

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการหลังผ่าตัด การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การผ่าตัดช่องท้อง

1.1 ความหมาย อุดบัติการณ์ และสาเหตุ

1.2 ชนิดการผ่าตัดช่องท้อง

1.3 ผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้อง

1.4 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

2.1 กำกัดความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่

2.2 แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997)

2.3 การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

2.4 การประเมินการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการ กับ การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

5. การส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง

ความหมาย อุดบัติการณ์ และสาเหตุของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดเป็นขั้นตอนหนึ่งในวิธีการรักษาโรคทางการแพทย์ ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพราะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยต่าง ๆ

ของร่างกายสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้มากที่สุด (Potter & Perry, 2007) สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Kozier et al., 2000; Patton, 2006 a; Potter & Perry, 2001)

1. การผ่าตัดเล็ก หมายถึง การผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ อีกทั้งระยะเวลาในการทำผ่าตัดสั้น และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้น้อยหลังผ่าตัด เช่น การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ การผ่าตัดชั้นเนื้อสังตรวง เป็นต้น

2. การผ่าตัดใหญ่ หมายถึง การผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดมาก เนื่องจาก การผ่าตัดจำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป มีระยะเวลาในการผ่าตัดนาน มีการเสียเลือดมาก อวัยวะสำคัญถูกตัดทิ้ง และหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การผ่าตัดกระเพาะอาหาร และลำไส้ การผ่าตัดเปลี่ยนตับอ่อน เป็นต้น

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ชนิดหนึ่ง โดยมีผู้ให้ความหมายของการผ่าตัดช่องท้องไว้ดังนี้

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal Surgery) หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ที่มีการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง (บริเวณหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ท่อน้ำดี ตับอ่อน และม้าม) เพื่อการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วเย็บปิด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Fairchild, 1996)

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ถุงน้ำดี ตับ ตับอ่อน ม้าม ลำไส้เล็ก หรือลำไส้ใหญ่ และไส้ติ่ง อาจมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ การอุดตัน ก้อนเนื้องอก หรือโรคลำไส้อักเสบ (California Pacific Medical Center, 2007)

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal Surgery/ Exploratory Laparotomy) หมายถึง การผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อการวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในช่องท้อง (Lee, 2008)

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ที่มีการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อการวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะภายในช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่พบได้บ่อยเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดประเภทอื่น โดยในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC, 2008) พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในปี ค.ศ. 2003 คิดเป็นอัตรา 966.8 ต่อประชากรหมื่นคน และในปี ค.ศ. 2004 คิดเป็นอัตรา 994.4 ต่อประชากร

หมื่นคน ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการผ่าตัดช่องท้องของประเทศไทยโดย พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในปี พ.ศ. 2550-2551 มีจำนวน 6,468 และ 8,035 ราย ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นจำนวน 1,567 ราย (สถิติโรค กรมการแพทย์, 2550) จะเห็นได้ว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่มารักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องอาจมาจากสาเหตุที่แตกต่างกัน หรือเกิดขึ้นรวมกันได้ ดังนี้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ดุจเดือน สีละมด และกานดาชัย ประยงค์รัตน์, 2552; Smeltzer & Bare, 2004)

1. อวัยวะภายในร่างกายมีการอุดตัน อาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดหรือท่อน้ำในร่างกาย เช่น ท่อน้ำดีอุดตันจากนิ่ว ลำไส้อุดตัน เป็นต้น
2. มีการทะลุเกิดจากการที่อวัยวะภายในหรือหลอดเลือดฉีกขาด เช่น หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ฉีกขาด การทะลุของกระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น
3. เนื้องอกที่เจริญผิดปกติ ซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งการรักษาเนื้องอกก็คือ การผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออก
4. การอักเสบติดเชื้อ มีการอักเสบเกิดแผลที่ผนังภายในของอวัยวะต่างๆ ทำให้หลอดเลือดฉีกขาดและมีเลือดออกได้ เช่น แผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้ เป็นต้น

โดยการผ่าตัดช่องท้อง มีวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ดังนี้ (Neil, 2007; Patton, 2006 a)

1. การผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัยโรค (Diagnostic Surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อยืนยันการวินิจฉัย หรือเพื่อหาสาเหตุของโรค เช่น การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อหาพยาธิสภาพของโรค (Lymphnode Biopsy) การผ่าตัดช่องท้องเพื่อดูความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง (Exploratory Laparotomy)
2. การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative Surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่เป็นโรครอก หรือเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ผิดปกติให้สามารถทำหน้าที่ได้ เช่น การผ่าตัดเอาน้ำในถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) การผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) เป็นต้น
3. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการของโรค (Palliative Surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค เช่น การผ่าตัดเปิดทางระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง (Colostomy) ของผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งอุดตันทางเดินอาหาร
4. การผ่าตัดเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค (Prevention Surgery) เช่น การผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกก่อนที่จะเป็นก้อนเนื้อร้าย หรือ การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นติ่งเนื้อ (Polypsis) ของลำไส้ ออกเพื่อป้องกันมะเร็ง

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอาจมีสาเหตุมาจากอวัยวะภายในช่องท้องมีการอุดตัน มีการทะลุที่อวัยวะภายในช่องท้อง หรือมีการอักเสบติดเชื้อ เป็นการผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัยโรค การผ่าตัดเพื่อการรักษา และการผ่าตัดเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค

ชนิดการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องโดยทั่วไปสามารถแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ ตามลักษณะของแผลผ่าตัด หรือแบ่งตามการวินิจฉัยโรค ดังนี้

1. การแบ่งตามลักษณะของแผลผ่าตัด ดังนี้ (Burt, Tavakkolizadeh, & Ferzoco, 2007)

1.1 การผ่าตัดตามแนวตั้ง (Vertical Incision) เริ่มผ่าตัดจากกลางลำตัวบริเวณเหนือสะดือลงมาถึงบริเวณกระดูกหัวเหน่า เช่น การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดตามแนวตั้งกลางลำตัวเหมาะสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดที่การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดไม่แน่นอน ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้สามารถผ่าตัดเปิดช่องท้องได้ง่าย แต่หลังผ่าตัดจะมีอาการปวด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจและการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดแบบแนวขวาง ดังการศึกษาของ Grantcharov and Rosenberg (2001) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแผลผ่าตัดในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า การผ่าตัดแบบตามแนวตั้งมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่ปอดมากกว่าการผ่าตัดแบบแนวเฉียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$)

1.2 การผ่าตัดแบบแนวขวางและแนวเฉียง (Transverse and Oblique Incision) เช่น การผ่าตัดบริเวณใต้ชายโครงเป็นตำแหน่งที่ใช้ในการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบแนวเฉียงสามารถเปิดช่องท้องเห็นโครงสร้างอวัยวะภายในช่องท้องได้ชัดเจนเหมาะสำหรับการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า (Burger, Riet, & Jeckel, 2002) โดยการผ่าตัดแบบแนวขวางและแนวเฉียงพบได้ในการผ่าตัดระบบทางเดินน้ำดี ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออกโดยใช้กล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) ดังการศึกษาของ Bosch, Wehrman, Saeger and Kirch (2002) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการผ่าตัดเปิดแผลตามแนวเฉียงและการผ่าตัดโดยใช้กล้อง พบว่า การผ่าตัดเปิดแผลตามแนวเฉียงมีภาวะแทรกซ้อนระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าการผ่าตัดโดยใช้กล้อง (Halm, Lip, Schmitz, & Jeckel, 2008)

2. การแบ่งตามการวินิจฉัยของโรค ดังนี้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Patton, 2006 a; Potter & Perry, 2001)

2.1 การผ่าตัดฉุกเฉินหรือชนิดเร่งด่วน (Emergency Surgery) เป็นการผ่าตัดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที เพราะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ในรายที่มีการเสียเลือดมากภายใน

ช่องท้อง หรือการบาดเจ็บอวัยวะที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดลำไส้อุดตัน การผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ มีแผลถลอกและถูกแทง การผ่าตัดที่มีเลือดออกมาก การผ่าตัดเส้นเลือดเอออดิก (Aortic) ในช่องท้อง เป็นต้น ดังการศึกษาของ Arenal and Bengocchea-Becby (2003) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดฉุกเฉินสามารถพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sercio et al. (2003) พบว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.2 การผ่าตัดชนิดวางแผนล่วงหน้า (Elective Surgery) เป็นการผ่าตัดที่สามารถรอได้ มีเวลาเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้ครบถ้วนทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี การผ่าตัดเนื้องอกหรือมะเร็งของอวัยวะภายในช่องท้อง เป็นต้น ดังการศึกษาของ Hallin, Bergqvist and Holmberg (2006) ได้ทบทวนวรรณกรรมในปี ค.ศ. 1985-1997 จำนวน 132 งานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดเอออดิกในช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้ามีอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดในระยะ 30 วัน หรือขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 5 และการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมีอัตราตาย ร้อยละ 47

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เป็นการผ่าตัดใหญ่ทั้งชนิดวางแผนล่วงหน้าและชนิดฉุกเฉินของอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ การผ่าตัดลำไส้ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร การผ่าตัดถุงน้ำดี และการผ่าตัดระบบท่อน้ำในช่องท้อง ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดผนังหน้าท้อง เข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อตรวจหาความผิดปกติหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ ทำการแก้ไขรักษาแล้วเย็บปิด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่เป็นภาวะบาดเจ็บหรืออันตรายอย่างหนึ่งของร่างกายที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน การดูแลและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต และมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานของร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายจากการผ่าตัด คือ ผลกระทบของการผ่าตัดจากการที่ศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดบาดแผลชั้นเซลล์ในเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ เซลล์ Endothelium, Activated Platelet, Macrophage และ Cytokines ทำให้เกิดการตอบสนองเฉพาะที่ได้แก่ การอักเสบของเนื้อเยื่อ

(Inflammatory Response) มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดโดยการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้เลือดผ่านบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมากขึ้น สารเคมีต่าง ๆ จะถูกหลั่งเพิ่มขึ้น เช่น ฮิสตามีน (Histamine) แบริคไคนิน (Bradykinin) เป็นผลให้มีการคั่งของเลือดบริเวณนั้นและเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของสารเหลวในหลอดเลือดฝอย ทำให้บริเวณผ่าตัดมีอาการบวมและกดปลายประสาทรับรู้เจ็บปวด ผู้ป่วยจึงมีความปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ส่วนการตอบสนองทั่วไปในระบบอื่นของร่างกายจะเกิดขึ้นเมื่อการบาดเจ็บมีความรุนแรง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการกระตุ้นการตอบสนองทั่วไป ได้แก่ ความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ความกลัว อาการปวด และการสูญเสียน้ำหรือเลือด การตอบสนองทั่วไปในระบบอื่นของร่างกาย ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด กระบวนการเผาผลาญของร่างกาย ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของสมองไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และสมองพิทูอิทารี (Pituitary) และการควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมีการตอบสนองผ่านทางเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ มีการหลั่งสารเคมีร่วมกับการส่งกระแสประสาทบริเวณที่มีการบาดเจ็บรวมถึงการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ได้แก่ การหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หัวใจเต้นแรง เร็ว ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ทำให้ผิวหนังเย็นและซีด การเผาผลาญของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหายใจเร็ว ซึ่งร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการผ่าตัดมากขึ้นน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย สาเหตุและชนิดของการผ่าตัด (Edwards, Lowry, & Calvano, 2005 อ้างถึงใน อัจฉรา สุจาจริง, 2551) นอกจากนี้ ผลจากการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้หลั่งคอร์ติโคทรอปิก (Adrenocorticotrophic) หลั่งคอร์ติซอล (Cortical) และการเผาผลาญโปรตีนให้เป็นพลังงานเพิ่มมากขึ้น ขบวนการหายใจของเซลล์ช้าลงและมีอาการอ่อนเพลียหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้กระบวนการจับตัวเป็นลิ่มเลือดและกลไกการแข็งตัวของเลือดทำงานเพิ่มขึ้น หายใจจะถี่แต่ตื้น เนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและอาการปวดแผลผ่าตัด ผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายยังทำให้มีอาการปัสสาวะลำบาก (Smith, 2007) ดังนั้น ผลกระทบด้านร่างกายจากการผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะยังคงอยู่จนถึงในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งจำนวนครั้งของระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดพบร้อยละ 67 และลดลงในระยะหลังผ่าตัดเพียงร้อยละ 20 (Carr, Brockbank, Allen, & Strick, 2006) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

มักจะเกิดความกลัวและความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลการรักษาและ
 ภาพลักษณ์ที่เกิดจากแผลผ่าตัด (Carr et al., 2006; Karanci & Dirik, 2003) รวมทั้งผู้ป่วยต้องเผชิญ
 กับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์
 และคณะ, 2542; Huang et al., 2001) ดังการศึกษาของ ตูลาซีนี ธรรมสมบุรณ์ (2549) ในการศึกษา
 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่พบว่า
 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ
 และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) สาเหตุที่เกิดขึ้นยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น
 ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ โดยเฉพาะความปวดที่เกิดขึ้น มีผล
 ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดได้ (Barth & Jensen, 2006) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านสังคม ทำให้
 ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้น้อยลง ความสนใจในบทบาท
 หน้าที่ลดลง เนื่องจากไม่มีสมาธิที่จะเรียนรู้และจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ (Vaughn et al., 2007) ซึ่งจากการ
 เปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดน้อยลงก่อให้เกิด
 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นอีก (Huang et al., 2001)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดมีผลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนถึง
 การฟื้นฟูหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของ Vaughn et al. (2007) พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่
 สูงขึ้นทำให้ร่างกายฟื้นคืนสู่สภาพปกติช้า ซึ่งความวิตกกังวลจะพบร่วมกับความตึงเครียดและ
 ความกลัวที่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ
 (Nielsen, Rudin, & Werner, 2007) หากเกิดความวิตกกังวลเป็นเวลานานร่างกายไม่สามารถปรับตัว
 ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัดตามมา ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
 (Nielsen et al., 2007; Patton, 2006 b)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดที่
 เกิดจากการใช้ระดับความรู้สึกรูปแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การดูแลและการปฏิบัติตัว
 ที่ไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2008; Antle & Lewis, 2001; Driscoll et al., 2004; Huang
 et al., 2001) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบ
 ทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ (Allvin
 et al., 2008; Antle & Lewis, 2001; Basse et al., 2005) ดังการศึกษาของ อัจฉรา สุจาจริง (2551)
 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 100 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ท้องอืดจำนวน 19
 ราย อาเจียนจำนวน 2 ราย ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น จำนวน 10 ราย แผลอักเสบติดเชื้อจำนวน 4

ราย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.28 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ตะวัน แสงสุวรรณ (2551) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องวันที่ 1 คือ ภาวะตกเลือด ร้อยละ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 คือ มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 1 และ 5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอาการ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R_c = .50$) ดังนั้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถสรุปได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1-2

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ที่พบได้ คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สามารถพบได้เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ โรคปอด ความอ้วน ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจที่พบในระยะ 24-48 ชั่วโมง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Kozier et al., 2000) ได้แก่ ถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด เกิดจากการที่ปอดไม่สามารถขยายตัวได้ เนื่องจากมีเสมหะอุดกั้นที่แขนงของหลอดลมเล็ก (Bronchioles) เป็นผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ระบายอากาศลดลง ทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าไปยังถุงลมและอากาศในถุงลมส่วนปลายที่ค้างอยู่มีการดูดซึมออกไป ทำให้ถุงลมส่วนปลายแฟบ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและมีปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดปอดแฟบ เช่น มีเสมหะในทางเดินหายใจมาจากการสูบบุหรี่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Kozier et al., 2000; Smith, 2007) ดังการศึกษาของ Quraishi, Orkin and Roizen (2006) พบว่า ผลของนิโคติน (Nicotine) และคาร์บอนโมโนไซด์ (Carbonmonoxide) มีผลต่อเส้นเลือดหัวใจและปอด ซึ่งก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องหยุดใช้บุหรี่อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดเพราะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจระหว่างผ่าตัด (Quraishi et al., 2006) และภาวะถุงลมปอดแฟบพบร้อยละ 6 ของการผ่าตัดช่องท้อง อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว ไม่ปฏิบัติตามการบริหารการหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอสูง ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว เหนื่อยหอบกระสับกระส่าย หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว (Kozier et al., 2000; Smeltzer, Barc, Hinkle, & Cheever, 2008)

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือด อาจเกิดจากภาวะที่ร่างกายมีการเสียเลือดในขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่พบ ได้แก่

- 2.1 ภาวะตกเลือด (Hemorrhage) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากออกจากหลอดเลือด อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะผ่าตัดหรือเกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมงแรก

หลังผ่าตัดและในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สาเหตุอาจเนื่องมาจาก ความผิดพลาดทางเทคนิค ในการห้ามเลือดของศัลยแพทย์ เช่น การผูกมัดหลอดเลือดขณะที่ทำผ่าตัดไม่แน่นพอ หรือมีแผล เกิดขึ้นที่หลอดเลือด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ภาวะดกเลือดเป็นภาวะที่รุนแรงและเกิดจากการ ผ่าตัดโดยตรงในขณะที่ผ่าตัดอาจเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15-25 ของปริมาณเลือดในร่างกายจะทำให้ เกิดภาวะช็อกได้ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดเสียชีวิต (McConnell & DuFour, 2002; Smeltzer & Barc, 2004)

2.2 ภาวะช็อกจากภาวะเลือดพร่อง (Hypovolemic Shock) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมี การตอบสนองต่อปริมาตรเลือดที่ลดลงในระบบการไหลเวียนของเลือด ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่ว ร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ภาวะ ช็อกที่พบได้บ่อยที่สุดในการผ่าตัดคือ ภาวะช็อกจากปริมาตรเลือดพร่อง พบร้อยละ 60 ของภาวะ ช็อกทั้งหมด สาเหตุมาจากการเสียเลือดหรือน้ำเลือดจากภาวะดกเลือด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

2.3 มีก้อนเลือดคั่งในแผลผ่าตัด สาเหตุเกิดจากการมีเลือดออกจากการผ่าตัดแต่เลือด ระบายออกทางสายระบายเลือดไม่ได้เกิดเป็นก้อนเลือดอยู่ข้างในแผลผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการปวด รุนแรงและไม่สามารถบรรเทาอาการปวดลงได้จากยาบรรเทาปวด (Kozier et al., 2000)

3. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่สำคัญ คือ ลำไส้เป็นอัมพาต (Paralytic Ileus) เป็นภาวะที่ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด หรือบีบรัดน้อย พบได้ในระยะ 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ทำให้ผู้ป่วย ท้องอืดและอาเจียนไม่ถ่ายหรือผายลม ฟังไม่ได้ยินเสียงลำไส้บีบตัว ถ้าท้องอืดมากจะทำให้หายใจ ลำบากและเกิดปอดบวมได้ง่าย ต้องให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารจนกว่าลำไส้จะทำงาน ถ้าเป็นมากต้อง ใส่สายเข้าในกระเพาะเพื่อดูดน้ำและลมออกช่วยลดอาการแน่นท้องและท้องอืด (ธนิต วัชรพุกก์, 2550)

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3-5

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3-5 จะพบว่าอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการได้รับยาบรรเทาความรู้สึก และการผ่าตัดจะดีขึ้นหรือหมดไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดบวมหรือปอดอักเสบหลังผ่าตัด (Pneumonia) โดยการอักเสบของเนื้อปอด เนื่องจากการมีของเหลวหรือเสมหะคั่งค้างในถุงลมปอด เกิดการอักเสบติดเชื้อ ส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอดลดลงทำให้ถุงลมในปอดไม่มีการ หดและขยายตัวทำให้พื้นที่ของปอดถูกจำกัด ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกิน หัวใจข้างซ้ายล้มเหลวเกิด การอุดตันการหายใจที่ยาวนาน สาเหตุเกิดจากการไอที่ไม่มีประสิทธิภาพ การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย

การนอนบนเตียงนาน ๆ และพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดก้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่ใช้ยากระตุ้นความรู้สึกทั่วร่างกาย และมีภาวะขาดน้ำ อาการที่พบได้แก่ มีไข้สูง ชีพจรเต้นเร็ว หายใจลำบาก ไอ เจ็บหน้าอก หายใจมีเสียงดัง กระสับกระส่าย (Kozier et al., 2000; Smith, 2007; Smeltzer et al., 2008)

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Wound Infection) ภาวะนี้ปกติจะเกิดขึ้นภายหลังการทำผ่าตัด 5-7 วัน แต่อย่างไรก็ตามภาวะอักเสบติดเชื้อของแผลอาจเกิดขึ้นภายใน 36-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หรืออาจเกิดหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Smeltzer et al., 2008) สาเหตุจากเทคนิคการปราศจากเชื้อและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคกระดูก ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ (Steroid) เป็นต้น จึงมีโอกาสที่แผลผ่าตัดติดเชื้อได้และการติดเชื้อของแผลผ่าตัดพบได้บ่อยของการติดเชื้อในโรงพยาบาล แผลผ่าตัดจะมีอาการปวดที่รอยผ่าตัด บวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีหนองหรือน้ำเหลือง และมีไข้ (Smeltzer et al., 2008)

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 5 ขึ้นไป

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 5 ขึ้นไป คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือด ที่พบในระยะนี้ได้แก่ หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและอุดตัน (Deep Vein Thrombosis) เป็นภาวะที่หลอดเลือดดำส่วนลึกมีการอุดตันจากลิ่มเลือด อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบพบได้บ่อยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ร่วมกับอยู่โรงพยาบาลนานเกิน 7 วัน ปัจจัยเสี่ยงพบว่ามีมากเกิดในเพศหญิง ประวัติทานยาคุมกำเนิด การผ่าตัดใหญ่บริเวณอุ้งเชิงกราน (ปริญา อัครานุกัณกุล, 2552) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าอาการปวดแผลผ่าตัดเป็นสาเหตุให้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Huang et al., 2001) และการนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ เกิดการกั่งของเลือดดำบริเวณขาจากการที่กล้ามเนื้อเกาะที่ผนังหลอดเลือดดำขึ้นทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง ผู้ป่วยจะมีอาการขาบวม ปวดขา ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดขาบริเวณน่องโดยขาข้างที่อักเสบกล่าวกันว่าอุ่นตึงและกดเจ็บ (Kozier et al., 2000)

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ การอุดตันของลำไส้ (Intestinal Obstruction) หรือการอุดตันจากแผ่นพังผืดหรือรัศลำไส้ (Adhesion) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังผ่าตัด 7 วัน (Pessaux, Msika, & Atalla, 2003) หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เริ่มพบได้ในระหว่างวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด สาเหตุแบ่งได้ 2 ชนิด คือ เกิดจากกลไกการอุดตัน (Mechanical Obstruction) พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรก แต่ส่วนใหญ่เป็นโรค

แทรกซ้อนระยะยาวจากมีแผ่นพังผืดยึดหรือรัดลำไส้ สาเหตุที่สอง จากการที่ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว (Paralytic Obstruction) เกิดจากการรบกวนลำไส้ขณะผ่าตัด และผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เป็นต้น (ปริญา อัครานุรักษ์กุล, 2552) มักพบในรายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบก่อนผ่าตัด มีการระคายเคืองทั่วไปของเยื่อช่องท้อง หรือในรายที่มีการระบายสารเหลวในช่องท้องออกมา เป็นต้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

3. ภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ แผลแยก (Wound Dehiscence) แผลอาจแยกออกจากกันทุกชั้น (Complete Dehiscence) หรือแยกเฉพาะชั้นของผิวหนังไขมันและกล้ามเนื้อ ผื่นหน้าท้องแยกจนถึงอวัยวะภายในหมายถึงลำไส้ออกมาภายนอก (Evisceration) แผลแยกมักเกิดใน 5-8 วันหลังผ่าตัด (Antle & Lewis, 2001) หรือวันที่ 7-10 วันหลังผ่าตัด (Pessaux et al., 2003) แผลแยกสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดอื่นๆ เช่น การไอแรงๆ หรืออาเจียน เป็นต้น (Antle & Lewis, 2001)

ในการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ปัจจัยด้านร่างกาย คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งให้คำนิยามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่พบในระยะหลังผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ถุงลมโป่งพองและปอดบวม ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ภาวะตกเลือดและก้อนเลือดทั้งในแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ลำไส้เป็นอัมพาต และภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องภายในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย และทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นต้องได้รับการรักษาอื่นเพิ่มเติม

กล่าวโดยสรุป ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดช่องท้องดังที่กล่าวมา ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดตามมา

การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลทั่วๆ ไปเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอยู่เป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การควบคุมการขับถ่าย การทำกิจกรรมภายในบ้าน การประกอบอาชีพ การมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลในสังคม การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งครอบคลุมในทุกๆ ด้านของกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยที่บุคคลจะคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ

ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งปกติหากไม่มีความผิดปกติด้านร่างกาย บุคคลจะปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ แต่เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกายเนื่องจากความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาหรือการผ่าตัดก็ตาม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติหน้าที่และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิม (Horvath, 2003) ดังการศึกษาของ Urbach et al. (2005) ได้ประเมินภาวะสุขภาพหลังผ่าตัดเพื่อประเมินถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องถึงการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะจิตใจหลังผ่าตัด ร่วมกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 21 ราย ในระยะ 2 สัปดาห์หลังการผ่าตัด พบว่า การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติร้อยละ 100 เหนื่อยไม่สะดวกร้อยละ 48 และมีอาการปวดเมื่อไอหรือเคลื่อนไหวร้อยละ 28 ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ พบว่า รู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 28 และวิตกกังวล ร้อยละ 24 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชนี สิริ (2549) ได้ศึกษาความต้องการการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงมาก ความต้องการด้านจิตสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง

จากปัญหาดังกล่าวทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ทางครอบครัวและสังคมลดลง การตัดสินใจและการคิดแก้ปัญหาเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การดำรงชีวิตของบุคคลประสบปัญหา สามารถก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่ ความวิตกกังวล เสียใจ ซึมเศร้า แสดงปฏิกิริยาต่อคนรอบข้างผิดปกติ แยกตนเอง ไม่พอใจงานที่ทำ เกิดความเบื่อหน่าย และมีปัญหาสัมพันธภาพ เป็นต้น (จิตติรัตน์ ทองขาว, 2551) ดังการศึกษาของ Lawrence, Doll and McWhinnic (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการกลับมาทำงาน (Return Work) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้เลื่อน พบว่า การปฏิบัติตามกิจกรรมทางสังคมมีผลต่อระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 77 ข้อจำกัดด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการกลับมาทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ในการกลับมาทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .0001$) และระยะเวลาในการกลับมาทำงานและกิจกรรมทางสังคมมีนัยสำคัญกับปัญหาด้านจิตใจ ($p < .001$) ดังนั้น การปฏิบัติหน้าที่จึงมีความสำคัญต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่

การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) มีผู้ให้คำจำกัดความที่หลากหลายและแตกต่างกันไป ดังนี้

Wang (2004) กล่าวถึง การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) คือ การกำหนด หรือ การควบคุมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Capacity) ได้ด้วยตนเอง

Leidy (1994) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) หมายถึง กิจกรรมทางกาย จิต สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติจริงตามสภาพของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องการที่จะทำและเลือกที่จะทำ ได้แก่

1. กิจกรรมทางกาย เป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจมาจากความต้องการทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย และการรับประทานอาหาร เป็นต้น และกิจกรรมประจำวันระดับปานกลาง (Intermediate Activity: IADL) (Wallace & Shelkey, 2008)
2. กิจกรรมทางจิต เป็นกิจกรรมที่รวมถึงสุขภาพจิต เช่น งานอดิเรก (ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำสวน และความสามารถในการแก้ปัญหา) เป็นต้น
3. กิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว เช่น งานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เป็นต้น
4. กิจกรรมทางจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเลื่อมใสศรัทธา การทำสมาธิ และการประกอบพิธีทางศาสนาและการบวงสรวง

World Health Organization (2001) ได้ให้ความหมายของ การปฏิบัติหน้าที่ (Performance) คือ การกระทำกิจกรรมใด ๆ ก็ตามของบุคคลโดยการกระทำจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล

Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) คือ กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ (Role Performance) การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Social Activity and Interaction)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำทฤษฎีการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีของอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al. (1997) เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the Symptom Experience) ในทฤษฎีใช้คำว่า Performance ซึ่งองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ มีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้

1. อาการ เป็นแนวคิดหลักของทฤษฎี อาการในความหมายของทฤษฎีนี้ เป็นประสบการณ์ที่ประกอบด้วยหลายมิติ แต่ละมิติสามารถรายงานและประเมินแยกออกจากกันได้ อาการแต่ละอาการจะประกอบด้วย 4 มิติ ซึ่งแต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน ดังนี้

1.1 มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง ความแรง หรือจำนวนครั้งของอาการ เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิกและการวิจัยเนื่องจากเป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย

1.2 มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ (Frequency) ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะหรือเป็นช่วงความยาวนานของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีความหมายรวมทั้งความถี่และช่วงความยาวนานของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลายาวนานจนกระทั่งเรื้อรัง มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่มีสัมพันธ์กับอาการ

1.3 มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความลำบากของบุคคลจากอาการ ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล การรายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการรายงานโดยผู้ป่วยเอง มิติด้านนี้มีผลต่อการบำบัดหรือการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ จัดเป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

1.4 มิติด้านคุณภาพของอาการ (Quality) คุณภาพของอาการสามารถรายงานออกมาในลักษณะของคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการ เช่น การอธิบายลักษณะอาการหายใจลำบาก ได้แก่ อึดอัด แน่นหน้าอก หรือหายใจไม่พอ เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมา มีความหมายรวมไปถึงตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการนั้นได้ ซึ่งบุคคลที่ประสบกับอาการจะเป็นผู้อธิบายออกมา

2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านสรีระวิทยา หมายถึง ระบบการทำงานของร่างกายที่มีผลต่อการเกิดอาการ สามารถประเมินได้จากอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่เป็นปกติ การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ สาเหตุจากพยาธิสภาพ เช่น การได้รับบาดเจ็บ ความสมดุลของระดับสารอาหารและระดับสารน้ำในร่างกาย

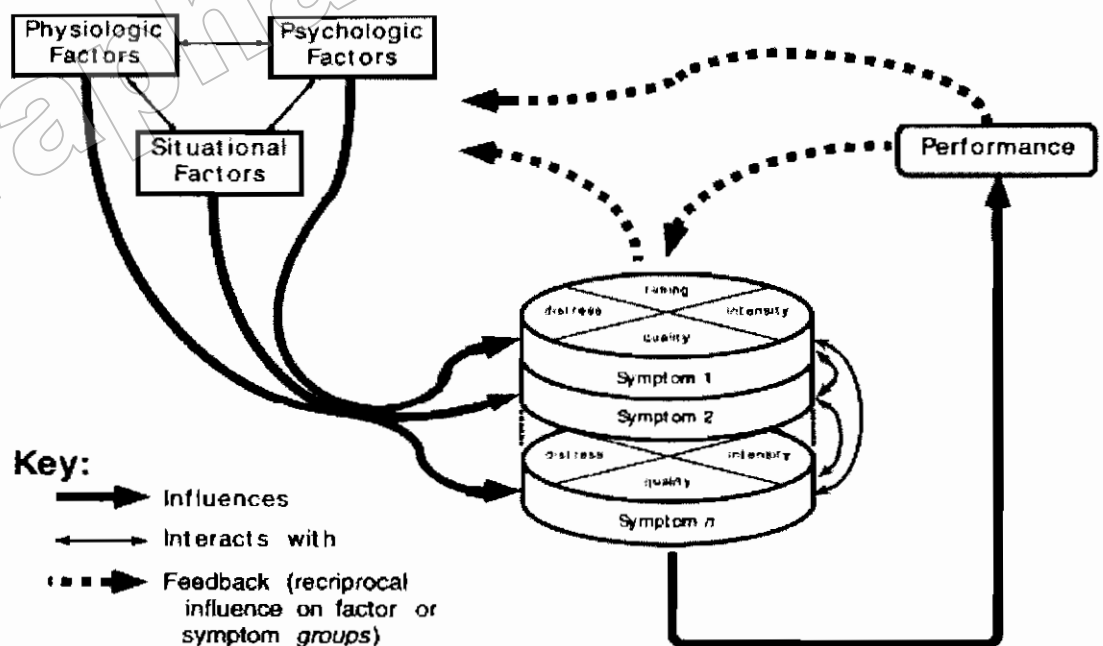
2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึง สภาวะด้านจิตใจหรือสภาวะทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล ปฏิกริยาที่ตอบสนองการเจ็บป่วย และระดับความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้และให้ความหมายของอาการ ภาวะทางจิตใจที่มีการศึกษาอย่างมากและมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทั้ง 4 มิติ คือ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า

2.3 ปัจจัยด้านสถานการณ์ หมายถึง สถานการณ์ทางสังคมและทางกายภาพ สถานการณ์ทางสังคมประกอบด้วย สถานะทางการเงิน สถานภาพสมรส และสถานภาพทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งบริการทางสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย ความร้อน ความชื้น แสง เสียงและคุณภาพของอากาศ ปัจจัยด้านสถานการณ์จะส่งผลต่อประสบการณ์และการรายงานอาการ

3. การปฏิบัติหน้าที่ (Performance) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ

3.1 การปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ กิจกรรมทางกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.2 การปฏิบัติหน้าที่ด้านสติปัญญา ได้แก่ การมีสมาธิ ความคิด และการแก้ปัญหา องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบในทฤษฎีมีความเกี่ยวข้องกัน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Model of Theory of Unpleasant Symptoms (Lenz et al., 1997)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง โดย Lenz et al. (1997) อธิบายไว้ว่า การปฏิบัติหน้าที่ (Performance) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ การปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย ได้แก่ กิจกรรมทางกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการปฏิบัติหน้าที่ด้านสติปัญญา ได้แก่ การมีสมาธิ ความคิด และการแก้ปัญหา โดยทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ คือ อาการหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น อาการแต่ละอาการจะประกอบด้วย 4 มิติ คือ ด้านความรุนแรง ด้านเวลา ด้านความทุกข์ทรมาน และด้านคุณภาพของอาการ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการจะส่งผลให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีปัจจัยที่มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ อาการหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติหน้าที่ยังส่งผลย้อนกลับไปยังอาการและปัจจัยทั้ง 3 ด้านเช่นกัน (Lenz et al., 1997)

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในการศึกษานี้มุ่งศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย ที่ครอบคลุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัด โดยมีกลุ่มอาการหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดดังกล่าวมีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหรือกลุ่มอาการ เป็นทั้งปัจจัยด้านร่างกายและปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ ชนิดการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดยังมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด (Allvin et al., 2008; Isbister, 2000)

ดังนั้นในการศึกษานี้ ได้ให้ความหมายของ การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องตามทฤษฎีของอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) กล่าวคือ การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัด

การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดจะปฏิบัติเมื่อผู้ที่ได้รับการผ่าตัดรู้สึกตัวและสามารถตอบสนองต่อการรับฟังคำแนะนำ ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ และการเดินเคลื่อนย้ายตนเอง เป็นต้น (Wallace & Shelkey, 2008) ซึ่งผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดเป็นต้นไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลและอาการหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Hallett, 2000; Lewis, Egger, Sylvester, & Toopic, 2001) ดังนี้

1.1 การทำความสะอาดร่างกาย โดยควรดูแลความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ที่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ควรเช็ดตัวบนเตียง แปรง핀หรืออาบน้ำโกบนเตียงวันละ 2-3 ครั้ง เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในปาก ลดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน และเพิ่มความอยากอาหาร และการดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้ที่มีสายสวนปัสสาวะควาไว้ควรทำความสะอาดวันละ 1-2 ครั้ง โดยเฉพาะบริเวณรอยต่อของสายยาง กับท่อต่อถึงรองรับปัสสาวะโดยใช้สบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Wilmore & Kehlet, 2001; Potter & Perry, 2001)

1.2 การแต่งตัว สามารถปฏิบัติได้เองบนเตียงหรือเมื่ออาการต่าง ๆ หลังผ่าตัดบรรเทาลง

1.3 การรับประทานอาหาร ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ควรได้รับคอาหารหลังผ่าตัดประมาณ 24-48 ชั่วโมง เมื่อเริ่มรับประทานอาหารได้ ระยะแรกอาจเริ่มจิบน้ำประมาณ 15-30 มม. ทุก ½ -1 ชั่วโมง ถ้าดื่มน้ำได้ดี ไม่มีอาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด และถ้าได้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นจะเริ่มได้อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุพ จากนั้นจึงค่อยให้อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ (Lewis et al., 2001) ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและเพียงพอ การดื่มน้ำควรดื่มวันละ 2-3 ลิตร หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง (Basse et al., 2000)

1.4 การขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะระยะแรกในผู้ป่วยที่ยังคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยควรบิเบรดสายยางบ่อย ๆ เพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันจากก้อนเลือด หรือสารประกอบของปัสสาวะที่ตกตะกอน หลังจาก 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจะได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ

(Fearon et al., 2005; Wilmore & Kehlet, 2001) ควรดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อช่วยขับปัสสาวะ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมีเลือดออก ปัสสาวะขุ่นคล้ายกับมีหนองปน ปัสสาวะไหลออกน้อย ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาท้องผูกหลังผ่าตัด จึงควรดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 3 ลิตร รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ และฝึกบริหารกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก โดยการขมิบก้นและคลายออกเป็นประจำอย่างน้อย 8-10 ครั้งต่อชั่วโมง (นันทา เด็กสวัสดิ์, 2540)

1.5 การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้และการเดินเคลื่อนย้ายตนเอง ควรเริ่มปฏิบัติภายหลังอาการต่าง ๆ หลังผ่าตัดทุเลาลง เป้าหมายของการเคลื่อนไหวคือ เพื่อให้การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (Hallett, 2000; Smith, Duell, & Martin, 2004)

2. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสำหรับผู้ป่วยใน เป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากกิจกรรมทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมายังพบว่า งานวิจัยที่ศึกษากิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีอยู่อย่างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยในขณะอยู่โรงพยาบาลสรุปได้ ดังนี้

Radcliffe and Smith (2007) ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 16 ราย ที่รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมระยะเวลา 5 วันในหนึ่งสัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยในขณะอยู่โรงพยาบาลประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วยสามารถแบ่งชนิดของกิจกรรมเป็น 6 กลุ่มดังนี้

1. การพูดคุย (Talking) เช่น การพูดคุยกับบุคคลอื่นในตึกผู้ป่วย เป็นต้น
2. การบำบัดโดยไม่พูดคุย (Non-verbal Therapies) เช่น การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น
3. ความคิดสร้างสรรค์ หรือการแสดงออก (Creative/ Expressive) เช่น งานศิลปะ ความคิดสร้างสรรค์ การเขียน เป็นต้น
4. ทักษะหรือข้อมูล (Skills/ Information) เช่น การได้รับข้อมูล การได้รับคำแนะนำ เป็นต้น
5. กิจกรรมทางกายหรือการผ่อนคลาย (Physical/ Relaxation) เช่น แอร์โรบิก (Aerobics) โยคะ (Yoga) และการเดิน เป็นต้น

6. กิจกรรมนันทนาการ (Recreational) เช่น การดูทีวี การฟังเพลง กิจกรรมเวลาว่าง ในกลุ่มผู้ป่วย เป็นต้น

Anderson (2008) ศึกษากิจกรรมทางสังคมของ Residents สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเสื่อม (Dementia) ในหอผู้ป่วยพิเศษ (Special Care Units) พบว่าการเกิดกิจกรรมทางสังคมของ Residents ดังนี้

1. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Residents และ Residents
2. การมีปฏิสัมพันธ์กับ Staff
3. การมีกิจกรรมส่วนบุคคล เช่น การดูทีวี การฟังเพลง การอ่านหรือความสามารถในการอ่าน การรับประทานอาหารหรือการดื่ม

นอกจากนั้นยังมีส่วนให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนี้

1. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมแบ่งเป็น 4 หัวข้อใหญ่ ดังนี้ (Tamakoshi et al., 1995 cited in Aoki et al., 1996)

1.1 สถานะที่กำลังทำงาน (Job Engagement)

1.2 การมีส่วนร่วมหรือมีกิจกรรมทางสังคม (Social Participation or Socially-Related Activities)

1.3 กิจกรรมเกี่ยวกับการเรียน (Activities for Learning)

1.4 กิจกรรมส่วนบุคคล (Personal Activities)

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม (Anderson, 2008; Radcliffe & Smith, 2007)

ดังนั้น การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ติดต่อหรือมีส่วนร่วมด้วยบุคคลอื่นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การมีกิจกรรมกับบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยอื่น และกิจกรรมส่วนบุคคล

3. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ (Role Performance) ของผู้ป่วยตามสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 2001) ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง คือ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสถานะการทำหน้าที่ของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ หรือสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Allvin et al., 2007; Kozier

et al., 2000; Smeltzer et al., 2008) วิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Deep Breathing) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Cough) การออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง (Leg Exercise) และการลุกออกจากเตียงโดยเร็ว (Early Ambulation) รวมถึงวิธีการบรรเทาอาการปวดและการดูแลแผลผ่าตัด (อัจฉรา สุจาจริง, 2551; Potter & Perry, 2001; Smith et al., 2004) โดยการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมา ในระยะหลังผ่าตัดสามารถแบ่งระยะของการฟื้นหายหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (Antle & Lewis, 2001) ดังนี้

3.1 ระยะหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (Immediate Recovery Period) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทันทีจนถึงการได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวออกจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้น จนกระทั่งอาการและอาการแสดงในภาวะคงที่ไม่มี การเปลี่ยนแปลงจะถูกส่งตัวกลับไปยังหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการดูแลจากทีมวิสัญญีอย่างใกล้ชิด ซึ่งต้องอาศัยอุปกรณ์พิเศษโดยเฉพาะและความเชี่ยวชาญของพยาบาลที่ดูแล ค่อยๆย้ายกลับไปดูแลที่หอผู้ป่วยเดิม ระยะนี้อยู่ในช่วงวันที่ 1 ของการผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มมีสติสัมปชัญญะกลับคืนมา เคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง สัญญาณชีพคงที่แต่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและอาจมีท่อระบายต่าง ๆ

3.2 ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Convalescence) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดวันที่ 1 หรือมากกว่า ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น ร่างกายของผู้ป่วยเริ่มกลับมาทำงานได้ตามปกติ สัญญาณชีพคงที่ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือลุกเดินได้ เริ่มรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนได้ ซึ่งการฟื้นหายหลังผ่าตัดจะขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสาเหตุส่วนใหญ่ของการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องไม่เป็นไปตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดในชีวิตประจำวันได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Basse et al., 2000) ดังการศึกษาของ Horvath (2003) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทางนรีเวชโดยใช้กล้อง มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำ และการรับประทานอาหาร หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 พบร้อยละ 82.4 ร้อยละ 71.4 และร้อยละ 58.2 ตามลำดับ และยังพบว่าหลังวันที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ตามจริงเพียงร้อยละ 4.4 และหลังผ่าตัดวันที่ 6

ขึ้นไปผู้ป่วยกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปกติ

นอกจากนี้ การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดที่ลดลงยังทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดล่าช้า ส่งผลต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการที่ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้จำนวนครั้งของการลุกและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง มีผลให้การดูแลตนเอง ในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เปลี่ยนไปเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกังวล โกรธ และซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ต่อการผ่าตัดในทางลบ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ทางครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไป (Allvin et al., 2007) ดังการศึกษาของ Allvin et al. (2008) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ล่าช้า คือ มีเลือดออก แผลผ่าตัดติดเชื้อ การอัมพาตของลำไส้ และปอดบวม ยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. แบบประเมิน Enforced Social Dependency Scale (ESDS) สร้างและพัฒนาโดย Benoliel, McCorkle and Young (1980 cited in Goodwin & Coleman, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BADL) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL) ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การแต่งตัว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 2) ด้านความสามารถทางสังคม เกี่ยวกับ กลุ่มสมรส ลูกจ้าง และการพักผ่อน หย่อนใจเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 3) ด้านระดับความรู้สึกรู้ตัว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคะแนนรวมต่ำสุด 10-51 คะแนน โดยคะแนนรวมมากจะแสดงถึงความบกพร่องทางหน้าที่ สูงสุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .90 โดย Zalon (2004) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะแรกหลังผ่าตัดจนถึง 3 เดือนหลังผ่าตัด จำนวน 141 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการปวด อาการอ่อนล้า และอาการซึมเศร้า มีนัยสำคัญกับภาวะการทำหน้าที่ ในระยะ 3-5 วันหลังผ่าตัดพบร้อยละ 13.4 และหลังผ่าตัด 1 เดือนพบร้อยละ 30.8

2. แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status Questionnaire: FSQ) สร้างและพัฒนาโดย Jette (1986 cited in Cleary & Jette, 2000) มีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 1) การประเมินด้านร่างกาย (Physical Function) มี 2 ด้าน แบ่งเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BADL) 3 ข้อ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL) 6 ข้อ 2) ด้านจิตใจ (Psychological Function) จำนวน 5 ข้อ 3) บทบาททางสังคม (Social or Role Function) แบ่งเป็น 3

ด้าน ด้านหน้าที่การทำงานจำนวน 6 ข้อ ด้านกิจกรรมทางสังคมจำนวน 3 ข้อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 5 ข้อ และ 4) เป็นข้อคำถามเดียวในการประเมินภาวะการทำงาน การประเมินความสามารถในแต่ละวัน การทำกิจกรรมในแต่ละวัน และความบ่อยครั้งในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ ค่าความเที่ยงภายใน (Internal Consistency) เท่ากับ .64-.82 โดย Cleary and Jette (2000) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี ใน 6 โรงพยาบาล ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75

3. แบบประเมิน Medical Outcomes Study Short-Form 36 (MOS-SF 36) สร้างและพัฒนาโดย Ware and Sherbourne (1986 cited in Goodwin & Coleman, 2003) ใช้ประเมินอาการ (Symptom) ภาวะการทำงาน (Functional Status) และการรับรู้สุขภาพทั่วไป จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BADL) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL) ดังนี้ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดทางกาย ข้อจำกัดทางอารมณ์ สุขภาพจิต พลังงาน ความเจ็บปวด และการรับรู้สุขภาพทั่วไป ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 - .94 โดย Mangione, Goldinan, Marcantonio, Pedan and Ludwig (1997) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดเอออดิตในช่องท้อง จำนวน 95 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Ability) ของศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร (2545) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นฟู และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในแวดล้อมในหอผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ มีการวัดระดับคะแนนเป็น Visual Analogue Scale ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงจะกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยปลายด้านซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 คะแนน มีความหมายไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง ปลายด้านขวาสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเองเต็มที่ ผู้สูงอายุจะประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองโดยการขีดเครื่องหมายทับลงบนเส้นตรงให้ตรงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นจริงเครื่องมือดังกล่าว ค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิได้เท่ากับ .85 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .84 นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

5. แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Activity of Daily Living Index) ของ Mahoney and Barthel (1965) เป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานโดยการประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ และการเดินเคลื่อนย้ายตนเอง โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมนั้น ๆ แบบประเมินมีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด คะแนนต่ำ หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Test-retest ได้เท่ากับ 0.89

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด จำนวน 24 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยได้ประยุกต์จากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Mahoney and Barthel (1965) 2) การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ 3) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยแบ่งตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ประกอบด้วย อาการหรือกลุ่มอาการ และปัจจัยที่มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการ ดังนี้

1. อาการหรือกลุ่มอาการ โดยมีผู้ให้ความหมายของอาการไว้ดังนี้

เพ็ญจันทร์ สโมณัยพงศ์ (2545) ได้ให้ความหมายของคำว่า อาการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกเล่าให้ฟัง อาการเป็นความรู้สึกผิดปกติของผู้ป่วยซึ่งอาจมีจริงหรือไม่จริงก็ได้

Armstrong (2003) กล่าวว่า อาการ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน เป็นการให้ความหมายหรือลักษณะของความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการนั้นมีความซับซ้อนและอาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา

Dodd, Miaskowski and Lee (2004) ได้ให้ความหมายของคำว่า อาการ (Symptom) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึกและสติปัญญา

Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึง อาการ (Symptoms) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถเกิดขึ้น

พร้อมกันได้หลายอาการหรือเกิดเพียงอาการเดียวก็ได้ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา

ปัจจุบันได้มีผู้ศึกษาถึงแนวคิดของอาการอย่างหลากหลาย และผลการวิจัยได้ยืนยันแล้วว่า อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว สามารถอธิบายการรับรู้อาการได้จากทฤษฎีของอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) กล่าวถึง อาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อยหนึ่งเหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ พฤติกรรม โดยอาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ อาการสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้หลายอาการหรือเกิดเพียงอาการเดียวก็ได้ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา (Lenz et al., 1997) ซึ่งแต่ละอาการที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กันและมีหลายมิติ คือ มิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพของอาการที่ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกายและการปฏิบัติหน้าที่ด้านสติปัญญา ซึ่งปัจจุบันเรียกออาการที่เกิดขึ้นร่วมกันเหล่านี้ว่า กลุ่มอาการ (Symptom Groups or Symptom Clusters)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงให้คำนิยาม กลุ่มอาการ (Symptom Clusters) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด ที่เกิดขึ้นร่วมกันและมีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และอาการวิตกกังวล โดยเป็นอาการที่พบบ่อยภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง

อาการที่พบบ่อยหลังผ่าตัด

การผ่าตัดช่องท้องทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ดังการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) ที่ได้ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย พบว่าความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางและความทุกข์ทรมานค่อย ๆ ลดลง เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง ผลจากการศึกษาพบว่า อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ท้องอืด คลื่นไส้และอาเจียน วิตกกังวล เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของตะวัน แสงสุวรรณ (2551) ได้ศึกษาถึงกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าอาการที่พบบ่อยใน 1-3 วันหลังผ่าตัด คือ อาการปวด อ่อนเพลีย การนอนไม่หลับ ท้องอืด และความวิตกกังวล ทั้งนี้ Kim and Lee (2001) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) จำนวน 64 เรื่อง เกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องพบว่าอาการที่พบ

บ่อยคือ อาการปวด การนอนหลับถูกรบกวน อ่อนล้า ซึมเศร้า และวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Allvin et al. (2008) ที่ได้ศึกษาถึงประสบการณ์การฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดทางนิเวศ จำนวน 10 ราย พบว่า ประสบการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ในการฟื้นฟูหลังผ่าตัด มีอาการที่พบคือ อาการปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้ อ่อนเพลีย วิตกกังวล และยังพบการทำหน้าที่ของลำไส้ลดลง ทั้งนี้ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ หลังผ่าตัด จะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย (Basse et al., 2005; Zalon, 2004) อย่างไรก็ตาม อาการที่พบได้บ่อยนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นแค่เพียงอาการเดียว (Dodd, Miaskowski, & Lee, 2004; Lenz et al., 1997) แต่อาการปวดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงมีผลต่ออาการอื่น ๆ ตามมา (Niven, 2003)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามมา คือ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และอาการวิตกกังวล (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Alkaissi, 2004)

อาการปวดแผลผ่าตัด

อาการปวดแผลผ่าตัด เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความซับซ้อน เป็นนามธรรม การอธิบายและให้ความหมายของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตสังคมและวัฒนธรรม อาการปวดยังเป็นการรับรู้ความไม่สบายด้านความรู้สึกและอารมณ์ เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและผลของการรักษา (McGuire, 2006)

ดังนั้น อาการปวดแผลผ่าตัดในการศึกษารั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการปวดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด

ผลกระทบของอาการปวดแผลผ่าตัด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมักจะเผชิญกับอาการปวดปัญหาอันดับแรก โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัดจะมีอาการปวดความรุนแรงมาก หลังจากนั้นจะค่อย ๆ บรรเทาตามระยะเวลา ซึ่งความปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; ปิณฑน์ ลิขิตกำจร, 2546; พงศ์ภาระดี เจาตะเกษตริน, 2547; Huang et al., 2001) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนี้

1.1 ระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ และปอดบวมเฉพาะที่เนื่องจากผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อร่วมกับอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ทำให้มีปัญหาการหายใจเข้าออกถี่ ๆ ไม่สามารถเอาเสมหะออกได้ด้วยการไอ จนเกิดการกั่งค้างของเสมหะมากขึ้นและจากการนอนท่า

เดียนาน ๆ และการเคลื่อนไหวตัวได้น้อย (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2001; Smith, 2007)

1.2 ระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ขยับตัวนาน ๆ อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา พบในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดที่นอนบนเตียงนาน ๆ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดเร็วกว่าปกติ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Smith, 2007)

1.3 ระบบกล้ามเนื้อ เกิดการหดเกร็งทำให้เกิดความปวด ร่วมกับการทำงานที่เพิ่มขึ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความสามารถในการนำออกซิเจนมายังกล้ามเนื้อลดลงมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น พลังงานสะสมถูกนำมาใช้ทำให้เกิดความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Coda & Bonica, 2001; Huang et al., 2001; Patton, 2006 b)

1.4 ระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อหูรูดจะหดตัว เนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติกจะกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูรูดทางเดินอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง มีการค้างตัวของน้ำย่อย กระเพาะอาหารและลำไส้ขัดขวางตลอดจนหยุดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Doughty, 2005; Potter & Perry, 2007)

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ ความปวดแผลผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูรูดกระเพาะปัสสาวะหดเกร็งมากขึ้นร่วมกับผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวร่างกายจากความปวดแผลผ่าตัด ทำให้การระบายของปัสสาวะไม่สะดวกและเกิดการค้างของปัสสาวะขึ้น จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น (Potter & Perry, 2007; Smith, 2007)

2. ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความปวดแผลผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Huang et al., 2001) ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะแสดงออกทางน้ำเสียง ใบหน้า การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ร้องไห้คร่ำครวญ กัดฟัน หลับตาแน่น กำมือ อาจนอนหรือก้มบริเวณที่ปวดเพราะกลัวการสัมผัส อาการปวดที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง ๆ แต่บางรายอาจกระสับกระส่าย กรีดร้องหรือทำร้ายตัวเอง เรียกพยาบาล พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่ออาการปวดมีลักษณะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการปวดและความทนต่ออาการปวดของแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเชื่อและภาวะอารมณ์มาเกี่ยวข้อง (Clark & Carly, 2001 อ้างถึงใน ตะวัน แสงสุวรรณ, 2551) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ที่ไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดได้ (Barth & Jensen, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าความปวดเป็นสาเหตุที่

สำคัญของความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดอีกด้วย (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Potter & Perry, 2007; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งผลกระทบของอาการปวดดังกล่าวจะมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ป่วย ทำให้ระยะในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเกินความจำเป็น (ลักขมี ชาญเวช, 2546; Kitcatt, 2000)

อาการคลื่นไส้อาเจียน

อาการคลื่นไส้อาเจียนยังมีความหมายที่ยังไม่ชัดเจน แต่มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

อาการคลื่นไส้ (Nausea) หมายถึง ความรู้สึกร่วมกับความรู้สึกของความต้องการอาเจียน

(Rahman & Beattie, 2004)

อาการคลื่นไส้ หมายถึง การรับรู้ของการมีปฏิกิริยาบริเวณเมดูลลา (Medulla) ร่วมกับศูนย์อาเจียน (Vomiting Centre) และตอบสนองโดยการอาเจียน

อาการอาเจียน (Vomiting) หมายถึง อาการและการแสดงของการขับสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารส่วนบนออกมาทางปาก ร่วมกับการบีบรัดของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ในขณะที่อาเจียนนั้นการหายใจจะหยุด และฝาปิดกล่องเสียงก็ปิดเพื่อป้องกันการสำลัก (Rahman & Beattie, 2004)

อาการอาเจียนเริ่มโดยกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องหดตัวอย่างแรง เพิ่มความดันในช่องท้อง พร้อมกับกระเพาะอาหารส่วนปลายและหลอดบีบตัว แต่กระเพาะอาหารส่วน Fundus และคาร์เดีย (Cardia) จะหย่อนตัวร่วมกับหลอดเลส (Les) คลายตัว ซึ่งบีบเอาสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารย้อนขึ้นออกมาทางปากด้วยความเร็ว ขณะเดียวกันทางเข้าหลอดลมปิดเพื่อป้องกันการสำลักเข้าหลอดลมพร้อมกับมีการกลืนหายใจ เพดานอ่อนยกปิดกั้นนาโสฟาริง (Nasopharynx) กันมิให้สำลักขึ้นจมูกขณะที่หลอดลมปิดจะเพิ่มแรงดันในปอด ทำให้เพิ่มความดันแก่หลอดอาหาร หลอดอาหารจะบีบตัวรับอาหารออกมาทางปาก (Rahman & Beattie, 2004)

อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Postoperative Nausea and Vomiting: PONV) เป็นการแสดงอาการไม่สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และมีความต้องการที่จะอาเจียน อาจมาจากสาเหตุการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด (Ku & Ong, 2003; Potter & Perry, 2001; Smith, 2007) อาการคลื่นไส้อาเจียนถูกควบคุมโดยศูนย์ควบคุมการอาเจียน ซึ่งอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดอาจเกิดขึ้นประมาณ ร้อยละ 20-30 ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ สามารถเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด (Smith, 2007; Watcha & White, 1992)

ดังนั้น อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการไม่สบายในระบบทางเดินอาหารและต้องการที่จะอาเจียนและ/หรือมีการอาเจียนของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด

ผลกระทบของอาการคลื่นไส้อาเจียน

สาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเป็นผลจากความวิตกกังวล ความกลัวการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ผลของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นเวลานาน ยาระงับปวดชนิดนาร์โคติก (Narcotic) และได้รับมอร์ฟีน (Morphine) และเพทิดีน (Petidine) ในการระงับปวดซึ่งมีสารที่กระตุ้นศูนย์การอาเจียนทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนตามมาในระยะหลังผ่าตัดได้ และผู้ป่วยที่มีประวัติความเจ็บป่วยอื่นร่วม เช่น อาการปวดไมเกรน นอกจากนี้ชนิดหรือตำแหน่งของการผ่าตัดก็มีผลต่อการเกิดคลื่นไส้และอาเจียนตามมาโดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง และในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Ku & Ong, 2003; Rahman & Beattie, 2004; Smith, 2007)

อาการคลื่นไส้อาเจียนในระยะหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดช่องท้อง เช่น การอุดตันระบบทางเดินหายใจ แผลแยก ท้องอืด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Electrolytes) และทำให้มีอาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น (Antle & Lewis, 2001; Ku & Ong, 2003; Patton, 2006 b) โดยผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนอยู่เนืองนิจอาจมีผลทำให้เกิดการขาดสารน้ำ (Dehydration) ขาดเกลือแร่ (Electrolyte Imbalance) และการที่ผู้ป่วยมีอาการขย้อน คลื่นไส้อาเจียน สามารถทำให้เกิดแรงดันขึ้นที่บริเวณแผลผ่าตัด เพิ่มอาการเลือดออกใต้ชั้นผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัด รวมถึงเพิ่มอัตราเสี่ยงในการสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลมได้ (มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2543; Ku & Ong, 2003) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย การเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมา (Allvin et al., 2008; Ku & Ong, 2003; Potter & Perry, 2001) ดังการศึกษาของ Carroll, Miederhoff, Cox and Hirsch (1995) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน (Hernia) แบบเปิดช่องท้องและแบบใช้กล้อง (Laparoscopic Hernia) โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย พบว่าผู้ป่วยจำนวน 85 ราย ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 และผู้ป่วยจำนวน 78 ราย มีอาการคลื่นไส้อาเจียนระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Duda1, Krummenauer, Ay1 and Celik (2004) ศึกษาในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการผ่าตัดทรวงอก จำนวน 386 ราย พบว่ามีอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด 6-24 ชั่วโมง จำนวน 22 ราย และอาเจียนหลังผ่าตัด 6-24 ชั่วโมง จำนวน 20 ราย

อาการนอนไม่หลับ

สุรชัย เกื้อศิริกุล (2544) ได้ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับว่าเป็นอาการไม่ใช่โรค มีลักษณะหนึ่งอาการหรือหลายอาการร่วมกัน คือ นอนหลับยากหรือนอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อย ในช่วงกลางคืนหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ และตื่นเช้ากว่าปกติ

American Psychiatric Association (1994 cited in Jansson-Frojmark & Linton, 2008) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) คือ การนอนหลับยากและนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Porth (2009) ให้คำจำกัดความว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นการนอนหลับยาก ตื่นเช้ากว่าปกติ นอนหลับไม่เพียงพอ นอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีคุณภาพ ทำให้การดำเนินชีวิตเสียไป ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีสมาธิและอารมณ์หงุดหงิด

Potter and Perry (2001) กล่าวถึง อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) คือ ภาวะที่มีการนอนหลับยาก ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืน นอนหลับไม่เพียงพอ ดังนั้น อาการนอนไม่หลับหลังผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของภาวะที่มีการนอนหลับยากและนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นบ่อย ในช่วงกลางคืน ในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด

อาการนอนไม่หลับยังแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ อาการนอนไม่หลับชนิดเฉียบพลัน และอาการนอนไม่หลับชนิดเรื้อรัง ดังนี้ (Porth, 2009)

1. อาการนอนไม่หลับชนิดเฉียบพลัน (Acute Insomnia หรือ Adjustment) หมายถึง ลักษณะของการนอนหลับยากที่มีช่วงระยะเวลาสั้นเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงและไม่สุขสบายด้านร่างกาย สาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ภาวะเครียด และแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป ถ้าร่างกายสามารถปรับสภาพให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อาการนอนไม่หลับสามารถหายไป

2. อาการนอนไม่หลับชนิดเรื้อรัง (Chronic Insomnia) The National Institutes of Health (NIH) ได้จำแนกความแตกต่างของอาการนอนไม่หลับชนิดเรื้อรัง โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นอาการที่นอนไม่หลับตั้งแต่ 30 วัน หรือมากกว่า รวมทั้งมีอาการอ่อนเพลียบ่อยครั้ง อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า และมีเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ใจจืดที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ เช่น ความปวด การไม่เคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ซึ่งจะสัมพันธ์กับโรคและการใช้ยา

วงจรการนอนหลับ (Sleep Cycle)

การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐาน ที่สอดคล้องกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่น ๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางผ่นคลาย และเป็นวัฏจักรอย่างต่อเนื่องสลับกับการตื่นหมุนเวียนกันไป (Christensen, 2006) วงจรการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของจังหวะชีวภาพ (Circadian Rhythm) ของร่างกายเกิดการหมุนเวียนกันเป็นวงจรในรอบ 24 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับความมืด ความสว่าง และอุณหภูมิของร่างกายที่ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาทในบริเวณไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) (Porth, 2009) โดยปกติวงจรการนอนหลับของผู้ใหญ่จะใช้ระยะเวลา 7-8 ชั่วโมง และมีการนอนหลับ 4-5 รอบ แต่ละวงจรใช้เวลาโดยเฉลี่ย 90 นาที เริ่มวงจรแต่ละวงจรจากระยะตื่น แล้วเข้าสู่ระยะ NREM Sleep (Non Rapid Eye Movement) ในระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 4 ตามลำดับ แล้วจะย้อนกลับเข้าสู่ระยะที่ 3 และระยะที่ 2 แล้วจึงกลับเข้าสู่ระยะ REM Sleep (Rapid Eye Movement Sleep) ก่อน ซึ่งถือว่าเป็น 1 วงจร จากนั้นจะเริ่มเข้าสู่ NREM ระยะที่ 2 และระยะต่อไปของ NREM เมื่อมีการตื่นขึ้นมาในระยะใดก็ตามจะต้องเริ่มต้นการนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM ทุกครั้ง (Christensen, 2006; Porth, 2009)

ระยะเวลาต่าง ๆ ใน REM Sleep และ NREM Sleep ในแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะอายุ ในคนปกติ เด็กผู้ใหญ่ จะมีการนอนหลับ NREM Sleep ระยะที่ 3, 4 ในช่วงแรก ของการนอนหลับ และ REM Sleep จะมีช่วงสั้นในระยะแรก และมีระยะยาวขึ้นตามลำดับในผู้สูงอายุจะหลับถึงระยะที่ 4 น้อย ส่วน REM Sleep มีเท่า ๆ กันทุกช่วง แต่ระยะเวลา น้อยกว่าในเด็กและในวัยผู้ใหญ่ (Christensen, 2006)

ผลกระทบของการนอนไม่หลับ

การนอนไม่หลับจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการนอนหลับไม่เพียงพอ อาจเนื่องจาก ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เช่น ความปวดแผลผ่าตัด การใช้ยาลดความปวด เสี่ยงรบกวนในหอผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Monitoring) ทำให้รบกวนการนอน กิจกรรมการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (Kehlet, 1997; Rosenberg-Adamsen, Kehlet, Dodds, & Rosenberg, 1996) ถึงแม้ว่าการนอนไม่หลับจะไม่รุนแรงไม่ทำให้เสียชีวิตแต่สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ มือสั่น พุงซ้ำ ปฏิกริยาการตอบสนองของร่างกาย ลดลง ความจำลดถอย การตัดสินใจและการใช้เหตุผลลดลง (Christensen, 2006) การทำกิจกรรมของร่างกายลดลง พบการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน กระบวนการหายใจของแผล ทำงานไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเมื่อนอนไม่หลับ ร่างกายจะมีการหลั่งสาร

แคททีโคลามีน (Catecholamine) กลูคากอน (Glucagons) และคอร์ติซอล ซึ่งยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ทำให้กระบวนการหายของแผลทำงานได้น้อยลง (Closs, 1999) นอกจากนี้ยังกดการทำงานของกลไกการป้องกันตนเองของร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ และเกิดโรคได้ง่าย (ชัยรัตน์ นิรันดร์รัตน์, 2543) การศึกษาของ Rawal (2006) พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตื่นบ่อยในช่วงกลางคืน จากการบรรเทาความปวดที่ไม่เพียงพอ และผลของการนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดลดลงและคุณภาพชีวิตลดลง และการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง (Rosenberg-Adamsen et al., 1996)

ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ อารมณ์แปรปรวนง่าย อ่อนล้า หงุดหงิด โกรธง่าย เชื่องซึม ขาดสมาธิ ขาดความกระตือรือร้น รับรู้เวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ หากภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปผู้ป่วยจะมีอาการทางจิต จะทำให้เกิดอาการหูแว่ว หวาดระแวง และหลงผิด (Christensen, 2006) นอกจากนี้ อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ (สุคนธ์ประนอม สมันดเวทิน, 2543) จากการศึกษาของ Closs (1992) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการนอนหลับ ความปวด และการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 100 ราย พบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1-3 ร้อยละ 77 การนอนไม่หลับมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 41 นอนไม่หลับจากการปวดแผลผ่าตัด และร้อยละ 92 การนอนหลับมีผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ผลกระทบทางด้านสังคม คือ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Closs, 1999) อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น การใช้บริการทางด้านกายภาพบำบัดสูงขึ้น และมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม (สุรัช เกื้อศิริกุล, 2544)

อาการท้องอืด

อาการท้องอืด (Abdominal Distension) เป็นความรู้สึกแน่น อึดอัด ไม่สบายในท้องจากการที่มีแรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น จากการสะสมก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้มากกว่าปกติ สาเหตุมาจากการกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวลดลง (Kraft, Erstad, & Matuszewski, 2005)

อาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพอง จากการสะสมของก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้จำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึม การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และการผ่าตัดมีการสัมผัสลำไส้ในขณะที่ผ่าตัด ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว (Craven & Himle, 2003; Potter & Perry, 2001)

ดังนั้น อาการท้องอืดหลังผ่าตัดในการศึกษารั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของความรู้สึกแน่น อึดอัด ไม่สบายในท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด

อาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องมักพบในระยะตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Smeltzer et al., 2008) และอาจจะนาน 3-4 วันหลังผ่าตัด (Smith, 2007) อาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องจะพบได้ 2 แบบคือ การขยายตัวของกระเพาะอาหารอย่างรวดเร็วและการหยุดการเคลื่อนไหวของลำไส้ เนื่องจากขณะผ่าตัดมีการสัมผัสลำไส้ ทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวเกิดการสะสมของก๊าซเพิ่มมากขึ้น (Craven & Hirnle, 2003) การได้รับระดับความรู้สึกทั่วร่างกาย การกลืนอากาศเข้าไปในระยะฟื้นจากยาสลบจากการคลื่อนไส้อาเจียน อากาศจะถูกกลืนพร้อมกับน้ำลายจำนวนมากเข้าไปในกระเพาะอาหารและจากการซึมผ่านของก๊าซจากกระแสนเลือดเข้าไปในลำไส้ส่วนที่ขาดความแข็งแรงหลังผ่าตัด ทำให้มีการเพิ่มของก๊าซที่ค้างในกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น และการผ่าตัดมีการกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเรติก ซึ่งทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลงเกิดการสะสมของก๊าซเพิ่มมากขึ้น (Kitcatt, 2000) ผลมาจากยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้ลดการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยจะพบว่ากระเพาะอาหารและลำไส้มีการทำงานแบบบีบรัดลดลงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง สำหรับลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะมีการหดตัวตามปกติภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัด (Smith, 2007) นอกจากนี้ความปวดยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการท้องอืด ความปวดกระตุ้นประสาทซิมพาเรติก ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ส่งเสริมให้มีภาวะท้องอืดมากขึ้น และความปวดยังทำให้กล้ามเนื้อหูรูดระบบทางเดินอาหารจะคลายตัวและอ่อนแรง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืด (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545) ซึ่งการใช้ยาระงับปวด ยาลดกรดกล้ามเนื้อหูรูดของยาเหล่านี้จะลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ลดการหลั่งของน้ำย่อยกระเพาะอาหารทำให้มีสารอาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้จึงมีผลทำให้เกิดอาการท้องอืดตามมา (Antle & Lewis, 2001; Potter & Perry, 2007)

ผลกระทบของอาการท้องอืด

ผลกระทบของอาการท้องอืด เช่น ไม่ผายลม ไม่มีการเรอ และฟังไม่ได้ยินเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สบาย เนื่องจากรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง และเกิดอาการปวดท้องจากแก๊สจากการที่ไม่สามารถขับแก๊สออกจากระบบทางเดินอาหาร และยังขัดขวางการเคลื่อนต่ำลงของกระบังลมในขณะที่มีการหายใจเข้า ทำให้หายใจไม่สะดวก ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ดังการศึกษาของ ทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) ศึกษาปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 111 ราย พบว่า จำนวนครั้งของยาแก้ปวด ชนิดของยาแก้ปวดเพซิติน สามารถร่วมทำนายอาการท้องอืดได้ร้อยละ 33.6 หลังผ่าตัดในวันที่ 2 ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 3 ทำนายได้ร้อยละ 41.9 และจาก

การศึกษาของพูนศรี พันธุ์ศรีมังกร, ชุพิน คีสมศักดิ์ และยุพา ต่อสกุลแก้ว (2533) ศึกษาถึงอาการ ผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 61 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดช่องท้องโดยได้ยาระงับความรู้สึกร่างกายในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว พบการสะสมของก๊าซและของเหลวในกระเพาะอาหารและลำไส้ ร้อยละ 93.44 และพบว่า มีภาวะท้องอืดร้อยละ 32.79

อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด (Postoperative Fatigue) เป็นอาการที่ซับซ้อนซึ่งแสดงถึงการลดลงของความสามารถในการดูแลตนเอง การเกิดอาการอ่อนล้าที่บ่อยครั้งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดความทุกข์ทรมาน (Rawal, 2006) และยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Zargar-Shoshtari & Hill, 2009) ซึ่งอาการอ่อนล้ายังเป็นที่รู้สึกรู้สึกถึงความท้อแท้ ไม่มีแรง เฉื่อยชา เชื่องซึม ท้อถอย ถึงภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีความต้องการนอนหลับหรือพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น (DeCherney et al., 2002)

ดังนั้น อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดในการศึกษานี้ หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยถึงความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีแรง เฉื่อยชา เชื่องซึม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด

สาเหตุของอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดด้านสรีรวิทยายังอธิบายได้ไม่ชัดเจน (Rawal, 2006) แต่เชื่อว่ามีสัมพันธ์กับการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดและการตอบสนองทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนเลือดลดลง และจากการที่ร่างกายมีภาวะขาดสารอาหาร (Kehlet, 1997; Rawal, 2006; Rubin, Cleare, & Hotopf, 2004) ในระยะก่อนผ่าตัดจากการที่ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการขาดสารอาหารที่ให้พลังงาน เช่น โปรตีนจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ และในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจะทำให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง และเนื้อเยื่อมีการไหลเวียนของเลือดลดลงเป็นผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เกิดของเสียคั่งในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ (Zargar-Shoshtari & Hill, 2009) และผลของความปวดหลังผ่าตัดจะรบกวนและขัดขวางการเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัด การที่ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวนาน ๆ จะส่งผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อเมื่อกล้ามเนื้อขาดการกระตุ้นจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อสูญเสียหน้าที่ (Rawal, 2006)

นอกจากนี้การตอบสนองทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ เกิดความเครียดทางจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ตลอดจนความไม่สบายต่าง ๆ และจากระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นใน

ระยะก่อนผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดได้ (Rubin et al., 2004) นอกจากนี้การตอบสนองด้านจิตใจยังมีสารที่ไปกระตุ้นประสาทรับรู้เกี่ยวกับการหลับมากเกินไป ทำให้นอนไม่หลับ (Rosenberg-Adamsen, Kehlet, Dodds et al., 1996 cited in Zargar-Shoshtari & Hill, 2009)

ผลกระทบจากอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

ภายหลังผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการอ่อนล้าและมีความสำคัญต่อการกลับมาทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย (Rawal, 2006) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรง เหนื่อยง่าย ไม่มีแรงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบย่อยอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Kehlet & Dahl, 2003) Christensen et al. (1985 cited in Zargar-Shoshtari & Hill, 2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องพบว่า ชนิดของการผ่าตัดมีผลต่ออาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการผ่าตัดใหญ่จะทำให้เกิดอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Christensen and Kehlet (1993) ที่พบว่า อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดเกิดขึ้นได้นานเกือบ 90 วันหลังการผ่าตัดใหญ่ และจากการศึกษาของ Bunnag (2004) ที่ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน 50 ราย พบว่า อาการอ่อนล้าในระดับปานกลางในช่วง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดร้อยละ 62 และในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดร้อยละ 52 และในช่วง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 62 และพบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะอ่อนล้าในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้แก่ ค่าอิเล็กโทรไลต์และค่า Hct/ Hb ที่มีความผิดปกติทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ความปวดหลังผ่าตัด ภาวะไข้ และการพักผ่อนไม่เพียงพอในระยะหลังผ่าตัด

นอกจากความอ่อนล้าจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ความอ่อนล้ายังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษานี้ของ DeCherney et al. (2002) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกจำนวน 300 ราย พบว่า ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสบการณ์ความอ่อนล้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงระยะเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด และอาการอ่อนล้ามีผลต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยร้อยละ 37 มีผลต่อความรู้สึกท้อใจของผู้ป่วยร้อยละ 52 และยังพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานร้อยละ 37

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นผลของความรู้สึกทางอารมณ์จากภาวะตึงเครียดทางจิตใจจากการผ่าตัด โดยมีความสัมพันธ์กับสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งความวิตกกังวลจะมี

ลักษณะของความตึงเครียด และความกลัว ที่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Nielsen et al., 2007)

ดังนั้น ความวิตกกังวลในการศึกษารั้วนี้ หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ผลของความรู้สึทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด เป็นความรู้สึกตึงเครียดทางจิตใจ

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล คือ การไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเป็นครั้งแรกจะรู้สึกกลัวเพราะไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น (เน้นทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Vaughn et al., 2007) นอกจากนี้ ความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดยังมีผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและการปฏิบัติหน้าที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด (Karanci & Dirik, 2003) ซึ่งความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยทั่วไปจากการประเมินเบื้องต้นอยู่ระหว่างร้อยละ 11 ถึงร้อยละ 80 (Nielsen et al., 2007) สาเหตุของความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดคือ ผู้ป่วยจะกลัวการผ่าตัดที่ล้มเหลว การใช้ยาเสพติด การสูญเสียและกลัวความตาย (Karanci & Dirik, 2003) ซึ่งความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะยังคงอยู่จนถึงในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ Carr et al. (2006) ศึกษาแบบของความวิตกกังวลในระยะก่อนและหลังผ่าตัดและจำนวนครั้งของการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช ในผู้ป่วยจำนวน 80 ราย พบว่า จำนวนครั้งของระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดพบร้อยละ 67 และหลังผ่าตัดพบระดับความวิตกกังวลลดลงในวันที่ 1 และวันที่ 2 ร้อยละ 20 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดจะสูงขึ้นและจะลดลงในระยะหลังผ่าตัด (McCrone, Lenz, Tarzian, & Perkins, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hobson, Slade, Wrench and Power (2006) ในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าจำนวน 85 ราย พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่ลดลงก่อนผ่าตัดมีผลต่อการลดลงของภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ในระยะหลังผ่าตัด และยังส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลคือ กลัวสิ่งที่แพทย์พบจากการผ่าตัด กลัวความปวด ผลกระทบจากการผ่าตัด กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ และการกลับมาทำหน้าที่ของร่างกายไม่เหมือนเดิม (Karanci & Dirik, 2003; Smeltzer et al., 2008)

ผลกระทบของความวิตกกังวล

ผลกระทบด้านร่างกายจากความวิตกกังวล คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นร่างกายทำให้อิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน หลั่งออกมาจากอดรีนัลเมดัลลา (Adrenal Medulla) และคอร์ติซอล จะถูกหลั่งออกมาจากอดรีนัลคอร์เทกซ์ (Adrenal Cortex) การหลั่งของฮอร์โมน

เหล่านี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและหายใจเร็วขึ้น อุณหภูมิร่างกายจะสูงขึ้นทั่วร่างกาย ระยะเวลาของการแข็งตัวของเลือดจะลดลง ซึ่งกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) จะไปยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายทำให้การฟื้นฟูสภาพและการหายของแผลใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ (Vaughn et al., 2007; Patton, 2006 b) และความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นก่อนผ่าตัดจะทำให้เพิ่มระดับความปวดหลังผ่าตัดหรือความทนต่ออาการปวดลดลง (Erci et al., 2005; Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto, & Adamatti, 2001; Kain, Sevarino, Rinder, Pincus, Alexander, & Ivy, 2000) นอกจากนี้ผลของความวิตกกังวลยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำลงทำให้ความสามารถในการรับรู้และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ตามมา (Hobson et al., 2006)

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบคือ การควบคุมอารมณ์ลดลง ขาดทักษะ ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจลดลง ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง (Roy & Andrews, 1999 cited in Vaughn et al., 2007) ซึ่งความวิตกกังวลในการตอบสนองต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ผลกระทบต่อจิตใจสามารถเปลี่ยนแปลงลักษณะของแต่ละบุคคลได้ แต่การตอบสนองจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละบุคคล จากการที่บุคคลมีการรับรู้เรื่องการผ่าตัดในทางลบมากกว่าในทางบวก เพราะการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามที่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิต ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดชนิดใดก็ย่อมมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย (Carr et al., 2006; Vaughn et al., 2007) โดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด ดังการศึกษาของ Oberle, Wry, Paul and Grace (1990) พบว่า การวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสิ่งแวดล้อม หรือรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่ของโรงพยาบาล ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดทั้งสิ้น ผลกระทบด้านสังคมที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้น้อยลง ความสนใจในบทบาทหน้าที่ลดลง เนื่องจากไม่มีสมาธิที่จะเรียนรู้และจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ (Vaughn et al., 2007) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดน้อยลง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Kopp et al., 2003) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตใจที่ดีและมีผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามมา (Allvin et al., 2007)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในหลังผ่าตัดต้องเผชิญกับความไม่สบายจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและอาการที่เกิดขึ้นยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังที่กล่าวมาจะส่งผลต่อ

การฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามมา ดังนั้นจึงควรได้รับการประเมินอาการอย่างเหมาะสม เพื่อจะได้ทราบถึงระดับความรุนแรงของอาการหรือกลุ่มอาการที่มีต่อผลลัพธ์ที่ตามมา

การประเมินอาการหรือกลุ่มอาการ

การประเมินอาการหรือกลุ่มอาการตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นจุดเริ่มของกระบวนการประเมินอาการแบบมิติ (Dimension) และให้ความสำคัญต่อการประเมินอาการ

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ได้ประยุกต์การประเมินอาการหรือกลุ่มอาการ โดยการประเมินมิติด้านความรุนแรง (Intensity) มิติด้านเวลา (Timing) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) และมิติด้านคุณภาพของอาการ (Quality) เพื่อให้เหมาะสมกับความสัมพันธ์ของอาการในทฤษฎี โดยมีการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ (Lenz et al., 1997)

1. การประเมินมิติด้านความรุนแรง (Intensity Measure) เป็นการประเมินโดยการรายงานโดยผู้ป่วยเอง การประเมินโดยใช้ Visual Analogue หรือ Numeric Rating Scale เป็นการอธิบายความต่อเนื่องของความรุนแรง เป็นมิติที่วัดโดยตรง เช่น การวัดอาการอ่อนล้า
2. การประเมินมิติด้านเวลา (Timing Measure) เป็นการประเมินความถี่และระยะเวลา (Frequency and Duration) ของอาการที่เกิดขึ้น เป็นการประเมินทั่วไปโดยการรายงานโดยผู้ป่วยเอง หรือการสังเกตหรือการแสดงถึงความชัดเจนหน่วยของเวลา
3. การประเมินมิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress Measure) การประเมินด้านความทุกข์ทรมานของอาการสามารถประเมินได้ทั้งเชิงปริมาณ เช่น การใช้มาตรวัดเช่นเดียวกับการวัดความรุนแรง และการประเมินเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interviews)
4. การประเมินมิติด้านคุณภาพของอาการ (Quality Measure) การประเมินโดยให้ผู้ป่วยอธิบายโดยตามคำถามแบบเปิด (Open-ended Descriptions) หรือการอธิบายจากรายการแสดงลักษณะของอาการ (Checklists Descriptions) ซึ่งบุคคลที่ประสบกับอาการจะเป็นผู้อธิบายออกมา

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) เป็นทฤษฎีระดับกลางที่ไม่ต้องการการวัดที่เป็นข้อคำตอบแบบให้เลือกตอบ (Lenz et al., 1997) ดังนั้น การประเมินอาการหรือกลุ่มอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และอาการวิตกกังวล สามารถประเมินได้หลายมิติ โดยทั่วไปสามารถประเมินลักษณะอาการได้ ดังนี้ (Barscwick et al., 2006)

1. การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลาย ๆ อาการ แต่มีมิติของอาการเพียงมิติเดียว (Unidimensional Measure) ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกประเมินในด้าน

ความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน ซึ่งเครื่องมือประเมินกลุ่มอาการด้วยวิธีนี้ ช่วยให้มีความง่าย และสะดวกในการนำไปใช้ สามารถประเมินได้หลาย ๆ อาการ โดยเน้นมิติที่มีความสำคัญ

2. การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการเดี่ยวแค่ ประกอบด้วยมิติหลายมิติ ได้แก่ ด้านเวลา ด้านความรุนแรง ด้านความทุกข์ทรมาน ตำแหน่ง ปัจจัย ที่ทำให้อาการเกิดความรุนแรงหรือปัจจัยที่ทำให้บรรเทา ผลกระทบของอาการ เป็นต้น แต่ในการ ประเมินกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป การนำเครื่องมือการประเมินแต่ละ อาการครอบคลุมหลาย ๆ มิติมาประเมิน จะเกิดความยุ่งยากซับซ้อนของการนำไปใช้ เนื่องจาก เครื่องมือแต่ละชนิดอาจจะมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และกฎวัดหลาย ๆ อาการ หลาย ๆ มิติ ทำให้ ผู้ป่วยเสียเวลาตอบมาก ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นภาระจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางประเภทหรือการ ประเมินในเวลาที่จำกัด เช่น แบบวัดความเจ็บปวด (The Brief Pain Inventory) แบบวัดคุณภาพการ นอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index) แบบวัดอาการอ่อนล้า (The General Fatigue Scale) แบบวัดความซึมเศร้า (The Geriatric Depression Scale) เป็นต้น

3. การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลาย ๆ อาการ หลาย ๆ มิติ ใช้เฉพาะมิติที่สำคัญ เช่น การประเมินอาการในปัจจุบัน หรือการประเมินอาการใน ช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ระยะเวลาเป็นวันหรือเป็นเดือน เป็นต้น นอกจากการประเมินด้าน ความรุนแรงอาจมีการประเมินในด้านเวลาหรือความถี่ของการเกิดอาการ หรือการประเมินหลาย ๆ อาการในด้านความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน

โดยแนวคิดของกลุ่มอาการ คือ การมีความสัมพันธ์ในอาการ เป็นเหตุผลในการเลือกใช้ เครื่องมือในการประเมินกลุ่มอาการ ลักษณะของเครื่องมือในการประเมินกลุ่มอาการที่เป็น แบบอย่างที่ดี (Ideal Measure of a Symptom Clusters) ประกอบด้วย

- 3.1 แต่ละอาการแต่ละมิติ มีมาตรวัดเหมือนกัน
- 3.2 มิติต่าง ๆ ในแต่ละอาการต้องเหมือนกัน หรือไปในทิศทางเดียวกัน เช่น ความ รุนแรง ความทุกข์ทรมาน ความถี่ เป็นต้น
- 3.3 ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน
- 3.4 สภาพแวดล้อมทางคลินิกที่สอดคล้องกัน
- 3.5 สะดวกในการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการประเมินอาการหรือกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือ การประเมินที่ประกอบด้วยหลาย ๆ อาการ หลาย ๆ มิติ ในการประเมินลักษณะอาการหรือกลุ่มอาการ หลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการ ท้องอืด อาการอ่อนล้า และอาการวิตกกังวล โดยการประเมิน 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านเวลา (Timing) คือ

ความถี่ (Frequency) มิติด้านความรุนแรง (Severe) คือ ความรุนแรง (Severity) และมิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) คือ ความทุกข์ทรมาน (Distress) ของแต่ละอาการในวันที่ 1 วันที่ 3 และวันที่ 5 หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) เนื่องจากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) เป็นทฤษฎีระดับกลางที่ต้องการการประเมินหลายมิติ และทฤษฎียังได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของอาการแต่ละอาการ ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่และผลลัพธ์ย้อนกลับไปยังปัจจัยที่มีผลต่ออาการ และการประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการ ซึ่งทั้ง 3 มิติ เป็นมิติที่ไปในทิศทางเดียวกันและเป็นมิติที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ป่วย โดยการประเมินอาการหลังผ่าตัดของห้องผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบประเมินอาการ (The Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS) ของ Portenoy et al. (1994) เป็นการประเมินอาการหลาย ดังนี้

Portenoy et al. (1994) ได้สร้างแบบประเมินอาการที่ใช้ประเมินผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการประเมินอาการ 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านเวลา (Often) มิติด้านความรุนแรง (Severe) และมิติด้านความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนอาการ (Distress or Bother) ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 32 อาการ โดยแบบประเมินอาการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินอาการทางด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจ รวม 24 อาการ โดยมีอาการแต่ละอาการให้เลือกตอบตามมิติของอาการ ได้แก่ ความถี่ (Often) ความรุนแรง (Severity) และความทุกข์ทรมาน (Distress) ลักษณะการตอบด้านความถี่ และความรุนแรง เป็นตัวเลข 1-4 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 1 หมายถึง มีความรุนแรงหรือความถี่น้อยที่สุด และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 4 หมายถึง มีความรุนแรงหรือความถี่มากที่สุด ส่วนลักษณะการตอบความทุกข์ทรมาน เป็นตัวเลข 0-4 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมาน และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 4 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

ส่วนที่ 2 การประเมินอาการทางด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจ 8 อาการและการเพิ่มเติมอาการอื่น ๆ โดยมีการประเมินความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการ ลักษณะการตอบด้านความรุนแรง เป็นตัวเลข 1-4 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 4 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด ส่วนลักษณะการตอบความทุกข์ทรมาน เป็นตัวเลข 0-4 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมาน และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 4 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด และมีการเพิ่มเติมอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างสัปดาห์โดยประเมินเฉพาะด้านความทุกข์ทรมาน

โดย Portenoy et al. (1994) นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นภายในกับผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 246 ราย อาการด้านร่างกายระดับสูง (High-prevalence Physical Symptoms) อาการ

ด้านร่างกายระดับต่ำ (Low-prevalence Physical Symptoms) และอาการด้านจิตใจ (Psychological Symptoms) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .88 .58 และ .83 ตามลำดับ Tranmer and Parry (2004) ได้นำไปใช้ในการศึกษากลุ่มอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 200 ราย โดยเลือกอาการที่พบบ่อย 10 อาการหลังผ่าตัดหัวใจ ในการประเมินอาการทั้ง 3 มิติ ได้แก่ ความถี่ ระดับความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของแต่ละอาการ ใน 5 สัปดาห์แรก หลังผ่าตัด

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินอาการหรือกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และ อาการวิตกกังวล โดยประยุกต์จากแบบประเมินอาการ (MSAS) ของ Portenoy et al. (1994) ในการประเมินมิติ 3 ด้าน ได้แก่ ความถี่ ระดับความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ของแต่ละอาการในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด

กล่าวโดยสรุป นอกจากอาการหรือกลุ่มอาการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องดังกล่าวมา ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด ตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997)

2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งทั้ง 3 ด้าน เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ตามมา ดังนี้

ปัจจัยด้านร่างกาย

1. อายุ ผู้สูงอายุตามปกติจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ ลดลงเป็นผลมาจากความยืดหยุ่นของปอด หลอดลมและปริมาตรพื้นที่ผิวของถุงลมความจุปอด ลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซเกิดขึ้นได้น้อย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง การหายใจในแต่ละครั้งจะต้องใช้กระบังลมช่วย และปฏิกิริยาสะท้อนของการไอลดลง จึงทำให้มีเสมหะกักค้างในระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอด เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบได้สูง (Dronkers, Veldman, Hoberg, Waal, & Meeteren, 2008; Patton, 2006 a) โดยเฉพาะเมื่อมีอายุ 75 ปี ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งทำให้มีอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาในระยะหลังผ่าตัด ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย รวมถึงการยับยาระงับความรู้สึก ออกจากร่างกาย จึงมีโอกาสเกิดพิษจากยาระงับความรู้สึกได้มากขึ้น (Chang, Calligaro, Lombardi, & Dougherty, 2003) ดังนั้น เมื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดลงจากจำนวนเส้นใยของ

กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อมีการสร้างลดลงแต่การจับของเสียในกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ง่าย ความว่องไวและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยตามมา (Patton, 2006 a; Potter & Perry, 2001) จากการศึกษาของ Swan et al. (1998) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบใช้กล้องมีความทุกข์ทรมานจากการเพิ่มมากขึ้นและมีการลดลงของภาวะการณืทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยวัยรุ่น

2. ความรู้ของผู้ป่วย จากการศึกษาของ ศิวพร มัทธิสร (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไต มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Lettersta, Sandstrom, Olofsson and Forsberg (2004) พบว่า การสอนและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและจิตใจจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการลุกเดินเร็วในระยะหลังผ่าตัด และการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น ระดับของอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการปวดลดลง

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผลกระทบจากการผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ซึ่งการผ่าตัดในแต่ละชนิดมีโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน เช่น การทำหน้าที่ระบบทางเดินหายใจ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด การรบกวนระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่เป็นไปตามปกติ (Allvin et al., 2008; Nilsson et al., 2001; Rubin et al., 2004) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chang et al., 2003) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายหลังผ่าตัดช้าตามมา (Kehlet & Dahl, 2003)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ถุงลมโป่งพองและปอดบวม ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ภาวะตกเลือดและก้อนเลือดทั้งในแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ลำไส้เป็นอัมพาต และภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เป็นการประเมินว่ามีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ปัจจัยด้านจิตใจ

1. การรับรู้การฟื้นหายหลังการผ่าตัด ดังการศึกษาของ Babski-Reeves and Tran (2006) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการประเมินการฟื้นหายหลังผ่าตัดที่บ้าน ด้วยการรายงานด้วยตนเองของการรับรู้ภาวะการฟื้นหาย (Self-perceived Recovery Status) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบว่า การรายงานด้วยตนเองมีระดับสูงเกี่ยวกับความบ่อยครั้งของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การฟื้นหายในระดับสูงมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 5 สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Zalon (2004) ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องพบว่า อาการปวด อาการซึมเศร้าและอาการอ่อนล้า เป็นอาการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กับภาวะการฟื้นหายและการรับรู้การฟื้นหายหลังผ่าตัด (Self-perception of Recovery)

2. ประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบุคคลบางคนพิจารณาความเจ็บป่วยหรือการทำงานที่ผิดปกติได้ เพราะบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ในอดีตมาก่อน ดังการศึกษาของ Wagner et al. (2005) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช จำนวน 10 ราย พบว่า ประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 1-2 วันหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้ต่ออาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ และอาการอ่อนล้า ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดลดลง

ปัจจัยด้านสถานการณ์

ชนิดการผ่าตัด การผ่าตัดในกรณีเร่งด่วนทำให้การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดไม่สมบูรณ์ตามหลักการ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่ออัตราการตายมากกว่าการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนล่วงหน้า (Kehlet & Dahl, 2003; Kozier et al., 2000; Potter & Perry, 2001) และการผ่าตัดในผู้ป่วยนอกแบบฉุกเฉิน (Ambulatory Surgery) ทำให้มีการลดลงของภาวะการฟื้นหายและการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Horvath, 2003) จากการศึกษานี้ของ Swan et al. (1998) พบว่าการผ่าตัดผู้ป่วยนอกแบบฉุกเฉินในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนใน 7 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการกลับมาทำงานได้ตามปกติเพียงร้อยละ 22

ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กับกลุ่มอาการ หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยด้านร่างกาย ตามลำดับ การผ่าตัดช่องท้องในปัจจุบันพบทั้งการผ่าตัดชนิดวางแผนล่วงหน้าและชนิดฉุกเฉิน โดยการผ่าตัดทั้ง 2 ชนิดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหรือกลุ่มอาการและมีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ป่วย ซึ่งการผ่าตัดชนิดวางแผนล่วงหน้าเป็นการผ่าตัดที่มีเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดได้ครบถ้วนทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพร้อมก่อนการผ่าตัด ดังการศึกษาของ Hallin et al. (2006) ได้ทบทวนวรรณกรรมในปี ค.ศ. 1985-1997 จำนวน 132 งานวิจัย พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดออกดัดในช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า มีอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดในระยะ 30 วันหรือขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 5 และการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมีอัตราการเสียชีวิต 47 ดังนั้น การผ่าตัดชนิดฉุกเฉินเป็นการผ่าตัดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทันทีเพราะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ทำให้การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดไม่สมบูรณ์ตามหลักการ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Patton, 2006 a; Potter & Perry, 2001) นอกจากนั้น ชนิดการผ่าตัดที่มีผลต่อการเกิดอาการหรือกลุ่มอาการหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2008) ดังการศึกษาของ Serejo et al. (2003) ในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการปวดและอาการอ่อนเพลียมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากปัจจัยด้านชนิดการผ่าตัดที่มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการดังที่กล่าวมา ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดก็มีผลต่ออาการหรือกลุ่มอาการด้วยเช่นกัน ดังการศึกษาของ Allvin et al. (2007) พบว่า อาการปวดและอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่มีความรุนแรงและมีความสำคัญต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดก็มีผลต่อ ภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ ความโกรธ และความวิตกกังวล ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนั้น กลุ่มอาการ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการฟื้นหายหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, Canonical Correlation = .50) (ตะวัน แสงสุวรรณ, 2551)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการ กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1. ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดการผ่าตัดกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับชนิดการผ่าตัดที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ผ่านมายังพบงานวิจัยมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งปัจจัยด้านชนิดการผ่าตัดในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดและส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Arenal and Bengocchea-Becby (2003) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดฉุกเฉินสามารถพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยังเป็นดัชนีชี้วัดการฟื้นหายหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด (สมหมาย วนะวนานต์, 2540; Kozier et al., 2000; Muller, Zalunardo, Hubner, Clavien, & Demartines, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Isbister (2000) พบว่า การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ศัลยแพทย์ และ โรคของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด ดังทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยภายหลังผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น และอาการที่กล่าวมายังส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ป่วย โดยจะรบกวนและขัดขวางการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวหรือไม่มีการลุกเดินจากเตียง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาในระยะหลังผ่าตัด โดยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ (Allvin et al., 2008; Antle & Lewis, 2001; Nilsson et al., 2001) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้การปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ป่วยลดลง ซึ่งการผ่าตัดในแต่ละชนิดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเปลี่ยนไป (Allvin et al., 2008; Nilsson et al., 2001; Rubin et al., 2004) ต้องเป็นภาระและพึ่งพาบุคคลที่ใกล้ชิด ตลอดจนการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นทำให้ครอบครัวขาดรายได้ตามมา (McClean & Watters, 1990)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการหลังการผ่าตัดช่องท้อง

จากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ อาการแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยที่อาการปวดแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอาการท้องอืด เนื่องจากระบบประสาทซิมพาติกจะกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบบริเวณทางเดินอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง มีการค้างตัวของน้ำย่อย กระเพาะอาหารและลำไส้ยั้งยั้งตลอดจนหยุดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Doughty, 2005; Potter & Perry, 2007) อาการท้องอืดยังทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น (Antle & Lewis, 2001; Patton, 2006 b) อาการปวดแผลผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้นยังเป็นสาเหตุของอาการนอนไม่หลับ (Closs, 1992; Rosenberg et al., 1994 cited in Rosenberg, 2001) ผลของการนอนหลับไม่เพียงพอทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Rawal, 2006; Rosenberg-Adamsen et al., 1996) เช่นเดียวกับอาการอ่อนล้ามีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ผลของการนอนหลับไม่เพียงพอทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดลดลงและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องลดลง (DeCherney et al., 2002; Rawal, 2006) ดังการศึกษาของ Eskicioglu, Forbes, Aarts, Okrainec and McLeod (2009) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 35 ราย พบว่า อาการปวดแผลผ่าตัดมีผลต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความปวดยังมีอิทธิพลต่ออาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด รวมทั้งหากการนอนหลับไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปจะทำให้ร่างกายเหนื่อยล้า (สุตประนอม สมันตวัฒน์, 2543) ซึ่งผลของความปวดหลังผ่าตัดจะรบกวนและขัดขวางการเคลื่อนไหว และการมีกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัด การที่ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวนาน ๆ จะส่งผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เมื่อกล้ามเนื้อขาดการกระตุ้นจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อสูญเสียหน้าที่เกิดอาการอ่อนล้าตามมา (Rawal, 2006)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดช่องท้อง ตลอดจนความไม่สุขสบายต่าง ๆ และจากระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดอาการอ่อนเพลียหลังผ่าตัดได้ (Rubin et al., 2004) และการตอบสนองด้านจิตใจยังมีสารที่ไปกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกเกี่ยวกับการหลับมากเกินไป ทำให้นอนไม่หลับ (Rosenberg-Adamsen, Kehllet, & Dodds, 1996 cited in Zargar-Shoshtari & Hill, 2009) ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นก่อนผ่าตัดทำให้เพิ่มระดับความปวดหลังผ่าตัดหรือความทนต่ออาการปวดลดลง (Caumo et al., 2001; Erci et al., 2005; Kain et al., 2000) จากการศึกษาของ ตะวัน แสงสุวรรณ (2551) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 100 ราย

พบว่า อาการที่พบบ่อยใน 1-3 วันหลังผ่าตัด คือ อาการปวด อาการอ่อนเพลีย อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด และอาการวิตกกังวล เกิดขึ้นร่วมกันมากกว่า 2 อาการขึ้นไป ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กันส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Closs (1992) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการนอนหลับ ความปวด และการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 100 ราย หลังผ่าตัดวันที่ 1-3 พบว่า ร้อยละ 77 การนอนไม่หลับ มีผลต่อจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 41 มีอาการนอนไม่หลับจากอาการปวดแผลผ่าตัด และร้อยละ 92 อาการนอนไม่หลับมีผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

จากที่กล่าวมาข้างต้น กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและพบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และอาการวิตกกังวล โดยที่แต่ละอาการจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Alkaissi, 2004; Allvin et al., 2008)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผลจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Allvin et al., 2008; Basse et al., 2005; Zalon, 2004) ดังการศึกษาของ Zalon (2004) ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า อาการปวด อาการซึมเศร้า และอาการอ่อนล้า เป็นอาการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กับภาวะการทำหน้าที่และการรับรู้การฟื้นฟูหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Basse et al. (2005) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 60 รายพบว่า อาการปวดแผลผ่าตัด และอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หลังการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดจากอาการหลากหลายที่มีความรุนแรง จะทำให้สภาวะภาวะการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ของตนเองได้ ความวิตกกังวลต่ำลง ไม่มีสมาธิ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามมา (Armstrong, 2003; Datta et al., 2009; Urbach et al., 2005) ดังการศึกษาของ Datta et al. (2009) ได้ประเมินภาวะสุขภาพเพื่อประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้จำนวน 92 ราย ในระยะ 3 วันหลังผ่าตัด พบว่า ข้อจำกัดของร่างกาย (Physical Limitation) การสูญเสียการทำหน้าที่ (Functional Impairment) และการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกาย

(Visceral Function) มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีตันน์ ลิจิตกำจร (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า การนอนหลับ ความปวดหลังผ่าตัด ความสุขสบาย การเคลื่อนไหวร่างกาย หลังผ่าตัด และระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ภายหลังผ่าตัดได้มีการส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดังนี้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Fearon et al., 2005; Potter & Perry, 2001; Smith et al., 2004)

1. วันแรกหลังผ่าตัด (0-24 ชั่วโมง) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวและสามารถตอบสนองต่อการรับฟังคำแนะนำ ให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายทั้ง 2 ข้างโดยทำอย่างน้อยทุกชั่วโมงหลังผ่าตัดในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง
2. หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24-48 ชั่วโมง) กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการลุกนั่งบนเตียงร่วมกับปฏิบัติการหายใจกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มให้ลุกเดินออกจากเตียงโดยเร็ว (Early Ambulation) รวมทั้งวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด
3. หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48-72 ชั่วโมง) กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ลุกเดินออกจากเตียงโดยเร็วร่วมกับลุกเดินไปมา และแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด
4. หลังผ่าตัดวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามปกติร่วมกับให้ลุกเดินไปมา ให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหายใจกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ปฏิบัติการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด

การให้คำแนะนำและการสอนต้องมีการสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติได้จริงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัด ดังรายละเอียดดังนี้

1. การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Deep Breathing and Effective Cough) เพื่อให้ปอดทำงานได้เต็มที่และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ นับในใจประมาณ 5-7 ครั้ง จนหน้าท้องโป่ง จากนั้นหายใจออกช้า ๆ ทางปาก โดยห่อปากคล้ายผิวปาก นับในใจประมาณ 12-15 ครั้ง หรือนานเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ หลังผ่าตัดควรทำทุก 2 ชั่วโมง และต่อเนื่องไปถึงวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด สำหรับวิธีการไอ หลังจากหายใจเข้า-ออก

อย่างลึก ๆ 4-5 ครั้ง กลืนหายใจชั่วคราว แล้วไอออกมาแรง ๆ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2001)

2. การพลิกตะแคงตัว (Turning) ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรพลิกตะแคงตัวไปทางด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัด เมื่ออาการปวดบรรเทาลงควรพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ป้องกันการเกิดแผลกดทับและทำให้แผลหายเร็วลดอันตราย ช่วยให้อวัยวะภายในระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดเร็วขึ้น วิธีการพลิกตะแคงตัว โดยเลื่อนตัวมาด้านใดด้านหนึ่งก่อน ใช้มือด้านนั้นจับข้อบราวกันเตียงแล้วเลื่อนตัวมาจนชิดขอบเตียง จากนั้นจึงเอื้อมมือไปจับบราวกันเตียงอีกข้าง ช่วยดึงตัวให้อนตะแคง ใช้หมอนรองขาที่อยู่ด้านบน (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2001)

3. การลุกนั่งบนเตียง เพื่อลดการกดทับจากการนอนนาน ๆ และช่วยให้ทรวงอกขยายตัวเต็มที่ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหว การลุกนั่งทำได้โดยการนอนตะแคงตัว โดยค่อย ๆ ใช้ศอกยันตัวลุกขึ้นนั่ง หรือให้พยาบาลช่วยไขหัวเตียงสูงประมาณ 30-45 องศา แล้วจึงลุกนั่ง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

4. การลุกออกจากเตียงโดยเร็ว (Early Ambulation) ภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และส่งเสริมให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดที่มาแผลผ่าตัด ส่งเสริมให้อวัยวะของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดได้เร็วขึ้น ป้องกันภาวะท้องผูก ภาวะแผลแยก โดยปฏิบัติดังนี้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2001)

4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผล และประโยชน์ของการลุกออกจากเตียงโดยเร็ว

4.2 วัดและประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความพร้อมในการลุกจากเตียง แนะนำให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งบนเตียง ภายหลังที่พยาบาลช่วยไขหัวเตียงให้ค่อย ๆ สูงขึ้น หากมีเวียนศีรษะหรือหน้ามืดให้นั่งพัก ต้องระวังไม่ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งทันที เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า คือ อาการหน้ามืดเป็นลมเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือยืน โดยเฉพาะถ้ามีการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว เมื่อศีรษะสูงขึ้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะลดลงทันที สมองก็จะได้รับเลือดน้อยลงทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและอาจจะล้มลงได้

4.3 นั่งห้อยขาข้างเตียง แกว่งขาทั้งสองข้างสลับกันจะช่วยให้เลือดไหลเวียนที่ขาดี เมื่อหยุดแกว่งขาควรใช้เก้าอี้รองบริเวณเท้าผู้ป่วย

4.4 ค่อย ๆ ลุกจากเตียงยืนข้างเตียง ถ้าไม่เวียนศีรษะหรือหน้ามืดให้เดินรอบ ๆ เตียง หากยังไม่สามารถเดินได้ทันที หรือขณะลุกยืนรู้สึกหน้ามืดควรแนะนำให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ข้างเตียงสักครู่แต่ไม่ควรนั่งนาน ๆ เพราะการนั่งเก้าอี้นาน ๆ เป็นสาเหตุให้การกั่งของเลือดดำในหลอดเลือดดำส่วนปลายขามากกว่าการให้อนพักบนเตียง

4.5 ภายหลังการเดินรอบ ๆ เตียงแล้วให้ผู้ป่วยพักสักครู่หลังจากนั้นให้นอนพักได้
ควรแนะนำผู้ป่วยให้ลุกจากเตียงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและเย็น

5. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด
บริเวณส่วนล่างของร่างกาย ทำให้ลดการคั่งค้างของเลือดดำบริเวณขา และป้องกันการเกิดลิ่มเลือด
ในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (Deep Vein Thrombosis) ลดการบวมของขา ส่งเสริมให้กล้ามเนื้อ
ขามีความตึงตัวดีขึ้นช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและข้อจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
ดังนี้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2007)

5.1 ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบหรือนอนศีรษะสูงหนุนหมอนหนึ่งใบ ขาเหยียดตรง

5.2 ยกขาขึ้น งอเข่าซ้ายหรือขวายกขาสูงจากพื้นนอนเท่าที่จะสามารถทำได้ ยก 2-3
วินาที และวางฝ่าเท้าราบกับพื้นในก้นบริหารกล้ามเนื้อขาแต่ละท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง สลับกันทีละ
ข้าง ทำทุก 2 ชั่วโมงหรือขณะตื่น

ท่าที่ 1 กระดกข้อเท้าขึ้นลง สลับกัน แล้วคลายโดยไม่มีการขยับขา ทำนี้จะทำให้
กล้ามเนื้อแกสโตรโนมิ (Gastronomics Muscle) มีการยืดเหยียดและหดตัวเป็นการช่วยส่งเสริม
ให้การไหลเวียนของเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น

ท่าที่ 2 หมุนข้อเท้าเป็นวงกลมตามและทวนเข็มนาฬิกา เพื่อช่วยให้มีการเคลื่อนไหว
ของข้อ และส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

ท่าที่ 3 ยกต้นขาขึ้น งอเข่าดึงจากกับพื้นแล้วเหยียดขาตรงค้างไว้ประมาณ 2-3 วินาที
โดยให้ปลายเท้าสูงจากพื้นประมาณ 1 ฟุต หรือเท่าที่สามารถทำได้แล้วค่อย ๆ วางขาลงบนพื้นนอน
ทำนี้จะช่วยให้มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อคลอไคเซพ (Quadriceps Muscle) ทำให้
สะโพกและเข่ามีการเคลื่อนไหวช่วยเพิ่มความแข็งแรงของขา เข่า และสะโพก กระตุ้นให้มีการ
ไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น ช่วยป้องกันการจับกันของลิ่มเลือดที่เป็นสาเหตุของการอุดตันหลอดเลือดดำ
ส่วนลึกของขา

ท่าที่ 4 ออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าขา โดยกระดกปลายเท้าขึ้นเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา
กดเข่าลงกับพื้นนอนค้างไว้ นับ 1-5 แล้วคลายเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยในการเดิน และทำให้
การไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

ท่าที่ 5 เหยียดนิ้วเท้าและงอนิ้วเท้า กางนิ้วเท้าแยกจากกันและหุบนิ้วเท้าเข้าหากัน

6. การควบคุมความปวด โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ (สิวพร มิตธิสร, 2545
ได้แก่

6.1 การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกให้ความสนใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว เช่น การ
กำหนดลมหายใจเข้าออก การขยิบพองของท้อง หรือคำพูดที่กำหนดจิต เช่น พุท - โธ

6.2 การสร้างจินตนาการ เป็นการสร้างภาพในใจ ซึ่งเป็นภาพที่ทำให้รู้สึกสดชื่น แจ่มใส พอใจ อาจเป็นภาพทิวทัศน์หรือภาพที่มีความหมายทางบวกแก่บุคคล ทำให้เกิดความสุขสบายใจ

7. การดูแลแผลผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงลักษณะแผลที่เกิดขึ้น สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำผู้ป่วยควรระวังไม่ให้แผลผ่าตัดโดนน้ำ หลีกเลี่ยงการนอนทับแผล เพื่อป้องกันการหักงอของสายระบายเลือดในรายที่ต้องใส่สายระบายเลือด ห้ามเปิดผ้าปิดแผลด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด คือ การสังเกตผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัด บวมแดง ร้อน หรือแผลมีหนอง ประเมินสภาพแผลผ่าตัดตามแนวเย็บของแผลว่ามีสิ่งกีดขวางไหม้ไหม้ ขอบแผลแห้งสนิทหรือไม่ ดูแลการทำงานของท่อระบายให้ปกติ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2001)

การส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลโสธร

โรงพยาบาลโสธรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง โดยผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง จะได้รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิงที่ให้บริการผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิงมีอัตราการครองเตียงหอผู้ป่วยละ 35 เตียง ซึ่งรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมทุกชนิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยรับผู้ป่วยทุกช่วงอายุ รวมทั้งการผ่าตัดชนิดวางแผนล่วงหน้าและชนิดฉุกเฉิน โดยผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดวางแผนล่วงหน้าในระยะก่อนผ่าตัดจะได้รับการนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1-2 วัน เพื่อรับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดชนิดฉุกเฉินจะได้รับการเตรียมความพร้อมตามความเร่งด่วนของการผ่าตัด ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะได้รับการรักษาโดยสัลยแพทย์จำนวน 6 ท่าน ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง จนกระทั่งอาการและอาการแสดงในภาวะคงที่ไม่มีเปลี่ยนแปลง จะถูกส่งตัวกลับไปยังหอผู้ป่วยทั้งศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด เช่น ภาวะช็อค หรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องรับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะหลังผ่าตัดจะได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดตามแนวทางการดูแลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง ดังนี้

1. วันแรกหลังผ่าตัด (0-24 ชั่วโมง) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวและสามารถตอบสนองต่อการรับฟังคำแนะนำ กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง

2. หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24-48 ชั่วโมง) เริ่มจิบน้ำ ลูกนั่งบนเตียงและทำความสะอาดร่างกายบนเตียง ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจและการออกกำลังกายทั้ง 2 ข้าง กระตุ้นให้มีการลุกจากเตียงโดยเร็ว

3. หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48-72 ชั่วโมง) เริ่มรับประทานอาหารเหลวและมีการลุกจากเตียงโดยเร็ว ร่วมกับการฝึกบริหารการหายใจกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลความสุขวิทยาส่วนบุคคลและแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

4. หลังผ่าตัดวันที่ 3 (72 ชั่วโมง ขึ้นไป) ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อน มีการลุกจากเตียงโดยเร็ว ร่วมกับการฝึกบริหารการหายใจกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลความสุขวิทยาส่วนบุคคลและแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

5. หลังผ่าตัดวันที่ 4 เริ่มรับประทานอาหารธรรมดา ให้เคลื่อนไหวร่างกายตามปกติ แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด และแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด

6. หลังผ่าตัดวันที่ 5 ขึ้นไป รับประทานอาหารธรรมดา ให้เคลื่อนไหวร่างกายตามปกติ จากการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่จะสามารถฟื้นสภาพและจำหน่ายกลับบ้านได้โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.7 วัน (หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลโสธร, 2552) อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แต่ก็ยังพบว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จากสถิติการผ่าตัดช่องท้องใน พ.ศ. 2552 จำนวน 1,600 ราย มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจำนวน 4 ราย ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจำนวน 5 ราย ผู้ป่วยแต่ละรายที่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องรักษาดำวยุโรงพยาบาลนานขึ้นจากเฉลี่ย 6.7 วัน เป็น 11.6 วัน (หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลโสธร, 2552) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลโสธรให้มีการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น โดยคำนึงถึงปัจจัยทำนายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัด

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และอาการวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันดังทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และมีความสำคัญยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อนำผลของการวิจัยที่ได้มาเป็นจุดเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยด้านชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการหลังผ่าตัดให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ดังเดิม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป