูนย์อื่นในการทำกิจกรรม ร้อยละ 24.2 ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Katz Index ADL

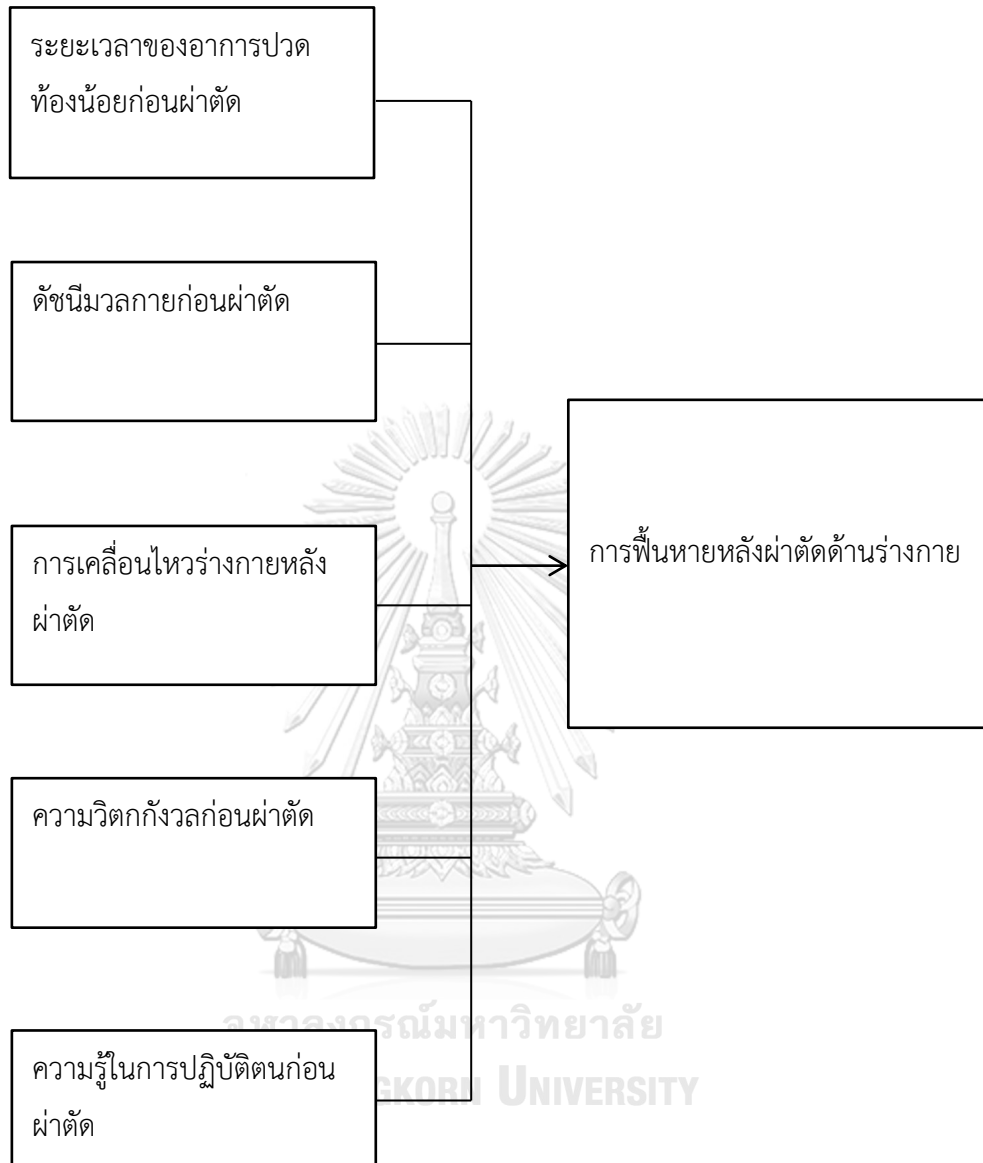
Padma et al. (2017) ศึกษาการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดมดลูกในผู้ป่วยนิเวซ จำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ก่อนผ่าตัด ($M=15.53$, $SD=4.091$) มีความรู้เพิ่มมากกว่ากลุ่มไม่ทำให้การพยาบาลปกติ ($M=9.10$, $SD=2.916$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58)=7.013$, $p<.001$) กลุ่มที่ได้รับความรู้ก่อนผ่าตัดมีความปวดหลังผ่าตัด ($M=6.10$, $SD=0.758$) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การพยาบาลปกติ ($M=6.60$, $SD=0.723$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58)=2.611$, $p<.001$) และพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ($M=23.03$, $SD=3.249$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($M=5.96$, $SD=1.629$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58)=26.923$, $p<.001$)

Pira et al. (2013) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมดลูกต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิเวซที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก จำนวน 60 คน พบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพฟื้นหายหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิเวซ เพียง 1 เรื่อง (กัญญา แก้วมณี, 2556) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Intermediate recovery phase) ซึ่งเป็นระยะที่พบว่าผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัดและส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (Feldman, 2015) ดังการศึกษาของ Kathy (2003) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 15.4 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ

36.3 และ 7.7 ปัจจัยด้านอาการอ่อนล้า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลาง และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 23.1 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 47.3 และ 3.2 ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง โดยพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 82.4 และ 71.4 ตามลำดับ จึงไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ตามระยะที่กำหนด ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ได้แก่ 1) ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด การศึกษาของ Walker et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยที่รอคิวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาล ตติยภูมิภายใน 12 เดือน ต้องเข้ารับการรักษาอาการฉุกเฉิน 3.5 ครั้งต่อปี และจะมีความปวดมากขึ้นในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 61 ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การศึกษาของ Maggie et al. (2016) พบว่า ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30 Kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนโรพยาบาลนานมากกว่า 4 วัน ($p=.001$) 3) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การศึกษาของ Aziza and Rehab (2016) พบว่า มีความสัมพันธ์สูงกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความปวด และความเป็นอิสระทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 4) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การศึกษาของ Kain et al. (2000) พบว่า มีอำนาจทำนายอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (Beta=.30) มีอำนาจทำนายอาการปวดขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Beta=.54) และมีอำนาจทำนายอาการปวดเมื่อกลับบ้าน (Beta=.30) และ 5) การให้ความรู้ก่อนผ่าตัด การศึกษาของ Padma et al. (2017) พบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการปวดแผลผ่าตัดที่น้อยลงและพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$ และ $p<.001$) ปัจจัยดังที่กล่าวข้างต้น คาดว่ามีแนวโน้มส่งผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในประเทศไทย โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในระยะ Intermediate recovery phase ของ Lee et al. (2014) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแนวคิดของ (Lee, Tran, Mayo, Carli, & Feldman, 2014)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องและศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนิเวศ ที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิเวศที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (ตึกนวมินทร์ฯ ชั้น 8 และตึก 14 ชั้น 6) หอผู้ป่วยนิเวศกรรมพิเศษเดี่ยว (ตึกภูมิสิริฯ 23 โชนเอ) หอผู้ป่วยนิเวศกรรมพิเศษรวมและหอผู้ป่วยนิเวศกรรมสามัญ (ตึกภูมิสิริฯ 17 โชนบี) จำนวน 82 คน และในโรงพยาบาลราชวิถี จากหอผู้ป่วยนิเวศกรรมพิเศษเดี่ยว หอผู้ป่วยนิเวศกรรมพิเศษรวมและหอผู้ป่วยนิเวศกรรมสามัญ (ตึกสิรินธร ชั้น 7) จำนวน 27 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาล 109 คน โดยคุณสมบัติในเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นมะเร็ง 3) อยู่ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง 4) เป็นผู้มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยการกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพลปานกลาง ($F^2=.15$) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดตัวแปรทำนาย 5 ตัวแปรทำนาย เปิดตารางของ Cohen (1992) ได้กลุ่มตัวอย่าง 91 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (รัตติกาล ประพันธ์, 2555) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 109 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) จำแนกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้จำนวน 6 สังกัด (สำนักงานประกันสังคม, 2556) 1) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี 2) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี 3) สังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 4) สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 5) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ 6) สังกัดสภาอากาศไทย จำนวน 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย

2) สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 สังกัด จาก 6 สังกัด ในอัตราส่วน 1:3 ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มได้สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสภาอากาศไทย

3) สุ่มโรงพยาบาลในสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ สุ่มได้โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย

4) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย โดยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่งตามสัดส่วนของกลุ่มประชากร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 27 คน และจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย จำนวน 82 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 109 คน ทั้งนี้การคำนวณจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล คำนวณตามสัดส่วนของจำนวนประชากร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย	โรงพยาบาลราชวิถี
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา		
มดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (พ.ศ. 2559)	653	158
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=109)	82	27

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการชำระค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ลักษณะคำถามทั้งสองตอนมีทั้งแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เป็นข้อมูลเกี่ยวข้องกับการรักษา โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ระยะเวลาในการดมยาสลบระยะเวลาในการผ่าตัด จำนวนครั้งการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด เป็นแบบบันทึกช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนิเวศ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีหน่วยเป็นจำนวนเดือน โดยแบ่งระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดเป็น 2 ระยะ (ภาคภูมิ โพธิ์พงษ์, 2554) ดังนี้ 1) เฉียบพลัน 2) เรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (Body mass index : BMI) เป็นแบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553)

โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้ ดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (Kg)/ส่วนสูง (m)²

โดยมีเกณฑ์การแปลผลดัชนีมวลกาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ดังนี้ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.5 Kg/m²) น้ำหนักปกติ(BMI=18.5-22.9 Kg/m²) น้ำหนักเกินเกณฑ์ (BMI=23.0-24.9 Kg/m²) น้ำหนักเกินเกณฑ์มาก(BMI>24.9 Kg/m²)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้พัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของ Hamilton Health Sciences (2014) ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมระบบหายใจ จำนวน 3 ข้อ 2) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมระบบไหลเวียนโลหิต จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ช่วงคะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน

นานๆครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

บ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

เป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน

โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดน้อย คะแนนสูง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก โดยผู้วิจัยได้แบ่งการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดออกเป็น 3 ระดับ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539) ดังนี้ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดน้อย (0-8 คะแนน) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดปานกลาง (9-18 คะแนน) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก (19-27 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale :Thai HADS) พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ด้วยวิธี Back translation ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 ในส่วนที่ 2 ประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 คะแนน คำตอบแต่ละข้อ เป็นแบบ Likert scale คะแนน ในแต่ละข้อคำถามมีตั้งแต่ 0-3 โดยคะแนนรวมของแต่ละส่วน คือ 0-21 คะแนน ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาศึกษาเฉพาะส่วนที่ 1 เพื่อประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน

บ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

เป็นบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่มีเลย เท่ากับ 0 คะแนน

โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง วิตกกังวลน้อย คะแนนสูง หมายถึง วิตกกังวลมาก โดยแบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) ดังนี้ ปกติ (0-7 คะแนน) มีความวิตกกังวล (8-10 คะแนน) มีความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยพัฒนาแบบสอบถามจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้องของ จิราภรณ์ ทองดอนจุก (2556) ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ 2 ช่วงคะแนน ความหมายคะแนน ดังนี้

ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดน้อย โดยผู้วิจัยได้แบ่งระดับความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดออกเป็น 2 ระดับ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539) ดังนี้ มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดน้อย (0-5 คะแนน) มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมาก (6-10 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด (Quality of Recovery-9 : QoR-9) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Myles et al. (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม และคณะ (2549) ใช้สำหรับประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล และประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการฟื้นฟูเร็ว ประเมินการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดจาก 3 ระดับ เป็น 4 ระดับ ปรับคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8 และ 9 ให้เป็นข้อคำถามเชิงบวก และปรับคำถามข้อที่ 2 เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ มีความหมายคะแนนข้อ 1, 3, 4, 5 และ 6 ดังนี้

ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน

นานๆครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

บ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ประจำ เท่ากับ 3 คะแนน

ความหมายคะแนนข้อ 2, 6, 7 และ 8 ดังนี้

ไม่เคยเลย เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

บ่อยครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ประจำ เท่ากับ 0 คะแนน

โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การฟื้นฟูหลังผ่าตัดไม่ดี คะแนนสูง หมายถึงการฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี โดยผู้วิจัยได้แบ่งระดับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

การฟื้นฟูหลังผ่าตัดไม่ดี เท่ากับ 0-9 คะแนน

การฟื้นฟูหลังผ่าตัดปานกลาง เท่ากับ 10-18 คะแนน

การฟื้นฟูหลังผ่าตัดดี เท่ากับ 19-27 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษา ระดับมาตรฐาน และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์เฉพาะทางด้านการศึกษาผ่านกึ่งทางนรีเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวช 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็นมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) (Polit and Beck, 2004) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย
- 2 หมายถึง ต้องพิจารณาทบทวนและปรับปรุงข้อคำถามอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย
- 3 หมายถึง ต้องพิจารณาทบทวนและปรับปรุงข้อคำถามเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย

โดยเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความสอดคล้องของระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น คือ Content validity Index มีค่าระหว่าง 0-1.0 และค่าที่ยอมรับได้ คือค่า Content validity Index มีค่าอยู่ระหว่าง 0.70-0.80 (Davis, 1992; Selby-Harrington, Mehta, Jutsum, Riportella-Muller & Quade, 1994 cited in Grant & Davis, 1997) ผู้วิจัยนำชุดเครื่องมือวิจัยที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความคิดเห็นมาหาค่า Content validity Index ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของชุดแบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และการฟื้นฟูหลังผ่าตัด เท่ากับ 1.00, 1.00, 0.77, 1.00, 1.00 และ 0.77 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับความคิดเห็น 2 และ 3 ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและคงข้อคำถามไว้ให้มากที่สุดเนื่องจากสามารถตัดออกได้ในขั้นตอนต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและการปรับแก้ไข

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะในเรื่องการแบ่งระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามเกณฑ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ให้เพิ่มชนิดของการผ่าตัดที่ทำร่วมกับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และควรบันทึกจำนวนครั้งของการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ขณะผ่าตัดจนกระทั่งถึงระยะหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อเสนอแนะดังนี้ ปรับระดับรายได้ตามเกณฑ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพิ่มชนิดของการผ่าตัดที่ทำร่วมกับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องและเพิ่มการบันทึกการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ขณะผ่าตัดจนกระทั่งถึงระยะหลังผ่าตัด

2) แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ไม่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน

3) แบบประเมินดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน เสนอแนะให้ใช้เกณฑ์การประเมินดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก ผู้วิจัยไม่ได้ทำการปรับแก้ไข เนื่องจากเกณฑ์การวัดดัชนีมวลกายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) มีความเหมาะสมในการนำมาประเมินดัชนีมวลกายของคนไทยที่มี อายุ 18 ปีขึ้นไป

4) แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เรียงลำดับความสัมพันธ์และ Sequence ของข้อคำถาม และข้อคำถามข้อที่ 2 และ 3 มีความสอดคล้องกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการน้อยควรปรับแก้ไข และเสนอแนะให้ปรับแก้ค่านิยามเชิงปฏิบัติการ “การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด” ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ค่านิยามเชิงปฏิบัติการ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หมายถึง การขยับเขยื้อนร่างกาย การเคลื่อนไหวของทรวงอก การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การลุกนั่งและการลุกเดินจากเตียงมายังเก้าอี้ของผู้ป่วยในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

5) แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะในการเขียนค่านิยามเชิงปฏิบัติการว่าไม่ควรยกตัวอย่าง หรือขยายความมากเกินไป เนื่องจากอาจเกิดการทับซ้อนกับแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้ ผู้วิจัยได้ทำการปรับค่านิยามเชิงปฏิบัติการ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก ที่ผู้ป่วยมีต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามต่อชีวิตในระยะก่อนผ่าตัด เช่น วิตกกังวลในความรุนแรงของโรคที่เผชิญอยู่ หรือการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ โดยพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์

6) แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน

7) แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับข้อความข้อที่ 2 เนื่องจากมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการน้อย ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อความในข้อที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนรีเวช ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยหาความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด โดยผู้วิจัยหาความสัมพันธ์ในการวัดครั้งที่ 1 และ 2 (Test-retest) ของแบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนรีเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยทำการวัดซ้ำด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน ในคนเดียวกัน เว้นระยะห่างในการทำแบบสอบถามซ้ำ 2 ชั่วโมง แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson correlation ได้ค่า $r=.983$ ถือว่าระดับความเที่ยงของแบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ดี (Nunnally, 1978)

2) แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้วิธี KR-20 เพื่อหาความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นระดับ nominal level คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ลักษณะการให้คะแนนเป็น 0 หรือ 1 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนรีเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า KR-20 = .67

3) แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ผู้วิจัยใช้วิธีการหาค่า Cronbach's alpha coefficient เพื่อหาความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนรีเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient โดยมีเกณฑ์ในการวัดความสอดคล้องภายใน ดังนี้ Cronbach's α ระหว่าง .70-.80 ถือเป็นค่าที่ยอมรับ และ Cronbach's α ระหว่าง .80-.90 คือ ดี (DaVellis, 2012) โดยผู้วิจัยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ในแบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ได้ค่า Cronbach's $\alpha=.87$, .80 และ .80 ตามลำดับ ถือว่าแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด อยู่ในเกณฑ์ดี

4) แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยใช้วิธีการหาสังเกต (Inter-rater reliability) ซึ่งเป็นการบันทึกข้อมูลระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการบันทึกดัชนีมวลกายผู้ป่วยในบริเวณที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ในเวลาใกล้เคียงกัน โดยใช้สถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1) ดำเนินการขอรับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อรับการอนุมัติแล้ว ดำเนินการขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง

2) นำโครงการวิจัย และเครื่องมือวิจัย ชี้แจงต่อแพทย์เจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยในเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้เชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) เมื่ออาสาสมัคร สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลทั้งสิ้นและให้เซ็นยินยอมด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครในการสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาเวชระเบียนเพื่อทำการรวบรวมข้อมูล

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 6 ส่วน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และในระหว่างดำเนินการวิจัย หากพบอาสาสมัครมีความผิดปกติจากแบบทดสอบ เช่น วิตกกังวลสูง ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งให้อาสาสมัครได้รับทราบถึงภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และแนะนำให้ไปตรวจเพิ่มเติมกับแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆต่อไป

5) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน 109 คน โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 27 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 82 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งเครื่องมือการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล

ราชวิถี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ และให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 2) วิเคราะห์ปัจจัยด้านด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดกับการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 82 คน และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 27 คน รวม 109 คน ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นมะเร็ง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี อยู่ระหว่าง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม อายุ สถานภาพ การมีบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ
 รายได้ การชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนิเวศที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
 (n=109)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-29 ปี	3	2.8
30-39 ปี	34	31.2
40-49 ปี	60	55.0
50-59 ปี	12	11.0
อายุเฉลี่ย 41.92 ปี (SD= 6.175)		
สถานภาพ		
โสด	56	51.4
สมรส	53	48.6
การมีบุตร		
ไม่มี	90	82.6
มีบุตร	19	17.4
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	6	5.5
ปวช./ปวส.	2	1.8
อนุปริญญาตรี	2	1.8
ปริญญาตรี	98	89.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม อายุ สถานภาพ การมีบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การชำระค่ารักษาพยาบาล ของผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	3	2.8
ค้าขาย	3	2.8
ธุรกิจส่วนตัว	32	29.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36	33.0
พนักงานบริษัทเอกชน	35	32.1
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	6	5.5
10,001-15,000 บาท/เดือน	23	21.1
30,001-50,000 บาท/เดือน	71	65.1
50,000 บาท/เดือนขึ้นไป	9	8.3
การชำระค่ารักษาพยาบาล		
ชำระเงินเอง	55	50.5
บัตรประกันสุขภาพ	6	5.5
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	45	41.3
ประกันสังคม	3	2.8

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 51.4 ไม่มีบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 89.9 มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 36 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.1 ผู้ป่วยชำระค่ารักษาพยาบาลเองและใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 50.5 และ 45.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โรคประจำตัว ประวัติการเคยผ่าตัดบริเวณช่องท้องของผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด		
ไม่มี	15	13.8
มีตั้งแต่ 1-6 เดือน	64	58.7
มีตั้งแต่ 7-12 เดือน	24	22
มีมากกว่า 1 ปีขึ้นไป	6	5.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	103	94.5
มี 1 โรค	6	5.5
การเคยผ่าตัดบริเวณช่องท้อง		
ไม่เคย	92	84.4
เคย 1 ครั้ง	16	15.1
เคยมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	1	0.9

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องส่วนใหญ่ มีประวัติการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในระยะ 1-6 เดือนก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 58.7 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.5 และไม่เคยมีประวัติได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 84.4

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาในการดมยาสลบและการผ่าตัด จำนวนครั้งได้ยา

กลุ่มโอบิอออยด์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Myoma uteri	56	51.4
Adenomyosis	22	20.2
Endometriosis	17	15.6
Endometrial hyperplasia	12	11.0
Idiopathic abnormal uterine bleeding	1	0.9
อื่นๆ	1	0.9
ชนิดของการผ่าตัด		
TLH	65	59.6
TLH with lysis adhesion	18	16.5
TLH with BSO	20	18.3
TLH with SO	3	2.8
TLH ร่วมกับการผ่าตัดอื่นๆ	3	2.8
ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct)		
น้อยกว่า 30 %	3	2.8
30-37 %	45	41.3
มากกว่า 37 %	61	56
$(\bar{x} = 37.09, SD = 4.601)$		
ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด		
0-150 มิลลิลิตร	30	27.5
151-300 มิลลิลิตร	54	49.5
301-500 มิลลิลิตร	18	16.5
มากกว่า 500 มิลลิลิตร	7	6.4
$(\bar{x} = 249.373, SD = 151.9)$		

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาในการดมยาสลบและการผ่าตัด จำนวนครั้งที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดมยาสลบ		
40-90 นาที	10	9.2
91-120 นาที	31	28.4
121-150 นาที	68	62.4
$(\bar{x}) = 131.055, SD = 36.345$		
ระยะเวลาในการทำผ่าตัด		
40-90 นาที	23	21.1
91-120 นาที	61	56.0
121-150 นาที	25	22.9
$(\bar{x}) = 109.403, SD = 25.655$		
จำนวนครั้งของการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ (Fentanyl, Morphine, Pethidine)		
1-2 ครั้ง	69	63.3
มากกว่า 2 ครั้ง	40	36.7
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
1-2 วัน	71	65.1
3-4 วัน	38	34.9
$(\bar{x}) = 2.30, SD = .518$		

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค myoma uteri คิดเป็นร้อยละ 51.4 ชนิดของการผ่าตัดเป็น Total laparoscopic hysterectomy คิดเป็นร้อยละ 59.6 ระยะเวลาในการทำผ่าตัดระหว่าง 91-120 นาที คิดเป็นร้อยละ 56.0 ระยะเวลาในการดมยาสลบมากกว่า 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 62.4 ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนผ่าตัดมากกว่า 37% คิดเป็นร้อยละ 56.0 ปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดอยู่ระหว่าง 151-300 มิลลิลิตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

49.5 ส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดระหว่าง 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.3 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 1-2 วัน คิดเป็นร้อยละ 65.1

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และระดับของปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและระดับของปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (n=109)

ปัจจัยทำนาย	Range	Min	Max	\bar{x}	S.D	ระดับ
1. ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด (หน่วยเป็นเดือน)	24.00	0.00	24	13.11	8.30	เร็วถึง
2. ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	14.00	17.00	31.00	21.61	3.62	ปกติ
3. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	14.00	8.00	22.00	11.89	3.41	ปานกลาง
4. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	16.00	1.00	17.00	6.47	3.76	ปกติ
5. ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	6.00	4.00	10.00	8.73	1.78	มาก
6. การฟื้นฟูหลังผ่าตัด	15.00	9.00	24.00	17.36	3.09	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง (\bar{x} = 17.36, SD = 3.09) สำหรับปัจจัยทำนายการฟื้นฟูหลังผ่าตัดพบว่า ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดเป็นชนิดเร็วถึง (\bar{x} = 13.11, SD = 8.30) ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปกติ (\bar{x} = 21.61, 6.47 SD = 3.62, 3.76 ตามลำดับ) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 11.89, SD = 3.41) และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = 8.73, SD = 1.78)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อย	1.00					
2. ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	-.088	1.00				
3. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	-.057	-.005	1.00			
4. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	-.150	.159	-.193 [*]	1.00		
5. ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	.221 [*]	.097	.111	-.486 ^{**}	1.00	
6. การฟื้นฟูหลังผ่าตัด	.089	-.272 [*]	.375 ^{**}	-.649 ^{**}	.591 ^{**}	1.00

^{*} p < .05

^{**} p < .01

จากตารางที่ 7 พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ($r = -.272$, $p < .05$) และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($r = -.649$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ($r = .375$, $p < .01$) และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ($r = .591$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

นอกจากนี้ยัง พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ($r = .221$) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ($r = -.193$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($r = -.486$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression coefficient) จากปัจจัยด้าน ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ขั้น ที่	ปัจจัยทำนาย	R	R ²	adjusted R ²	R ² Change	F	p- value
1	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	.649	.421	.415	.421	77.740	.000
2	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	.723	.522	.513	.102	22.548	.000
3	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	.764	.584	.572	.061	15.458	.000
4	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	.803	.645	.632	.062	18.080	.000
F= 18.080 (p< .05)							

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด โดยตัวแปรแต่ละตัวสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05) ได้ร้อยละ 63.2

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Stepwise multiple regression) (n=109)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
1 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	-.295	.059	-.358	-5.163	.000
2 ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	.721	.118	.415	6.106	.000
3 การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	.237	.054	.261	4.378	.000
4 ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	-.220	.052	-.257	-4.252	.000
Constant	14.912	1.621		9.199	.000

R = .803 adjusted R² = .632 S.E. = 1.88

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณารูปแบบของคะแนนมาตรฐานแต่ละตัวแปรพบว่า ปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (Beta=-.358) รองลงมา คือ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด (Beta=.415) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Beta=.261) และ ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (Beta=-.257) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรสามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .803 (R=.803) มีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 1.88 (S.E.=1.88)

โดยสามารถสร้างสมการทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = 14.912 - .295X_1 + .721X_2 + .237X_3 - .220X_4$$

\hat{y} = การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

X_1 = ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

X_2 = ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

X_3 = การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

X_4 = ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\hat{y}} = -.358Z_{x1} + .415Z_{x2} + .261Z_{x3} - .257Z_{x4}$$

$Z_{\hat{y}}$ = การทำนายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

Z_{x1} = ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

Z_{x2} = ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

Z_{x3} = การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

Z_{x4} = ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

ทั้งนี้ ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีแนวโน้มทำนายหลังผ่าตัดได้ดี หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปกติ มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในระดับมาก มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องและศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อย ก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนรีเวช ที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนรีเวช ที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) จากสังกัด จำนวน 6 สังกัด โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ในอัตราส่วน 1:3 ได้ 2 สังกัด คือ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสภากาชาดไทย สุ่มสังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience simple) จำนวน 109 คน ตามคุณสมบัติในเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นมะเร็ง 3) หลังผ่าตัดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง 4) เป็นผู้มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการชำระค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ลักษณะคำถามทั้งสองตอนมีทั้งแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เป็นข้อมูลเกี่ยวข้องกับการรักษา โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ระยะเวลาในการดมยาสลบระยะเวลาในการผ่าตัด จำนวนครั้งการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด เป็นแบบสอบถามช่วงเวลาที่มีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยนรีเวช จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีหน่วยเป็นจำนวนเดือน โดยผู้วิจัยได้แบ่งระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดเป็น 2 ระยะ คือ 1) อาการปวดชนิดเฉียบพลัน 2) อาการปวดชนิดเรื้อรัง มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่า Test retest เท่ากับ .98

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (Body mass index : BMI) เป็นแบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) การแปลผล ดังนี้ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI < 18.5 \text{ Kg/m}^2$) น้ำหนักปกติ ($BMI = 18.5 - 22.9 \text{ Kg/m}^2$) น้ำหนักเกินเกณฑ์ ($BMI = 23.0 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$) น้ำหนักเกินเกณฑ์มาก ($BMI > 24.9 \text{ Kg/m}^2$) หาค่าความเที่ยงของแบบบันทึกด้วยสัมประสิทธิ์แคปปาได้ เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้พัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยในวิชาชีพที่ได้รับการผ่าตัดดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องของ Hamilton Health Sciences (2014) ข้อคำถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมระบบหายใจ จำนวน 3 ข้อ 2) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมระบบไหลเวียนโลหิต จำนวน 6 ข้อ รวม 9 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2539) ดังนี้ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดน้อย (0-9 คะแนน) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดปานกลาง (9-18 คะแนน) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก (19-27 คะแนน) ความเที่ยงของแบบสอบถามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า(Thai Hospital Anxiety and Depression Scale) พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์ และคณะ (2539) ด้วยวิธี Back translation ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1,3,5,7,9,11 และ 13 และในส่วนที่ 2 ประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาศึกษาเฉพาะส่วนที่ 1 เพื่อประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ (0-7 คะแนน) มีความวิตกกังวล (8-10 คะแนน) มีความผิดปกติ (11-21 คะแนน) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยพัฒนาแบบสอบถามจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยในวิชาชีพที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้องโดย จิราภรณ์ ทองคอนจุย (2556) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ คะแนนรวม 10 คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2539) ดังนี้ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดน้อย (0-5 คะแนน) ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดมาก (6-10 คะแนน) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า r เท่ากับ .67

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด (Quality of Recovery-9 : QoR-9) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Myles et al. (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มยิ้ม และคณะ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดจาก 3 ระดับ เป็น 4 ระดับ ปรับคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8 และ 9 ให้เป็นข้อคำถามเชิงบวก และปรับคำถามข้อที่ 2 เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ คะแนนรวม 27 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสุด, 2542) ดังนี้ การฟื้นหายหลังผ่าตัดไม่ดี (0-9 คะแนน) การฟื้นหายหลังผ่าตัดปานกลาง (9-18 คะแนน) การ

พื้นหายหลังผ่าตัดดี (19-27 คะแนน) ความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 2) วิเคราะห์ระดับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =17.367, SD=3.099)
2. ปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ร้อยละ 63.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

\hat{y}	=	$14.912 - .295X_1 + .721X_2 + .237X_3 - .220X_4$
\hat{y}	=	การฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
X_1	=	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
X_2	=	ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด
X_3	=	การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด
X_4	=	ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\hat{y}}$	=	$-.358Z_{X_1} + .415Z_{X_2} + .261Z_{X_3} - .257Z_{X_4}$
$Z_{\hat{y}}$	=	การฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง
Z_{X_1}	=	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
Z_{X_2}	=	ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด
Z_{X_3}	=	การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด
Z_{X_4}	=	ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง นำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=17.36$, $SD=3.09$) สามารถอธิบายได้จากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีอายุเฉลี่ย 41.92 ปี เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ อยู่ในวัยทำงาน สถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 51.4 จึงทำให้ผู้ป่วยนรีเวชใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆที่จะส่งผลกระทบต่อารดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในปัจจุบันผู้ป่วยนรีเวชที่จะเข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด มีการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ เช่น การตรวจเลือด ตรวจ X-ray ปอด ตรวจคลื่นหัวใจ และตรวจปัสสาวะ หากพบความ

ผิดปกติ เช่น มีภาวะซีด ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอาการต่างๆ เหล่านี้ก่อนการทำผ่าตัด กระทั่งร่างกายอยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติสามารถทำการผ่าตัดได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัด จึงส่งผลให้การฟื้นหายหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 89.9 ประกอบอาชีพข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ รองลงมา คือ พนักงานบริษัทเอกชน และธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.00 32.10 และ 32 ตามลำดับ มีรายได้อยู่ระหว่าง 30,001-50,000 บาทต่อเดือน และสามารถใช้อิสริสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจได้ ร้อยละ 41.3 จึงส่งผลให้ผู้ป่วยนรีเวชสามารถค้นคว้าหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพก่อนการผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ซึ่งพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปกติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดได้ค่อนข้างดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 94.5 ไม่มีประวัติการผ่าตัดบริเวณช่องท้องก่อนการผ่าตัดครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 84.4 มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 37.09 จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยนรีเวชก่อนเข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เนื่องจากการฟื้นหายหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกมาก ดังการศึกษาของพรรณทิพย์ เกียรติสิน (2553) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายใน เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย การสูญเสียเลือด โรคร่วม ความวิตกกังวล 2) ปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม ชนิดของการผ่าตัด การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ฯลฯ จึงส่งผลให้การฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา แก้วมณี (2556) ที่พบว่า คุณภาพการฟื้นหายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยนรีเวชที่ไม่เป็นเนื้อร้ายมีระดับการฟื้นหายหลังผ่าตัดในระดับดี (\bar{X} =169.25, SD=14.97)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

2.1 ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดสามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=-.257, p=.000) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (\bar{X} =21.61, SD=3.62) คิดเป็น

ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก (โรคอ้วน) คิดเป็นร้อยละ 18.3 และดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 17.4 ซึ่งดัชนีมวลกายแสดงถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ใน ระยะก่อนผ่าตัด โดยในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดร่างกายมีเมตาบอลิซึมมากกว่าในภาวะปกติ ร่างกายต้องใช้พลังงานในกระบวนการหายใจของแผลและกระบวนการอักเสบของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มี ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จะส่งผลให้ร่างกายมีเมตาบอลิซึมที่ไม่ปกติ ส่งผลต่อระบบการไหลเวียนและ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดลง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) จึงส่งผลให้การ พ้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลดลงผ่านกลไกทางหน้าท้องลำไส้ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 41.92 ปี สถานะภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 51.4 จึงเป็นกลุ่มที่ ดูแลสุขภาพตนเองได้ดี การที่พบว่าผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 17.4 นอกจาก ภาวะโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่อาจมีสาเหตุจากการออกกำลังกายร่วมด้วยจึงทำให้ พบว่า ดัชนีมวล กายก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลดลงผ่านกลไกทางหน้าท้อง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maggie et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่มีดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 4 วัน ($p=0.001$)

2.2 ปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดสามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วย หลังผ่าตัดลดลงผ่านกลไกทางหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Beta}=.261, p=.000$) กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมากจะส่งผลให้ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่มีการฟื้นหายหลังผ่าตัด ในระดับดี โดยการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หมายถึง การขยับเขยื้อน ร่างกาย การเคลื่อนไหวของทรวงอก การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การลุกนั่ง และการลุกเดินจากเตียง มานั่งเก้าอี้ของผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ การเคลื่อนไหวร่างกายเหล่านี้ มีผลกระตุ้นการทำงานของระบบการ หายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และยังส่งเสริมให้ระบบลำไส้เล็กกลับมาทำงานได้เร็วขึ้น (Hamilton Health Sciences, 2014) เนื่องจากผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดลดลงผ่านกลไกทางหน้าท้อง ได้รับการ ตมยาสลบแบบทั่วร่างกาย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อระบบการหายใจและส่งผลต่อการหยุดทำงานของ ลำไส้ชั่วคราวจากฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อ ในกระบวนการของการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย หาก ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย มีความเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะปอดแฟบ เป็นต้น ในขั้นตอนการทำผ่าตัดลดลงผ่านกลไกทางหน้าท้อง มีการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย ทำให้ในช่องท้องมีความดันเพิ่มสูงขึ้นมาก ส่งผลต่อหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณขาให้ถูกกดด้วยความดันที่มากขึ้นและหากผู้ป่วยนอนท่าเดียว นานๆ จะส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายไม่ดี นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

ยังสามารถกระตุ้นให้ลำไส้เล็กกลับมาเริ่มทำงานได้เร็วขึ้น ช่วยป้องกันภาวะท้องอืดที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=11.89$, $SD=3.41$) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดตามกลไกผ่านกลไกทางหน้าท้องในระดับปานกลางค่อนข้างดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Aziza and Rehab (2016) พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดร่วมกับการประคบอุ่นบริเวณไหล่ในผู้ป่วยนิเวหลังผ่าตัดผ่านกลไกทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดในมิติด้านร่างกาย จิตใจ ความปวด ความเป็นอิสระทางกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

2.3 ปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสามารถทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามกลไกผ่านกลไกทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=-.358$, $p=.000$) กล่าวได้ว่า ขณะเกิดความวิตกกังวลร่างกายจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสารสื่อประสาท เช่น ซีโรโทนิน ออกมามากกว่าในภาวะปกติ ส่งผลให้เกิดอาการทางกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ และหงุดหงิด การผ่าตัดตามกลไกหรือผ่าตัดตามกลไกร่วมกับการผ่าตัดรังไข่ในผู้ป่วยนิเว มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นหญิง (Yasmin, 2005) โดยผลจากความวิตกกังวลส่งผลให้ต้องใช้ยาในการนำสลบขณะทำผ่าตัดและต้องใช้ยาแก้ปวดในปริมาณที่มากขึ้นในระยะหลังผ่าตัด (Ip, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยานำสลบขณะทำผ่าตัด และได้รับยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัดที่มากขึ้นย่อมส่งผลให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ช้า ฉะนั้น ผู้ป่วยนิเวที่มีระดับความวิตกกังวลมากจึงมีแนวโน้มที่จะมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามกลไกผ่านกลไกทางหน้าท้องที่ไม่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Chui and Gin (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้อยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำ ร่างกายสามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น ผู้ป่วยกลับมาทำงานได้เป็นปกติเร็วขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้และสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของสรารุณี สีถาน (2557) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.321$, $p<.01$)

2.4 ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดสามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=.415, p=.000$) กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในระดับที่มากจะส่งผลให้มีการฟื้นหายหลังผ่าตัดดี โดยความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยนรีเวชมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนว่าต้องมีการเตรียมตัวอย่างไร ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและในระยะหลังการผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจะช่วยลดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชได้ ซึ่งการขาดความรู้ในเรื่อง โรค ชนิดการผ่าตัด การปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัว (Smelter, 2008) ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องมีระดับความรู้ในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=8.834, SD=1.843$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.92 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 89.9 อาจส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้มากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Padma et al. (2017) พบว่า การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดส่งผลพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oetker-Black et al. (2003) พบว่า การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดได้ โดยมีผลช่วยลดการติดเชื้อที่เกิดจากระบบทางเดินหายใจ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณปอดและขา ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ พบว่า ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดไม่สามารถทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดแบบเรื้อรัง ($\bar{X}=13.11, SD=8.30$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดในระยะเวลา 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.0 รองลงมา คือ มีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดในระยะเวลา 13-24 เดือน และปวดท้องน้อยในระยะเวลา 4-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.0 และ 22.0 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นอาการปวดท้องน้อยแบบเรื้อรัง (ภาคภูมิโพธิ์พงษ์, 2554) โดยอาการปวดท้องน้อยแบบเรื้อรังพบสาเหตุของโรคส่วนใหญ่ไม่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการปวดที่ไม่รุนแรง ปวดเป็นช่วงๆไม่สม่ำเสมอ มีอาการปวดต่อเนื่องในระยะเวลา 3-6 เดือน สาเหตุส่วนใหญ่คือ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่ ซีสต์โกแลตซีสต์ อาการปวดมีผลรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การนอนหลับ การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจบรรเทาอาการปวดด้วยยาแก้ปวด ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีระดับความ

เข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนผ่าตัดมากกว่า 37% คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมา คือ 30-37% คิดเป็นร้อยละ 41.3 (\bar{X} =37.09, SD=4.601) จึงทำให้การฟื้นฟูหายใจหลังผ่าตัดของผู้ป่วยค่อนข้างดี แม้ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยกว่าก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน จึงส่งผลให้ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยกว่าก่อนผ่าตัด ไม่สามารถทำนายการฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยนิ่วในท่อไตเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในระยะเวลา 12 เดือน จะมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 33 และต้องเข้ารับการรักษาอาการฉุกเฉินเฉลี่ย 3.5 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน และผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากขึ้นในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดร้อยละ 61

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องได้ร้อยละ 63.2 (Adjust R^2 =.632) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องที่เหลืออีกร้อยละ 36.8 อาจเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้ พบว่า การฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้การฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องให้อยู่ในระดับดี โดยการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะเวลาหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องให้มากขึ้น ทั้งนี้การจัดกิจกรรมอาจกระทำได้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายในระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยปัจจัยด้านความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีความสามารถในการทำนายการฟื้นฟูหายใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องสูงสุด รองลงมา คือ ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับผู้ป่วยเข้ามาทำผ่าตัด และพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาหลังผ่าตัด ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหายใจหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการจัดการกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะก่อน

ผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุม และมีการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว ทั้งนี้โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่จัดขึ้นควรคำนึงถึงผู้ป่วยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามดุลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในระดับที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลอง โดยมีการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามดุลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง ในเรื่องการลดความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในด้านการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะหลังผ่าตัด การฝึกปฏิบัติการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน-ขา เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และฝึกเทคนิคการลุกนั่งและยืนเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และควรส่งเสริมด้านภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัด

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมที่คาดว่าจะส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามดุลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร หมูพยัคฆ์. (2551). บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 26(1), 33-45.
- กัญญา แก้วมณี, ศิริอร สีนธู, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และประสงค์ ตันมหาสมุทร. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นฟู 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางหน้าท้องในผู้ป่วยนิ่วซึ่งเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 3(31), 48-56.
- กิตรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาทิบาล, อรรถพล ใจชื่น และธันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์. (2560). ตำรานิ่วเวชวิทยา (ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บริษัท เอ พี ลิฟวิ่ง จำกัด.
- โกวิทย์ คำพิทักษ์. (2552). การผ่าตัดผ่านกล้องทางนิ่ว. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- จิราภรณ์ ทองดอนจุย. (2556). การดูแลผู้ป่วยนิ่วที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศิริราช, 6(1), 35-43.
- ชญานิศ อภิรักษ์วิริยะ. (2560). การผ่าตัดผ่านกล้อง "Patient selection, preoperative management and operative room set up". กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2539). สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนา.
- ชัยสิริก จิวระนงพร. (2558). เนื้องอกมดลูก (MYOMA UTERI). สืบค้น 19 ส.ค. 2560 จาก <http://www.becomemom.com/content/160>
- โช่สกุล บุญยะวิโรจ. (2559). บทความสุขภาพ "โรคทางนิ่วหากู้ทันก็ป้องกันได้. สืบค้น 22 ก.ค. 2560 จาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/โรคทางนิ่ว>
- ดำรงตรี สุโกศล. (2560). การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง "infomemed consent and Legal aspect". กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศน์วรรณ รั้งรักษ์ศิริวร. (2560). การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง "Basic steps in Total Laparoscopic Hysterectomy". กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- ฉันทรัตน์ วงศ์วานานุกัษ และสุธี สังขรัตน์. (2554). ตำรานรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล "เนื่องอกมดลูกที่ไม่ใช่มะเร็ง". กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ธิดา จิมอาษา, ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล, วรณัฐ แต่ศิริ, เบญจสิลา เกตุคล้าย, วราภรณ์ เชื้ออินทร์ และ มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์. (2557). การสร้างแนวทางป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลัง ผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิสัญญีสาร, 40(2).
- นงนุช หอมเนียม. (2557). บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6, 234-249.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (2553). ตำราพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: บริษัท วิ.พี.เอ็นท์ (1991).
- ประคอง วรรณสุต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2558). การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, มกราคม-มิถุนายน, 1-19.
- ปวงกมล กฤษณบุตร, อรวรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไอรมนรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรก. วารสารสภาการพยาบาล, 27(1), 39-48.
- ปวีตร สุจริตพงศ์ และพงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์. (2554). ตำรานรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล "การผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง". กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พงษ์เกษม วรเศรษฐ์สิน. (2560). การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง "Total laparoscopic hysterectomy & Radical hysterectomy : A comprehensive surgical guide". กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. (2548). การผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, จุฬาลักษณ์ สุวรรณทินประภา, กาญจนา อุปปัญ, โอวตื้อ แซ่เซียว, เฉลิมศรี สรสิทธิ์ และวาสนา ศรศักดิ์ดา. (2549). ผลการระงับปวด

- ระหว่าง continuous epidural bupivacaine-morphine และ intravenous patient controlled analgesia ต่อระดับคุณภาพการฟื้นหายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่วนบน. ศรีนครินทร์เวชสาร, 21(4), 267-274.
- พรทิพย์ ศุภมณี, สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยดุชฎีกุล และพีรพงศ์ อินทศร. (2556). ปัจจัยทำนาย ระยะเวลาการฟื้นหายหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกหน้าท้อง. *Journal of Nursing Science*, 31(4), 45-54.
- พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2553). การฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2), 87-99.
- ภาคภูมิ โพธิ์พงษ์. (2554). ภาวะปวดท้องน้อย. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน. (2557). การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความ วิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี การประชุมวิชาการ มหาสารคามวิจัย*, ครั้งที่ 10, 419-428.
- รัตติกาล ประพันธ์. (2555). การประมาณค่าสูญหายในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติ)*. คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร ศาสตร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณุช ฤทธิธรรม และสมพร ชีโนรส. (2555). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2), 75-87.
- วริตา ชัยอรุณดีกุล. (2559). ยาดมสลบ; ตำราพื้นฐานวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิไลลักษณ์ พงษ์โสภาน. (2555). สุขวิทยาจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรีนท์ (1991) จำกัด.
- วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, มณี รัตนไชยานนท์, ประสงค์ ต้นมหาสมุทร, มงคล เบญจาทิบาล, & ไอริน เรือง ขจร. (2556). ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2560). จำนวนผู้ป่วยนรีเวชที่ผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ทางหน้าท้อง. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลราชวิถี. (2560). จำนวนผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่าน กล้องทางหน้าท้อง. โรงพยาบาลราชวิถี.

- ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ ภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 6(2), 1-11.
- สกล มนุสุข, คมสันต์ สุวรรณภักษ์, กรณ์กาญจน์ ภมรประวัตินัน และชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2555). ประสิทธิภาพและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดผ่านกล้อง ในการรักษาโรคทางนรีเวช ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ : ประสบการณ์ 10 ปี. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 13(1), 29-35.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, (2556). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2560) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดช่องท้อง. มจฉ. วิชาการ, 20(40), 101-113.
- สรารุณี สีถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และรัชชชัย อัครวิพุธ. (2557). ปัจจัย ทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารสภาการพยาบาล, 29(2), 21-35.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). โรคกังวลและเวชปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เรืองแก้วการพิมพ์.
- สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย. (2555). มะเร็งปากมดลูกป้องกันได้ไม่ยาก. สืบค้น 22 ก.ค. 2560 จาก <http://www.tgcsthai.com/dataview.php?id=240&code=KP>
- สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). มะเร็งปากมดลูก ภัยคุกคามสุขภาพผู้หญิง. สืบค้น 22 ก.ค. 2560 จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content>
- สำนักงานประกันสังคม. (2556). รายชื่อสถานพยาบาลตติยภูมิระดับสูง และตติยภูมิเฉพาะทางของ สำนักงานประกันสังคม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพงศ์ อำพันวงศ์. (2559). ผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องจะทำให้เป็นวัยทองหรือไม่ สืบค้น 22 ก.ค. 2560 จาก <https://www.dailynews.co.th/article/527381>
- หทัย ถิ่นธารา. (2546). การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อรรวรรณ โตสิงห์. (2558). เครื่องมือประเมินผู้ป่วยศัลยกรรม สืบค้น 8 ก.ค. 2560 จาก <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/km/index>

อรุณทัย ศิริอิศวรกุล, นฤนาท โลมะรัตน์, น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ฤชิตา สำราญ
 กิจดำรงค์, กุสุมา บัวชัย และพุทธชาติ แสงตะวัน. (2555). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อ
 ความปวดภายใน 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก. *วิสัญญีสาร*, 38(2), 118-129. .
 ภาษาอังกฤษ

Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). *Postoperative recovery: A concept analysis* (Vol. 57).

Allvin, R. (2009). *Postoperative recovery : development of a multi-dimensional questionnaire for assessment of Recovery*. (32 Doctoral thesis, comprehensive summary), Örebro universitet, Örebro. Retrieved from
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-7731> DiVA database.

Atkinson, T. M., Giraud, G. D., Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., . . . Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 177, 67-71.

Aziza, I. M., & Rehab, M. AE., (2016). Heating Pads and Early Mobilization for reducing Postoperative Shoulder Pain and enhancing Recovery of Women undergoing Gynecological Laparoscopic Surgery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(1), 10-16.

Bernier, M.J., Sanares D.C., Owen, S.V., & Newhouse P.L. (2003). Preoperative Teaching Received and Valued in a Day Surgery Setting. *AORN Journal*, 77(3), 563-582. doi:doi:10.1016/S0001-2092(06)61250-7.

Buttenschoena, K., Fathimania, K., & Carli, D. (2010). Effect of major abdominal surgery on the host immune response to infection. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 23, 259-267.

Canavarró, K. (1946). Early Postoperative Ambulation. . *Annals of Surgery*, 124(2), 180-181.

Choi, J. B., Kang, K., Song, M. K., Seok, S., Kim, Y. H., & Kim, J. E. (2016). Pain Characteristics after Total Laparoscopic Hysterectomy. *Int J Med Sci*, 13(8), 562-568. doi:10.7150/ijms.15875

Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 12(1), 155-159.

- DeVellis, R. F. (2012). Scale development: Theory and applications. *Thousand Oaks, Calif: SAGE*.
- Elgi , M., & Lekha, V. (2017). To study the effectiveness of self-instructional module on knowledge and selected outcome among women undergoing hysterectomy in a tertiary care hospital in South India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 6, 100-105.
- Eva , M., Sommer, Angela , B., Gillian, R., Jane, G., Dame V., B., & Kate, C. (2014). Effects of obesity and hormone therapy on surgically-confirmed fibroids in postmenopausal women. *Eur J Epidemiol*, 30, 493–499.
- Feldman, L. S., Lee, L., & Fiore, J. (2015). , 62(2), . (2015). What outcomes are important in the assessment of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathways? . *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 62(2), 120-130 doi: 110.1007/s12630-12014-10263-12631.
- Fuentes, M. N., Rodríguez-Oliver, A., Naveiro Rilo, J. C., Paredes, A. G., Aguilar Romero, M. T., & Parra, J. F. (2014). Complications of Laparoscopic Gynecologic Surgery. *JLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 18(2), e2014.00058. doi: 00010.04293/JLS.02014.00058.
- Harding, M. (2017). Pelvic Pain in Women. Retrieved from <https://patient.info/health/pelvic-pain-in-women>
- Hamilton Health Sciences. (2014). Your guide to recovery "information about gynecology surgery at Hamilton Health Sciences. Retrieved from <http://hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/GynecologySurg-lw.pdf>
- Hoffmann, H., & Kettelhack, C. (2012). Fast-Track Surgery – Conditions and Challenges in Postsurgical Treatment: A Review of Elements of Translational Research in Enhanced Recovery after Surgery. *European Surgical Research*, 49(1), 24-34.
- Kain, Z. N., Sevarino, F., Alexander, G. M., Pincus, S., & Mayes, L. C. (2000). Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy: A repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(6), 417-422. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00189-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00189-6)

- Kajal, S., Dalal, S., & Chellam, P., Toal,. (2015). Anaesthesia information booklet: Is it better than a pre-operative visit. *Indian J Anaesth*, 59(8), 511-513.
- Kalogera, E., Bakkum-Gamez, J. N., Jankowski, C. J., Trabuco, E., Lovely, J. K., Dhanorker, S., & Dowdy, S. C. (2013). Enhanced Recovery in Gynecologic Surgery. *Obstetrics and gynecology*, 122(201).
doi:10.1097/AOG.0b013e31829aa780.
- Kathy J, H. (2003). *Postoperative Recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery* (Vol. 18).
- Katz, S., Down, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30.
- Katz, S., Down, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30.
- Kikuchi, I., Takeuchi, H., Shimanuki, H., Kitade, M., Kumakiri, J., Kuroda, K., & Takeda, S. (2007). Questionnaire Analysis of Recovery of Activities of Daily Living After Laparoscopic Surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 15(1), 16-19. doi:10.1016/j.jmig.2007.08.606
- Kluiters, K. B., Riphagen, I., Vierhout, M. E., Brölmann, H. A. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Systematic review on recovery specific quality-of-life instruments *Surgery*, 143(2). doi:10.1016/j.surg.2007.08.017
- Krikri, A., Alexopoulos, V., Zoumakis, E., Katsaronis, P., Balafas, E., Kouraklis, G., & Skalkeas, G. (2013). Laparoscopic vs. open abdominal surgery in male pigs: marked differences in cortisol and catecholamine response depending on the size of surgical incision. *Hormones (Athens, Greece)*, 12(2), 283-291.
- Kurz A., & Sessler DI. (2003). Opioid-induced bowel dysfunction: pathophysiology and potential new therapies. *Drugs*, 63(7), 649-671.
- Lee, A., Chui, P. T., & Gin, T. (2003). Educating Patients About Anesthesia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Media-Based Interventions. *Anesthesia & Analgesia*, 96(5), 1424-1431.
doi:10.1213/01.ane.0000055806.93400.93

- Lee, L., Tran, T., Mayo, N. E., Carli, F., & Feldman, L. S. (2014). What does it really mean to "recover" from an operation? *Surgery*, *155*, 2, 211-216.
doi:10.1016/j.surg.2013.10.002
- Luis, G.-P., Maria, C., Gabriela, S., & Fernando, A., . . (2016). Quality of recovery after anaesthesia measured with QoR-40: a prospective observational study. *Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia*, *66*(4), 369-375.
- Lumsden, M. A., Twaddle, S., Hawthorn, R., Traynor, I., Gilmore, D., Davis, J., & Walker, J. J. (2000). A randomised comparison and economic evaluation of laparoscopic-assisted hysterectomy and abdominal hysterectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *107*(11), 1386-1391.
doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11653.x
- Madsen, M. V., Istre, O., Staehr-Rye, A. K., Springborg, H. H., Rosenberg, J., Lund, J., & Gätke, M. R. (2016). Postoperative shoulder pain after laparoscopic hysterectomy with deep neuromuscular blockade and low-pressure pneumoperitoneum: A randomised controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, *33*(5), 341-347. doi:10.1097/eja.0000000000000360
- Mark, M. (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(1-2), 225-237. doi:doi:10.1111/jocn.13375
- Maggie, T., Stella, O., Sauhang, P., Susan, S., Joshua, F., & Chaur-Dong, H. (2016). Correlation Between Body Mass Index and Length of Hospital Stay in Women Who Undergo Abdominal Hysterectomy. *Journal Gynecol Surg*, *32*(2), 96-98.
- Manar, Z. E., & Amal, I. S. (2015). Psychological problems, Concerns and Beliefs in Women Undergoing Hysterectomy. *Journal of Nursing and Health Science*, *4*(6), 48-57.
- Mavros, M. N., Athanasiou, S., Gkegkes, I. D., Polyzos, K. A., Peppas, G., & Falagas, M. E. (2011). Do Psychological Variables Affect Early Surgical Recovery? *PLoS ONE*, *6*(5), e20306. doi:10.1371/journal.pone.0020306
- Mayo clinic. (2018). Symptom pelvic pain. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/symptoms/pelvic-pain/basics/definition/sym-20050898>

- Meredith, W. (2007). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Mainc Health, 2*.
- Modesitt, S. C., Sarosiek, B. M., Trowbridge, E. R., Redick, D. L., Shah, P. M., Thiele, R. H., & Hedrick, T. L. (2016). Enhanced Recovery Implementation in Major Gynecologic Surgeries: Effect of Care Standardization. *Obstetrics & Gynecology, 128*(3), 457-466. doi:10.1097/aog.0000000000001555
- Mordiffi, S., Peng Tan, S., & Kin Wong, M. (2003). *Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed* (Vol. 77).
- Myles, P. S., Hunt, J. O., Nightingale, C. E., Fletcher, H., Beh, T., Tanil, D., & Ponsford, J. L. (1999). Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg, 88*(1), 83-90.
- Myles, P. S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth, 84*(1), 11-15.
- Myriokefalitaki, E., Smith, M., & Ahmed, A. S. (2016). Implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynaecological oncology. *Arch Gynecol Obstet, 294*(1), 137-143. doi:10.1007/s00404-015-3934-4
- Nahal, R., Ahmed, W., & Mehak, J. (2015). Post-operative anxiety, depression and psychiatric support in patients undergoing hysterectomy: A cross sectional survey. *Journal Of Pakistan Medical Association, 65*(4), 443-445.
- Nelson, G., Altman, A. D., Nick, A., Meyer, L. A., Ramirez, P. T., Ahtari, C., & Dowdy, S. C. (2016). Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part II. *Gynecologic Oncology, 140*(2), 323-332. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.12.019>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oetker-Black, S. L., Jones, S., Estok, P., Ryan, M., Gale, N., & Parker, C. (2003). Preoperative Teaching and Hysterectomy Outcomes. *AORN Journal, 77*(6), 1215-1231. doi:[https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60983-6](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60983-6)

- Padma P., S., Roach, E. J., & Lobo, D. J. (2017). Effectiveness of pre-operative instruction on knowledge, pain, and selected post-operative behaviours among women undergoing abdominal hysterectomy in selected hospital, Bangalore, Karnataka. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 3(1), 3-9.
- Persson, P., & Kjolhede, P. (2008). Factors associated with postoperative recovery after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 140, 108-113.
- Pierre, S., & Whelan, R. (2013). Nausea and vomiting after surgery. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 13(1), 28-32.
- Pira, P., & Roach, E. J. (2013). Effect of pre-operative instruction on anxiety among women undergoing abdominal hysterectomy. *Nurs Journal India*, 104(6), 245-248.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). Principles and methods (7th ed.) Philadelphia. *Lippincott, Williams, & Wilkins*.
- Putwatana, P., Reodecha, P., Sirapo-ngam, Y., Lertsithichai, P., & Sumboonnanda, K. (2005). Nutrition screening tools and the prediction of postoperative infectious and wound complications: comparison of methods in presence of risk adjustment. *Nutrition*, 21(6), 691-697. doi:10.1016/j.nut.2004.10.015
- Radosa, J. C., Radosa, C. G., Mavrova, R., Wagenpfeil, S., Hamza, A., Joukhadar, R., & Radosa, M. P. (2016). Postoperative Quality of Life and Sexual Function in Premenopausal Women Undergoing Laparoscopic Myomectomy for Symptomatic Fibroids: A Prospective Observational Cohort Study. *PLOS ONE*, doi: e0166659. doi: 10.1371/journal.pone.0166659
- Read, M., & James, M. (2002). Immediate postoperative complications following gynaecological surgery. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 4(1), 29-35. doi:10.1576/toag.2002.4.1.29
- Riaz, S. A., Ahmadi, M., & Mortazavi, S. M. (2014). Predictors of Anxiety and Depression Among Women With Vaginal Bleeding Referred to Gynecology Clinic During Hajj 2011. *Iran Red Crescent Med J*, 16(11), e12855. doi: 10.5812/ircmj.12855

- Rouzier, R., & Pomel, C. (2005). Update on the role of laparoscopy in the treatment of gynaecological malignancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 17(1), 77-82.
- Samnani, S. S., Umer, M. F., Mehdi, S. H., & Farid, F. N. (2014). Impact of Preoperative Counselling on Early Postoperative Mobilization and Its Role in Smooth Recovery. *International Scholarly Research Notices*, 2014, 5.
doi:10.1155/2014/250536
- Sawsan, A.-S., Retrieved from. (2017). Study: Patients Use Only About Half of Opioids Prescribed After Hysterectomy. . Retrieved from <https://labblog.uofmhealth.org/rounds/study-patients-use-only-about-half-of-opioids-prescribed-after-hysterectomy>
- Selby-Harrington, M. L., Mehta, S. M., Jutsum, V., Riportella, M., & Quade, D. (1994). Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journals, 1989. *Journal of Professional Nursing*, 10(1), 47-56.
- Sepeedeh, S., & Amitabha, M. (2012). Innovations in the Care of Postoperative Hysterectomy Patients. *East Lancashire NHS Trust, Lancashire, United Kingdom*.
- Shehmar, M., & Gupta, J. K. (2010). The influence of psychological factors on recovery from hysterectomy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 103(2), 56-59.
doi:10.1258/jrsm.2009.090198
- Shinn, H. K., Lee, M. H., Moon, S. Y., Hwang, S.-I., Lee, C. S., Lim, H. K. & Song, J.-H. (2011). Post-operative nausea and vomiting after gynecologic laparoscopic surgery: comparison between propofol and sevoflurane. *Korean Journal of Anesthesiology*, 60(1), 36-40. doi:10.4097/kjae.2011.60.1.36
- Shrestha, K. D. (2014). Patients' Perception towards Post Operative Pain Management in a Tertiary Hospital. *Journal of Institute of Medicine*, 36(1), 43-49.
- Siam, S. (2014). Gynecologic laparoscopy and reproductive failure: Review of 4103 infertile Egyptian women. *Middle East Fertility Society Journal*, 19(2), 102-106.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2013.05.011>

- Simin, A., Eissa, B., Solmaz F., & Faraji-Azad, H. (2017). Postoperative Nausea and Vomiting Prophylaxis with Ondansetron in Diagnostic Gynecologic Laparoscopy: Preemptive versus Preventive Method. *Advances in Reproductive Sciences*, 2017(5), 1-9.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). The state-trait anxiety inventory: test manual. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists, 22. .
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment *Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.*, 292-321.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.*
- Steward, D. J., & Volgyesi, G. (1978). Stabilometry: A new tool for the measurement of recovery following general anaesthesia for out-patients. *Canadian Anaesthetists' Society Journal*, 25(1), 4-6. doi:10.1007/bf03006775.
- Sudhev, S. (2011). Laparoscopic Hysterectomy versus Total Abdominal Hysterectomy: A Retrospective Comparative Study. *Department of Obstetrics and Gynecology, Somdejprasangkharaj 17th Hospital, Suphanburi, Thailand*, 94(1), 8-16.
- Torbe, E., Crawford, R., Nordin, A., & Acheson, N. (2013). Enhanced recovery in gynaecology *The Obstetrician & Gynaecologist*, 15(4), 263-268. doi:10.1111/tog.12061
- Valerie, R., & Andrew, M. (1982). Psychological preparation for surgery: A comparison of methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(4), 271-280. doi:doi:10.1111/j.2044-8260.1982.tb00565.x
- Walker, S., Hopman, W., E. Carley, M., Mann, E., & Vandenkerkhof, E. (2016). *Healthcare Use for Pain in Women Waiting for Gynaecological Surgery* (Vol. 2016).

- WHO. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. *Report a WHO Expert Committee.WHO Technical Report Series 854.Geneva : Word Health Organization.*
- Wolinsky, F. D., Coe, R. M., McIntosh, W. A., Kubena, K. S., Prendergast, J. M., Chavez, M. N., & Landmann, W. A. (1990). Progress in the development of a nutritional risk index. . *J Nutr, 120 Suppl 11, 1549-1553.*
- Zigmond AS., & Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand, 67, 361-370.*





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.พญ. ทศน์วรรณ รัชรักษศิริวร อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. พญ. อนัญญา ยันตพันธ์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี
3. ผศ.ดร. ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
4. นางสาวผกาณูจิตต์ เลิศคุณ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
แผนกนรีเวชกรรม (Pre admission)
5. นางสาวนภาพร คุ่มใจดี พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
แผนกนรีเวชกรรม (หอผู้ป่วยใน)





ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าคำตอบที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

1. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

2. สถานภาพ

โสด สมรส หย่าร้าง หม้าย อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

3. ท่านมีบุตรหรือไม่

ไม่มี

มี (กรุณาตอบคำถามต่อด้านล่าง)

ท่านมีบุตรจำนวน.....คน (รวมทั้งบุตรที่มีชีวิตอยู่และไม่มีชีวิตอยู่)

คนที่ 1 คลอดโดยวิธี คลอดปกติ ผ่าตัดคลอด อื่นๆ.....

คนที่ 2 คลอดโดยวิธี คลอดปกติ ผ่าตัดคลอด อื่นๆ.....

คนที่ 3 คลอดโดยวิธี คลอดปกติ ผ่าตัดคลอด อื่นๆ.....

4. ระดับการศึกษา

ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ปวช./ปวส.

ระดับอนุปริญญา ระดับปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

รับจ้างทั่วไป แม่บ้าน ค้าขาย

ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ/วิสาหกิจ อื่น ๆ.....

6. รายได้

ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน 10,001-15,000 บาท/เดือน

15,001-30,000 บาท/เดือน 30,001-50,000 บาท/เดือน

50,000 บาท/เดือนขึ้นไป

7. การชำระค่ารักษาพยาบาลของท่าน

ชำระเงินเอง บัตรประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

ประกันสังคม อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อมูลภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าคำตอบที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

1. ท่านมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดก่อนผ่าตัดหรือไม่ เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอยหรือมีประจำเดือนออกมากผิดปกติ

ไม่เคย

เคย ท่านมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดมานาน.....ปี.....เดือน

2. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มี

มี (กรุณาตอบคำถามต่อด้านล่าง)

ได้แก่ โรคหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูง

โรคไขมันในเลือดสูง

โรคโลหิตจาง/ซีด

โรควิตกกังวลสูง

โรคอื่นๆ โปรดระบุ.....

3. ก่อนเข้ารับการผ่าตัดครั้งนี้ท่านเคยได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย

เคย (กรุณาตอบคำถามต่อด้านล่าง)

ท่านเคยได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องก่อนการผ่าตัดครั้งนี้ จำนวน.....ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผ่าตัดด้วยโรค.....ผ่านมาแล้ว.....ปี.....เดือน

ครั้งที่ 2 ผ่าตัดด้วยโรค.....ผ่านมาแล้ว.....ปี.....เดือน

ครั้งที่ 3 ผ่าตัดด้วยโรค.....ผ่านมาแล้ว.....ปี.....เดือน

ตอนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยลงในช่องว่างด้านล่างให้ครบถ้วน

1. ชื่อการวินิจฉัยโรค

- Myoma uteri
- Adenomyosis
- Endometriosis
- Endometrial hyperplasia
- Idiopathic abnormal uterine bleeding
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. ชื่อการผ่าตัด

- TLH
- TLH with Lysis Adhesion
- TLH with BSO
- TLH with SO
- อื่นๆโปรดระบุ TLH with

3. ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ก่อนผ่าตัด%

4. ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด.....มิลลิลิตร

5. ระยะเวลาในการดมยาสลบ นาที

6. ระยะเวลาในการทำผ่าตัด นาที

7. ยากลุ่มโอปิออยด์ที่ผู้ป่วยได้รับขณะทำผ่าตัดและหลังการทำผ่าตัด(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- Fentanyl ได้รับจำนวนครั้ง
- Morphine ได้รับจำนวนครั้ง
- Pethidine ได้รับจำนวนครั้ง

8. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน

(รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่.....จำหน่ายวันที่.....)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามนี้ โดยเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหน้าข้อความตามประสบการณ์จริง ว่าท่านเคยมีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดหรือไม่ (เช่น ปวดท้องน้อยขณะมีประจำเดือน ปวดท้องน้อยขณะมีเพศสัมพันธ์หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ ปวดท้องน้อยไม่ทราบสาเหตุ)

ไม่เคย

เคย ท่านมีอาการปวดท้องน้อยมานาน.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (สำหรับผู้ป่วย / ผู้ช่วยวิจัย)

คำชี้แจง : กรุณาประเมินและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/(เมตร)² รหัส

สภาวะร่างกาย	ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)
มวลกายปกติ	18.5-22.9
มวลกายต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.5
มวลกายเกินเกณฑ์	23.0-24.9
มวลกายเกินเกณฑ์มาก	> 24.9

โดยให้รหัสแบบประเมินดัชนีมวลกาย ดังนี้

(0) ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.5 Kg/m²)

(1) ดัชนีมวลกายปกติ (BMI=18.5-22.9 Kg/m²)

(2) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (BMI=23.0-24.9 Kg/m²)

(3) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก (BMI>24.9 Kg/m²)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

คำชี้แจง : กรุณาพิจารณาข้อความด้านล่างที่ตรงกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือของข้อความ

ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติเลย (1-25%)

นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นนานๆครั้ง (26-50%)

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นบ่อยครั้ง (51-75%)

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำ (76-100%)

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ
1	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านสุดท้ายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ซ้ำๆ แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากเบาๆ				
2	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านไอเพื่อขับเสมหะ โดยการหายใจเข้า-ออกทางจมูกลึกๆ 2-3 ครั้ง แล้วกลืนหายใจและไอออกมาแรงๆพร้อมหายใจออก				
3	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านปรับเปลี่ยนท่านอนทุกๆ 1-2 ชั่วโมง เช่น พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา				
4	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ขณะนอนบนเตียงท่านมีการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาทั้งสองข้างค้างไว้สักครู่สลับกับการคลายกล้ามเนื้อที่ขาเป็นระยะๆ				
5	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านเหยียดและงอบริเวณข้อเข่าทั้งสองข้าง หรือใช้หมอนรองใต้เข่าสลับกับการวางข้อเข่าราบกับเตียง				
6	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านกระดกปลายเท้าขึ้น-ลง หรือ หมุนข้อเท้าทั้งสองข้าง ขณะนอนบนเตียง				
7	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านลุกนั่งบนเตียง หรือ มีการปรับเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา				
8	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านลุกยืนข้างเตียง				
9	ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ท่านลุกเดินจากเตียงมาying เก้าอี้ข้างเตียง				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง : กรุณาพิจารณาข้อความด้านล่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด

1. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกตึงเครียด

<input type="checkbox"/> เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง
<input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย
2. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันมีความรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่เกิดขึ้น

<input type="checkbox"/> มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	<input type="checkbox"/> มี แต่ไม่มากนัก
<input type="checkbox"/> มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มีเลย
3. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันมีความคิดวิตกกังวล

<input type="checkbox"/> เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง
<input type="checkbox"/> เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/> นานๆครั้ง
4. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย

<input type="checkbox"/> ได้ดีมาก	<input type="checkbox"/> ได้โดยทั่วไป
<input type="checkbox"/> ไม่บ่อยนัก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย
5. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

<input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย	<input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง
<input type="checkbox"/> ค่อยข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บ่อยมาก
6. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนจะอยู่นิ่งไม่ได้

<input type="checkbox"/> เป็นมากที่สุดทีเดียว	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างมาก
<input type="checkbox"/> ไม่มากนัก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย
7. ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

<input type="checkbox"/> บ่อยมาก	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย
<input type="checkbox"/> ไม่บ่อยนัก	<input type="checkbox"/> ไม่มีเลย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง : กรุณาอ่านข้อความด้านล่างแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในเรื่องการปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าการปฏิบัตินั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าการปฏิบัตินั้นไม่ถูกต้อง

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ก่อนผ่าตัดต้องแจ้งประวัติการเจ็บป่วย / ประวัติการใช้ยา หรือการแพ้ยากับแพทย์ พยาบาล ได้รับทราบ		
2	ในระยะก่อนผ่าตัด ต้องนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง		
3	ในระยะ 6-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ต้องงดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์		
4	ก่อนผ่าตัด ต้องงดน้ำและงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง		
5	ในวันผ่าตัด ต้องอาบน้ำ สระผม ฟอกสบู่บริเวณหน้าท้องและสะดืออย่างสะอาด		
6	ในระยะ 3 วันก่อนผ่าตัด ต้องรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม หรือ โจ๊ก		
7	ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ต้องปัสสาวะเรียบร้อย		
8	ก่อนผ่าตัดต้องฝึกบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด		
9	การบริหารแขน-ขา และการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะช่วยป้องกันการลิ่มเลือดอุดตัน โดยเฉพาะบริเวณขาทั้งสองข้าง		
10	ในระยะหลังผ่าตัดหากไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือปวดแผลมาก ต้องลุกจากเตียงโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ฟื้นหายหลังผ่าตัดเร็วขึ้น		

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

คำชี้แจง : กรุณาพิจารณาข้อความด้านล่างดังต่อไปนี้ ว่าในขณะที่ท่านตอบแบบสอบถามนี้ท่านมีอาการหรือความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านล่างนี้

- ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนั้นเลย (1-25%)
 นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกนั้นนานๆ ครั้ง (26-50%)
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกนั้นเป็นประจำ (51-75%)
 เป็นประจำ หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกือบตลอดเวลา/ตลอดเวลา (76-100%)

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เคย เลย	นานๆ ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ
1	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี				
2	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล				
3	ท่านเข้าใจคำชี้แจงและคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล โดยไม่รู้สึกสับสน				
4	ท่านดูแลความสะอาดร่างกายได้ด้วยตัวเอง				
5	ท่านสามารถปัสสาวะได้ และลำไส้ทำงานเป็นปกติ (เช่น มีเรอหรือผายลม ท้องไม่อืด)				
6	ท่านสามารถหายใจได้สะดวก				
7	ท่านมีอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง หรือปวดกล้ามเนื้อ				
8	ท่านมีอาการคลื่นไส้-อาเจียน หรือสำรอก				
9	ท่านมีอาการปวดอย่างรุนแรง หรืออาการปวดอย่างต่อเนื่อง				

ภาคผนวก ค
จดหมายขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0410



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

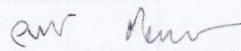
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงนภัส สมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยนรีเวชที่รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total laparoscopic hysterectomy) ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 112 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ตอนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ตอนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย) แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด (สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย) แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง


จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงนภัส สมทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. 02-218-1159
นางสาวนงนภัส สมทอง โทร. 08-3011-9894

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 1/4

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวนงนภัส สมทอง
 สถานศึกษาของผู้วิจัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่2 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 สถานที่ทำงานของผู้วิจัย อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 17 โซน A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทร 02 256 4000
 ต่อ 81707-9
 ที่อยู่ของผู้วิจัย 1873 อาคารพยาบาลรสถิต ๓.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 083 011 9894
 E-mail: nongnapaths@gmail.com

สถานที่ติดต่อของสำนักงานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 1130

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ รศ.ดร. รัตน์ศิริ ทาโต
 ที่อยู่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 1130
 เบอร์โทรศัพท์ทำงาน โทร 02 218 1159 E-Mail: ratsiri99@gmail.com



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. 164, 61 Date of Approval 27 เม.ย. 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 2/4

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีผู้เข้าร่วม การวิจัยนี้ จำนวน 109 คน แบ่งเป็น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 82 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 27 คน ระยะเวลาการวิจัย 30 นาที

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งได้แก่นางสาวณงนภัส สมทอง เบอร์โทรศัพท์ 083 011 9894

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องในผู้ป่วยรีเวชเป็นการรักษามาตรฐานที่เริ่มได้รับความนิยมมากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดเล็ก สูญเสียเลือดน้อย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เป็นปกติเร็วขึ้นโดยใช้เวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน แต่ในปัจจุบันยังพบมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 35 ยังมีปัญหาด้านการฟื้นหายช้าหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาถึงปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องจากปัจจัยด้านระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด


วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อท่านเข้ามารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ท่านจะถูกเชิญเข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยจะเข้าพบท่านเพื่อ สร้างสัมพันธภาพและขอให้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1. ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 1 จำนวน 10 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 นาที
2. ตอบแบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด จำนวน 1 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 นาที
3. ตอบแบบสอบถามประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที
4. ตอบแบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จำนวน 7 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
5. ตอบแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด จำนวน 10 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
6. ตอบแบบประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	64, 61
Date of Approval	27 เม.ย. 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0 หน้า 3/4

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านตอบคำถามจำนวน 6 ชุด หากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย โปรดแจ้งให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกท้อใจเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหว ในระหว่างการตอบคำถาม ให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวนงนภัส สมทอง เบอร์โทรศัพท์ 083 011 9894 เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผลของการศึกษารั้งนี้ จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนางานวิจัยที่จะส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆ รวมทั้งค่าเดินทางและการเสียเวลา ในการมาพบแพทย์ และรับการรักษา

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดจากการเข้าร่วมวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร


ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ก็จะไม่ส่งผลต่อการรักษาของท่านแต่อย่างใด นอกจากนี้ ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาของท่านเช่นกัน



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	164, 6
Date of Approval	27 เม.ย. 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 4/4

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวณงนภัต สมทอง ติดต่ได้ที่ 1873 อาคารพยาบาลสถิต ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 083 011 9894 Email : nongnapaths@gmail.com

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติมอย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้ จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

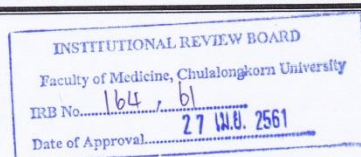
สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัยและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ที่มีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคที่แทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย
7. ท่านมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย และงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่ได้ผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า **นาง/นางสาว.....**.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อากาศไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้




INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 161 / 61	
Date of Approval 27 เม.ย. 2561	

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

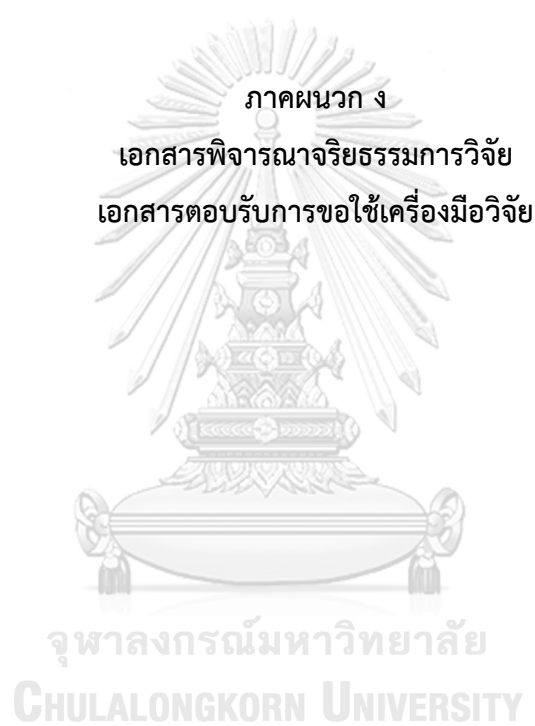
ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	164, 61
Date of Approval	27 เม.ย. 2561





COA No. 405/2018

IRB No. 164/61

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนงนภัส สมทอง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 23 เมษายน 2561
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 28 มีนาคม 2561
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 23 เมษายน 2561
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2.0 Date 23 เมษายน 2561
5. แบบสอบถาม Version 1.0 Date 28 มีนาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 61081
เอกสารเลขที่ 090/2561

ชื่อโครงการ “ปัจจัยทำนายการฟื้นหายภายใน 24 - 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ผ่าตัด
มดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง”

(ภาษาอังกฤษ) “Factors predicting within 24 - 48 hour recovery among patients with
total laparoscopic hysterectomy.”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนงนภัส สมทอง ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2561
2. แบบสอบถามการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2561
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2561
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2561

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 25 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี
คือสิ้นสุดวันที่ 24 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563



ลงนาม.....

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนภากร)

รองประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 21 มีนาคม 2561 เวลา 13:31
เลขรับที่: วช.00301
สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒-๒๐๑-๑๗๐๑

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 1034
วันที่: 21 มีนาคม 2561 เวลา 09:11

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/๒๗๕๗

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๗.๑๑/๐๐๘๒

ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๑


ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวนงนภัส สมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยผู้วิจัยมีความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่พัฒนาขึ้นโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น


คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้ใช้แบบสอบถามดังกล่าวและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๗๒๗


จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

เพื่อโปรดทราบ

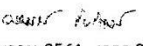

23 มีนาคม 2561 เวลา 10:23


23 มีนาคม 2561 เวลา 12:59


26 มีนาคม 2561 เวลา 15:04

ขอแสดงความนับถือ

ทราบ


26 มีนาคม 2561 เวลา 22:28

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กร์พัฒนากุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม

ที่ ศธ 0512.11/ 0083



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2561


เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวนงนภัส สมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ The quality of recovery score - 9 จากรายงานการวิจัย เรื่อง ผลการระงับปวดระหว่าง continuous epidural bupivacaine-morphine และ intravenous patient controlled analgesia ต่อระดับคุณภาพการฟื้นตัวใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบน ของรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยัมแย้ม ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2549)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. 02-218-1159
นางสาวนงนภัส สมทอง โทร. 08-3011-9894



Nongnapath Somthong <nongnapaths@gmail.com>

ตอบรับการขอใช้เครื่องมือค่ะ

1 ข้อความ

Panaratana Ratanasuwan <rpanar@kku.ac.th>
ถึง: nongnapaths@gmail.com

23 เมษายน 2561 10:48

เรียน คุณ นงนภัส ที่นับถือ

ดิฉันมีความยินดีให้คุณ นงนภัส นำเครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (quality of recovery after surgery) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยไปใช้ในการวิจัย โดยโปรดระบุในกิตติกรรมประกาศและผลงานที่ตีพิมพ์และบทความย่อผล
งานวิจัยมาให้ดิฉันด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขออวยพรให้ประสบความสำเร็จในการวิจัยค่ะ

ขอแสดงความนับถือ

รศ.พญ.พนารัตน์ รัตนสุวรรณ

--

Assoc. Prof. Panaratana Ratanasuwan.
Department of Anesthesiology,
Faculty of Medicine,
KhonKaen University, Thailand. 40002
Tel: 66-43-348390
FAX: 66-43-348390 ext 405.



Nongnapath Somthong <nongnapaths@gmail.com>


Permission granted to use "QoR-9"

5 ข้อความ

Nongnapath Somthong <nongnapaths@gmail.com>

18 ธันวาคม 2560 12:50

ถึง: "Myles, Paul" <P.Myles@alfred.org.au>

 **Permission granted to use QoR-9 (1).pdf**
45K

Myles, Paul <P.Myles@alfred.org.au>

18 ธันวาคม 2560 14:06

ถึง: Nongnapath Somthong <nongnapaths@gmail.com>

Dear Nongnapath

Yes, you have free access to this.

Regards, Paul

Professor Paul Myles

Director, Dept of Anaesthesia and Perioperative Medicine

Alfred Hospital and Monash University, Melbourne, Australia

From: Nongnapath Somthong [mailto:nongnapaths@gmail.com]

Sent: Monday, 18 December 2017 4:50 PM

To: Myles, Paul <P.Myles@alfred.org.au>

Subject: Permission granted to use "QoR-9"

Dear professor paul Myles

I thank you so much for the permission to use tool. I am writing to ask for permission modify scale to appropriate population in Thailand. The scale included of 9 item, 0 point=Not at all, 1 point=some of the time, 2 point=Most of the time, 3 point=Always. Total scale 0-27 point.

Yours sincerely.

ในวันที่ จ. 18 ธ.ค. 2017 18:45 Nongnapath Somthong <nongnapaths@gmail.com> เขียนว่า:
[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

Myles, Paul <P.Myles@alfred.org.au>

22 มิถุนายน 2561 16:38

ถึง: Nongnapath Somthong <nongnapaths@gmail.com>

Dear Nongnapath

This is likely to be effective, although it hadn't yet been formally validated. You could include this step when you do the analysis (use intraclass correlation and a Bland-Altman plot).

Paul. Sent from my phone

ภาคผนวก จ
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
การวิเคราะห์เพิ่มเติม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาและค่า KR-20 ของการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (n=30)

แบบสอบถาม	ค่า สัมประสิทธิ์ แอลฟา ของครอน บาค	ค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	ค่า สัมประสิทธิ์ แคปปา	ค่า KR-20
1. แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด	-	.98	-	-
2. แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด	-	-	1.00	-
3. แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	.86	-	-	-
4. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	.80	-	-	-
5. แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	-	-	-	.67
6. แบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด	.80	-	-	-

ตารางที่ 11 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n=109)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาค
1. แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	.731
2. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	.778
3. แบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด	.713

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาและค่า KR-20 ของการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (n=30)

1. แบบสอบถามระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.991	.992	2

2. แบบบันทึกดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

n1 * n2 Crosstabulation

Count

		n2			Total
		.00	2.00	3.00	
n1	นน.ปกติ	3	0	0	3
	นน.เกินเกณฑ์	0	1	0	1
	นน.เกินเกณฑ์มาก	0	0	1	1
Total		3	1	1	5

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	1.000	.000	3.041	.002
N of Valid Cases		5			

3. แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.878	.897	9



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
m1	13.2000	14.924	.418	.374	.880
m2	14.8000	15.338	.126	.255	.925
m3	13.7000	13.045	.749	.694	.853
m4	13.8000	12.855	.822	.830	.847
m5	13.9000	12.507	.880	.847	.840
m6	13.9333	12.892	.836	.861	.846
m7	14.1667	14.282	.588	.623	.868
m8	14.4333	13.633	.760	.903	.855
m9	14.4667	13.706	.755	.904	.855

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15.8000	17.062	4.13063	9

4. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.806	.826	7



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	4.6667	7.609	.736	.581	.738
s2	4.6000	8.041	.663	.633	.756
s3	4.8333	8.902	.524	.450	.785
s4	4.7333	10.271	.427	.494	.798
s5	5.5333	9.775	.416	.267	.802
s6	5.7000	9.045	.632	.809	.764
s7	5.9333	11.168	.575	.776	.801

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6.0000	12.207	3.49384	7

5. แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

การคำนวณ KR-20 $r = \left(\frac{K}{K-1}\right) \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2}\right) = \left(\frac{10}{10-1}\right) \left(1 - \frac{5.01}{0.71}\right)$ ได้ค่า $r = 0.67$

คนที่/ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σ	X ²
1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8	64
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
3	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8	64
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	64
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
12	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	64
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	81
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
22	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	64
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
27	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	8	64
28	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	64
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
รวม	30	29	29	28	30	29	28	28	26	28	285	2729
p	1	0.96	0.96	0.93	1	0.96	0.93	0.93	0.87	0.93	9.47	
q	0	0.04	0.04	0.07	0	0.04	0.07	0.07	0.13	0.07	0.53	
pq	0	0.04	0.04	0.07	0	0.04	0.07	0.07	0.1	0.07	5.01	S ² = 0.71

6. แบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.802	.812	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
r1	17.2333	7.771	.575	.676	.776
r2	17.2000	7.407	.475	.300	.785
r3	16.3000	8.286	.506	.485	.788
r4	17.1667	7.247	.572	.727	.771
r5	17.0333	7.344	.429	.524	.794
r6	16.5333	7.016	.675	.514	.758
r7	17.2333	7.978	.312	.494	.805
r8	17.5333	7.982	.390	.383	.794
r9	17.3667	6.516	.635	.518	.761

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
19.2000	9.269	3.04450	9

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือ
วิจัย (n=109)

1. แบบสอบถามการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.731	.802	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
mobility1	10.2661	9.456	.629	.572	.669
mobility2	10.7431	13.304	-.266	.399	.822
mobility3	10.1284	9.965	.495	.427	.692
mobility4	10.8807	9.050	.618	.801	.665
mobility5	10.6239	8.329	.448	.238	.713
mobility6	10.9450	8.627	.669	.741	.651
mobility7	10.5780	10.635	.428	.474	.706
mobility8	10.8716	10.872	.661	.858	.697
mobility9	10.8899	10.895	.706	.860	.696

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11.9908	12.398	3.52109	9

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.778	.835	7



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
anxiety1	5.3519	11.109	.674	.705	.710
anxiety2	5.1019	13.251	.571	.476	.743
anxiety3	5.4167	10.918	.784	.768	.688
anxiety4	5.4630	12.961	.574	.451	.740
anxiety5	5.9167	11.460	.279	.309	.855
anxiety6	6.1852	13.592	.561	.563	.748
anxiety7	6.3426	14.396	.533	.501	.760

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6.6296	16.441	4.05475	7

3. แบบสอบถามการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.713	.717	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
recovery1	15.5138	8.197	.550	.366	.668
recovery2	15.6147	8.054	.623	.519	.658
recovery3	14.8807	10.199	-.163	.396	.773
recovery4	15.8899	9.525	.032	.491	.743
recovery5	15.7890	7.557	.533	.603	.659
recovery6	15.2752	8.016	.526	.560	.667
recovery7	15.0642	7.487	.481	.716	.669
recovery8	15.3303	6.742	.549	.550	.652
recovery9	14.9908	7.380	.499	.713	.665

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17.2936	9.932	3.15143	9

ตารางที่ 12 แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนายและระดับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
Pain	109	24.00	.00	24.00	13.1101	.79556	8.30589	68.988
BMI	109	19.83	11.17	31.00	21.5592	.35750	3.73243	13.931
mobility	109	25.00	8.00	33.00	12.2110	.38734	4.04391	16.353
anxiety	109	16.00	1.00	17.00	6.4771	.36089	3.76779	14.196
knowledge	109	6.00	4.00	10.00	8.7339	.17077	1.78285	3.179
Recovery	109	15.00	9.00	24.00	17.3670	.29685	3.09917	9.605
Valid N (listwise)	109							



ตารางที่ 13 แสดงความถี่ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายชื่อ (n=109)

ระยะเวลาของอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด	ร้อยละ
1. ไม่มีอาการปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัด	5.5
2. ปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดในระยะ 1-3 เดือน	7.3
3. ปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดในระยะ 4-6 เดือน	22.0
4. ปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดในระยะ 7-12 เดือน	33.0
5. ปวดท้องน้อยก่อนผ่าตัดในระยะ 13-24 เดือน	32.1

ตารางที่ 14 แสดงความถี่ของดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายชื่อ (n=109)

ดัชนีมวลกาย	ร้อยละ
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.5 Kg/m ²)	20.2
น้ำหนักปกติ(BMI=18.5-22.9 Kg/m ²)	49.5
น้ำหนักเกินเกณฑ์(BMI=23.0-24.9 Kg/m ²)	11.8
น้ำหนักเกินเกณฑ์มากดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาก (BMI>24.9 Kg/m ²)	18.3

ตารางที่ 15 แสดงความถี่ของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109)

ข้อคำถาม	ไม่เคย เลย (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	เป็น ประจำ (ร้อยละ)
1. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดท่านสูดหายใจเข้าทางจมูกลึกๆซ้ำๆ แล้วค่อยๆผ่อนออกทางปากเบาๆ	-	38.5	50.5	11.0
2. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดท่านไอเพื่อขับเสมหะ โดยหายใจเข้า-ออกทางจมูกลึกๆ 2-3 ครั้ง แล้วกลืนหายใจ แลไอออกมาแรงๆพร้อมหายใจออก	19.3	38.5	40.4	1.8
3. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดท่านปรับเปลี่ยนท่านอน ทุก 1-2 ชั่วโมง เช่นพลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา	-	28.4	59.6	14.7
4. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ขณะนอนบนเตียงท่านมีการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาทั้งสองข้าง ค้างไว้สักครู่สลับการคลายกล้ามเนื้อที่ขาเป็นระยะๆ	15.6	65.1	11.9	7.3
5. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ท่านเหยียดและงอบริเวณข้อเข่าทั้งสองข้างหรือใช้หมอนรองใต้เข่าสลับกับการวางข้อเข่าราบกับเตียง	-	79.8	12.8	7.3
6. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ท่าน หรือหมุนข้อเท้าทั้งสองข้างกระดกปลายเท้าขึ้น-ลง ขณะนอนบนเตียง	22.0	58.7	11.9	7.3
7. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ท่านลุกนั่งบนเตียง หรือมีการปรับเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา	-	60.6	37.6	1.8
8. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ท่านลุกยืนข้างเตียง	-	88.1	11.9	-
9. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ท่านลุกเดินจากเตียงมายังเก้าอี้	-	89.9	10.1	-

ตารางที่ 16 แสดงความถี่ของระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายชื่อ (n=109)

ข้อความ	เป็นส่วน ใหญ่ (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	เป็น บางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เป็น เลย (ร้อยละ)
1. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกดี เครียด	17.4	11.9	50.5	19.3
2. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันมีความรู้สึก กลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	1.8	56.9	33.9	7.3
3. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันมีความคิด วิตกกังวล	12.8	17.4	49.5	20.2
4. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันสามารถทำ ตัวตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย	3.7	23.9	57.8	14.7
5. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกไม่สบาย ใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	-	5.5	43.1	51.4
6. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึก กระสับกระส่ายเหมือนจะอยู่นิ่งไม่ได้	1.8	-	39.4	58.7
7. ในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ฉันรู้สึกหงวหาหรือ ตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	-	32	-	77

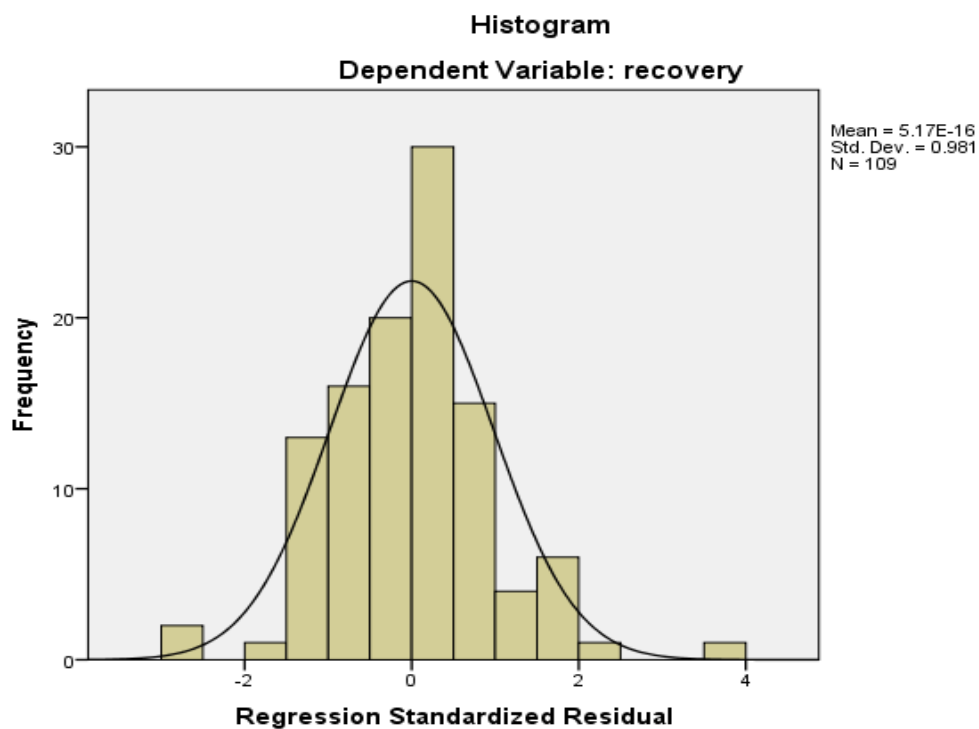
ตารางที่ 17 แสดงความถี่ของความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายข้อ (n=109)

ข้อความ	ใช่ (ร้อยละ)	ไม่ใช่ (ร้อยละ)
1. ก่อนผ่าตัดต้องแจ้งประวัติการเจ็บป่วย / ประวัติการใช้ยา หรือการแพ้ยา กับแพทย์ พยาบาล ได้รับทราบ	100	-
2. ในระยะก่อนผ่าตัด ต้องนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง	97.2	2.8
3. ในระยะ 6-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ต้องงดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	88.1	11.9
4. ก่อนผ่าตัด ต้องงดน้ำและงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง	98.2	1.8
5. ในวันผ่าตัด ต้องอาบน้ำ สระผม ฟอกสบู่บริเวณหน้าท้องและสะดืออย่างสะอาด	99.1	.9
6. ในระยะ 3 วันก่อนผ่าตัด ต้องรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม หรือ โจ๊ก	82.6	17.4
7. ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ต้องปัสสาวะเรียบร้อย	84.4	15.6
8. ก่อนผ่าตัดต้องฝึกบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด	67.0	33.0
9. การบริหารแขน-ขา และการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะช่วยป้องกันการลิ่มเลือดอุดตัน โดยเฉพาะบริเวณขาทั้งสองข้าง	77.1	22.9
10. ในระยะหลังผ่าตัดหากไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือปวดแผลมาก ต้องลุกจากเตียงโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ฟื้นหายหลังผ่าตัดเร็วขึ้น	79.8	20.2

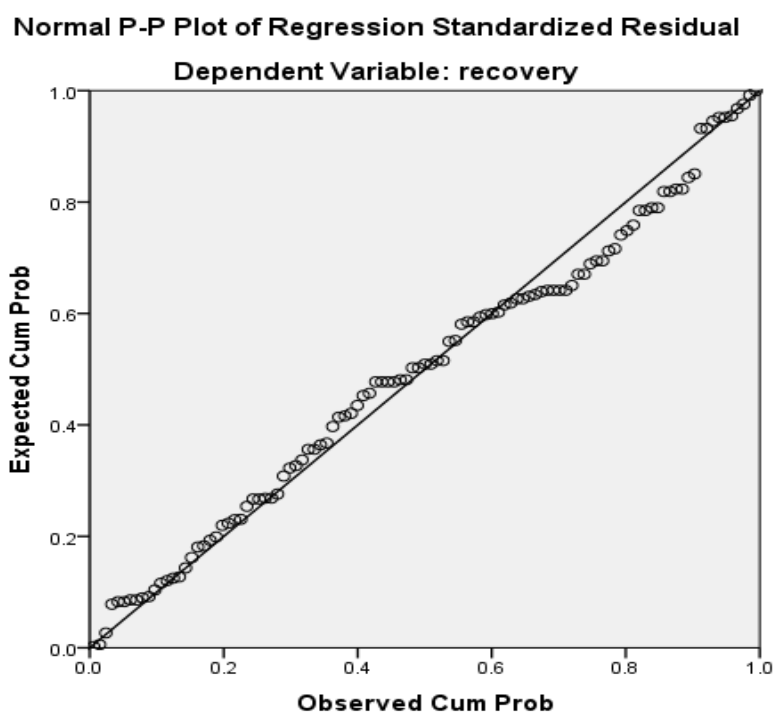
ตารางที่ 18 แสดงความถี่ของการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง จำแนกตามรายชื่อ (n=109)

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคยเลย (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง (ร้อยละ)	บ่อย ครั้ง (ร้อยละ)	ประจำ (ร้อยละ)
1	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี	-	24.8	72.5	2.8
2	ท่านต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล	-	31.1	68.8	-
3	ท่านเข้าใจคำชี้แจงและคำแนะนำ โดยไม่รู้สึกสับสน	.9	1.8	52.3	45.0
4	ท่านดูแลความสะอาดได้ด้วยตัวเอง	-	62.4	34.9	2.8
5	ท่านสามารถปัสสาวะได้ และไม่มีปัญหาการทำงานของลำไส้	-	58.7	32.1	9.2
6	ท่านสามารถหายใจได้ง่าย	-	12.8	70.6	15.6
7	ท่านมีอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง หรือปวดกล้ามเนื้อ	1.8	13.8	45.0	39.4
8	ท่านมีอาการคลื่นไส้-อาเจียน หรือสำรอก	4.6	26.6	37.6	31.2
9	ท่านมีอาการปวดอย่างรุนแรง หรืออาการปวดอย่างต่อเนื่อง	.9	15.6	36.7	46.8

รูปภาพที่ 2 แสดงการกระจายตัวของ Regression standardized residual



รูปภาพที่ 3 แสดง Normal P-P Plot of regression standardized residual



ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย

Model Summary^e

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.649 ^a	.421	.415	2.36960	.421	77.740	1	107	.000	
2	.723 ^b	.522	.513	2.16190	.102	22.548	1	106	.000	
3	.764 ^c	.584	.572	2.02801	.061	15.458	1	105	.000	
4	.803 ^d	.645	.632	1.88080	.062	18.080	1	104	.000	2.207

a. Predictors: (Constant), anxiety

b. Predictors: (Constant), anxiety, knowledge

c. Predictors: (Constant), anxiety, knowledge, mobility

d. Predictors: (Constant), anxiety, knowledge, mobility, BMI

e. Dependent Variable: recovery

ตารางที่ 20 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	436.513	1	436.513	77.740	.000 ^b
	Residual	600.808	107	5.615		
	Total	1037.321	108			
2	Regression	541.898	2	270.949	57.972	.000 ^c
	Residual	495.423	106	4.674		
	Total	1037.321	108			
3	Regression	605.473	3	201.824	49.072	.000 ^d
	Residual	431.848	105	4.113		
	Total	1037.321	108			
4	Regression	669.429	4	167.357	47.310	.000 ^e
	Residual	367.892	104	3.537		
	Total	1037.321	108			

a. Dependent Variable: recovery

b. Predictors: (Constant), anxiety

c. Predictors: (Constant), anxiety, knowledge

d. Predictors: (Constant), anxiety, knowledge, mobility

e. Predictors: (Constant), anxiety, knowledge, mobility, BMI

ตารางที่ 21 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	20.823	.453		45.973	.000					
1 anxiety	-.534	.061	-.649	-8.817	.000	-.649	-.649	-.649	1.000	1.000
(Constant)	14.378	1.419		10.134	.000					
2 anxiety	-.390	.063	-.474	-6.200	.000	-.649	-.516	-.416	.770	1.299
knowledge	.632	.133	.363	4.748	.000	.591	.419	.319	.770	1.299
(Constant)	11.501	1.519		7.572	.000					
3 anxiety	-.353	.060	-.429	-5.895	.000	-.649	-.499	-.371	.750	1.333

knowle dge	.621	.125	.357	4.975	.000	.591	.437	.313	.769	1.300
mobilit y	.229	.058	.252	3.932	.000	.375	.358	.248	.962	1.039
(Consta nt)	14.912	1.621		9.199	.000					
4 anxiety	-.295	.057	-.358	-5.163	.000	-.649	-.452	-.302	.708	1.413
knowle dge	.721	.118	.415	6.106	.000	.591	.514	.357	.739	1.354
mobilit y	.237	.054	.261	4.378	.000	.375	.394	.256	.961	1.040
BMI	-.220	.052	-.257	-4.252	.000	-.272	-.385	-.248	.934	1.070

a. Dependent Variable: recovery

ตารางที่ 22 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการทำนาย

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correla tion	Collinearity Statistics		
					Toleran ce	VIF	Minimum Tolerance
Pain	-.008 ^b	-.110	.913	-.011	.978	1.023	.978
BMI	-.173 ^b	-2.377	.019	-.225	.975	1.026	.975
mobility	.259 ^b	3.652	.000	.334	.963	1.039	.963
	.363 ^b	4.748	.000	.419	.770	1.299	.770
knowledge							
Pain	-.066 ^c	-.954	.342	-.093	.949	1.054	.747
BMI	-.248 ^c	-3.794	.000	-.347	.936	1.069	.727
mobility	.252 ^c	3.932	.000	.358	.962	1.039	.750
Pain	-.042 ^d	-.650	.517	-.064	.940	1.064	.746
BMI	-.257 ^d	-4.252	.000	-.385	.934	1.070	.708
Pain	-.069 ^e	-1.141	.257	-.112	.931	1.075	.706

a. Dependent Variable: recovery

b. Predictors in the Model: (Constant), anxiety

c. Predictors in the Model: (Constant), anxiety, knowledge

d. Predictors in the Model: (Constant), anxiety, knowledge, mobility

e. Predictors in the Model: (Constant), anxiety, knowledge, mobility, BMI

ตารางที่ 23 แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนายและระดับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
Pain	109	24.00	.00	24.00	13.1101	.79556	8.30589	68.988
BMI	109	19.83	11.17	31.00	21.5592	.35750	3.73243	13.931
mobility	109	25.00	8.00	33.00	12.2110	.38734	4.04391	16.353
anxiety	109	16.00	1.00	17.00	6.4771	.36089	3.76779	14.196
knowledge	109	6.00	4.00	10.00	8.7339	.17077	1.78285	3.179
Recovery	109	15.00	9.00	24.00	17.3670	.29685	3.09917	9.605
Valid N (listwise)	109							

ตารางที่ 24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง

		Correlations					
		Pain	BMI	mobilit y	anxiety	knowledg e	recover y
Pain	Pearson Correlation	1	-.088	-.057	-.150	.221*	.089
	Sig. (2-tailed)		.363	.555	.120	.021	.357
	Sum of Squares and Cross-products	7450.679	-285.521	-174.789	-505.725	354.193	247.596
	Covariance	68.988	-2.644	-1.618	-4.683	3.280	2.293
	N	109	109	109	109	109	109
BMI	Pearson Correlation	-.088	1	.005	.159	.097	-.272**
	Sig. (2-tailed)	.363		.959	.098	.314	.004
	Sum of Squares and Cross-products	-285.521	1415.551	6.596	234.361	67.822	-329.869
	Covariance	-2.644	13.107	.061	2.170	.628	-3.054
	N	109	109	109	109	109	109
mobility	Pearson Correlation	-.057	.005	1	-.193*	.111	.375**
	Sig. (2-tailed)	.555	.959		.045	.250	.000
	Sum of Squares and Cross-products	-174.789	6.596	1257.890	-267.752	73.073	428.037
	Covariance	-1.618	.061	11.647	-2.479	.677	3.963
	N	109	109	109	109	109	109

anxiety	Pearson Correlation	-.150	.159	-.193*	1	-.480**	-.649**
	Sig. (2-tailed)	.120	.098	.045		.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	-505.725	234.361	-267.752	1533.133	-348.165	-818.083
	Covariance	-4.683	2.170	-2.479	14.196	-3.224	-7.575
	N	109	109	109	109	109	109
	knowledge	Pearson Correlation	.221*	.097	.111	-.480**	1
Sig. (2-tailed)		.021	.314	.250	.000		.000
Sum of Squares and Cross-products		354.193	67.822	73.073	-348.165	343.284	352.642
Covariance		3.280	.628	.677	-3.224	3.179	3.265
N		109	109	109	109	109	109
recovery		Pearson Correlation	.089	-.272**	.375**	-.649**	.591**
	Sig. (2-tailed)	.357	.004	.000	.000	.000	
	Sum of Squares and Cross-products	247.596	-329.869	428.037	-818.083	352.642	1037.321
	Covariance	2.293	-3.054	3.963	-7.575	3.265	9.605
	N	109	109	109	109	109	109

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนงนภัส สมทอง เกิดเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี การศึกษา 2545 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนง วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาคปลาย ปีการศึกษา 2559 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

