

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด  
ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น



นางสาว ดลนชา อิศริยานันท์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-3913-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTS OF PREOPERATIVE EDUCATION AND POSTOPERATIVE EXERCISE PROGRAM  
ON POSTOPERATIVE RECOVERY OF ADOLESCENT PATIENTS

Miss Donnacha Itsariyapanan

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN : 974-17-3913-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลัง  
ผ่าตัดต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น  
โดย นางสาว ดลณชา อิศริยภานันท์  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

ดลณชา อิศริยานันท์ : ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น (THE EFFECTS OF PREOPERATIVE EDUCATION AND POSTOPERATIVE EXERCISE PROGRAM ON POSTOPERATIVE RECOVERY OF ADOLESCENT PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์, 126 หน้า. ISBN 974-17-3913-3.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นอายุ 12-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือเพื่อการตรวจรักษาโรคบริเวณอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน โรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 40 คน ทำการสุ่มโดยการจับสลาก เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด และคู่มือการบริหารหลังผ่าตัด ซึ่งผ่านการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในวันที่ 2 และ วันที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามจำนวนวันหลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามจำนวนวันหลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด สามารถเพิ่มการฟื้นสภาพของผู้ป่วยวัยรุ่นได้ จึงควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2546.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

# # 4477567836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD : EDUCATION / POSTOPERATIVE EXERCISE PROGRAM / POSTOPERATIVE

RECOVERY / ADOLESCENT PATIENTS

DONNACHA ITSARIYAPANAN : THE EFFECTS OF PREOPERATIVE EDUCATION AND  
POSTOPERATIVE EXERCISE PROGRAM ON POSTOPERATIVE RECOVERY OF  
ADOLESCENT PATIENTS

THESIS ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET,D.N.S.,126 pp., ISBN 974-17-3919-3

The purposes of this time series quasi-experimental research were to compare post operative recovery of adolescent patients who received the preoperative education and postoperative exercise program and those who had routine nursing care. Samples consisted of 40 adolescent patients who received the upper abdominal surgery for diagnosis or treatment at Lopburi hospital. They were matched and randomly assigned into either experiment or control group. There were 20 in each group. The experimental instruments were the preoperative education and postoperative exercise program which had tested for content validity. The instrument for data collection was the postoperative recovery evaluation form which obtained reliability of .98. Data were analyzed by using mean, standard deviation and independent t-test.

Major findings were as follows :

1. The mean score of postoperative recovery on postoperative pain dimension between the experimental group and the control group was not significantly different on the first day. But there were significant differences between groups on the second and third days, at the .05 level.
2. The mean score of postoperative recovery on postoperative ambulation dimension between the experimental group and the control group were significant different on the first, second and third days at the .05 level.
3. The mean score of postoperative recovery on postoperative analgesic used dimension between the experimental group and the control group were significant different on the first, second and third days at the .05 level.
4. The mean score of postoperative recovery on postoperative complication dimension between the experimental group and the control group were significant different on the first, second and third days at the .05 level.

The results suggested that the pre-operative education and postoperative exercise program can improve postoperative recovery of adolescent patients and should be integrated as part of postoperative nursing care.

Field of study.....Nursing Science.....Student's signature.....  
Academic year.....2003.....Advisor's signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้รับความกรุณาอย่างยิ่ง จากศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น แก้ไขข้อบกพร่อง ให้ความเอาใจใส่ เสียสละ และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาทางด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความเอาใจใส่

กราบขอบพระคุณ อาจารย์จूरีย์ สุ่นสวัสดิ์ อาจารย์รุ่งทิพย์ จามรมาน อาจารย์วีรภา จำหน่ายผล นายแพทย์นพดล กาญจนะ และ คุณมารยาท รัตนประทีป ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี คุณวลัย บุญพลอย ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาลตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลพบุรี ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ นาวาอากาศเอกสมนึก - นาวาอากาศโทหญิงพรทิพย์ อิศริยภานันท์ คุณวิวรรธน์ บ็องศรี ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และเป็นแรงใจในการศึกษาตลอดมา ขอขอบคุณคุณรุ่งทิพย์ เป้าต๋น คุณวิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ร่วมรุ่นทุกคนที่ดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือ คอยติดตามเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษา และผู้ที่มีส่วนทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ด้วยดี

ดลนชา อิศริยภานันท์

## สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
การผ่าตัดช่องท้อง.....	13
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	14
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด.....	17
การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การดำเนินการทดลอง.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56



บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง.....	74
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	88
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	92
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด.....	51
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และชนิดของการผ่าตัด.....	59
2 เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ในด้านอาการปวด หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้ รับการผ่าตัด.....	60
3 เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ในด้านการลุกเดิน หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้ รับการผ่าตัด.....	61
4 เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ในด้านจำนวนครั้ง ของการเข้ายา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลัง ได้รับการผ่าตัด.....	62
5 เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ในด้านภาวะแทรก ข้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลัง ได้รับการผ่าตัด.....	62
6 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด.....	63

## สารบัญแนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- |   |                                  |    |
|---|----------------------------------|----|
| 1 | กรอบแนวคิดในการวิจัย.....        | 46 |
| 2 | สรุปวิธีในการดำเนินการวิจัย..... | 57 |



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่งที่มีการตัดส่วนที่เป็นโรค หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่และพบบ่อยทางศัลยกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดประเภทอื่น ๆ จากสถิติของโรงพยาบาลลพบุรีปี 2544 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ครอบคลุมโรงพยาบาลอำเภอ 13 โรงพยาบาล พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 1,325 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมากที่สุดคือจำนวน 520 ราย และเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องถึงจำนวน 265 ราย ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนบน (บริเวณถุงน้ำดี ท่อน้ำดี กระเพาะอาหารและลำไส้) มีจำนวน 178 ราย ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3-4 วัน นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นวัยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แผลติดเชื้อ และแผลแยก โดยระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2544 มีผู้ป่วยวัยรุ่นผ่าตัดช่องท้องจำนวน 32 ราย พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด 4 ราย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด 16 ราย แผลติดเชื้อและแผลแยก 2 ราย (ทะเบียนรับและจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรม, 2544) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร่วมกับในขณะผ่าตัดมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีความรู้สึกไม่สุขสบาย และเจ็บปวดแผลผ่าตัดถึงร้อยละ 70-80 (Chapman, 1985 ; Bonica, 1990) ความปวดหลังผ่าตัดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับความชอกช้ำขณะผ่าตัดเกิดการบวม การดึงรั้ง และการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงมากในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด (Barrett, 1993 ; Davey, 1994) โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนจะมีความเจ็บปวดมากกว่าการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง เนื่องจากการผ่าตัดที่มีการลงมีดตามแนวตั้ง ซึ่งทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทมากกว่าการลงมีดในแนวขวาง (Hull, 1985 ; สมร ทินวงศ์, 2533) ความปวดจะไปรบกวนและขัดขวางการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การลุกเดิน โดยเฉพาะการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง การขึ้นหรือลงเตียง เนื่องจากการเปลี่ยนท่าเหล่านี้ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วยแรงพอที่จะกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กให้ส่งสัญญาณไปสู่สมองเพื่อรับรู้และแปลผลอาการปวด ในทางกลับกันการเคลื่อนไหวร่างกายก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดได้เช่นกัน จึงทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดส่วนใหญ่นอนเกร็งตัว ไม่กล้าขยับ

เข็ญอื่น ไม่ยอมลุกเดินหลังผ่าตัด ไม่ยอมไอและหายใจสั้น ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดร่วมกับการกลั้วแผลแยก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดการดึงรั้งของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นอีก ผลจากการที่ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหว ไม่ยอมลุกเดินหลังผ่าตัด ไม่ยอมไอ และหายใจสั้น ๆ เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการอ่อนล้าของร่างกายร่วมกับการอ่อนล้าในการทำงานของระบบต่าง ๆ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ (Luckmann and Sorensen, 1987 ; Davey, 1994) เช่น ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ซึ่งพบได้บ่อยหลังจากผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นต้องใส่สายยางทางจมูกเพื่อระบายสิ่งคั่งค้างในช่องท้อง และอาการท้องอืดยังได้ขัดขวางการเคลื่อนไหวของกระบังลม ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน มีผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายแปรปรวนไป ร่างกายต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้การทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพการทำงานตามปกติมากขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Phipps, Cassmeyer, Sands and Lehman, 1995) ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ย่อมทำให้เกิดผลกระทบการดำรงชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วที่สุด ช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยหลังผ่าตัดสู่การทำงานตามปกติ หรือทำงานได้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด (Wolfer, 1973 ; Johnson et al., 1978 ; Wosomu, 1982) สอดคล้องกับ Johnson (1987) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยหลังผ่าตัดสู่การทำงานตามปกติ โดยองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดประกอบด้วย 1) อาการปวดแผลผ่าตัด เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น การรับรู้อาการปวดทางร่างกาย และการรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด อาการปวดแผลผ่าตัดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดนานขึ้น เนื่องจากอาการปวดจะทำให้ผู้ป่วยนอนกริ่งตัว ไม่กล้าขยับเขยื้อน ไม่ยอมลุกเดินหลังผ่าตัด ไม่ยอมไอและหายใจสั้น ๆ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย 2) จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด เพราะปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นสิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรงของอาการปวด การใช้ยาแก้ปวดมากแสดงถึงอาการปวดที่มากตามไปด้วย ส่วนการใช้ยาแก้ปวดในระยะต่อมาจะเริ่มลดลงจนหยุดได้เมื่อความเจ็บปวดนั้นน้อยจนไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน 3) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกลับสู่การทำงานตามปกติ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะเวลาการพักฟื้นให้สั้นลง ดังนั้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ โดยจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหว

หลังผ่าตัดบ่อยครั้งแสดงว่ามีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเร็ว 4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเป็นภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดล่าช้ากว่าที่ควร หรืออาจต้องเสี่ยงต่อความพิการหรือชีวิต และ 5) จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด เป็นจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนับตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดจนถึงวันสุดท้ายที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนวันการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่ดีผู้ป่วยควรมีความปวดและทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลน้อยที่สุด มีความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการเคลื่อนไหว และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ในเวลาอันรวดเร็วภายหลังผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย รวมถึงใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้น (Johnson et al., 1978) และต้องอาศัยการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Phipps et al., 1995)

การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดีและรวดเร็วคือ การให้ความรู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ (Hanucharumkul and Vinyanguag, 1991) การให้ความรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหา (Bradley, 1982 ; Consins and Power, 1999) ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้สภาพร่างกาย จิตใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น (Berger and Williams, 1992) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cupples (1991) พบว่าการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรู้และรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด มีความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย สภาพร่างกาย จิตใจปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สามารถลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ แต่การให้ความรู้ในผู้ป่วยวัยรุ่นมักมีอุปสรรค เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นขณะรอรับการผ่าตัดจะมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะรบกวนการรับรู้ (Nyamathi and Kwasschiwabara, 1988) อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลจากการให้ความรู้ไม่ครบถ้วนหรือผิดพลาดไป พยาบาลต้องไม่เร่งรัดในการให้ความรู้ ต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งวิธีหนึ่งที่พยาบาลสามารถทำได้ตามบทบาทอิสระคือ การผ่อนคลาย (Titlebaum, 1988) การผ่อนคลายสามารถทำให้อวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำงานประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้ร่างกายผ่อนคลาย สมบูรณ์แข็งแรง จิตใจร่าเริงแจ่มใส เบิกบาน อารมณ์เยือกเย็น ไม่หุนหันพลันแล่น ช่วยผ่อนคลายความเครียด คลายความวิตกกังวล มีความคิดสร้างสรรค์ (Titlebaum,



1988 ; Heffline, 1990) นอกจากนี้ Miller (1987) ได้กล่าวว่าการผ่อนคลายสามารถลดความเจ็บปวดและลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ และ Lund (1988) ได้กล่าวว่าการผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยคลายความ เครียดและความวิตกกังวลลง ทั้งยังช่วยในการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ผู้ป่วยจึงมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็ว

การผ่อนคลายที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดช่องท้อง คือการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (Progressive relaxation) ซึ่งการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เป็นการบริหารการหายใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน จึงทำให้ปริมาตรอากาศที่เข้าและออกจากปอดมากขึ้น หรือมีการระบายอากาศเพิ่มขึ้น (Humberstone, 1985) ส่งเสริมให้ถุงลมมีการขยายตัวได้เต็มที่หรือทำให้ถุงลมที่แฟบมีการขยายตัวออก ปริมาตรของปอดจึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มประสิทธิภาพในการไอและแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด (Rarey and Youtrey, 1981) ผู้ป่วยสามารถฝึกได้ง่ายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช่นเวลาเช้าหรือเย็น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายเกิดขึ้นทีละน้อย ยิ่งฝึกอย่างต่อเนื่องไปตลอดความรู้สึกจะผ่อนคลายมากขึ้น มีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน (McCaffery, 1979 ; Hill and Smith, 1985 ; Titlebaum, 1988) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือ มีอัตราการเผาผลาญลดลง ลดการให้ออกซิเจน และกรดแลคติกจากการเผาผลาญของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง เพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้มีการหายของแผลดีขึ้น และการกระตุ้นความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดลดลงทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงด้วย ส่งผลให้ความกลัวความวิตกกังวลลดลง จึงทำให้ความเจ็บปวดลดลงได้ (เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธ์กุล, 2536 ; สายชล จันทรวิจิตร, 2539 ; Dumas and Johnson, 1972) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pruitt (1992) พบว่าการฝึกการหายใจสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ทำให้ร่างกายมีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้เร็วขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจึงมีสภาพร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติได้ดี ส่วนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เป็นวิธีที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ให้คลายตัว (Ellis and Nowlis, 1985 ; Sheridan and Radmacher, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีพรรณ มงคล (2529) พบว่าการผ่อนคลายโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความเจ็บปวด และลดปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดได้ และการศึกษาของ รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) พบว่าการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการใช้จินตนาการนิกภาพในทางบวก สามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและผู้ป่วยชอยาแก้ปวดหลังผ่าตัดลดลง นอกจากนี้ยังมีการบริหารร่างกายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการ

เคลื่อนไหวของร่างกายและลุกเดินได้เร็ว ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับสู่ภาวะปกติได้ดี ซึ่งจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลดระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากศึกษาในวัยรุ่น การทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการจึงอาจไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการความคิดที่เป็นนามธรรมมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระบบระเบียบ และแก้ปัญหาในทางที่เป็นไปได้คำนึงถึงหลักความเป็นจริง ต้องการความอิสระ กลัวการสูญเสีย การควบคุม และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Hurley and Whelan, 1988) ต้องการแสวงหาประสบการณ์แปลกใหม่ เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน อารมณ์หงุดหงิด ชอบกิจกรรมที่เป็นของใหม่และมีประโยชน์ (Fuhrmann, 1990) การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถตอบสนองต่อพัฒนาการของวัยรุ่นได้ และเมื่อวัยรุ่นเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความต้องการเล่นก็ยังคงมีอยู่ ประโยชน์ของการจัดให้มีกิจกรรมการเล่นคือ จะช่วยให้วัยรุ่นเป็นสุข และคลายความเครียด เกิดความรู้สึกสบายใจเป็นอิสระ สามารถใช้ฟื้นฟูสภาพของวัยรุ่นในด้านต่าง ๆ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซัก ๆ (Deep breathing) ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด (Whaley and Wong, 1995) เนื่องจากการเป่าต้องหายใจออกอย่างแรงขณะเป่า และต้องหายใจเข้าเต็มที่ทันทีที่เป่าเสร็จเพื่อให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ ดังนั้นประโยชน์ที่ได้จากการเป่าคือมีการหายใจเข้าเต็มที่มากกว่าการหายใจออกแรง ๆ (Harman and Lillinton, 1979) การเป่าจึงมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะถุงลมปอดแฟบ และยังทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสนุกสนานเพลิดเพลินในการบริหารการหายใจ เบี่ยงเบนความสนใจให้ผู้ป่วยวัยรุ่นฟังความสนใจไปยังสิ่งกระตุ้นอื่นมากกว่าการรับรู้เจ็บปวด (McCaffery, 1979) ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถควบคุมความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ (Titlebaum, 1988 ; Hefline, 1990) และผู้ป่วยวัยรุ่นรู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Sense of autonomy) ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูสภาพกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็วขึ้น

ส่วนการบริหารร่างกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การฟื้นฟูสภาพนั้น ปัจจุบันเป็นที่ทราบดีว่าการบริหารร่างกายเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ และช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ใช้ในการป้องกันรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยซึ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำได้โดยการออกกำลังขาทั้งสองข้างขณะที่นอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืนและการเดิน (Early ambulation) จะช่วยส่งเสริมให้



อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (สุวรรณณี จรุงจิตอรารี, 2540) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ King and Tansitano (1981) ที่นำผลงานวิจัยของ Lindeman and Anernum (1971) มาศึกษาอีกครั้งพบว่าการสอน อย่างมีแบบแผนโดยการฝึกการหายใจ การไอ การออกกำลังกาย และการลุกออกจากเตียงในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถลดการเกิดภาวะปอดแฟบ ท้องอืด มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลัง ผ่าตัด

ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ผู้วิจัยจึง รวบรวมความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาแล้วนำมาสังเคราะห์ให้ในรูปของกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลัง การผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2) การผ่อนคลาย โดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้ปอดมีการขยายตัวดี เพิ่มประสิทธิภาพในการ ไอ มาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้ หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด เพื่อช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการบริหารหายใจ และรู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Sense of autonomy) 3) การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะที่ยืนนอน พักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืนและการเดิน ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลด อาการท้องอืด และเกิดการผ่อนคลาย หากนำมาใช้ร่วมกันในการจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่น จะทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งจะ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูสภาพกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็วยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1,2 และ 3

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีความรู้สึกไม่สุขสบาย และเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความปวดจะไปรบกวนและขัดขวางการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ซึ่งพบได้บ่อยหลังจากผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นต้องใส่สายยางทางจมูกเพื่อระบายสิ่งคั่งค้างในช่องท้อง และอาการท้องอืดยังได้ขัดขวางการเคลื่อนไหวของกระบังลม ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน มีผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายแปรปรวนไป ร่างกายต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้การทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพการทำงานตามปกติมากขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Phipps, Cassmeyer, Sands and Lehman, 1995) ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ย่อมทำให้เกิดผลกระทบการดำรงชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วที่สุด ช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยหลังผ่าตัดสู่การทำงานตามปกติ หรือทำงานได้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด (Wolfer, 1973 ; Johnson et al., 1978 ; Wosornu, 1982) สอดคล้องกับ Johnson (1978) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยหลังผ่าตัดสู่การทำงานตามปกติ โดยองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดประกอบด้วย 1) อาการปวดแผลผ่าตัด 2) จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 3) จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และ 5) จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีต้องอาศัยการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Phipps et al., 1995) โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่นการจัดกิจกรรมการพยาบาลต้องผสมผสานแนวคิดการส่งเสริมความเป็นอิสระ ความรู้สึกการควบคุมสถานการณ์ และความเพลิดเพลินสนุกสนาน เพื่อส่งเสริมการทำการกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยวัยรุ่น

การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดีและรวดเร็วคือ การให้ความรู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ (Hanucharunkul and Vinya-nguag, 1991) เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหา (Bradley, 1982 ; Consins and Power, 1999) ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้สภาพร่างกาย

จิตใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น (Berger and Williams, 1992) ผู้ป่วยวัยรุ่นขณะรอรับการผ่าตัดจะมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะรบกวนการรับรู้ อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลจากการให้ความรู้ไม่ครบถ้วนหรือผิดพลาดไป พยาบาลต้องไม่เร่งรัดในการให้ความรู้ ต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งวิธีหนึ่งที่พยาบาลสามารถทำได้ตามบทบาทอิสระคือ การผ่อนคลาย

การผ่อนคลายเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อการผ่อนคลายคือ ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดต่าง ๆ ได้ดี ช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ลดความวิตกกังวล และทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี (McCaffery, 1979) ซึ่ง Melzack and Chapman (cited in Flaherty and Fitzpatric, 1978) และ McCaffery (1980) กล่าวว่า การผ่อนคลายจะช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลงได้

การนำการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกาย มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมทางการพยาบาลซึ่งมีผลทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นดีขึ้นได้ เนื่องจากการฝึกการหายใจเป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพทางกาย (McCaffery, 1979 ; Miller, 1987 ; Pruitt, 1992) จะช่วยให้ปอดมีการขยายตัวดี เพิ่มประสิทธิภาพในการไอ ซึ่งเป็นการป้องกันและรักษาภาวะปอดแฟบได้ดีที่สุด (Rarey and Youtrey, 1981) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็ว (Dumas and Johnson, 1972) ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ สามารถฝึกได้ง่ายเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเกิดความรู้สึกอิสระ (McCaffery, 1979 ; Hill and Smith, 1985) มาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด ร่วมกับการบริหารหลังผ่าตัดซึ่งจะทำให้การฝึกการหายใจมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน รู้สึกอิสระ ในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และยังช่วยเบี่ยงเบนความรู้สึกเจ็บปวดสู่สิ่งที่น่าสนใจมากกว่า (McCaffery, 1979) และยังทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเกิดการผ่อนคลาย มีผลทำให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง (Titlebaum, 1988 ; Hefline, 1990) จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดจะลดลงตามไปด้วย เพราะปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับจะเป็นสิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรงของอาการปวด การใช้ยาแก้ปวดมากแสดงถึงอาการปวดมากตามไปด้วย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการไอและแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด

ทำให้ปอดมีการขยายตัวดี เป็นการป้องกันและรักษาภาวะปอดแฟบได้ดีที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็ว ส่วนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังขาทั้งสองข้างขณะที่ยืนนอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดินจะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ได้ตามปกติได้เร็วขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุกลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (สุวรรณณี จรุงจิตรอารี, 2540) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดและหายกลับบ้านได้เร็ว แนวคิดหลัก 3 องค์ประกอบคือ 1) การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2) การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้ปอดมีการขยายตัวดี เพิ่มประสิทธิภาพในการไอบและแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด มาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด เพื่อช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการบริหารหายใจ และรู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง 3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังขาทั้งสองข้างขณะที่ยืนนอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุกลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืดและเกิดการผ่อนคลาย หากนำมาใช้ร่วมกันในการจัดกิจกรรมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่น จะทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดมีการฟื้นสภาพกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็วยิ่งขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3
2. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3



3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

4. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด

### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน (บริเวณถุงน้ำดี ท่อน้ำดี กระเพาะอาหาร และลำไส้)

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด

ตัวแปรตาม ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ปฏิบัติอย่างมีแบบแผน โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดเกิดความสนุกสนานร่วมกับความรู้สึกละอองในการเลือกทำกิจกรรมการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2) การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้ปอดมีการขยายตัวดีเพิ่มประสิทธิภาพในการไอ และแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด มาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด เพื่อช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการฝึกหายใจ และรู้สึกละอองในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง 3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะที่นอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืนและการเดิน ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืดและเกิดการผ่อนคลาย โดยจัดให้มีการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และบริหารร่างกายวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น ครั้งละ 30 นาที ก่อนผ่าตัด

ตัด 1 วัน และหลังผ่าตัด 3 วัน ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมขั้นตอนดังนี้ 1) ชั้นเตรียมก่อนผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยวัยรุ่นก่อนผ่าตัด โดยการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ให้ความรู้ และรายละเอียดของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 2) ชั้นดำเนินการ เป็นการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด และการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง และให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกกิจกรรมการเล่นที่เกี่ยวข้องกับการฝึกหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่า น้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าในขวดด้วยตนเอง ช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการฝึกหายใจ เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความรู้สึกเจ็บปวด ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกอย่างต่อเนื่อง

**ผู้ป่วยวัยรุ่น** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 12-15 ปีที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดผนังช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน (บริเวณ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี กระเพาะอาหาร และลำไส้) เพื่อการตรวจหาความผิดปกติหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ แล้วทำการแก้ไขหรือรักษาแล้วเย็บปิด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia)

**การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัยรุ่นตั้งแต่การผ่าตัดช่องท้องส่วนบนเสร็จสิ้นลงจนกระทั่งผู้ป่วยวัยรุ่นกลับคืนสู่การทำงานตามปกติหรือทำได้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด วัดจากแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของ Johnson (1978) ซึ่งดัดแปลงโดย รุ่งนภา ชัยรัตน์ (2544) โดยมีการประเมินเป็นรายด้านประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1) **อาการปวดแผลหลังผ่าตัด** หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากแผลผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ประเมินโดยมาตรวัดความเจ็บปวดของ Johnson ประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการปวดทางร่างกาย (sensory components) และ 2) การรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด (distress components) อาการปวดแผลหลังผ่าตัดจะบันทึกในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3

2) **จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด** หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและรับประทานที่ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งในโรงพยาบาลที่ศึกษามีแนวทางการให้ยาแก้ปวดเฉพาะที่เมื่อผู้ป่วยต้องการเป็นครั้งคราว ประเมินโดยแบบสำรวจการได้รับยาแก้ปวดที่ปรากฏในรายงานที่ผู้ป่วยได้รับจริง จำนวนครั้งของการใช้ยานี้จะบันทึกในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3

3) **จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถ

ลูกเดินออกจากที่หนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ได้แก่ การลุกนั่งบนเตียง การแกว่งเท้าข้างเตียง การยืนข้างเตียง การลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียง การเดินรอบเตียงไปมาเป็นระยะสั้น ๆ จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดแต่ละครั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนับเป็น 1 ครั้ง ประเมินโดยแบบสำรวจ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยวัยรุ่นรายงานด้วยตนเองในแผ่นบันทึกที่ผู้วิจัยแจกให้ จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดนี้จะบันทึกในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3

4) **ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบนมีอาการและอาการแสดงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ทำให้การฟื้นสภาพล่าช้า หรืออาจเสี่ยงต่อชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ได้แก่ ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด แผลติดเชื้อ และแผลแยก ภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนับเป็น 1 คะแนน ประเมินโดยแบบสำรวจรายงานการบันทึกการรักษาของแพทย์ รายงานการบันทึกทางการพยาบาล และคำบอกเล่าของผู้ป่วยในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร (Routine) สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมปฏิบัติต่อผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคล ได้แก่ การใช้แผ่นพับเป็นสื่อในการให้ความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การฝึกการหายใจ การไอ และการลุกเดินหลังผ่าตัด โดยกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนเป็นผู้กำหนดขึ้น โดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน เป็นการบอกเล่า ไม่ได้ฝึก ไม่มีการจูงใจ

### ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด เพื่อนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาแตกต่างกันไป
3. ได้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดที่ส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดช่องท้อง
2. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง
3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้ป่วยวัยรุ่น
4. การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery) หมายถึง การผ่าตัดผนังช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง (บริเวณถุงน้ำดี ท่อน้ำดี กระเพาะอาหาร และลำไส้) เพื่อการตรวจหาความผิดปกติหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ แล้วทำการแก้ไขหรือรักษาแล้วเย็บปิด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Fairchild, 1996)

#### ผลกระทบของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะมีผลกระทบเช่นเดียวกับการผ่าตัดอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ของร่างกาย คือ ทำให้เกิดความเครียด ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีการฉีกขาดของหลอดเลือด บางรายมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ถูกรบกวน (Luckmann and Sorensen, 1994) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้องหลังผ่าตัด เนื่องจากในการผ่าตัดช่องท้องมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้เกิดอัมพาตของลำไส้เกิดขึ้นชั่วคราวหลังผ่าตัด (Torrance and Serginson, 1997) และอาการปวดแผลหลังผ่าตัดจากการที่เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดเกิดการบวม ดึงรั้ง และการหดตัวของกล้ามเนื้อ (Barrett, 1993 ; Davey, 1994) ความไม่สุขสบายจากอาการปวดจะรบกวนและขัดขวางการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การลุกเดิน โดยเฉพาะการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง การขึ้นหรือลงเตียง เนื่องจากการเปลี่ยนท่าเหล่านี้ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้า

ห้องด้วยแรงพอที่จะกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กให้ส่งสัญญาณไปสู่สมองเพื่อรับรู้และแปรผล อาการปวด จึงทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ลดการเคลื่อนไหว ไม่ยอมลุกเดินหลังผ่าตัดนอนเกร็งตัวไม่กล้าขยับเขยื้อน ไม่ยอมไอและหายใจสั้น ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวด ผลจากการที่ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหว ไม่ยอมลุกเดินหลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนเลือด มีผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า (Luckmann and Sorensen, 1987 ; Davey, 1994) การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้มีการฟื้นสภาพร่างกายได้เร็วที่สุด ช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ

## 2. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Postoperative recovery) เป็นคำที่มีความหมายกว้าง นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Wolfer (1973 : 394-414) ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดไว้ว่า เป็นขบวนการซ่อมแซมและการกลับเข้าสู่ภาวะปกติของร่างกายทั้งด้านกายภาพ หน้าที่ และด้านจิตใจ

Johnson et al. (1978 : 4-17) ให้ความหมายของของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดว่าเป็นการกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยหลังผ่าตัดสู่ภาวะปกติ ประเมินจากอาการปวดที่ลดน้อยลง มีความต้องการยาแก้ปวดลดน้อยลง มีกิจกรรมมากขึ้น เช่น การลุกเดินออกจากเตียง การปราศจากภาวะแทรกซ้อน และสิ้นสุดการอยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาอันสั้น

Wosornu (1982 อ้างถึงในสายชล จันทรวิจิตร, 2539 : 12) ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดไว้คือ ภาวะที่ร่างกายพยายามปรับการทำงานหน้าที่ให้เข้าสู่การทำงานตามปกติ

Johnston (1984 : 505-520) ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดไว้สามประการคือ เป็นกระบวนการของร่างกายในการกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติ เป็นกระบวนการในการกลับเข้าสู่การทำงานของร่างกายในระดับเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย หรือเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากภาวะความเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะสุขภาพที่ดี

O'Toole (1992) ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดไว้คือ การฟื้นคืนสู่ภาวะปกติหลังผ่าตัด

สายชล จันทรวิจิตร (2539 : 13) ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดคือ สภาวะที่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดปรับเข้าสู่สภาพการทำงานตามปกติ หรือทำงานได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายหลังผ่าตัด

สมหมาย วรรณานต์ (2540 : 10) ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดคือ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยลดหรือหายจากอาการปวด และความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด สามารถลุกเดินได้เร็ว และปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

จากความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยหลังผ่าตัดสู่ภาวะปกติ หรือทำงานได้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

### **ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีดังนี้**

#### **1. การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด**

การปฏิบัติตัวเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางด้านร่างกาย สามารถสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ (สันทนา กนกศิลป์, 2533) การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในระยะก่อนและหลังผ่าตัดที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวภายหลังการผ่าตัด การออกกำลังกายทั้งสองข้าง การลุกเดินหลังผ่าตัด การออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการท้องอืดและปวดแน่นท้อง ตลอดจนการเตรียมประสพการณ์หรือเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในระยะก่อนผ่าตัด การมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องภายหลังผ่าตัด เป็นต้น การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องก่อนผ่าตัดเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ท้องไม่อืดรวมทั้งลดอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นหลังการผ่าตัด (พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534 ; อรชร มาลาหอม, 2534 ; วัชรวิ กลิ่นเฟื่อง, 2535 ; สายชล จันทรวิจิตร, 2539 ; รุ่งนภา ชัยรัตน์, 2544)

#### **2. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์**

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์รับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อทำให้มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีได้ จะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ในการเผชิญเหตุการณ์ (Bradley, 1982 ; Consins and Power, 1999) ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม (ฉวี มากพุ่ม, 2530 ; Johnson and Rice, 1974 ; Bradley, 1982) เพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น (Bradley, 1982)

#### **3. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย (Wolfer, 1973)**

**3.1 เพศ** เพศหญิงจะรับรู้ว่าคุณการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดมากกว่าเพศชาย และมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นมากกว่า เนื่องจากเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนตามวงจรธรรมชาติของร่างกาย และวัฒนธรรมให้ค่านิยมว่าเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนไหว สามารถแสดงอารมณ์และความรู้สึกได้เต็มที่ในขณะที่เพศชายต้องมีเหตุผล สุขุม หนักแน่น (Domar, Everett and Keller, 1989) เพศหญิงจึงมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุ

การณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากกว่า (Berkley and Holdcroft, 1999) ซึ่งส่งผลต่อขบวนการเผชิญปัญหา (Coping) โดยเพศหญิงจะรายงานถึงความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกล้มเหลวมากกว่าเพศชาย (Johnston, 1986) แต่การหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) และอะดรีนาลิน (Adrenalin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดในเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิงเมื่อประเมินการฟื้นฟูสภาพด้วยการให้ผู้ป่วยประเมินเพียงประการเดียว จึงเห็นว่าเพศหญิงมีการฟื้นฟูสภาพช้ากว่าเพศชาย แต่การประเมินการฟื้นฟูสภาพด้วยการวัดทางกายภาพ เช่น การวัดระดับฮอร์โมนต่าง ๆ จะพบว่าเพศชายมีการฟื้นฟูสภาพช้ากว่า (Bradley, 1982) ดังการศึกษาของ Frankenhaeuser และคณะ (1978 cited in Bradley, 1982) ซึ่งตรวจวัดระดับ Cortisol, Adrenalin, Noadrenalin และ 3 methoxy-4-hydroxyphenyl ethyleneglycol ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดในปัสสาวะของนักเรียนชายและหญิงที่เผชิญความเครียดในการสอบพบว่า ค่าต่าง ๆ สูงขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงรายงานเกี่ยวกับความรู้สึกไม่มั่นใจ รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ และความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย

**3.2 ระดับการศึกษา** การศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมากขึ้น สามารถใช้แหล่งต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้รับในการสนับสนุนภาวะสุขภาพของตนได้ดีขึ้น รวมทั้งมีความคุ้นเคยต่อระบบการเรียนการสอน จึงสามารถรับความรู้และข้อมูลข่าวสารได้ดีและรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล (Craven and Hirmler, 1992) แต่บางการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีแหล่งความรู้มาก สามารถค้นคว้าหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้มากกว่าและดีกว่า จึงตระหนักถึงอันตรายจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมถึงมีความเข้าใจต่อการตอบแบบวัดระดับความวิตกกังวล จึงสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Domar, Everett and Keller, 1989)

**3.3 ชนิดของการผ่าตัด** การผ่าตัดใหญ่และการผ่าตัดเล็กจะก่อให้เกิดความเครียดต่างกัน ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจึงแตกต่างกันไป (Hardy, 1988) การผ่าตัดใหญ่มักจะใช้เวลาในการผ่าตัดนาน และมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายมากกว่าการผ่าตัดเล็ก อัตราการฟื้นฟูสภาพของการผ่าตัดใหญ่จึงช้ากว่าผ่าตัดเล็ก และการผ่าตัดฉุกเฉินมักเตรียมผู้ป่วยได้ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีอัตราตายมากกว่าการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมล่วงหน้า (Luckmann and Sorensen, 1987)

**3.4 ประเภทของการใช้ยาระงับความรู้สึก** ประเภทของการใช้ยาระงับความรู้สึกที่แตกต่างกันมีผลต่อร่างกายต่างกัน เนื่องจากการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยหายใจผ่านทางเดินหายใจ ซึ่งการใส่ท่อทางเดินหายใจแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ จะทำลายขนกวัดและเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้การสร้างมูกเพิ่มขึ้น แต่การขจัดสิ่ง



แปลกล่อมทำได้น้อยลง และผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจะลดและยับยั้งการทำงานของระบบประสาท ระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ ดังนั้นการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อร่างกายและเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดจึงช้ากว่าผู้ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (อังกาบ ปราการรัตน์ และวรภา สุวรรณจินดา, 2536)

**3.5 ปัจจัยด้านคุณภาพของการพยาบาล** การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับภาวะเครียดและอันตรายจากการผ่าตัดได้ และทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Keeling et al., 1995) การพยาบาลที่จะส่งผลให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดีนั้นมีหลายวิธี โดยแต่ละวิธีจะมีรายละเอียดแตกต่างกันไป แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดซึ่งเป็นที่ยอมรับได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การสอน การแนะนำวิธีการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

### 3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแต่ละวิธี จะมีผลต่อการฟื้นสภาพแตกต่างกันไปตามหลักการที่ยึดและสิ่งที่ใช้วัดการฟื้นสภาพ โดยพอสรุปแนวทางการพยาบาลดังนี้ (Hanucharumkul and Vinya-nguag, 1991)

1. **การสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย** คือการสร้างสัมพันธภาพโดยให้ผู้ป่วยและพยาบาลพบปะพูดคุยกัน เพื่อค้นหาปัญหาสาเหตุ วางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ชัดเจน ซึ่งพบว่าส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น (Fitzpatrick, 1984)

2. **การส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดโดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย** โดยใช้หลักการเรียนการสอนโดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุการกระทำ ผลที่คาดหวังจากการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษาตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้ข้อมูลให้ความรู้ที่เหมาะสมก่อนการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การผ่าตัดที่ดี (Swindale, 1989) การให้ความรู้ที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลเสีย เช่น ผู้ป่วยสับสน จำไม่ได้ เกิดการคาดเดาเกินจริง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (Johnson, 1972) การให้ข้อมูลหลายชนิด ให้ความรู้มากเกินไป อาจนำไปสู่การเพิ่มความเครียดแก่ผู้ป่วยได้ในลักษณะเดียวกัน เพราะผู้ป่วยหรือคนปกติทั่ว ๆ ไปจะจำข้อมูลได้ในคราวเดียวกันประมาณ 7 อย่างเท่านั้น (Padilla et al., 1987 ; Swindale, 1989) ดังนั้นก่อนการให้ข้อมูลควรหาวิธีการให้ผู้ป่วยคลาย

ความเครียด และการให้ข้อมูลควรผสมผสานไปกับการให้การพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับรู้ โดยอาจให้ความรู้เป็นรายบุคคล ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาคล้ายคลึงกันอาจนัดให้ความรู้เป็นกลุ่ม และควรทำเป็นคู่มือเป็นโปรแกรมซึ่งเป็นการจัดทำคู่มือการให้ความรู้อย่างมีขั้นตอน เป็นระบบระเบียบ มีแบบแผน กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะทำให้สามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนและมีความต่อเนื่อง (Rorden, 1987 ; Berger and Williams, 1992)

3. การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ ซึ่งเป็นการใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหา (Cognitive-coping strategy) ได้แก่ การผ่อนคลาย การจินตนาการ การสะกดจิต (Johnson, 1987) และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา (Behavioral-coping strategy) ได้แก่ วิธีการปฏิบัติตนที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การฝึกการหายใจ การบริหารร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองควรปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์นั้น ทำให้ความเครียดหรือความรู้สึกทุกข์ทรมานน้อยลง ลดความเจ็บปวด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น (Lindeman and Aernam, 1971 ; สายชล จันทร์วิจิตร, 2539)

การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีคุณภาพ จะต้องตอบสนองต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทั้งความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ การใช้หลักการพยาบาลเพียงข้อใดข้อหนึ่งอาจจะตอบสนองต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยได้ไม่ครบถ้วน ควรใช้หลักการพยาบาลหลาย ๆ ข้อร่วมกันอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูสภาพได้ดีที่สุดและรวดเร็วที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวทางการพยาบาลโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์โดยใช้การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อพร้อมกับบริหารร่างกาย และการจัดกิจกรรมการเล่น โดยจัดทำเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดช่องท้องให้สามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดีและรวดเร็ว ซึ่งในปัจจุบันการพยาบาลหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในตอนเย็นวันก่อนผ่าตัด ลักษณะของการให้ข้อมูลเป็นการให้ตามการรับรู้ของพยาบาลแต่ละคนว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน โดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอนเป็นลายลักษณ์อักษรและไม่มีการจูงใจ ไม่มีความสนุกสนาน

### การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้ป่วยวัยรุ่น

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

## 1. การฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ (Deep breathing) เป็นการบริหารการหายใจที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมีการหายใจได้ดี จึงทำให้ปริมาตรอากาศที่เข้าและออกจากปอดมากขึ้น หรือมีการระบายอากาศเพิ่มขึ้น (Humberstone, 1985) ส่งเสริมให้ถุงลมมีการขยายตัวได้เต็มที่หรือทำให้ถุงลมที่แฟบมีการขยายตัวออก ปริมาตรของปอดจึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มประสิทธิภาพในการไอและแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด ซึ่งเป็นการป้องกันและรักษาภาวะปอดแฟบได้ดีที่สุด (Rarey and Youtrey, 1981)

**จุดประสงค์ของการฝึกการหายใจ** คือ (Gaskell and Webber, 1980)

1. เพิ่มการระบายอากาศทำให้การถ่ายเทอากาศของปอดดีขึ้น และป้องกันภาวะปอดแฟบ (to improve ventilation and prevent atelectasis)
2. เพิ่มประสิทธิภาพการไอ (to increase cough efficiency)
3. เพิ่มความแข็งแรง ความสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (to increase strength, co-ordination and efficiency of respiratory muscles)
4. ลดแรงการหายใจ (to decrease the work of breathing)
5. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้น (to keep the patient relax)
6. ช่วยประทุ้งและทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกดีขึ้น (to mobilize and maintain mobility of the chest wall)
7. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้กล้ามเนื้อที่ถูกต้องในการหายใจ (retain in use of respiratory muscles)
8. เพื่อปรับปรุงลักษณะการหายใจให้มีประสิทธิภาพ (regain the most efficient breathing pattern)

### วิธีการฝึกการหายใจแบบลึก

เป็นการฝึกการหายใจโดยใช้แรงต้านที่บริเวณผนังทรวงอก เพื่อกระตุ้นให้ทรวงอกส่วนนั้นมีการเคลื่อนไหวและช่วยขับเสมหะออกจากปอด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดในบริเวณนั้น ขั้นตอนการฝึกคือ ผู้สอนวางมือโอบรอบด้านข้างทรวงอกบริเวณกึ่งกลางรักแร้ที่กระดูกซี่โครงที่ 7-9 ผู้ป่วยต้องได้รับการสอนให้หายใจออกอย่างผ่อนคลาย และรู้สึกว่าการเคลื่อนที่ของส่วนล่างจมหายเข้าไปข้างในโดยไม่ออกแรงมาก เมื่อสิ้นสุดการหายใจออกผู้สอนค่อย ๆ เพิ่มแรง



กตแล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าต้านกับอุ้งมือ แรงกดต้านต้องไม่มากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดการจำกัดการขยายตัวมากกว่าช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหว เมื่อหายใจเข้าเต็มที่จึงคลายมือออก ถ้ามีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อให้ออกขยายตัวได้เต็มที่ควรหายใจเข้าเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้เป็นเวลา 3 วินาที หลังจากนั้นให้สูดหายใจเข้าอีกเล็กน้อย ทำให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าและทำได้ถูกต้องแล้ว ควรสอนให้ผู้ป่วยวางมือใช้แรงกดเอง (สุวรรณณี จรุงจิตอารี, 2540 ; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540 ; Frownfelter, 1978 ; Gaskell and Webber, 1980 ; Anderson and Innocenti, 1980)

### การไอ (Cough)

การไอ เป็นกลไกที่เกิดขึ้นได้ทั้งแบบอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจและนอกอำนาจจิตใจ เป็นการหายใจออกด้วยความเร็วสูงอย่างแรงและรวดเร็ว ที่เกิดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้องและทรวงอกทำให้มีปริมาตรของอากาศออกมามาก จึงเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้รักษาเพื่อขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ กลไกปกติของการไอดังนี้ (สุวรรณณี จรุงจิตอารี, 2540 ; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

1. หายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจสักครู่ (A deep inspiration, inspiratory pause)
2. มีการปิดของ glottis (The closure of the glottis)
3. กล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อเชิงกราน เกิดการหดตัวพร้อมกันเพื่อเพิ่มความดันภายในทรวงอกและในช่องท้อง (Contraction of the muscles of the chest wall, abdominal and pelvic floor)

4. มีการเปิดของ glottis (Opening of the glottis)
5. พร้อมทั้งหายใจออกอย่างแรงและรวดเร็ว (A rapid expulsive exhalation)

การไอจะทำงานร่วมกับการฝึกการหายใจ เป็นการช่วยกำจัดเสมหะโดยปกติผู้ป่วยจะไอได้ดีที่สุดในท่านั่งตรง หรือนั่งโน้มตัวมาข้างหน้า แต่อย่างไรก็ตามการกระทำที่คือนั้นจะต้องเป็นท่าที่ผู้ป่วยสบายและหายใจได้ดีที่สุด กรณีที่ผู้ป่วยมีรอยผ่าตัดและความเจ็บปวด ควรมีสั่งช่วยประคองและกดรัดบริเวณรอยผ่านั้น เช่น มือหรือหมอน โดยวางแนบสนิทบริเวณนั้น ๆ เพื่อให้เกิดความกระชับเป็นการลดความเจ็บปวด

### แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้

การให้ความรู้เป็นการสอนและให้ความรู้อย่างหนึ่งที่จะช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแผนที่ยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อการเรียนรู้อย่างมีระบบ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่จะส่งผลให้บุคคลมีการฟื้นฟูสุขภาพ และมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด (Kelly and Lewis, 1987 ; Rorden, 1987)

**ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย** มีดังนี้ (De Muth, 1989 ; Sundberg, 1989)

### 1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1.1 **สภาพร่างกาย** ในระยะที่มีอาการแสดงของโรคอย่างรุนแรงหรือผู้ป่วยมีความเจ็บปวด อ่อนเพลียมาก คลื่นไส้ อาเจียน ความไม่สุขสบายเหล่านี้จะขัดขวางการรับรู้ต่อการสอน การให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ดังนั้นก่อนการสอนผู้สอนต้องประเมินอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ใ้กับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

1.2 **สภาพอารมณ์และจิตใจ** สภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์ซุนมัว หงุดหงิด หรือกลัวมาก จะขัดขวางกระบวนการรับรู้ ผู้สอนต้องประเมินหาสาเหตุของสภาพอารมณ์และจิตใจที่แปรปรวนไปของผู้ป่วย และบรรเทาใ้กับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจใ้กับผู้ป่วยในการเรียนการสอน ใ้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการสอน

2. **ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม** สภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน แสงภายในห้องมืด หรือสว่างเกินไป มีกลิ่นรบกวน บริเวณห้องมีคนพลุกพล่านจะรบกวนการรับรู้และความสนใจของผู้เรียนใ้กับการรับรู้ไม่ดี ดังนั้นในการเรียนการสอนต้องพิจารณาถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ และมีการควบคุมใ้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมใ้เกิดการรับรู้การเรียนรูใ้ดี

3. **กระบวนการเรียนการสอน** ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรูใ้ดีนั้น ประกอบด้วย (Sundberg, 1989)

3.1 การประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรูใ้ของผู้ป่วยเป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อกำหนดความต้องการด้านความรู้ของผู้ป่วยใ้ชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่จะได้รับพร้อมทั้งขั้นตอนและเหตุผลของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ (Eardley, 1986) ข้อมูลที่ผู้ป่วยคัดยกรวมควรทราบ คือ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใ้ความรู้เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้สติปัญญา ในการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคามตนจึงคลายความวิตกกังวล รู้สึกว่าสามารถทำนายเหตุการณ์ ควบคุมตนเองและสถานการณ์ได้ จึงสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัดใ้ดีขึ้น (Hathaway, 1986)

3.2 การประเมินความพร้อมที่จะเรียน ความพร้อมของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำใ้กระบวนการเรียนรูประสบความสำเร็จ แต่การรอเพื่อใ้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนด้วยตนเองนั้น อาจเป็นผลเสียมากกว่าผลดี พยาบาลมีหน้าที่กระตุ้นใ้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียน โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนใ้เป็นกันเอง และยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Smeltzer and Bare, 1992)

3.3 การวางแผนการสอน การสอนอาจทำได้โดยไม่ต้องมีการเตรียมการสอนล่วงหน้า แต่การสอนผู้ปวดยที่มีประสิทธิภาพ ผู้สอนควรมีการวางแผนการสอนไว้ก่อนล่วงหน้า ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ การเลือกเนื้อหาที่จะสอน เลือกรูปวิธีการสอน และการประเมินผล แล้วจัดทำไว้พร้อมที่จะสอนได้ต่อไป โดยวัตถุประสงค์ของการสอน การให้ความรู้จะมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนในสามด้าน คือ (Smeltzer and Bare, 1992)

3.3.1 ความรู้ เน้นให้ผู้เรียนเกิดการจดจำถึงสิ่งที่ได้เรียนไปแล้ว เพื่อเพิ่มความสามารถในด้านการคิดและสติปัญญาขึ้นจนสามารถวิเคราะห์หลักการ สามารถแก้ปัญหาได้

3.3.2 เจตคติ เน้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกมีค่านิยม มีความชอบหรือไม่ชอบเพื่อปลูกฝังให้เกิดการปรับปรุงในค่านิยมที่มีอยู่เดิม

3.3.3 ทักษะหรือการปฏิบัติ มุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสามารถและความชำนาญเฉพาะอย่าง

3.4 การดำเนินการสอน เป็นการปฏิบัติการสอน ให้เนื้อหาที่จัดเตรียมแก่ผู้เรียน ซึ่งเนื้อหาที่ให้ต้องเป็นเนื้อหาที่สำคัญ มีความถูกต้องทันสมัย เป็นเนื้อหาที่ผู้เรียนสนใจ สามารถเรียนรู้ได้โดยจัดลำดับเนื้อหาจากง่ายไปหายาก (Rorden, 1987) การดำเนินการสอนสามารถกระทำได้หลายวิธีโดยวิธีการสอนผู้ปวดยที่นิยมปฏิบัติกันทั่วไป คือ

3.4.1 การสอนแบบบรรยาย หมายถึง การสอนที่ผู้สอนได้เตรียมการศึกษาค้นคว้าความรู้จากแหล่งวิชาการต่าง ๆ มาเป็นอย่างดีเพื่อนำมาอธิบายให้ผู้เรียนฟัง โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนรับฟังรับรู้ เกิดความเข้าใจ มีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงเจตคติและนำไปปฏิบัติ วิธีนี้สามารถให้ความรู้ได้สมบูรณ์ครบถ้วน ให้ความรู้กับผู้ปวดยได้เป็นจำนวนมากในแต่ละครั้ง ครอบคลุมเนื้อหาและรายละเอียดได้มาก ประหยัดเวลา แต่การบรรยายเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวจึงอาจเกิดความเบื่อหน่ายได้ เนื่องจากผู้ฟังสามารถตั้งใจฟังและให้ความสนใจต่อการสอนติดต่อกันได้ไม่เกิน 45 นาทีเท่านั้น ดังนั้นควรหาวิธีอื่น ๆ ประกอบการบรรยาย เช่น การซักถาม การสาธิต (Sundberg, 1989)

3.4.2 การสอนแบบสาธิต หมายถึง การสอนแบบบรรยายประกอบการแสดงวิธีการปฏิบัติพร้อมกันไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้เรียนดู โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ โดยสอนแล้วควรให้ฝึกปฏิบัติทันที เพราะหากปฏิบัติในช่วงเวลาที่ห่างกันมากจะทำให้ลืม และนำความรู้มาสัมพันธ์กับการปฏิบัติไม่ได้

3.4.3 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีการสอนที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้เรียนได้อย่างละเอียด ผู้เรียนสามารถซักถามให้เข้าใจได้อย่างถ่องแท้ ผู้เรียนได้ทราบข้อเท็จ

จริงเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของตนมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลผู้ทำการสอน และผู้สอนสามารถประเมินผลการสอนได้ทันที (Sundberg, 1989)

3.4.4 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นวิธีการสอนที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นการสอน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ของบุคคลภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยทราบว่ามิใช่ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา จึงเกิดความรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสอนวิธีนี้จะช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ไม่ต้องสอนเรื่องเดิมซ้ำบ่อย ๆ โดยควรสอนเป็นกลุ่มย่อย ๆ ไม่เกินเจ็ดถึงสิบคน เพื่อให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง (Kelly and Lewis, 1987)

### แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลาย

การผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นกิจกรรมที่เริ่มพัฒนาโดย Jacobson ในปี ค.ศ.1929 แต่ได้รับความเชื่อถือเป็นที่นิยมใช้กันเมื่อ ค.ศ.1950 (Stuart and Sundeen, 1987) และมีการวิจัยได้ผลเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า การผ่อนคลายสามารถลดความเครียด วิตกกังวล ความไม่สุขสบาย หลังผ่าตัดและอาการต่าง ๆ ได้ (Luckmann and Sorensen, 1987) ซึ่ง McCaffery (1979 cited in Titlebaum, 1988) ได้กล่าวว่าการผ่อนคลายเป็นความรู้สึกเป็นอิสระจากความกดดันหรือความตึงเครียดทั้งทางร่างกาย ได้แก่ ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ การทำงานของอวัยวะภายใน เช่น อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และการเคลื่อนไหวทางสมอง เช่น ความคิด การรับรู้ และภาวะทางอารมณ์ ความตึงเครียดจะออกไปจากร่างกายขณะที่มีการผ่อนคลายเกิดขึ้นในแต่ละส่วน และการผ่อนคลายจากบริเวณหนึ่งมีแนวโน้มทำให้เกิดการผ่อนคลายบริเวณอื่น ๆ ตามมา เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธีแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยและวัตถุประสงค์ของเทคนิคนั้น ๆ เทคนิคการผ่อนคลายที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ (Stewart, 1976 ; Mainhart and McCaffery, 1983 ; Schott and Luff, 1988 ; Jacobson, 1983 ; Titlebaum, 1988 ; อุบล นิวัติชัย, 2531 ; จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ; ลักขณา ธรรมไพโรจน์, 2536)

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (Progressive relaxation) หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยฝึกให้บุคคลสามารถควบคุมกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้คลายตัว โดยมีหลักความเชื่อว่าจะเมื่อจิตใจตึงเครียดจะส่งผลให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ มีความตึงเครียดสูงไปด้วย และเมื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงความตึงเครียดจะลดลงตามไป (Sheridan and Radmacher, 1992) โดยการเกร็งกล้ามเนื้อบางส่วน ประมาณ 5-7 วินาที แล้วผ่อนคลาย 30-40 วินาที ก็จะทำซ้ำใหม่ ระหว่างที่มีการเกร็งและการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ

2. การฝึกเพื่อควบคุมตนเอง (Autogenic training) คือ การฝึกควบคุมการทำงาน



ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยออกคำสั่งแก่ตนเองโดยพูดกับตนเองในใจ ให้อวัยวะส่วนนั้นทำงานตามปกติหรือผ่อนคลาย โดยนิยมให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอบอุ่นขึ้นหรือหนักขึ้น (Lewis and Collier, 1992) ซึ่งการสั่งให้อวัยวะส่วนนั้นอบอุ่นขึ้นจะส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว อาจเกิดความดันโลหิตต่ำลงได้ (Thomas, 1991)

3. **การทำสมาธิ (Meditation)** เป็นการเน้นความสนใจที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น คำพูด หรือ การหายใจ คล้ายกับการปฏิบัติทางศาสนาพุทธ โดยนั่งในที่เงียบ สบาย หลับตา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายเริ่มต้นที่เท้า และเรื่อยขึ้นมาจนถึงกล้ามเนื้อที่หน้า พยายามให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายอยู่อย่างเดิม ขณะหายใจรับรู้ว่าตนเองกำลังหายใจพร้อมกับนึกถึงคำพูดหรือนับหนึ่งอยู่ในใจซ้ำ ๆ ก่อนจะเลิกการทำสมาธิควรนั่งอยู่ในท่าเดิม 2-3 นาทีก่อนแล้วค่อยล้มตา

4. **การใช้ปฏิกิริยาย้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)** เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย ซึ่งปกติไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต ความอ่อนของผิวหนัง อัตราการเต้นของหัวใจ โดยอาศัยเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภายในที่ต้องการควบคุม และป้อนข้อมูลให้บุคคลทราบ เมื่อกล้ามเนื้อมีความตึงตัวโดยผ่านสัญญาณเสียง แสง หรือภาพ เพื่อให้บุคคลทราบ และควบคุมตนเองได้ (Scandrett-Hibdon and Uecker, 1992)

5. **การระลึกย้อนหลัง (Recall)** เป็นการบริหารทางจิต ไม่เกี่ยวกับความตึงหรือหย่อนของกล้ามเนื้อ วิธีการคือมุ่งพิจารณาไปที่กล้ามเนื้อแต่ละกลุ่มทั้ง 4 กลุ่ม คือมือและแขน หน้าและคอ หน้าอก ขาและเท้า ระบุกล้ามเนื้อส่วนที่ตึงเครียดและระลึกถึงความรู้สึกของการผ่อนคลาย เป็นวิธีการเห็นผลเร็วและเกิดประโยชน์ใช้เป็นที่กระทำทั่วไปในการผ่อนคลายชีวิตประจำวัน

6. **การสร้างจินตนาการ (Imagery)** เป็นการสร้างภาพในใจถึงภาพที่ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส พอใจ อาจเป็นทิวทัศน์หรือภาพที่มีความหมายในทางบวกต่อบุคคล ทำให้จิตใจผ่อนคลาย ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย (Stephens, 1993)

7. **การสะกดจิต (Hypnosis)** เป็นการแบ่งแยกการรับรู้ของสมอง โดยมีฉนวนจากการสะกดจิตมาขวางกั้นระหว่างส่วนที่รับรู้ความรู้สึกตามสภาพที่เป็นจริง กับส่วนที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้การส่งสัญญาณกระตุ้นขาดตอนไปสู่ผู้ถูกสะกดจิตเข้าสู่ภาวะผ่อนคลายการสะกดจิตนี้อาจให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กระทำหรือให้ผู้ป่วยฝึกสะกดจิตตนเอง (Self hypnosis) ก็ได้ ผลในลักษณะเดียวกัน (Scandrett-Hibdon and Uecker, 1992)

8. **การนวดกดจุด (Acupressure)** เป็นการกดคลึงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงเครียด โดยกระทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำ ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจได้

9. การฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ (Deep breathing) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้รูปแบบการหายใจที่เกิดขึ้นในภาวะที่บุคคลสงบ โดยจะหายใจเข้าอย่างลึก ๆ ซ้ำ ๆ และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง โดยสูดลมหายใจลงไปสู่ส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัวเต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้

### ผลของการผ่อนคลายที่มีต่อร่างกาย (DiMotto, 1984; Hyman et al., 1989)

#### ด้านกายภาพ

1. ลดความเจ็บปวดทั้งความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เพิ่มความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เนื่องจากการผ่อนคลายจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมอง ทำให้เกิดกลไกการปิดกั้นการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู ความเจ็บปวดจึงลดลง นอกจากนี้การผ่อนคลายจะขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวด ทำให้ความเจ็บปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของระวีพรรณ มงคล (2529) พบว่าการผ่อนคลายโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความเจ็บปวดและปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดได้ และการศึกษาของรุ่งทิพย์ จามรมา (2532) พบว่าการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการใช้จินตนาการนี้ภาพในทางบวกพบว่าสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและผู้ป่วยขอยาแก้ปวดหลังผ่าตัดลดลง

2. ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจึงทำงานเด่นขึ้น เนื่องจากการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งไฮโปทาลามัสและเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชัน ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เปลี่ยนจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเด่นเป็นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย (Lewis and Collier, 1992) เพิ่มความต้านทานของผิวหนัง (Domar, Friedmen and Benson, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mannyande และคณะ (1992) พบว่าการผ่อนคลายไม่สามารถลดระดับฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อที่ตอบสนองต่อความเครียดคือ อะดรีนาลิน และคอร์ติซอลได้ แต่สามารถลดอาการทางกายที่เป็นผลจากความเครียด เช่น อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลงได้ รวมถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดสูงขึ้น

3. เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อการทำงานของร่างกายเป็นไปตามปกติทำให้ความสามารถในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ

Jasnoski and Kugler (1987) ที่พบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการสร้างจินตนาการ ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นโดย Salivary immunoglobulin A และ B-cell product เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยศัลยกรรมที่ระบบภูมิคุ้มกันที่ทำหน้าที่ได้ดีจะทำให้ขอบเขตการหายของแผลดำเนินไปได้อย่างปกติ และโอกาสเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อลดลง (Luckmann and Sorensen, 1987)

4. ลดอัตราการใช้ออกซิเจน อัตราการหายใจและปริมาณแลคเตทในเลือด จากการลดสิ่งเร้าต่อระบบประสาทเรติคูลาร์ โฟร์เมชัน ส่งผลให้ศูนย์ควบคุมการหายใจในเมดูลลาลดการใช้ออกซิเจนลดลง กรดแลคติกจึงคั่งน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gift และคณะ (1992) ที่ใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการลดความวิตกกังวล และอัตราการหายใจในผู้ป่วยฉุกเฉินไปงพอง พบว่าผู้ที่ฝึกการผ่อนคลายมีระดับคะแนนความวิตกกังวล และอัตราการหายใจลดน้อยลงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้การผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะผ่อนคลายมีการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น ปอดขยายตัวได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจได้ (Miller, 1987)

5. ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เนื่องจากการผ่อนคลายจะขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวด (Domar, Friedmen and Benson, 1993)

6. ส่งเสริมให้มีการนอนหลับดีขึ้นและเพิ่มคลื่นอัลฟาซึ่งเป็นคลื่นสมองในขณะผ่อนคลาย เนื่องจากการลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นของสมอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการนอนได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (1993) ที่ให้ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีปัญหานอนหลับยาก ทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อพบว่า ผู้สูงอายุนอนหลับได้ง่ายและดีขึ้น

7. ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการผ่อนคลายสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงมีสภาพร่างกายและจิตใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ดี จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (Pruitt, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson (19981) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดจากการผ่าตัด ต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี และผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก จำนวน 70 ราย โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่หนึ่งได้รับการเตรียมผ่าตัดตามปกติจากแพทย์ กลุ่มที่สองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะพบ กลุ่มที่สามได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มที่สี่ได้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการได้รับข้อมูล แล้ววัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่สามและสี่มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่หนึ่งและสอง

### **ด้านจิตใจและอารมณ์**

การผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อจึงขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความวิตกกังวลและการเกร็งของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลจึงลดลง นอกจากนี้



ขณะที่มีการผ่อนคลายการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลง ระบบประสาทลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง สภาพจิตใจและอารมณ์จึงสงบลงไม่เกิดอารมณ์ในเชิงลบ เช่น ความรู้สึกโกรธแค้น หงุดหงิด กลัว ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขสงบ แจ่มใส เบิกบาน นอกจากนี้การผ่อนคลายทำให้เกิดสมาธิ จิตใจสงบ มีความตั้งมั่น มีสติ สามารถหาเหตุผล เป็นการหาทางออกแก่จิตใจ เป็นกลไกทางจิตแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงตามสภาพที่เผชิญอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lund (1988) พบว่าการใช้เทปเสียงฝึกการผ่อนคลายซึ่งประกอบด้วยการควบคุมการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการสร้างจินตนาการ สามารถลดความวิตกกังวลได้ ทั้งยังพบว่าระดับคอร์ติซอลในปัสสาวะซึ่งแสดงถึงการตอบสนองต่อภาวะเครียด และการอักเสบของแผลในผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒน์ (2543) ที่ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติ และไบโอฟีดแบค ต่อความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล คลายความซึมเศร้า ช่วยให้มีทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยแจ่มใสขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับการเล่น

การเล่น คือ กิจกรรมของเด็กที่เกิดขึ้นเอง มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเป็นธรรมชาติโดยปราศจากจุดมุ่งหมาย ไม่มีการบังคับและไม่มีการเกณฑ์ นำไปสู่การเรียนรู้ ทำให้เกิดความสุข สนุกสนานเพลิดเพลิน คลายความเครียด เกิดความรู้สึกสบายใจเป็นอิสระ สามารถใช้ฟื้นฟูสภาพของวัยรุ่นในด้านต่าง ๆ คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2537; แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2544)

### ทฤษฎีเกี่ยวกับการเล่น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ทฤษฎีคลาสสิก (Classical Theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุและจุดประสงค์ของการเล่น ซึ่งประกอบไปด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีพลังงานเหลือใช้ (Surplus Energy Theory) เป็นทฤษฎีของสเปนเซอร์ ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์มีพลังงานเป็นจำนวนมากสำหรับใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน และยังมีพลังงานส่วนหนึ่งที่ไม่ได้ใช้หรือกลายเป็นพลังงานที่เหลือ ซึ่งจะถูกใช้ไปกับเรื่องอื่น ๆ เช่น เมื่อเด็กออกวิ่งเล่นทำให้ดูเหมือนว่าเด็กใช้พลังงานที่เหลือ

1.2 ทฤษฎีนั้นหนนาการหรือการผ่อนคลาย (Relaxation Theory) ได้จากความคิดของลาซาร์ส ทฤษฎีนี้แนะนำว่าการเล่นเป็นการเติมพลังงานเพิ่มขึ้นในตัวเราเพื่อที่จะนำไปใช้ในการทำ

งานใหม่ หรืออธิบายได้ว่าพลังงานของคนเราสิ้นเปลืองหมดไปได้กับการทำงานต่าง ๆ ดังนั้นจะต้องหาวิธีสะสมพลังงานไว้ โดยการมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด จะทำให้ร่างกายสดชื่นและเรียกพลังงานให้กลับคืนมาเพื่อที่จะเริ่มทำงานใหม่

1.3 ทฤษฎีสัญชาตญาณ (Instinct Theory) หรือทฤษฎีฝึกหัด (The Pre-exercise Theory) เป็นทฤษฎีของกรอส เชื่อว่าการเล่นเป็นการฝึกหัดให้เกิดทักษะหรือความชำนาญ หรือเป็นการเตรียมเด็กเพื่อรับบทบาทต่อไปในอนาคต และมีความรับผิดชอบต่อความอยู่รอดในสังคม

1.4 ทฤษฎีการทำซ้ำ (Recapitulation Theory) เป็นแนวคิดของฮอลล์ ทฤษฎีนี้สันนิษฐานว่าการเล่นสามารถนำเด็กกลับไปสู่กิจกรรมหรือการกระทำของบรรพบุรุษของเขา การเล่นจะช่วยลบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ออกไป เป็นการเตรียมเด็กเพื่อการมีชีวิตอยู่ในโลกปัจจุบัน

2. ทฤษฎีโมเดิร์น (Modern Theories) เป็นทฤษฎีที่เห็นความสำคัญถึงผลที่จะตามมาจากการเล่นของเด็ก ประกอบไปด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นของเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ผู้นำทฤษฎีนี้คือ ฟรอยด์และอีริคสัน ซึ่งอธิบายว่าการเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา ช่วยลดภาวะทางอารมณ์และการเล่นเป็นพัฒนาการยอมรับตนเองตามความสามารถและศักยภาพของเด็กเอง

2.2 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Cognitive-Development Theory) เป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญของเนื้อหาการเล่นที่นำไปสู่การพัฒนาทางสติปัญญา ได้แก่ ทฤษฎีของเพียเจท์ ที่กล่าวว่า เด็กแต่ละคนจะสร้างสรรค์ความรู้หรือเรียนรู้ให้แก่ตนเองเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยการเล่นตั้งแต่แรกเกิด

2.3 ทฤษฎีสี่สิ่งแวดล้อมหรือวัฒนธรรม (Cultural Theory) เป็นแนวคิดของแบทติสัน โดยกล่าวว่าคนทั่วไปมีความเห็นต่อการเล่น 2 ประการคือการเล่นทำให้เด็กหมกมุ่นเพื่อฝัน และการเล่นทำให้เด็กรู้จักตนเอง หรือความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง และการเล่นเป็นการกระทำที่สังคมกำหนดไว้

**ประเภทของการเล่นสำหรับเด็กป่วยในโรงพยาบาล** แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ (แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2544)

1. การรักษาด้วยการเล่น (Play Therapy) เป็นการเล่นเพื่อลดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของเด็ก ด้วยวิธีการบำบัดทางอ้อม (Non Directive Therapy) คือ แสดงถึงการเข้าใจ การยอมรับ และเห็นความสำคัญของพฤติกรรมของเด็ก โดยไม่ควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงความหมายในการแสดงออกหรือการเล่นของเด็ก แต่เน้นถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อการรักษา ซึ่งอาจทำให้เด็กเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม และทำให้เด็กมีอิสระ

ในการตัดสินใจด้วยตัวของเขาเอง (Lebo, 1982 cited in West, 1992) จึงต้องให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยการเล่นเป็นผู้ดูแลกิจกรรมนี้

2. การเล่นเพื่อการบำบัด (Therapeutic Play) เป็นกิจกรรมการเล่นที่ลักษณะการเล่น 2 ลักษณะ คือการเล่นเพื่อการบำบัดโดยตรง (Direct Therapeutic Play) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้นำในการเล่นโดยให้เด็กมีส่วนร่วม และการเล่นเพื่อการบำบัดโดยอ้อม (Non Direct Therapeutic Play) เป็นกิจกรรมการเล่นที่เด็กเป็นฝ่ายริเริ่มและเล่นเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สังเกตการณ์หรืออาจมีส่วนร่วมในการเล่น มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเตรียมตัวเด็กหรือการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ สำหรับเหตุการณ์ทางการรักษาพยาบาลที่ใกล้จะมาถึง เพื่อให้เด็กสนุกสนานมีส่วนร่วม และ/หรือ ได้ระบายความรู้สึกของเด็กที่อาจมีต่อสถานการณ์รักษาพยาบาลที่จะได้รับ

3. การเล่นเพื่อนันทนาการ (Recreation Play) เป็นการเล่นเพื่อความเพลิดเพลิน สนุกสนาน คลายความเครียด (Schaefer and O'Connor, 1983) รูปแบบการจัดการเล่นคล้ายกับการจัดการเล่นในเด็กทั่วไป แตกต่างกันตรงที่การจัดการเล่นในเด็กป่วยต้องคำนึงถึงพยาธิสภาพและการเจ็บป่วยของเด็กมาเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการพิจารณาการจัดกลุ่มเด็กและการจัดหาอุปกรณ์การเล่น

### การเล่นของเด็กวัยทารก

ทารกวัยแรกเกิดถึง 1 ปี มีพัฒนาการทางสติปัญญาตามทฤษฎีของ Piaget ในขั้นประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว การเล่นของเด็กวัยนี้จึงเป็นการเล่นโดยใช้ประสาทสัมผัสเป็นลักษณะของการสำรวจและทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะแรกสิ่งที่เด็กกระทำนั้นยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด คือ มอง ฟัง และทำมือเคลื่อนไหวไปมา ส่งเสียง จากนั้นเมื่อเด็กพัฒนาไปถึงขั้นหนึ่งแล้วเด็กจะเริ่มเล่นกับวัตถุสิ่งของ ของเล่นเด็กวัยนี้ควรเป็นของเล่นที่กระตุ้นการเห็น ได้ยิน และการเคลื่อนไหว รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ให้ทารกจ้องหน้าเล่นจ๊ะเอ๋ ของเล่นเขย่าที่มีเสียงมีสีสันใส

### การเล่นของเด็กวัยเตาะแตะ

การเล่นของเด็กวัยนี้เริ่มเข้าสู่ลักษณะ Parallel play เป็นการเล่นอย่างอิสระอยู่ข้าง ๆ เพื่อน การเล่นในหมู่เพื่อนจะช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม การเล่นจะเพิ่มการเล่นแบบบุคคลที่อยู่รอบ ตัว เช่น ผู้ใหญ่ พี่น้อง ของเล่นเด็กวัยนี้ควรเสริมทักษะการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก และพัฒนาการทางสังคม เช่น รถลากจูง รถเข็น การวิ่ง ภาพพลิก กระดาษขีดเขียนพร้อมปากกา โทรศัพท์จำลอง เด็กจะชอบการสนทนา หรือของเล่นที่จำลองของใช้ในบ้าน เช่น ถ้วยชาม ไม้กวาด เพื่อส่งเสริมให้เด็กเลียนแบบและฝึกช่วยเหลืองานของผู้ใหญ่ในครอบครัว เป็นการพัฒนาทักษะทางสังคม ของเล่นที่ให้ในวัยนี้ต้องระวังของชิ้นเล็ก ๆ ที่ลื่นติดคอ หรือของ

แหลมมีคม เพราะเด็กวัยนี้ยังคงชอบเอาของต่าง ๆ เข้าปาก เช่น ลูกบิดต่าง ๆ กระดุมเสื่อ ต้องเก็บให้มิดชิด

### การเล่นของเด็กวัยก่อนเรียน

กิจกรรมการเล่นของเด็กวัยนี้เป็นสิ่งที่ใช้ในการเรียนรู้โดยเมื่อเริ่มอายุ 3 ปี เด็กจะเริ่มเล่นเลียนแบบผู้อื่น (Imitative play) ทำท่าเป็นบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือนักแสดงในโทรทัศน์ การเล่นบทบาทสมมติเป็นการฝึกให้เด็กได้รู้จักกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก และควบคุมให้เด็กฝึกแก้ปัญหา โดยเฉพาะถ้าเด็กต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอาจให้หุ่นตุ๊กตามาแสดงเป็นผู้ป่วยอธิบายถึงการเข้ารับการรักษาเพื่อให้เด็กเกิดประสบการณ์จากการสวมบทบาทช่วยให้ลดความรู้สึกที่ถูกคุกคามหรือความวิตกกังวลลง การเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการของกล้ามเนื้อ เช่น การว่ายน้ำ ขี่จักรยาน การขว้างลูกบอล ส่วนพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การวาดรูปโดยการวาดรูปจะเริ่มซับซ้อนขึ้น และเป็นการแสดงออกถึงความคิดเกี่ยวกับตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเล่นต่อไม้บล็อก การตัดกระดาษ การเล่นตุ๊กตาซึ่งเปลี่ยนเสื้อผ้าได้เพื่อฝึกการใช้มือ

### การเล่นของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนเริ่มมีความสามารถทางร่างกายเพิ่มขึ้นจากวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียนจะเริ่มเข้าใจว่าทุกคนต้องมีบทบาท เช่น การเล่นกีฬาเป็นทีม เด็กจะให้ความร่วมมือกับคนอื่นเพื่อตั้งทีมได้ เด็กจะกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้กฎในเกมส์ เด็กต้องการความแน่ใจเพื่อให้เล่นได้ถูกต้อง ลักษณะพิเศษเฉพาะตัวของการเล่นจะแสดงออกในวัยเรียน เช่น การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และความสามารถที่จะเป็นส่วนหนึ่งของการเล่นในเรื่องทั้งหมด เช่น การเล่นละครเป็นตัวละครหนึ่งในเรื่อง ซึ่งเรียกว่าการเล่นแบบร่วมเล่น (Cooperative play) นอกจากนี้พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้น ปฏิบัติการคิดแบบรูปธรรม (Concrete operational stage) ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อมั่นในกฎต่าง ๆ ที่วางไว้ นำไปสู่ความเป็นแบบแผนและความปลอดภัย เด็กส่วนใหญ่จะใช้เวลาเล่นกับเพื่อนมากขึ้น ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงการเป็นส่วนหนึ่งในสังคมเป็นวิธีการเรียนรู้การใช้ชีวิตวิธีหนึ่งของเด็กวัยเรียน

### การเล่นของเด็กวัยรุ่น

ลักษณะการเล่นและกิจกรรมของวัยรุ่นมีมิติที่แตกต่างกัน เด็กจะมีลักษณะเฉพาะของเพศ และความสนใจพัฒนาเพิ่มขึ้น วัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงจะสนใจการดูโทรทัศน์ กิจกรรมส่วนนี้มีส่วนชักจูงให้วัยรุ่นมีความคิดเพื่อฝัน ฝันเพื่อได้ง่ายเกี่ยวกับการผจญภัย อารมณ์รักใคร่ และวีรบุรุษกล้าหาญ การฟังเพลงยอดนิยมตามสมัยเป็นสิ่งที่วัยรุ่นชอบปฏิบัติ วัยรุ่นบางส่วนจะสนใจ



งานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ ศิลปะการระบายสี วาดรูป สิ่งประดิษฐ์กลไกหรืออิเล็กทรอนิกส์ การเล่นที่ต้องใช้ความชำนาญ และสนุกสนาน

### การจัดการเล่นสิ่งที่ควรคำนึงถึงได้แก่

1. เวลาที่จัดการเล่นควรเป็นเวลาที่เหมาะสม เพราะขณะที่เด็กกำลังเล่นอยู่และมีการขัดจังหวะเพื่อการตรวจรักษาก่อนที่การเล่นจะจบลงหรือต้องไปทำกิจกรรมอื่น ๆ จะทำให้การเล่นไม่บรรลุวัตถุประสงค์

2. พฤติกรรมของเด็กที่ต้องจำกัด เด็กจะต้องทราบว่าการเล่นเขาไม่ควรทำลายของเล่น ทำร้ายเพื่อนหรือตนเอง

3. ในเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต้องพยายามลดพฤติกรรมของเด็กโดยแสดงความเป็นมิตรเข้าใจเด็ก ยอมรับเด็ก

4. การจัดการเล่นให้ผู้ป่วยเด็กจะจัดตามชนิดของการเล่นที่วางแผนมาแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการจัดการเล่นเพื่อการบำบัดรักษา เป็นวิธีการหนึ่งที่พยาบาลสามารถใช้บรรเทาความรู้สึกต่าง ๆ ของเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาลช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกสบายใจเป็นอิสระ โดยขณะที่เล่นเด็กจะได้แสดงความรู้สึกจินตนาการ ความกลัวและความขัดแย้งต่าง ๆ ออกมา การเล่นส่วนใหญ่จะเป็นการเล่นที่ไม่มีการแข่งขัน เป็นแนวทางหนึ่งให้เด็กปรับตัวได้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งต้องใช้เทคนิคการเล่นและของเล่นที่เหมาะสม นอกจากนั้นเป็นการเตรียมตัวเด็กเพื่อการรักษาพยาบาลด้วย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดการเล่นในผู้ป่วยเด็กมีดังนี้

4.1 ของเล่น ควรเลือกให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเล่น เช่น ของเล่นเพื่อการเล่นบทบาทสมมติหรือตามจินตนาการของเด็ก (Role or fantasy play) เช่น ตุ๊กตาที่เป็นตัวแทนของบุคคลในครอบครัว ตุ๊กตาเด็ก ขวดนมเล็ก ๆ ตุ๊กตาสัตว์ บ้าน ของใช้ในบ้าน ของเล่นเพื่อแสดงความรู้สึก (Expressive play) เช่น ดินน้ำมัน อุปกรณ์วาดรูประบายสี กรรไกร กระดาษ ของเล่นเพื่อลดความก้าวร้าว (Aggressive play) เช่น ลูกบอล ไม้บิลลิ่งค รถยนต์ ของเล่นเพื่อเตรียมตัวเด็กสำหรับการรักษาพยาบาล เช่น ที่พันแขนสำหรับวัดความดันโลหิต หูฟัง ผ้าพันแผล กระบอกฉีดยา ฝ้อนสำหรับเคาะตรวจดูรีเฟล็กซ์ ถังมือ ตุ๊กตาแพทย์

4.2 การจัดการเล่นแก่เด็กที่มีปัญหาด้านจิตสังคม เด็กที่มีความวิตกกังวลจากการพลัดพราก ส่วนใหญ่มักจะเกิดในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ชั้นแรกพยาบาลต้องสร้างความสัมพันธ์กับเด็กโดยสัมผัสจับต้องตัวเด็ก อุ้มเด็กด้วยความนุ่มนวล พูดกับเด็กด้วยเสียงที่อ่อนโยน เล่น ยิ้ม หัวเราะกับเด็ก เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ขณะที่มารดาไม่อยู่ด้วย เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กที่ต้องอยู่ห้องแยก หรือต้องถูกผูกยึด เด็กจะเกิดความรู้สึกโกรธ และก้าวร้าว ควรให้เด็กเล่นตุ๊กตาของ เตะลูกบอล บั๊นดินน้ำมัน เด็กที่มีพฤติกรรมถดถอยเนื่องจากเด็กมี



ความเครียดจากการเจ็บป่วย เด็กจึงไม่พอใจที่จะฝึกทักษะใหม่ ๆ พอในที่จะมีพฤติกรรมถดถอย ซึ่งมักจะเกิดในเด็กวัยก่อนเรียน ให้เด็กเล่นตุ๊กตาตุ๋น

4.3 การจัดการเล่นเพื่อการรักษาพยาบาลเฉพาะ ซึ่งมีดังนี้ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ (Deep breathing) ได้แก่ การเป่าลูกโป่ง การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การออกกำลังแขนหรือขา ได้แก่ โยนกระดาศที่มีวนเป็นก้อนกลม ๆ ใส่ถัง การเล่นเป็นนกกบิน ผีเสื้อบิน เตะลูกบอล บันดินน้ำมัน การให้เด็กหิวผอมเอง การกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำ โดยการใช้แก้วที่มีรูปร่างแปลก ๆ ให้เด็กดื่มน้ำดื่มเป็นสี ๆ อาจจะเป็นน้ำหวาน ตัดหลอดดูดเล็ก ๆ ให้เด็กไว้ดูน้ำ การกระตุ้นให้เด็กลุกจากเตียงหลังการผ่าตัด เช่น เด็กวัยเตาะแตะ ให้เล่นของเล่นที่ลากจูงได้ เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นให้เขียนเสาน้ำเกลือ

4.4 การจัดการเล่นในเด็กที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพของร่างกาย

**โรคหัวใจ** การเลือกของเล่นสำหรับเด็กป่วยโรคหัวใจระยะที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยพักบนเตียง ควรให้ผู้ป่วยเล่นเงียบ ๆ ไม่ต้องออกแรงเล่น หรือออกแรงเล่นเพียงเล็กน้อยเช่น การเขียนภาพ บันดินน้ำมัน ดูโทรทัศน์รายการเบา ๆ ที่ไม่ตื่นเต้นหวาดเสียว หากจะเล่นเกมก็ควรเป็นเกมที่ไม่ง่ายอย่างจริงจัง เล่นเพื่อความสนุกสนานเท่านั้น

**โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก (Hemophilia)** ควรหลีกเลี่ยงของเล่นที่มีคมทุกชนิด ควรให้เล่นพวกเขียนภาพ บันดินน้ำมัน อ่านหนังสือ สำหรับเกมส์กีฬาที่ต้องระมัดระวังเพราะเลือดจะออกที่หัวเข้าบ่อยที่สุด ไม่ควรเล่นกระโดดข้ามรั้ว ฟุตบอล และกีฬายาน ควรเล่นกีฬาในร่ม เช่น ปิงปอง จะเหมาะสมกว่าเพราะไม่ต้องวิ่งมาก

**โรคภูมิแพ้** เด็กที่เป็นโรคหอบหืดและโรคแพ้ที่มีผื่นขึ้นตามตัว การเลือกของเล่นต้องพิจารณาว่าเด็กเคยแพ้อะไร เด็กที่เป็นโรคภูมิแพ้ทั้งหมดอาจไม่มีปัญหาแพ้ฝุ่นละอองในบ้าน ขนนก และขนสัตว์ แต่มีจำนวนถึงร้อยละ 90 ที่แพ้สิ่งเหล่านี้เป็นครั้งคราว ดังนั้นสิ่งเหล่านี้ไม่ควรมีในบ้านที่มีเด็กที่เป็นโรคภูมิแพ้ ควรให้เล่นของเล่นที่ทำด้วยไม้ พลาสติกและยาง

การเล่นเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Whaley and Wong, 1995) ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด เนื่องจากการเป่าต้องหายใจออกอย่างแรงขณะเป่า ดังนั้นประโยชน์ที่ได้จากการเป่าคือ มีการหายใจเข้าเต็มทีมากกว่าการหายใจออกแรง ๆ การเป่าจึงมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะถุงลมโป่งพอง และยังทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสนุกสนานเพลิดเพลินในการบริหารการหายใจ เบี่ยงเบนความสนใจให้ผู้ป่วยวัยรุ่นแบ่งความสนใจไปยังสิ่งกระตุ้นอื่นมากกว่าการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดสู่สิ่งที่น่าสนใจมากกว่า และยังทำให้เกิดการผ่อนคลายมีผลทำให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง (Titlebaum, 1988 ; Hefline, 1990 ; ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2537)

## 2. การบริหารร่างกาย

การบริหารร่างกายโดย การออกกำลังขาทั้งสองข้างขณะที่นอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลงการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ และช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ใช้ในการป้องกันรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

### การออกกำลังขาทั้งสองข้างขณะที่นอนพักบนเตียง

จะช่วยส่งเสริมให้เลือดมีการไหลเวียนดี ลดการคั่งของเลือดดำส่วนปลายขาและลดการบวมของขา ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และส่งเสริมให้กล้ามเนื้อขามีการตั้งตัวดีขึ้น ตลอดจนช่วยเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตัวหรือลุกจากเตียงได้เร็วขึ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) มีวิธีการทำดังนี้

1. นอนหงายราบหรือนอนศีรษะสูง ขาเหยียดตรง
2. ยกต้นขาขึ้น งอเข่า (ซ้ายหรือขวา) ยกขาขึ้นสูงจากที่นอนเท่าที่จะสามารถทำได้ ยกนาน 2-3 วินาที
3. นอนเหยียดขาตรงและค่อย ๆ วางลงบนที่นอน
4. หมุนข้อเท้าตามเข็มนาฬิกา
5. กระจกข้อเท้าขึ้นและลง
6. เหยียดนิ้วเท้าและงอนิ้วเท้า
7. กางนิ้วเท้าแยกจากกันและหุบนิ้วเข้าหากัน

### การพลิกตะแคงตัว

หมายถึง การให้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนท่า พลิกตะแคงซ้าย หรือขวามองเตียง เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัวดี แผลหายเร็ว และช่วยให้อวัยวะในทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดเร็วขึ้น (Luckmann and Sorensen, 1987 ; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) มีวิธีการทำดังนี้

1. นอนหงายราบหรือศีรษะสูงเล็กน้อย
2. ให้ผู้ป่วยวางมือทั้งสองข้างบนบริเวณแผลผ้าตัด เพื่อประคองหรือพยุงแผลผ้าตัดก่อนมีการเคลื่อนไหว
3. งอขาทั้งสองข้างพร้อมกันและเท้าทั้งสองข้างยันติดกับที่นอน

4. ยกกันขึ้นช้า ๆ ไปด้วยด้านใดด้านหนึ่ง (ซ้ายหรือขวา)
5. ใช้มืออีกข้างจับขอบเตียง หรือไม้กันเตียงด้านตรงข้ามกับลำตัวของผู้ป่วย ในขณะที่มืออีกข้างหนึ่งวางบนบริเวณแผลผ่าตัด
6. งอเข่าด้านนอก (ข้างเดียวกับมือที่วางบนแผลผ่าตัด) และขาด้านในเหยียดตรง
7. พลิกตะแคงตัวไปทางด้านที่ใช้มือจับขอบเตียงช้า ๆ โดยขาและเข่าบนงอขณะพลิกตัว

### การนั่ง การยืน และการลุกเดิน (Early ambulation)

เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุกลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ส่งเสริมให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้นเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดมาที่แผลผ่าตัดดี และช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ใช้ในการป้องกันรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (Long and Phipps, 1989 ; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) มีวิธีการทำดังนี้

1. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดิน
2. พยาบาลไขหัวเตียงให้ค่อย ๆ สูงขึ้น ให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) โดยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการวิงเวียน หน้ามืด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหากพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการวิงเวียน หน้ามืด ให้หยุดก่อนจนกว่าอาการต่าง ๆ จะทุเลาลง
3. จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียง โดยขณะนั่งให้หลีกเลี่ยงการเกิดแรงกดบริเวณข้อพับเข่า ให้ผู้ป่วยแกว่งขาทั้งสองข้างสลับกัน เมื่อหยุดแกว่งขา ให้เก้าอี้รองรับบริเวณเท้าผู้ป่วย
4. ให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ลุกจากเตียงโดยให้ผู้ป่วยยืนข้างเตียง และซักถามอาการผู้ป่วยหากรู้สึกวิงเวียน หน้ามืด จะเป็นลมต้องให้ผู้ป่วยนั่งที่เก้าอี้ข้างเตียงสักครู่ แล้วให้นอนพักบนเตียง
5. ช่วยพยุงผู้ป่วยเดินรอบ ๆ เตียงเป็นระยะสั้น ๆ ก่อน ขณะเดินซักถามอาการของผู้ป่วยด้วย
6. ภายหลังจากเดินแล้ว ให้ผู้ป่วยนั่งพักที่เก้าอี้สักครู่ หรือนอนพักบนเตียง พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยลุกเดินอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและเย็น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ลุกเดินเป็นครั้งแรกควรหลีกเลี่ยงการลุกเดินในช่วงเข่ามีตเนื่องจาก Baroreceptor ยังมีความเฉื่อยชาต่อการกระตุ้นภายหลังจากช่วงนอนพักในเวลากลางคืน (Memmer, 1998)

#### 4. การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของห้อง คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัยรุ่นตั้งแต่การผ่าตัดของห้องส่วนบนเสร็จสิ้นลงจนกระทั่งผู้ป่วยวัยรุ่นกลับคืนสู่การทำงานตามปกติหรือทำได้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีข้อบ่งชี้ซึ่งใช้ในการประเมินสภาพโดยประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้ อาการปวดแผลผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด (Johnson et al., 1978)

##### อาการปวดแผลผ่าตัด (Surgical pain)

หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากแผลผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น สามารถจำแนกได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้อาการปวดทางร่างกาย (Sensory components) 2) การรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด (Distress components) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดแผลผ่าตัดดังต่อไปนี้

1. **ปัจจัยด้านสรีระ** ประกอบด้วย ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด และการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง เนื่องจากการผ่าตัดมีการบาดเจ็บหรือทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้มีการนำกระแสประสาทผ่านเข้าสู่ไขสันหลังและสมอง มีการแปลความโดยสมองว่าเป็นอาการปวด (สุพรรณยานันท์, 2528 ; Boss, 1992) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้อาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอาจเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทส่วนกลาง และความบกพร่องของกระบวนการทางสติปัญญา เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีการลดจำนวนลงของตัวรับอาการปวด (Pain receptors) นอกจากนี้พบว่าความแตกต่างของอาการปวดระหว่างเพศหญิงกับเพศชายมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศ และการทำหน้าที่ของระบบประสาท โดยในเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนไปตามรอบประจำเดือนและการตั้งครรภ์ ซึ่งฮอร์โมนเพศจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ในร่างกาย รวมทั้งการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง บุคคลสามารถรับรู้อาการปวดได้จากการแปลความโดยสมองว่าเป็นอาการปวด ผลของระดับของฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกัน ทำให้มีการรับรู้อาการปวดแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย (Ciccone and Holdcroft, 1998 cited in Berkley and Holdcroft, 1999)

2. **ปัจจัยด้านจิตใจ** ประกอบด้วย สภาวะอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อการคาดการณ์สถานการณ์คุกคาม (Hathaway, 1986) เนื่องจากสภาวะอารมณ์เหล่านี้จะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่รับรู้และแปลผลอาการปวด โดยการส่งกระแสประสาทไปเปิดประตูยังระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง และไปกระตุ้นทั้งระบบรับรู้และแยกแยะ ระบบเร้าอารมณ์ในระดับสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการ

ปวดทางด้านร่างกาย และมีการรับรู้ความรู้สึกทุกขั้วที่รบกวนจากอาการปวดเพิ่มขึ้น (Melzack and Wall, 1982) ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดอีกประการหนึ่งคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ ซึ่งช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในการเผชิญเหตุการณ์ (Consins and Power, 1999) และผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม (ฉวี มากพุ่ม, 2530 ; Johnson and Rice, 1974 ; Bradley, 1982) และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อเผชิญกับอาการปวดในระยะหลังผ่าตัด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2528)

3. **ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคม** เนื่องจากอาการปวดเป็นเรื่องของประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากการเรียนรู้ทางวัฒนธรรมและสังคม กล่าวคือบุคคลจะให้ความหมายของอาการปวดและการตอบสนองต่ออาการปวดตามการรับรู้หรือการเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดในอดีต ความเชื่อ นอกจากนี้บุคคลจะแสวงหาวิธีบรรเทาอาการปวดตามที่เคยเรียนรู้หรือสืบทอดกันมา (Greenwald, 1991 ; Sofaer, 1998) โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อระบบควบคุมส่วนกลางในสมองในส่วนของระบบคิดพิจารณาและประเมินผล ซึ่งทำหน้าที่ประเมินสัญญาณนำเข้าไปในเชิงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดในอดีต ความเชื่อ การให้ความหมายของอาการปวด โดยจะปรับสัญญาณประสาทก่อนที่จะไปกระตุ้นทั้งระบบรับรู้และแยกแยะระบบเร้าอารมณ์ในสมอง และระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง (Melzack and Wall, 1982) นอกจากนี้สังคมจะยอมรับการแสดงออกต่ออาการปวดตามบทบาททางสังคมของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และสังคมคาดหวังว่าผู้ใหญ่ต้องมีความอดทนต่ออาการปวดมากกว่าเด็กและคนชรา (สุพร พลยานันท์, 2528)

4. **ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม** ขณะมีอาการปวดหรือมีการทำลายต่อเนื้อเยื่อ ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดนั้น สภาพแวดล้อมมีส่วนสำคัญต่อการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมที่ไม่สุขสบายทำให้มีอาการปวดมากยิ่งขึ้น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้นสาเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นนอกเหนือจากอาการปวดทางด้านร่างกาย การถูกพันหนาการด้วยอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้สมองส่วนลิมบิกมีการแปลสัญญาณไปเป็นอารมณ์ในทางลบมากขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีความเงียบสงบเป็นส่วนตัว มีทัศนียภาพที่สวยงาม สามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดลงได้ และส่งผลให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Ulrich, 1984)

การประเมินอาการปวด สามารถกระทำได้หลายวิธีดังนี้

1. **ประเมินเชิงจิตพิสัย** (Subjective measurement) เป็นการประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยตรง (McCaffery, 1980) เน้นคำบอกเล่าจากผู้ป่วยคือข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุด เพราะอาการปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งจะมีเมื่อบุคคลนั้นบอกว่ามีอาการปวด และไม่



แปรตามขนาดของเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ได้มีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินอาการปวด เพื่อให้เกิดความแม่นยำและสะดวกหลายวิธีด้วยกัน

1.1 ความรุนแรงของอาการปวด (Severity of pain) โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของอาการปวด เครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการปวดมีหลายแบบที่นิยมนำมาใช้มาก คือ แบบวัดความเจ็บปวดของ Johnson (1973) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบวัดอาการปวดทางร่างกาย (Pain sensation scale) เป็นการวัดระดับความรุนแรงของอาการปวด (Intensity of sensory) และแบบวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress scale) เป็นการวัดความรุนแรงของความทุกข์ทรมานอันสืบเนื่องมาจากแผลผ่าตัด (Intensity of distress)

1.2 ตำแหน่งและขอบเขตของอาการปวด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งและขอบ

1.3 เขตของบริเวณที่มีอาการปวด โดยชี้ลงที่ตัวผู้ป่วยเอง หรือระบายลงในรูปภาพ

1.4 ลักษณะของอาการปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกว่าเป็นอาการปวดแบบ ปวดตื้อ ๆ ปวดตื้อ ๆ เสียวแปล็บ ปวดเมื่อย ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดบิด

1.5 เวลาที่เริ่มและระยะเวลาที่มีอาการปวด โดยพยาบาลถามผู้ป่วยเมื่อถึงเวลาที่เริ่มมีอาการปวด ระยะเวลาที่ปวด ความบ่อยของการเกิดอาการปวด เพื่อให้เข้าใจวงจรอาการปวดของผู้ป่วยจะได้ให้การพยาบาลได้เหมาะสม (Torrance and Serginson, 1997)

1.6 การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านการเดิน การเคลื่อนไหว การหายใจเข้าออกลึก ๆ การไอ เป็นต้น

2. **ประเมินเชิงวัตถุพิสัย** (Objective measurement) เป็นการประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยดังนี้

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว(Motor behavior) ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้านึ่วคิ้วขมวด กัดฟัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้มีอาการปวด หรือแสดงออกถึงการปกป้อง การเคลื่อนไหวแบบเป็นจังหวะหรือลูบคลำ การอยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหว

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (Vocal behavior) เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง หีดร้อง

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Affective behavior) เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย อุนเฉียว หรือ ซึมเศร้า (Luckmann and Sorensen, 1987)

2.4 ประเมินโดยการวัดและสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นการประเมินโดยการวัดและสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ซึ่งอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะมีการตอบสนองโดยประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เหงื่อออกมาก ผิวหนังซีดเย็นขึ้น การเคลื่อนไหวในกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ถ้าอาการปวดระดับรุนแรงจะมีการตอบสนองของประสาทพารา

ชิมพาเรติก ได้แก่ คลีนไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นลม หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Luckmann and Sorensen, 1987 ; Melzack and Katz, 1999)

2.5 ประเมินจากจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของอาการปวด (Rice, Mullin and Jarosz, 1992)

### จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและรับประทานที่ผู้ป่วยวัยรุนได้รับหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นข้อบ่งชี้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดอย่างหนึ่งเพราะปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของอาการปวด การให้ยาแก้ปวดมากแสดงถึงอาการปวดที่มากตามไปด้วย โดยปกติการให้ยาแก้ปวดจะมากในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด ส่วนการให้ยาแก้ปวดในระยะต่อมาจะเริ่มลดลง เนื่องจากการหลั่งสารต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวดจะมีมากในระยะแรก ๆ หลังผ่าตัด และลดลงในระยะต่อมาตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (Tittle, Long and McMillan, 1992)

ประเภทของยาแก้ปวดที่ใช้ ประกอบด้วย

1. ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง และมีฤทธิ์เป็นยาเสพติด (Narcotic analgesia) ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) โคดีอีน (Codeine) เฟนทานิล (Fentanyl) เมเพอริดีน (Meperidine) ยาเหล่านี้ออกฤทธิ์โดยตรงที่สมองส่วนกลาง ทำให้มีการส่งกระแสประสาทลงมายังการทำงานของเซลล์ที่ในระดับไขสันหลังทำให้ลดอาการปวด (Melzack and Wall, 1982) แต่ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ที่ต้องระวังคือ ปฏิกิริยาสะท้อนของการไอลดลงและกดการหายใจ ทำให้การหายใจช้า และไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดการหายใจได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ
2. ยาแก้ปวดที่ไม่มีฤทธิ์เป็นยาเสพติด (Non narcotic analgesia) ที่นิยมใช้ได้แก่ ยาลดการอักเสบกลุ่มเอนเซตส์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drug) และยาในกลุ่มอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) ซึ่งไม่ได้มีฤทธิ์เป็นยาระงับอาการปวดโดยตรงแต่ออกฤทธิ์ลดปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายในระยะที่มีการอักเสบ โดยลดการหลั่งโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นความไวของเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทต่อการเร้าของสารที่ก่อให้เกิดอาการปวด
3. ยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกับยาแก้ปวด (Analgesic adjuvant therapy) ได้แก่ ยาลดความวิตกกังวล และยาอื่น ๆ ช่วยตัดวงจรความต่อเนื่องของอาการปวดที่เกิดจากความวิตกกังวล การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

โดยทั่วไปวิธีการบริหารยาใช้ได้หลายวิธีตามสภาพผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาดังนี้ (Sofaer, 1998)

1. ให้ขณะมีอาการปวดเป็นครั้งคราว อาจโดยการรับประทานหรือฉีด เป็นวิธีบริหารยาที่ใช้กันมาก และผลระงับปวดยังไม่ดีพอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะได้รับยาเมื่อมีอาการปวดมาก และส่วนใหญ่ได้รับยาล่าช้า ทำให้ต้องใช้ปริมาณยาบรรเทาอาการปวดมากกว่าปกติ

2. การให้ยาตามเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดตามปริมาณและระยะเวลาที่แพทย์กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับยาแก้ปวดในพลาสมาด้วยปริมาณคงที่และเพียงพอต่อการควบคุมและบรรเทาอาการปวด

3. การให้ยาทางหลอดเลือดดำตามจำนวนที่ต้องการ (Intravenous bolus) และตามด้วยการให้ยาแบบหยดให้ช้า ๆ ตลอดเวลา (Continuous infusion) เป็นการให้ยาปริมาณน้อย ๆ เข้าทางหลอดเลือดดำจนผู้ป่วยหายจากอาการปวด ที่นิยมกันมากคือ การหยดมอร์ฟีนเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ เพื่อควบคุมอาการปวดแผลผ่าตัดใน 12-24 ชั่วโมงแรก

สำหรับในโรงพยาบาลพหุวิธีหลักในการให้ยาแก้ปวด โดยให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นครั้งคราว โดยการรับประทานหรือฉีดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับจริงเป็นข้อมูลของการใช้ยาแก้ปวดซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

### **การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Ambulation)**

หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถลุกเดินออกจากที่หนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งโดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้ การลุกนั่งบนเตียง การแกว่งเท้าข้างเตียง การยืนข้างเตียง การลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียง การเดินรอบเตียงไปมาเป็นระยะสั้น ๆ การลุกเดินหลังผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก ภายหลังผ่าตัดจะช่วยส่งเสริมอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับมาทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น เช่น การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ การลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต ป้องกันการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้นตลอดจนช่วยลดระยะเวลาในการนอนพักในโรงพยาบาลและระยะพักฟื้นให้สั้นลง (Luckmann and Sorensen, 1994) การลุกเดินหลังผ่าตัดสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้โดยจำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดบ่อยครั้งแสดงว่ามีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเร็ว (Johnson et al., 1978)

### **ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด**

หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบนมีอาการและอาการแสดงซึ่งส่งผลให้

ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ทำให้การฟื้นฟูสภาพล่าช้า หรืออาจเสี่ยงต่อชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ได้แก่ ปอดแฟบ หรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แผลติดเชื้อ และแผลแยก

1. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (Davey, 1994 ; Litwack, 2000) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัดช่องท้องคือ อาการปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากอาการปวดทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น การทำหน้าที่ในการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เกิดการคั่งค้างของสารคัดหลั่งในถุงลมและหลอดลม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การได้รับยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและมีฤทธิ์เป็นยาเสพติดซึ่งฤทธิ์ไม่พึงประสงค์คือ ปฏิกริยาสะท้อนของการไอลดลงและกดการหายใจ ภาวะท้องอืดอาจทำให้เกิดภาวะปอดแฟบจากการเพิ่มความดันที่กระบังลมทำให้มีการเคลื่อนไหวนของกระบังลมได้น้อย ทำให้หายใจลำบาก (Keeling et al., 1995) นอกจากนี้ อาจเกิดจากการใส่ท่อหลอดลมในผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และโรคปอดเรื้อรัง

1.1 ปอดแฟบ (Atelectasis) เกิดขึ้นเมื่อมีการอุดกั้นท่อหลอดลม (Bronchioles) เนื่องจากมีการติดเชื้อของถุงลมในปอด มีการตีบแคบของถุงลมในปอด เป็นผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ระบายอากาศลดลง (Hypoventilation) (Litwack, 2000) ซึ่งจะมีอาการไข้สูง ชีพจรและหายใจเร็ว เหนื่อยหอบ เเขียว ถ้าเกิดขึ้นกับหลอดลมใหญ่อาการมักจะเกิดขึ้นในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Davey, 1994)

1.2 ปอดบวมหรือปอดอักเสบภายหลังผ่าตัด เกิดเนื่องจากถุงลมในปอดไม่ขยายตัว มีของเหลวคั่งค้างในถุงลมปอดและถุงลมปอดแฟบ เกิดการเติบโตของเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย จะมีอาการเช่นเดียวกับปอดแฟบแต่อาจมีเสมหะปนเลือด (Davey, 1994)

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ภาวะอาหารและลำไส้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และปวดแน่นท้อง และลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด อาการเหล่านี้นอกจากจะเกิดเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก ทำให้ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยอาการปวดแผลไปขัดขวางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยนอนเกร็งตัวไม่กล้าขยับเขยื้อนเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารยังอาจเกิดจากผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการส่งผ่านของกระแสไฟฟ้าในเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบในกระเพาะอาหารและลำไส้ เพิ่มการหลั่งของอะดรีนาลิน ซึ่งจะมีผลไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น ตลอดจนลดการทำงานของฮอร์โมนโมไทลินจากเยื่อชั้นในสุดของ



ลำไส้เล็กส่วนต้นลง ส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้ไม่ทำงานหลังผ่าตัดร่วมกับการผ่าตัดในช่องท้องที่บริเวณการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะทำผ่าตัด ทำให้ลดการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดลดลงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง สำหรับลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะมีการหดตัวตามปกติภายใน 40-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และจากการศึกษาของ Wood และคณะ (1978) พบว่าหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวามีการบีบรัดตัวตามปกติใน 24 ชั่วโมงและลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายมีการบีบรัดตัวตามปกติใน 72 ชั่วโมง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ มีผลทำให้เกิดอาการท้องอืดและปวดแน่นท้อง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด (Torrance and Serginson, 1997 ; Litwack, 2000)

3. ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิต เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะตกเลือด และภาวะช็อก ซึ่งเกิดจากการทำลายของหลอดเลือดขณะผ่าตัดทำให้ Tissue perfusion ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง อาการที่สังเกตได้โดยทั่วไปในผู้ป่วยช็อกในระยะแรก คือ มีชีพจรเบาเร็ว หายใจตื้น ตัวเย็น ซีด บาดแผลผ่าตัดและท่อระบายมีเลือดออกมากผิดปกติ (Torrance and Serginson, 1997) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิตหลังผ่าตัด ได้แก่ เส้นเลือดดำอักเสบจากการอุดตัน สาเหตุจากการนอนนาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลงเกิดกระบวนการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดขาบริเวณน่องข้างที่อักเสบ คลำพบบว่าอุ่น ตึง และกดเจ็บ (Davey, 1994 ; Litwack, 2000) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิต คือ อายุมากกว่า 40 ปี อ้วน มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. ภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัด เนื่องจากแผลผ่าตัดช่องท้องและแผลผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารเป็นแผลผ่าตัดประเภท Clean-contaminated ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัดได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ความอ้วน ผู้ป่วยมะเร็ง ภาวะขาดอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ ผู้ป่วยโรคตับ โรคเบาหวาน (Barrette, 1993 ; Torrance and Serginson, 1997 ; Merck and Boehnlein, 1999)

1.1 การติดเชื้อของแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดที่ติดเชื้อจะมีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีหนอง หรือน้ำเหลือง และมีไข้ ซึ่งจะปรากฏประมาณวันที่ 1-2 หลังการผ่าตัด (Litwack, 2000)

1.2 แผลแยก หมายถึง ริมของขอบแผลแยกออกจากกัน แบ่งเป็นแยกเฉพาะชั้นของผิวหนังไขมันและกล้ามเนื้อ (Dehiscence) และแยกจนถึงอวัยวะภายในซึ่งหมายถึง ลำไส้ออกมาภายนอก (Evisceration) แผลแยกมักเกิดใน 6-8 วันหลังผ่าตัด และสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน



ภายหลังผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ภาวะท้องอืด การไอแรง ๆ หรืออาเจียน เป็นต้น (Merek and Boehlein, 1999)

5. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ อาจเป็นสาเหตุของภาวะไข้ภายหลังผ่าตัด มักจะเกิดขึ้นประมาณวันที่ 3-6 วันหลังผ่าตัด โดยปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะที่สำคัญคือ อาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะออกไม่หมด มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะจำนวนมาก ทำให้มีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจัยส่งเสริมอีกประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะคือ การสวนคาสายปัสสาวะ ปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ได้แก่ ผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ เนื่องจากยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายกีดขวางการทำงานของระบบประสาทและรีเฟล็กซ์ของการปัสสาวะ (Micturition reflex) และศูนย์ควบคุมการปัสสาวะในระดับสมอง นอกจากนี้ผลของการลดการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะหลังผ่าตัด ทำให้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของแบคทีเรียซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Litwack, 2000) อาการของภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะคือ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะจำนวนมาก มีไข้ ถ้าผู้ป่วยเองจะมีอาการแสบขัด และปัสสาวะบ่อยร่วมด้วย (Davey, 1994)

6. ภาวะมีไข้ เป็นปัญหาสำคัญหลังผ่าตัด โดยภาวะมีไข้ในระยะ 2 วันแรกภายหลังผ่าตัด เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจากการผ่าตัด อุณหภูมิของร่างกายจะสูงขึ้นตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งอาจมีไข้สูงเกินกว่า 38° เซลเซียส หรือ 104° ฟาเรนไฮท์ ต่อจากนั้นเมื่อเกิน 48 ชั่วโมงแล้วยังมีไข้สูงเกินกว่า 37.7° เซลเซียส หรือ 100° ฟาเรนไฮท์ เกิดเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกของระบบต่างๆ ของร่างกายได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ 2) การติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรือแผลแยกมักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย 3) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ 4) หลอดเลือดดำอักเสบจากการอุดตัน (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540 ; Liu and McFadden, 1997 ; Litwack, 2000)

### จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนับตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดจนถึงวันสุดท้ายที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ เพราะถ้าจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยก็แสดงว่าผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว (Johnson et al., 1978) แต่จากการศึกษาของ อรรถ มาลาหอม (2534) ซึ่งศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนิ้วในไตและท่อไต พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ รุ่งนภา ชัยรัตน์ (2544) ซึ่งศึกษาผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน โดยอธิบายสาเหตุที่จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกันว่า ระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลจะขึ้นอยู่กับอาการของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ และในสภาพความเป็นจริงนั้นไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าจำนวนวันที่อยู่ที่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับผลการพยาบาลเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจำนวนวันที่อยู่ที่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดอาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้แน่นอน ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำเอาจำนวนวันที่อยู่ที่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดมาใช้เป็นดัชนีบ่งชี้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระวิพรรณ มงคล (2529) ได้ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องจำนวน 28 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ได้ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการฝึกการหายใจร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจินตนาการนึกภาพในทางบวก จำนวน 46 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมาน ในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด และจำนวนครั้งของการฉีดยาแก้ปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุพร วงศ์ประทุม (2534) เปรียบเทียบผลของการสอนอย่างมีแบบแผน โดยการบริหารการหายใจและการบริหารร่างกายกับการดูแลตามปกติต่อสมรรถภาพอดและภาวะแทรกซ้อนของระบบการหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 คนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนโดยการบริหารการหายใจและการบริหารร่างกายจากผู้วิจัย สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติได้

พรจันทร์ พงษ์พรหม (2535) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องจำนวน 40 คน โดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของ Johnson ผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยการฝึกการไอ การหายใจอย่างมีประ

สิทธิภาพ การออกกำลังกายแขน ขา ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดบางส่วนดีขึ้น คือ ทำให้ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง ความรู้สึกเจ็บปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดในวันที่ 3 ลดลง และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยลง

วัชรวิ กลิ่นเฟื่อง (2535) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตจำนวน 40 คน โดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของ Johnson ผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยการฝึกการไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายแขน ขา ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดบางส่วนดีขึ้น คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงและจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยลง

วิยะดา รัตนสุวรรณ (2535) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนต่ออาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊สในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 40 คน พบว่าการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนโดยการกระตุ้นการลุกเดินหลังผ่าตัดทำให้อาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊สน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สายชล จันทรวิจิตร (2539) ผลโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดไตกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านกายภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไตกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านจิตใจและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รุ่งนภา ชัยรัตน์ (2544) ได้ศึกษาผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 56 คน โดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของ Johnson พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ มีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดแผลหลังผ่าตัดโดยรวมในวันที่ 1, 2 และ 3 น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 3 มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับวันที่ 2 หลังผ่าตัดทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

King and Tansitano (1981) ได้นำผลงานวิจัยของ Lindeman and Anernum (1971) มาศึกษาอีกครั้งพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนโดยการฝึกการหายใจ การไอ การออกกำลังขา และการลุกออกจากเตียงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถลดการเกิดภาวะปอดแฟบ ท้องอืด มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด และลดระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

Pruitt (1992) พบว่าการฝึกการหายใจสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ทำให้ร่างกายมีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้เร็วขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจึงมีสภาพร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติได้ดี

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย การบริหารร่างกาย สามารถส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด อีกทั้งเป็นวิธีส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยรุ่นผ่าตัดช่องท้อง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด
<p>กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ปฏิบัติอย่างมีแบบแผนโดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดเกิดความสนุกสนาน ร่วมกับความรู้อีกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 2) การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ มาผสมผสานกับการเล่นเกี่ยวกับการฝึกหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด ช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลิน และรู้อิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง 3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ช่วยเสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด โดยจัดให้มีการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการบริหารร่างกายวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น ครั้งละ 30 นาที ก่อนผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัด 3 วัน ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมขึ้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ขั้นตอนเตรียมก่อนผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยวัยรุ่นก่อนผ่าตัด โดยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ให้ความรู้ และรายละเอียดของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด</li> <li>2) ขั้นตอนดำเนินการ เป็นการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง และให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกกิจกรรมการเล่นที่เกี่ยวข้องกับการฝึกหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวดด้วยตนเอง ช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการฝึกหายใจ และรู้อิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกอย่างต่อเนื่อง</li> <li>3) ขั้นตอนประเมินผล เป็นการประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด คือ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด</li> </ol>

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) อาการปวดแผลหลังผ่าตัด</li> <li>2) จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด</li> <li>3) จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด</li> <li>4) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด</li> </ol>



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบอนุกรมเวลา (Time series) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

R	กลุ่มทดลอง	X	XO <sub>1</sub>	XO <sub>2</sub>	XO <sub>3</sub>
R	กลุ่มควบคุม		O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>

- O<sub>1</sub> คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดวันที่ 1
- O<sub>2</sub> คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดวันที่ 2
- O<sub>3</sub> คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดวันที่ 3
- O<sub>4</sub> คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติวันที่ 1
- O<sub>5</sub> คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติวันที่ 2
- O<sub>6</sub> คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติวันที่ 3
- X คือ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดร่วมและบริหารหลังผ่าตัด
- R คือ การสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อการตรวจหรือรักษาโรคบริเวณอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน (บริเวณถุงน้ำดี ท่อน้ำดี กระเพาะอาหารและลำไส้) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ครอบคลุมโรงพยาบาลอำเภอ 13 โรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

1. วัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 12-15 ปี เพศชายและหญิง
2. เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องเป็นครั้งแรก ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด
3. ได้รับการเตรียมผ่าตัดล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดในตอนเย็นวันก่อนผ่าตัด
4. มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ดีสามารถสื่อความหมายเข้าใจและไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน
5. ผู้ป่วยวัยรุ่นมีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับการเห็นชอบแพทย์เจ้าของไข้ และเซ็นยินยอมจากผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดำเนินการดังนี้ ใช้วิธีจับคู่คือจำแนกผู้ป่วยวัยรุ่นที่จะรับการผ่าตัดช่องท้องเป็นคู่ ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และชนิดของการผ่าตัด โดยเมื่อมีผู้ป่วยที่มีความสมัครใจตามเกณฑ์มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการสุ่ม (Random sampling) เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก เมื่อมีผู้ป่วยวัยรุ่นรายต่อไปมีความสมัครใจตามเกณฑ์กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้แล้วก็จัดให้เข้ากลุ่มที่คู่กัน แต่ถ้าลักษณะไม่ตรงกันก็ทำการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือควบคุมไว้คอยผู้ป่วยวัยรุ่นรายต่อไป โดยเก็บรอนาน 1 เดือน จนกระทั่งได้ผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัยรุ่น ประกอบด้วย เพศ การศึกษา ชนิดการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง



**ด้านที่ 2 จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด** หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและรับประทานที่ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับนับเป็น 1 คะแนน ประเมินโดยแบบสำรวจการได้รับยาแก้ปวดที่ปรากฏในรายงานที่ผู้ป่วยได้รับจริง จำนวนครั้งของการใช้ยานี้จะบันทึกในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 และคิดคะแนนในแต่ละวันเพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการใช้ยาหลังผ่าตัดระหว่างวันที่ 1, 2 และ 3

**ด้านที่ 3 จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถลุกเดินออกจากที่หนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ได้แก่ การลุกนั่งบนเตียง การก้าวเท้าข้างเดียว การยืนข้างเดียว การลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียง การเดินรอบเตียงไปมาเป็นระยะสั้น ๆ จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดแต่ละครั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนับเป็น 1 ครั้ง ประเมินโดยแบบสำรวจการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยวัยรุ่นรายงานด้วยตนเอง จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดนี้จะบันทึกในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 และคิดคะแนนภายในแต่ละวันเพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดระหว่างวันที่ 1, 2 และ 3

**ด้านที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดของห้องส่วนบนมีอาการและอาการแสดงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ทำให้การฟื้นฟูสภาพล่าช้าหรืออาจเสี่ยงต่อชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ได้แก่ ปอดแฟบหรือติดเชื้อที่ปอด คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด แผลติดเชื้อ และแผลแยก ภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนับเป็น 1 คะแนน ประเมินโดยแบบสำรวจรายงานการบันทึกการรักษาของแพทย์ รายงานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการรายงานของผู้ป่วย และคิดคะแนนภายในแต่ละวันเพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3

#### **การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ**

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไปใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำคะแนนที่ได้มาหาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ประเมินและแปลผลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นรายด้าน ดังตาราง

## ตารางที่ 1 ความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

เครื่องมือ	ความเที่ยง
แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยรวม	.98
ด้านอาการปวดหลังผ่าตัด	.91
ด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด	.88
ด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	.85
ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	.90

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด ซึ่งใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่น โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดเกิดความสนุกสนานในขณะฝึกการหายใจ รู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมการด้วยตนเอง มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย การฝึกการหายใจ การไอ การออกกำลังกายทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน

2.1.2 สร้างโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ การผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ช่วยให้ปอดมีการขยายตัวดี เพิ่มประสิทธิภาพในการไอสำหรับการเล่นโดยการเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด ช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการฝึกหายใจ เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความรู้สึกเจ็บปวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืนและการเดิน ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด และเกิดการผ่อนคลาย (ภาคผนวก ค)



2.2 **คู่มือการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวัยรุ่น** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการสอนและให้ผู้ป่วยวัยรุ่นอ่านทบทวน คู่มือประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังการผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ความสำคัญของการฝึกโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัด ข้อเสนอแนะการฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ การไอการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ขั้นตอนการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ซึ่งใช้ข้อความสั้น ๆ กระชับรัดพร้อมภาพประกอบในคู่มือเพื่อให้เข้าใจง่าย จำนวน 26 หน้า (ภาคผนวก ค)

2.3 **อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับฝึกการหายใจ** ได้แก่ หลอดน้ำ สีน้ำ กระดาษ ขวดน้ำ และน้ำสบู่ เพื่อใช้ในกิจกรรมการเป่าที่นำมาผสมผสานกับการฝึกการหายใจ เพื่อให้สนุกสนาน เพลิดเพลิน

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ได้แก่ แบบกำกับการความสามารถในการบริหารหลังผ่าตัด เป็นแบบสังเกตพฤติกรรม การบริหารหลังผ่าตัด เช่น การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายและการบริหารร่างกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวก ค)

#### การหาคุณภาพเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด คู่มือการบริหารหลังผ่าตัด แบบสังเกตการทำกิจกรรมการบริหารหลังผ่าตัด ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่ง ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลฝ่ายกุมารเวชกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลฝ่ายศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ทางด้านกุมารเวชกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนจัดลำดับเนื้อหา หลังจากนั้นนำโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด คู่มือการบริหารหลังผ่าตัด แบบสังเกตการทำกิจกรรมการบริหารหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ถู้อภิปรายความคิดเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสังเกตและสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย เพื่อดูความเหมาะสมของแบบสังเกตในการนำไปใช้จริง ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย และระยะเวลาของการจัดกิจกรรม

## การดำเนินการทดลอง

### ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี แล้วเข้าพบฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อที่สมุคณัดผู้ป่วยวัยรุ่นก่อนทำการผ่าตัดทุกวัน และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก เมื่อมีผู้ป่วยรายต่อไปมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้แล้วก็จัดให้เข้ากลุ่มที่คู่กัน แต่ถ้าลักษณะไม่ตรงกันก็ทำการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือควบคุมไว้คอยผู้ป่วยรายต่อไป

### ระยะที่ 2 ขั้นการทดลอง

#### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวัยรุ่น ในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัด 3 วัน ในช่วงเช้า และช่วงเย็น ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 4 วัน (Woodin,1993; Barrett,1993 ; Davey,1994) ขั้นตอนการทดลองดังนี้

#### ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และรายละเอียดของโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างทราบเป็นรายบุคคลและขอความร่วมมือจากผู้ป่วยวัยรุ่น
2. เตรียมคู่มือการฝึกโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัดเป็นรูปภาพแสดงถึงการฝึกบริหารหลังผ่าตัด ขั้นตอนการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ การไอ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน และการเดิน ภาพแสดงถึงลักษณะการฝึกที่ถูกต้อง
3. วันแรกของการทดลอง (วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ในช่วงเช้าและ

ช่วงเย็น ผู้วิจัยจะฝึกการบริหารหลังผ่าตัดในผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคล โดยให้คู่มือการฝึกโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัด เพื่อใช้ประกอบการสอนและให้ผู้ป่วยวัยรุ่นอ่านทบทวน มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องขั้นตอนการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ การไอ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน หลังการสอนผู้วิจัยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นลองฝึกโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัดประมาณ 30 นาที ขณะที่ฝึกผู้วิจัยจะสังเกตการหายใจของผู้ป่วยวัยรุ่นว่ามีการไอ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย การออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะที่นอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน และการเดิน ถูกต้องหรือไม่ ถ้ายังไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะแนะนำและอธิบายซ้ำจนมั่นใจว่าผู้ป่วยวัยรุ่นฝึกได้

## ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 30 นาที

วันที่สองของการทดลอง (วันแรกหลังจากทำผ่าตัด) เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นกลับจากห้องผ่าตัดมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อเยี่ยมสถานะของผู้ป่วยโดยประเมินการรู้สึกตัวจากการเรียกชื่อ การรู้สถานที่ และความคงที่ของสัญญาณชีพ และไม่กำหนดเวลาตายตัว การประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดผู้วิจัยจะประสานเรื่องวัน เวลา และชื่อของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการประเมินจากผู้ช่วยวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัยจะประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งนำแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยวัยรุ่นประเมิน โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกกิจกรรมการเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด ด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการออกกำลังกายทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน (Early ambulation) ประมาณ 30 นาทีเช่นเดิม ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้องผู้วิจัยจะเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยวัยรุ่นบันทึกการบริหารหลังผ่าตัดในแบบกำกับการทดลอง ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นไม่ได้ทำการบันทึก ผู้วิจัยจะทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบันทึกการบริหารหลังผ่าตัดในแบบกำกับการทดลอง และมีการฝึกอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยวัยรุ่นจะฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

### ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 30 นาที

วันที่สามของการทดลอง (วันที่สองหลังจากทำผ่าตัด) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคล ในช่วงเช้าและช่วงเย็น เพื่อทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกกิจกรรมการเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด ด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารหลังผ่าตัด ประมาณ 30 นาทีเช่นเดิม ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยวัยรุ่นบันทึกการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดในแบบกำกับการทดลอง ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นไม่ได้ทำการบันทึก ผู้วิจัยจะทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบันทึกการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดในแบบกำกับการทดลอง และมีการฝึกอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยวัยรุ่นจะฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะประสานเรื่องวัน เวลา และชื่อของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการประเมินจากผู้ช่วยวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัยจะประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งนำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยวัยรุ่นประเมิน

### ครั้งที่ 4 ระยะเวลา 30 นาที

วันที่สี่ของการทดลอง (วันที่สามหลังจากทำผ่าตัด) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลในช่วงเช้าและช่วงเย็น โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกกิจกรรมการเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด ด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารหลังผ่าตัด ประมาณ 30 นาที เช่นเดิม ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยวัยรุ่นบันทึกการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดในแบบกำกับการทดลอง ถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นไม่ได้ทำการบันทึก ผู้วิจัยจะทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคลอีกครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบันทึกการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดในแบบกำกับการทดลอง และมีการฝึกอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยวัยรุ่นจะฝึกการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะประสานเรื่องวัน เวลา และชื่อของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการประเมินจากผู้ช่วยวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัยจะประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งนำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยวัยรุ่นประเมิน

### กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำการตามปกติโดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน

### ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผลการทดลอง

การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะประสานเรื่องวัน เวลา และชื่อของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการประเมินกับผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด คือ อาการปวดแผลผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ผู้ป่วยวัยรุ่นทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดลงโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาล และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

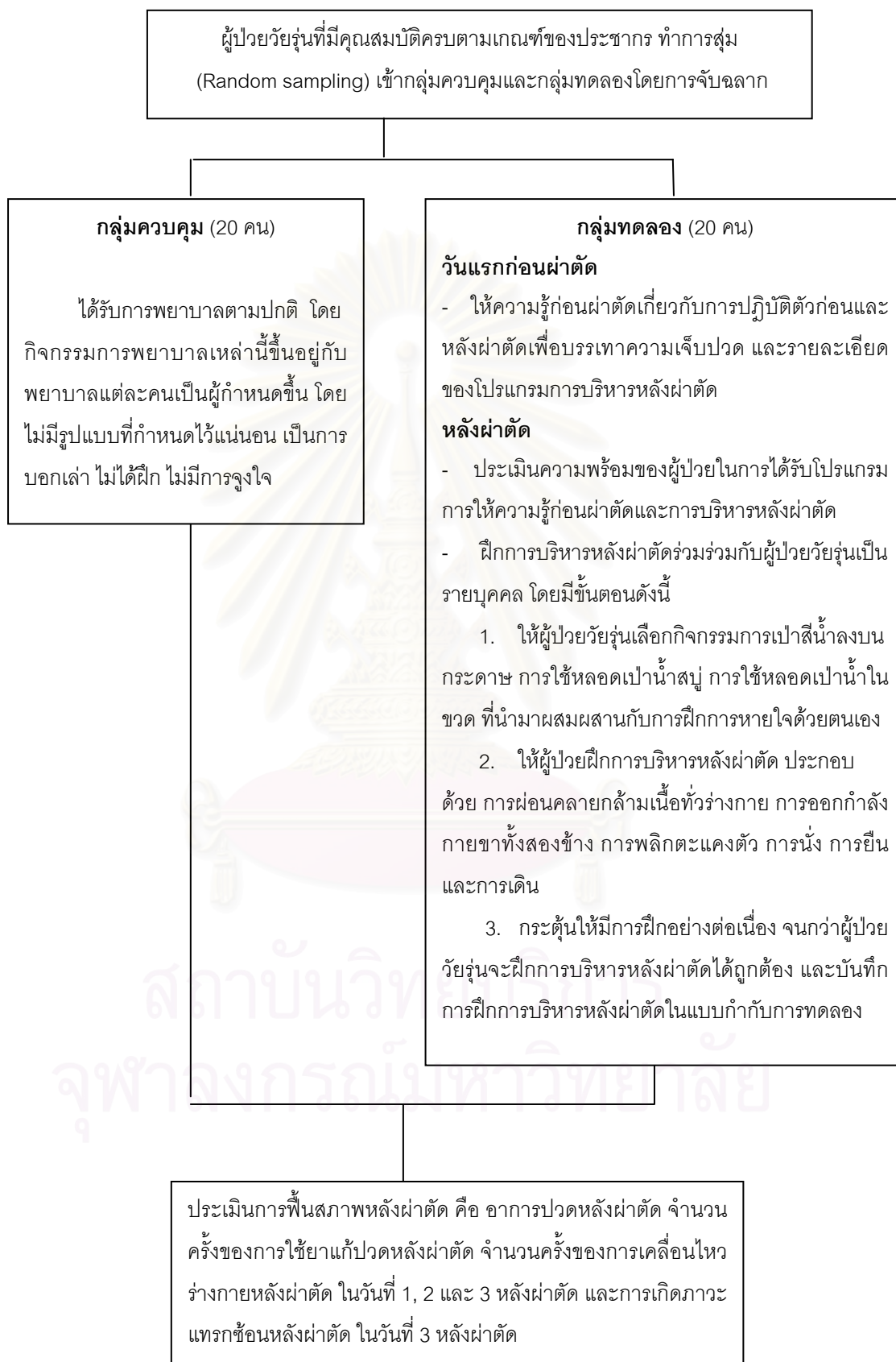
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/For Window (Statistical Package for the Social Sciences/For Window) มีรายละเอียดดังนี้

1. หาค่าความถี่ จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เมื่อวันที่ 1, 2 และ 3



## สรุปวิธีการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยการใช้วิธีการจับคู่ คือ จำแนกผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดช่องท้องเป็นคู่ ให้มีลักษณะเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ ชนิดของการผ่าตัด และการวินิจฉัยโรค โดยเมื่อมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการสุ่ม (Random sampling) เข้ากลุ่มโดยการจับฉลาก เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดจำนวน 20 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

- |           |   |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  |
| ส่วนที่ 2 | เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด และของผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และชนิดของการผ่าตัด

คู่มือ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	เพศ	อายุ	การศึกษา	ชนิดการผ่าตัด	เพศ	อายุ	การศึกษา	ชนิดการผ่าตัด
1	ชาย	13	ม. ต้น	Explor-lap	ชาย	12	ม. ต้น	Explor-lap
2	ชาย	13	ม. ต้น	Explor-lap	ชาย	13	ปวช-ปวส	Explor-lap
3	หญิง	12	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	13	ม. ต้น	Explor-lap
4	ชาย	15	ปวช-ปวส	Gastrostomy	ชาย	15	ปวช-ปวส	Gastrostomy
5	หญิง	15	ปวช-ปวส	Explor-lap	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap
6	หญิง	14	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	14	ปวช-ปวส	Explor-lap
7	หญิง	14	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap
8	ชาย	13	ม. ต้น	Gastrostomy	ชาย	13	ม. ต้น	Gastrostomy
9	ชาย	15	ม. ต้น	Duodenotomy	ชาย	15	ม. ต้น	Duodenotomy
10	ชาย	14	ม. ต้น	Explor-lap	ชาย	14	ม. ต้น	Explor-lap
11	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap
12	ชาย	15	ม. ต้น	Duodenotomy	ชาย	15	ม. ต้น	Duodenotomy
13	หญิง	14	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap
14	ชาย	14	ม. ต้น	Explor-lap	ชาย	15	ม. ต้น	Explor-lap
15	ชาย	13	ม. ต้น	Gastrostomy	ชาย	13	ม. ต้น	Gastrostomy
16	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	15	ปวช-ปวส	Explor-lap
17	หญิง	14	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap
18	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap	หญิง	15	ม. ต้น	Explor-lap
19	ชาย	13	ม. ต้น	Explor-lap	ชาย	13	ม. ต้น	Explor-lap
20	หญิง	15	ม. ต้น	Gastrostomy	หญิง	15	ม. ต้น	Gastrostomy

จากตารางที่ 2 แสดงว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น เพศชาย ร้อยละ 50.0 เพศหญิง ร้อยละ 50.0 อายุที่พบบมากที่สุดคือ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 85.0 ชนิดของการผ่าตัดที่พบบมากที่สุดคือ Explor-lap คิดเป็นร้อยละ 75.0

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด และของผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้รับการผ่าตัด

จำนวนวันหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
วันที่ 1	16.30	1.17	16.60	.94	-.892	38	.378
วันที่ 2	12.00	1.58	12.90	1.02	-2.131	38	.040
วันที่ 3	6.35	1.66	8.50	1.46	-4.333	38	.000

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย  
วัยรุ่นในด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
จำแนกตามจำนวนวันหลังได้รับการผ่าตัด

จำนวนวันหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
วันที่ 1	2.80	.70	1.90	.72	4.025	38	.000
วันที่ 2	5.15	1.35	4.05	1.19	2.734	38	.009
วันที่ 3	9.05	1.67	5.05	.60	10.075	38	.000

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านการ  
เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้  
รับการผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านจำนวนครั้งของการใช้ยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้รับการผ่าตัด

จำนวนวันหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
วันที่ 1	2.00	.00	2.25	.44	-2.517	38	.016
วันที่ 2	1.10	.31	2.00	.00	-13.07	38	.000
วันที่ 3	1.05	.22	1.35	.49	-2.494	38	.017

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านจำนวนครั้งของการใช้ยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้รับการผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	1.25	.55	2.15	1.21	-2.861	38	.007

จากตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=4)		กลุ่มควบคุม (n=11)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระบบทางเดินหายใจ	0	0	0	0
ระบบทางเดินอาหาร	1	25	8	72.72
ระบบไหลเวียนเลือด	0	0	0	0
การติดเชื้อของแผลผ่าตัด	0	0	1	9.09
ภาวะไข้	3	75	2	18.18

จากตารางที่ 7 แสดงว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไข้ คิดเป็น ร้อยละ 75 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด คิดเป็นร้อยละ 72.72

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบอนุกรมเวลา (Time series) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3
2. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3
3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3
4. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นตอนต้น เพศชายและหญิง อายุ 12-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อการตรวจ หรือรักษาโรคบริเวณอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน (บริเวณถุงน้ำดี ท่อน้ำดี กระเพาะอาหารและลำไส้) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลพบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 40 คน ที่มารับการรักษาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นตอนต้น อายุ 12-15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องเป็นครั้งแรก ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) และได้รับการเตรียมผ่าตัดล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้คำแนะนำ

เกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดในตอนเย็นวันก่อนผ่าตัด มีสถิติสัมพัทธ์และ การรับรู้ดีสามารถสื่อความหมายเข้าใจ และไม่มี ความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับการเห็นชอบจากแพทย์เจ้าของไข้ ควบคุมตัวแปรโดยการจับคู่ ผู้ป่วยวิจัยให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ ชนิดของการผ่าตัด และการวินิจฉัยโรค สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิจัย
  - 1.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
  - 2.1 โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด
  - 2.2 คู่มือการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวิจัย
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
  - 3.1 แบบกำกับความสามารถในการบริหารหลังผ่าตัด

## การดำเนินการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา กระบวนการของโปรแกรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดตามโปรแกรมที่ได้วางไว้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของทั้ง 2 กลุ่มในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลารวม 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/For Window (Statistical Package for the Social Sciences/For Window) โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติทดสอบที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## สรุปผลการวิจัย

1. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในวันที่ 2 และ วันที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้รับการผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวนวันหลังได้รับการผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

**วัตถุประสงค์** การเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3 พบว่าหลังการทดลองคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นเมื่อวิเคราะห์โดยจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังผ่าตัด ในวันที่ 1 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในวันที่ 2 และ วันที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล มีผลทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์โดยจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด



สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการให้ความรู้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเผชิญกับเหตุการณ์ เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถแสดงพฤติกรรม หรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้สภาพร่างกาย จิตใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cupples (1991) พบว่าการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรู้และรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด มีความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย สภาพร่างกาย จิตใจปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สามารถลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ การบริหารหลังผ่าตัดประกอบด้วย การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด มีผลทำให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น เนื่องจากการฝึกการหายใจที่นำมาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีนํ้าลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่านํ้าสบู่ การใช้หลอดเป่านํ้าในขวด เป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นสภาพทางกาย และทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน รู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Sense of autonomy) ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด และยังช่วยเบี่ยงเบนความรู้สึกเจ็บปวดสิ่งที่น่าสนใจมากกว่า และยังทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเกิดการผ่อนคลาย มีผลทำให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการไอและแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด ทำให้ปอดมีการขยายตัวดี เป็นการป้องกันและรักษาภาวะปอดแฟบได้ดีที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็ว ส่วนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะที่นั่งนอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดินจะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (สุวรรณณี จรุงจิตอรารี, 2540) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดและหายกลับบ้านได้เร็ว

สำหรับผลการวิเคราะห์รายด้าน ได้นำเสนอตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

ผลการวิเคราะห์พบว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้ โดยการศึกษาวิจัยในวันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยวัยรุ่นจะมีความเจ็บปวดมาก เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อหลอดเลือดและเส้นประสาทที่ได้รับบาดเจ็บปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการถูกกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดจะนำส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็กคือ ใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาทซี ไปยังไขสันหลังเข้าสู่ระบบควบคุมประตูในบริเวณ Dorsal horn สัญญาณประสาทจะมีการปรับสัญญาณที่บริเวณเอสจี โดยสัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งเอสจีทำให้ไม่สามารถขัดขวางการทำงานของทีเซลล์ จึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงข้ามของไขสันหลังนำขึ้นไปสู่สมอง ที่ระดับไขสันหลังนั้นนอกจากจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณตามระบบควบคุมประตูแล้วยังเกิด Reflex มีผลทำให้กล้ามเนื้อบริเวณผ่าตัดหดรัดตัว การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลง เกิดการคั่งของกรดแลคติก ทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นมากขึ้น ทำให้ Reflex ไปที่ไขสันหลังมากขึ้นเป็นวงจรรายอย่างต่อเนื่อง สัญญาณประสาทจากไขสันหลังจะนำไปสู่สมองโดยผ่านทาง Lateral spinothalamic ซึ่งนำสัญญาณประสาทไปยัง Thalamus สัญญาณประสาทของความเจ็บปวดจะไปกระตุ้นที่ประสาทอัตโนมัติใน Hypothalamus โดยจะเร่งการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้หลั่ง Epinephrin ซึ่งสมองส่วนต่าง ๆ นี้จะมีกระตุ้นเร้าทางอารมณ์รวมทั้งตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยเกิดปฏิกิริยาทางจิตเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและเร้าให้เกิดอารมณ์ เช่น ความกลัว วิตกกังวล อารมณ์ที่ถูกเร้าให้เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตู ในระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น (McCaffery, 1979) ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดแผลระดับรุนแรงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สอดคล้องกับ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2540) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผลผ่าตัดมากที่สุดในวันแรก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้การนำการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการบริหารร่างกาย จะช่วยให้ปวดมีการขยายตัวดีเพิ่มประสิทธิภาพในการไอ ซึ่งเป็นการป้องกันและรักษาภาวะปอดแฟบได้ดีที่สุด (Rarey and Youtrey, 1981) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด ทำให้การฝึกการหายใจมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน รู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และยังช่วยเบี่ยงเบนความรู้สึกเจ็บปวดสิ่งที่น่าสนใจมากกว่า (McCaffery, 1979) และยังทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเกิดการผ่อนคลาย มีผลทำให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง (Titlebaum, 1988 ; Heffline, 1990) ส่วนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังขาทั้งสองข้างขณะที่

นอนพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดินจะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (สุวรรณณี จรุงจิตอรารี, 2540) ยิ่งฝึกอย่างต่อเนื่องไปตลอดความรู้สึกจะผ่อนคลายมากขึ้น มีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง เพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้มีการหายของแผลดีขึ้น และการกระตุ้นความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดลดลง ทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงมีผลทำให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวด ความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับแผลผ่าตัด จึงฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการบริหารร่างกายน้อยกว่าวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ความเจ็บปวดยังคงมีอยู่ ทำให้สมาธิของผู้ป่วยวัยรุ่นต่อสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจลดลง การยับยั้งหรือลดความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูสามารถลดความเจ็บปวดลงได้ชั่วคราว สอดคล้องกับ Luckmann and Sorensen (1987) ที่กล่าวว่า การลดความเจ็บปวดโดยมุ่งที่การดูแลด้านจิตใจโดยการเบี่ยงเบนความสนใจนั้น ถ้าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมาก การเบี่ยงเบนความสนใจอาจลดความเจ็บปวดได้เล็กน้อย หรืออาจใช้ไม่ได้ผล เพราะผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกเจ็บปวดมากกว่า ดังนั้นอาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่มีความแตกต่างกัน

อาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากในระยะนี้เริ่มมีกระบวนการหายของบาดแผล ทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นลดลง จึงทำให้อาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 2 และวันที่ 3 น้อยลงตามลำดับ ประกอบกับการฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ เป็นการบริหารการหายใจที่ช่วยส่งเสริมให้ถุงลมมีการขยายตัวได้เต็มที่หรือทำให้ถุงลมที่แฟบมีการขยายตัวออก เพิ่มประสิทธิภาพในการไอบและแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมปอด ผู้ป่วยสามารถฝึกได้ง่ายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช่น เวลาเช้าหรือเย็น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายเกิดขึ้นทีละน้อย ยิ่งฝึกอย่างต่อเนื่องไปตลอดความรู้สึกจะผ่อนคลายมากขึ้น มีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือ มีอัตราการเผาผลาญลดลง ลดการให้ออกซิเจน และกรดแลคติกจากการเผาผลาญของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง เพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้มีการหายของแผลดีขึ้น และการกระตุ้นความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดลดลงทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pruitt (1992) พบว่าการฝึกการหายใจสามารถลดความเจ็บปวดหลัง

ผ่าตัด ส่วนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เป็นวิธีที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ให้คลายตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ะวิพรรณ มงคล (2529) พบว่าการผ่อนคลายโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความเจ็บปวดและลดปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดได้ และการศึกษาของ รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) พบว่าการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการใช้จินตนาการนึกภาพในทางบวก สามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและผู้ป่วยขอยาแก้ปวดหลังผ่าตัดลดลง ดังนั้นอาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานที่ 2 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

ผลการวิเคราะห์พบว่าด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากที่ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มทดลองได้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด และทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และได้ฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจที่นำมาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การให้หลอดเป่าน้ำในขวด ทำให้การฝึกการหายใจมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน รู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งกระตุ้นอื่นมากกว่าการรับความรู้สึกเจ็บปวดสิ่งที่น่าสนใจมากกว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองในการทำวัตรประจำวันได้ดี (สุวรรณณี จรุงจิตราวี, 2540) ยิ่งฝึกอย่างต่อเนื่องไปตลอดความรู้สึกจะผ่อนคลายมากขึ้น มีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง เพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้มีการหายของแผลดีขึ้น และการกระตุ้นความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดลดลง ทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง มีผลทำให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง จึงทำให้ทนทานต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี ทำให้สามารถลุกเดินหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น การลุกเดินหลังผ่าตัดไปมาจะกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดทำให้บาดแผลลดอาการบวมและอักเสบเฉพาะที่ทำให้ลดอาการปวดช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด



ช่วยสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ผู้ป่วยวัยรุ่นรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองใน การทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิตร หนูเจริญกุล และพิบูล วิญญาณี (2534) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ใจการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วย หลังผ่าตัดที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีจำนวนครั้งในการลุกเดินหลังผ่าตัด เพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดที่ปฏิบัติ เป็นกิจวัตร (Routine) สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นรายบุคคล ได้แก่ การใช้แผ่นพับเป็นสื่อในการให้ความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การฝึก การหายใจ การไอ และการลุกเดินหลังผ่าตัด โดยกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับพยาบาล แต่ละคนเป็นผู้กำหนดขึ้น โดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน เป็นการบอกเล่า ไม่ได้ฝึก ไม่มีการ จูงใจ ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่สนุกสนานเพลิดเพลิน ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ทำให้ผู้ป่วย วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหว ร่างกายหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานที่ 3 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ ปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

ผลการวิเคราะห์พบว่าด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของ อาการปวด การใช้ยาแก้ปวดมากแสดงถึงอาการปวดที่มากตามไปด้วย อาการปวดหลังผ่าตัดใน วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เพราะในระยะนี้เริ่มมีกระบวนการ หายของบาดแผล ทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นลดลง และมีการฝึกการ ผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจที่นำมาผสมผสานกับการเล่นที่เกี่ยวกับการฝึกการหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การให้หลอดเป่าน้ำในขวด ทำให้การฝึกการ หายใจมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน รู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ ผู้ป่วยวัยรุ่นร่วมมือและทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจาก ความรู้สึกเจ็บปวดสู่สิ่งที่น่าสนใจมากกว่า ทำให้เกิดการผ่อนคลาย มีผลทำให้ลดความเจ็บปวด หลังผ่าตัดลง (Titlebaum, 1988 ; Heffline, 1990 ; ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2537) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายร่วมกับการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย กลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหว ของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ยังมีการฝึก อย่างต่อเนื่องทำให้มีอัตราการเผาผลาญลดลง ลดการให้ออกซิเจน และกรดแลคติก จากการเผา



ผลาญของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง เพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือด ไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้มีการหายของแผลดีขึ้น และการกระตุ้นความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดลดลงทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงด้วย ส่งผลให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง จึงทำให้ความเจ็บปวดลดลง ส่วนการใช้ยาแก้ปวดในระยะต่อมา จะเริ่มลดลงจนหยุดได้เมื่อความเจ็บปวดนั้นน้อยจนไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้น จำนวนครั้งของการใช้ยาหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานที่ 4 การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่นด้านจำนวนครั้งของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1, 2 และ 3

ผลการวิเคราะห์พบว่าด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดโดยทั่วไปสามารถลดและป้องกันได้จากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถแสดงพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้สภาพร่างกาย จิตใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ King and Tansitano (1981) พบว่าการสอนอย่างมีแบบแผนโดยการฝึกการหายใจ การไอ การออกกำลังขา และการลุกออกจากเตียงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถลดการเกิดภาวะปอดแฟบ ท้องอืด มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด ดังนั้นจำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cupples (1991) พบว่าการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรู้และรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด มีความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย สภาพร่างกาย จิตใจปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่น สามารถทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ

1. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด ไปใช้ในตึกศัลยกรรม เนื่องจากเป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
2. ควรจัดอบรมและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลาย ประเภทของการเล่นสำหรับเด็กป่วยในโรงพยาบาล แก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสภาพ เพื่อให้มีทักษะในการนำเสนอไปใช้ อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดระบบอื่น ๆ และในการศึกษาครั้งนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายหลังจากได้รับการประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด แล้วยังอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาล ดังนั้นควรและเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาจนกว่าผู้ป่วยจะกลับบ้าน
2. ควรจัดให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร และประไพ มีทรัพย์. (2542). "ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ". **พุทธชินราชเวชสาร** 16 (3) 128-134
- จूरีย์ สุนสวัสดิ์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก**. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จूरีย์ สุนสวัสดิ์. (2540). "ความเจ็บปวดในเด็ก: บทบาทพยาบาล". **วารสารวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย** 22(2) : 101-107
- จุไรพร ไสภาจารย์. (2536). **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลไหม้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรและศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร. (2544). **การเล่นในเด็กป่วย**. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒน์วงศ์. (2540). **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายการฝึกประสาทอัตโนมัติ และไบโอฟีดแบคต่อความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. (2537). "การจัดการเล่นของเด็กป่วยในโรงพยาบาล". **อิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก**. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- ฉวี มากพุ่ม. (2530). **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธารา ตริตรระการ. (2544). **หนังสือประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ Postoperative Pain Management**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาศัลยกรรมศึกษา คณะแพทยศิริราชพยาบาล.
- นันทวรรณ อัมพันธ์. (2540). **ผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาลต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของผู้ป่วยเด็กวัย 7-15 ปี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2535). การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล. (2536). ผลของการมีส่วนร่วมของญาติในการฝึกทักษะการผ่อนคลายของผู้ป่วยที่ได้รับการยึดตรึงกระดูกแบบภายในที่มีต่อพฤติกรรมการผ่อนคลายกับระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2528). ผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยา  
ระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอายุร  
ศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. (2534). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ  
การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดช่องท้องและความพึงพอใจในการพยาบาลที่  
ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ ใจสม. (2539). "ความเจ็บปวดในเด็ก" วารสารพยาบาล 45(2) :18-23.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิต และทัศนีย์ นะแสง. (2535). วิจัยทางการพยาบาล :  
หลักการและกระบวนการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. (2535). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ  
ความวิตกกังวลการมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรา นิคมานนท์. (2540). ประเมินผลการเรียน. กรุงเทพฯ : อักษรวิพัฒน์.
- ยุวดี ภาษา. (2543). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์.
- ระวีพรรณ มงคล. (2532). ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขา  
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. (2532). ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รุ่งทิภา อัครินานนท์. (2532). **พฤติกรรมสนองต่อความเจ็บปวดของเด็กตามระดับพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งนภา ชัยรัตน์. (2544). **ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรจน์ จินตนาวัฒน์. (2536). **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และอรัญญา เชาวลิต. (2543). **ความปวด : Pain** เอกสารประกอบการสอน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (อัสสัมชัญ).
- วัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง. (2535). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2532). **ผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีณา จีระแพทย์. (2543). **วิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** เอกสารประกอบการสอน รหัสวิชา 3600625. (อัสสัมชัญ).
- ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. (2530). **ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังนิทานต่อความเจ็บปวดเฉียบพลันในเด็ก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันทนา กนกศิลป์. (2533). **ผลของการให้คำแนะนำโดยใช้สื่อประสมต่อความรู้ การปฏิบัติตัวและความเจ็บปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล และพิกุล วิญญาเจือก. (2534). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ.** วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 11(2) 6-9



- สมหมาย วนะวานันต์. (2540). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมร ทินวงศ์. (2533). **การเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายชล จันทร์วิจิตร. (2539). **ผลโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร พลยานันท์. (2528). **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการความเจ็บปวด.** กรุงเทพฯ : แม็ค.
- สุพร วงศ์ประทุม. (2534). **เปรียบเทียบผลของการสอนอย่างมีแบบแผน โดยการบริหารการหายใจและการบริหารร่างกายกับการดูแลตามปกติต่อสมรรถภาพปอดและภาวะแทรกซ้อนของระบบการหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณณี จรุงจิตอารี. (2540). **กายภาพบำบัดในผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง.** พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : ลิฟวิง ทรานส์ มีเดีย การพิมพ์.
- หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ. (2544). **รายงานสถิติประจำปี.** ลพบุรี : หน่วยสถิติทางการแพทย์งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลลพบุรี.
- อรชร มาลาหอม. (2534). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไตและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังกาบ ปราการรัตน์ และวราภา สุวรรณจินดา. (2536). **ภัยของการใช้ยาระงับความรู้สึก.** กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.

## ภาษาอังกฤษ

- Abu- Saad,H. (1984). Cultural group indication of pain in children. **Maternal-Child Nursing Journal**.
- Abu-Saad,H.and Tesler,M. (1986). Pain In V.K.Carrieri,A.M.Lindsey and C.M.West (eds.), **Pathophysiological Phenomena in Nursing : Human responses to Illness**. Philadelphia : W.B.Saunders.235-265.
- Anderon,J.M.and Innocenti,D.M. (1987). 'Techniques used in Chest Psysio-Therapy'. In **Cash's Textbook of Chest,Hesrt and Vascular disorder for Physiotherapist**. Edited by P.A. Downie Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Audrey,G.G.,Trellis,M. and Karen,S. (1992). Relaxation to Reduce Dyspnea and Anxiety in COPD Patients. **Nursing Research**. 41(4) : 242-246.
- Barrett,M.A. (1993). Perioperative nursing. In Black,J.M. and Jacobs,E.M. (Eds.). Luckmann and Sorensen's **medical-surgical nursing : A psychopysiologic approach**.4<sup>th</sup>ed. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Benson,H., Kotch,J.B. and Crassweller,K.D. (1977). The Relaxation Response : A Bridge Between Psychiatry and Medicine. **Medical Clinics of North America**.
- Berger,K.J. and Williams,M.B. (1992). **Fundamentals of nursing:Collaborating for optimal health volume 1**. Norwalk : Appleton and Lange.
- Berkley,K.L.and Larrabee,J.H. (1996). Sex and gender difference in pain. In P.D.Wall and R.Melzack (Eds.). **Medical-surgical nursing:Assessment and management of clinical problem**. New York : C.V.Mosby.
- Beyer,J.E., Clegg,S.A., Foster,R.L.and Hester,N.O. (1992). "Clinical judgement in managing the crisis of children's Pain". **Pain management : Nursing Perspective**. Edited by J.H. Watt-Watson and Donovan. St.Louis : Mosby Year Book, Inc.
- Billar,K.S. (1970). "You have pain ? I think this will help". **American Journal of Nursing**.
- Bonica,J.J. (1990). Management in Postoperative Pain. **The Management of Pain**. 2<sup>nd</sup>ed. London : Lea and Febiger.

- Bradley,C. (1982). Psychological factors affecting recovery recovery from surgery. In Watkins,J. and Soro,M. (Eds). **Trauma stress and immunity in anaesthesia and surgery**. London : Butterworth Scientific.
- Carven,R.F. and Hirnle,C.J. (1992). **Fundamentals of nursing : Human health and function**. Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Chapman, C.R. (1985). "Psychological factor in Postoperative Pain". **Acute pain**. Edited by G. Smith and B.G.Cavino. London : Butterworth and Co.Ltd.
- Conins,M. and Power,I. (1999). Acute and postoperative pain. In Wall,P.D. and Melzack,R.(Eds), **Textbook of pain**. Edinburgh : Churchill. 951-965.
- Cupples,S.A. (1991). Effect of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. **Heart & Lung**. 20 (6) : 654-660.
- Dale,F. (1993). Postoperative Pain in elective surgical patient. **British Journal of Nursing**.
- Davey,D.A. (1994). Pre-Postoperative care.In Dewit. (Eds). Rambo's nursing skills for clinical practice. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Domar,A.D.,Everett,L.L.and Keller,M.G. (1989). Preoperative anxiety : Is it predictable entity?. **Anesthesia and analgesia**. 69 (6) : 763-767
- Dumas,R.G.,and Johnson,B.A. (1972). Research in nursing practice : A review of five clinical experiments. **International Journal of Nursing Studies**. 9 : 137-149.
- DuGas,B. (1983). **Introduction to Patient Care : A Comprehensive Approach to Nursing**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- Ellis,H. (1985). Abdominal Wall:Incision and Closure. **Maingot's Abdominal Operations**. New York : Appleton - Century - Crofts.
- Favaloro,R. (1988). Adolescent development and implication for pain management. **Pediatric Journal of Nursing**.
- Flaherty, G.G.and Fitzpatrick, J.J. (1978). "Relaxation technique to increase comfort level of postoperative patient : A preliminary study". **Nursing Research**. 27 : 252-355.
- Frownfelter,D.L. (1978). "Breathing Exercise and Retraining,Chest Mobilization Exercises". In **Chest Physical Therapy and Pulmonary Rehabilitation**. (Eds). D.L.Frownfelter.Chicago : Year Book Medical Publishers.

- Fuhrmann,B.S . (1990). **Adolescence**.Illinois: Scott,Foresman,and Co.
- Gaskell,D.V. and Webber,B.A. (1980). **The Bromton Hospital Guide to Chest Physiotherapy**. 4<sup>th</sup> ed. Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Gildenberg, P.L.,and Devaul,R.A. (1985). **Pain and Headache**. Basel : S. Karger.
- Good,M. (1995). A Comparison of the Effects of jaw Relaxation and Music on Postoperative Pain. **Nursing Research**. 44(1) : 52-57.
- Hanucharurnkul,S. and Vinya-nguag,P. (1991). Effect of promoting patients' participation in selfcare on postoperative recovery and satisfaction with care. **Nursing Science Quarterly**.4(1) :14-19
- Harman,A and Lillington,G. (1979). "Pulmonary Risk Factors In Surgery". **Medical Clinics of North America**. 62 : 1289-1298
- Harthaway,D. (1986). Effect of preoperative instruction on postoperative outcome : A meta-analysis. **Nursing Research**. 35 : 269-275.
- Hill,L. and Smith,N. (1985). **Self-care nursing : Promotion of health**. 2<sup>nd</sup> ed.Norwalk : Appleton and Lage.
- Hiscock, M. (1992). Perception of pain management in a hospital in Thailand. **British Journal of Nursing**.
- Houston,S and Jesurum,J. (1999). The Quick Relaxation Technique : Effect on Pain Associated With Chest Tube Removal. **Applied Nursing Research**. 12(4) :196-205.
- Humberstone,N. (1985). "Respiratory Treatment". In **Cardiopulmonary Physical Therapy**. Edited by S.Irwin and J.S.Tecklin.St.Louis : The C.V.Mosby Company.
- Hurley,A.,and Whelan,E.G. (1988). Cognitive development and children's perception of pain. **Pediatric Nursing**.
- Hurlock,E.B. (1980). **Personality development**. NY : McGraw - Hill.
- Jacobson,E. (1979). **ProgressiveRelaxation**. Chicago : The University of Chicago Press Ltd.
- Jeans, M.E.,and Melzack,R. (1992). Conceptual basis of nursing practice theoretical foundations of pain. **Pain Management : Nursing Perspective**. Edited by J.H. Watt-Watson and Donovan. St.Louisis : Mosby Year Book.
- Johnson,J.E. (1987). "Coping with elective surgery". **Annual of Review Nursing Research**. Edited by H.Werely and J.J.Fitzpatrick.New York : SpringerPublishing pp :107-132.

- Johnson,J.E.,Christman,N.J.and Stitt,C. (1985). "Personal Control Interventions: Short- and Long-term effects on Surgical patients. **Research in Nursing and Health.** 8 :131-145.
- Johnson,J.E.,et al. (1978). "Sensory Information, Instruction in a Coping Strategy and Recovery from Surgery. **Research in Nursing and Health.** 1 : 4-17.
- Jurf,J.B.and Nirschl,A.L. (1993). Acute postoperative pain management : a comprehensive review and update. **Critical Care Nursing Quarterly.**
- King,I., and Tarsitano,B. (1982). "The Effect of Structured and Unstructured Pre-operative Teaching : A Replication". **Nursing Research.** 21:324-329
- Lindeman,C.A.,and Aermun,B.V. (1971). "Nursing Intervention with the pre-surgical patient :The Effect of Structured Preoperative teaching". **Nursing Research.** 20 : 319-332.
- Litwack,K. (2000). Nursing management preoperative patient.In S.M.Lewis,M.M. Heitkemper and S.R.Dirkson. (Eds). **Medical-surgical nursing Assessment and management of clinical problems.** St.Louis : Mosby.
- Long,B.C. (1985). "Preoperative Intervention". **Essentials of Medical-Surgical Nursing Process Approach.** Edited by B.C.Long and W.J.Phipps.St.Louis:The C.V.Mosby pp.326-348.
- Long,B.C. (1985). "Postoperative Intervention". **Essentials of Medical-Surgical Nursing Process Approach.** Edited by B.C.Long and W.J.Phipps.St.Louis:The C.V.Mosby pp.291-302.
- Luckmann,J. and Sorensen,K.E. (1987). **Medical-surgical nursing : A psychophysiologic approach.** 3<sup>rd</sup> ed.Philadelphia : W.B.Saunders Co.
- Lund,H.C. (1988). Effect of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. **Research in Nursing Health.** 11 : 235-244.
- Marek,J.F. and Boehnlein,M.J. (1999). Pre-Intra-Postoperative nursing. In Phipps W.J., Sands J.K.and Marek,J.F.(Eds.), **Medical-surgical nursing : concepts and clinical practice .** 6<sup>th</sup> ed.St.Louis : Mosby. 469-550.
- Mavin,J.A. (1991). Burn injuries and skin trauma. **Medical-Surgical Nursing : Pathophysiological concepts.** Philadelphia : J.B.Lippincott company.



- McCaffery,M. (1972). **Nursing Management of the Patient with Pain.** 2<sup>nd</sup> ed.  
Philadelphia : J.B. Lippincott Co.
- McCaffery,M. (1979). **Nursing the patient in pain.** New York : JB Lippincott.
- McCaffery,M. (1980). Relieving pain with noninvasive technique. **Nursing.** 80 : 55-57.
- McGuire,D.B. (1992). Measuring Pain In Marilyn Frank-Stromborg. **Instruments Clinical Nursing Research.** 333-353.
- Melzack,R.,and Wall.P.D. (1982). **The challenge of pain.** Harmondsworth,Markham and Ontario : Penquin.
- Miller, K.M. (1987). Deep breathing relaxation : a pain management technique. **AORN Journal.**
- Miller,K.M. and Perry,P.A. (1990). "Relaxation teachnique and Postoperative Pain in patients undergoing cardiac surgery". **Heart & Lung.** 19 : 136-146.
- Nyamathi,A.,and Kwasschiwabara,A. (1988). Preoperative anxiety : Its effect on cognitive thinking. **AORN Journal,** 47(1) : 164-170.
- Padilla,G.V.Grant,M.M.,Rains,B.L.Hensen,B.,Bergstrom.N.,Wong,D.,Hanson.R. (1981). Distress reduction and the effects of preparatory teaching films and patient control. **Research in Nursing and Health.**
- Paris,P.M.,Uram,M. and Ginsburg,M.J. (1988). Physiological Mechanisms of Pain.In **Pain Management in Emergency Medicine.** Edited by Paris,P.M. and Stewart,R.D. U.S.A. : Appleton and Lange.
- Pender,N.J. (1984). Physiologic Responses of Clients With Essential Hypertension to Progressive Muscle Relaxation Training. **Research in Nursing and Health,** 7:197-203.
- Phipps,W.J.,Cassmeyer,V.L,Sands,J.K.and Lehman,M.K. (1995). **Medical surgical nursing : Concepts and clinical practice.** 4<sup>th</sup>ed.St.Louis : Mosby Year Book.
- Polit,D.F. and Hungler,B.P. (1999). **Nursing Research Principles and Methods.** Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Pruitt,R.H. (1992). Effective and cost efficiency of interventions in health promotion. **Journal of Advanced Nursing.** 17 : 926-932.
- Rarey,K.P.,and Youtsey,J.W. (1981). **Respiratory Patient Care.** Englewood Clifts : Prentice-Hall.

- Rice,V.H.,Mullin,m.h. AND Jarosz,P. (1992). Pre-admission self-instruction effect on post-admission and post-operative indicators in CABG patient : Partial replication and extension.**Research in Nursing and Health**. 15 : 253-259.
- Richard,D.L.,and Robert T.S. (1972). **Synopsis of Surgery**. Saint Louis : C.V.Mosby.
- Rorden,J.W. (1987). **Nurses as health teachers : A practical guide**. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Ross,R.S.,Bush,J.P.,and Crummette,B.D. (1991). Factor affecting nurses decisions to administer PRN analgesic medication to children after surgery : an analog investigation. **Journal of Pediatric Psychology**.
- Schaefer,C.E. and O'Connor,K.J. (1983). **Handbook of play therapy**. New York : John Wiley & Sons.
- Schechter,N.L. (1985). Pain and pain control in children. **Current problem in Pediatric**.
- Sheridan,C.L.and Radmacher,S.A. (1992). **Health psychology : Challenging the biomedical model**. New York: John Wiley & Sons.
- Sloman,R. (1995). Relaxation and the relief of cancer pain. **Nursing Clinics of North America**. 30 : 697-709.
- Swindale,J.E. (1989). The nurse' role in giving preoperative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective surgery. **Journal of Advanced Nursing**. 14 : 899-905.
- Titlebaum,H.M. (1988). Relaxation. **Holistic Nursing Practice**. 2(3) : 17-25.
- Torrance,C. and Serginson,E. (1999). **Surgical nursing**. Philadelphia : Bailliere Tindall.
- Ulrich,R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. **Science**. 224 : 420-421.
- Vinya-nguag,P. (1989). **Effect of application of King's theory of goal achaivement on patient's recovery from surgery and satisfaction**. Master of Science (nursing). Faculty of graduate studies Mahidol University.
- Whaley,L.F. and Wong,D.L. (1995). **Nursing care of infants and children**. 4<sup>th</sup>ed.St.Louis :The CV Mosby.
- Wasylak,T.J. (1992). Surgical Pain Management. **Pain Management : Nursing Perspective**. Edited by J.H. Watt-Watson and Donovan. St.Louis : Mosby Year Book.

- Woodin,L.M. (1993). Cutting postoperative pain. **Research in nursing**. 56 : 26-33
- Wolfer,J.A. (1973). Definition and Assessment of surgical patients' welfare and recovery. **Nursing Research**. 22 : 394-401.
- Wolfer,J.A.and Davis,C.E. (1970). Assessment of surgical patients preoperative emotional and postoperative welfare. **Nursing Research**. 19 : 402-414.
- Wong,D.L.and Baker,C.M. (1988). Pain in Children:Comparison of Assessment Scales. **Pediatric Nursing**. 14 : 9-16.
- Zajac, J. (1992). Pediatric pain management. **Critical Care Nursing Quarterly**.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัด

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. อาจารย์จूरีย์ สุนสวัสดิ์ | หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์<br>วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 2. อาจารย์รุ่งทิพย์ จามรมาน | โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล                        |
| 3. อาจารย์วีรภา จำหน่ายผล   | โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล                        |
| 4. นายแพทย์นพดล กาญจนะ      | ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลลพบุรี                                 |
| 5. คุณมารยาท รัตนประทีป     | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม<br>โรงพยาบาลลพบุรี      |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. ค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\text{สูตร } \bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$$\begin{aligned} \bar{X} &= \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง} \\ \sum X &= \text{ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล} \\ N &= \text{จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง} \end{aligned}$$

### 2. คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ภัทธา นิคมานนท์, 2540)

$$\text{สูตร S.D.} = \sqrt{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

$$\begin{aligned} \text{S.D.} &= \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน} \\ \sum X &= \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง} \\ \sum X^2 &= \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง} \\ N &= \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \end{aligned}$$

### 3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ในด้านอาการปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เมื่อวันที่ 1, 2 และ 3 (ยุวดี ภาษา, 2543)

$$\text{สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}}$$

- $df = 2N - 2$
- $X_1 =$  ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1
- $X_2 =$  ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2
- $\sum X_1^2 =$  ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 1 ยกกำลังสอง
- $\sum X_2^2 =$  ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 2 ยกกำลังสอง
- $df =$  องศาแห่งความเป็นอิสระ
- $N =$  จำนวนกลุ่มตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t-test

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาจากประชากร 2 กลุ่มซึ่งต่างก็มีการกระจายเป็นโค้งปกติ
2. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มต้องเป็นอิสระจากกัน

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TOTPAIN1	40	18.18	1.920	15	23
TOTPAIN2	40	18.08	1.953	14	23
TOTPAIN	40	36.25	3.861	29	46

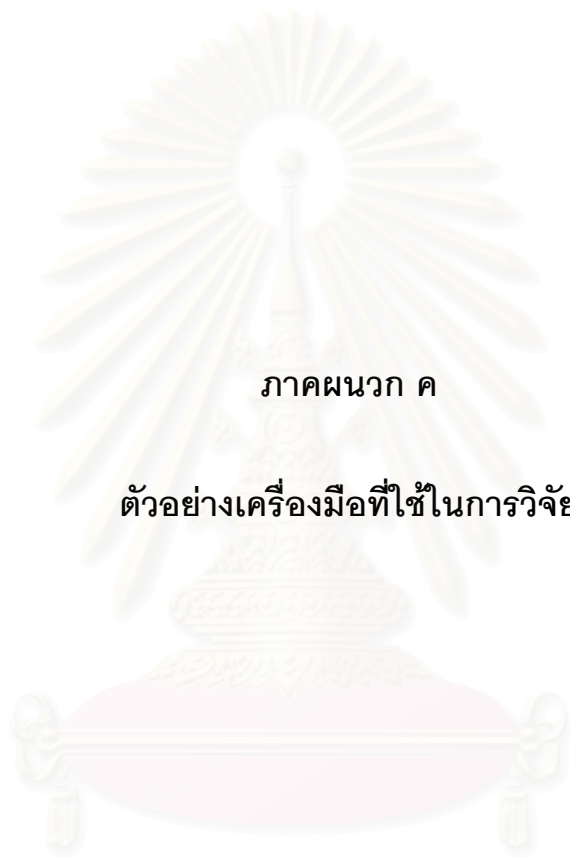
## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TOTPAIN1	TOTPAIN2	TOTPAIN
N		40	40	40
Normal Parameters	Mean	18.17	18.08	36.25
	Std. Deviation	1.920	1.953	3.861
Most Extreme Differences	Absolute	.186	.165	.176
	Positive	.186	.165	.176
	Negative	-.095	-.116	-.105
Kolmogorov-Smirnov Z		1.178	1.046	1.112
Asymp. Sig. (2-tailed)		.124	.224	.169

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.





ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการให้การพยาบาลด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ผ่าตัดช่องท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดเกิดความสนุกสนาน และรู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยจัดให้มีกิจกรรมการผ่อนคลาย (Relaxation) โดยการฝึกการหายใจ การบริหารร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นเตรียมก่อนผ่าตัด 2. ขั้นดำเนินการ และ 3. ขั้นประเมินผล

จำนวนผู้ป่วย	20 คน
สถานที่	ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลพบุรี
ระยะเวลา	ก่อนผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัด 3 วัน รวมระยะเวลา 4 วัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที
ผู้สอน	ดลชนา อิศริยกานันท์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วัตถุประสงค์ทั่วไป	ภายหลังได้รับโปรแกรมการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวัยรุ่น ผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดจะมีความสามารถดังนี้
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง</li><li>2. สามารถบริหารร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ</li><li>3. เกิดความสนุกสนาน รู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง</li></ol>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปวยวิจัยรุ่น</p> <p>- ผู้ปวยวิจัยรุ่นหลังผ่าตัดมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด</p> <p>- ผู้ปวยวิจัยรุ่นเกิดความสนุกสนาน รู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้วิจัยจะได้รับพร้อมทั้งขอความร่วมมือกับผู้ปวยวิจัยรุ่น และกล่าวนำเข้าสู่เนื้อหาการบริหารหลังผ่าตัด</p> <p>● การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดมี 3 วิธีดังนี้</p> <p>1. การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ 2. การบริหารร่างกาย 3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ซึ่งวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดทั้ง 3 วิธีนี้ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ยังทำให้ผู้ปวยเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และรู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทั้ง 3 วิธีนี้ผู้ปวย</p>	<p>ขั้นเตรียมก่อนผ่าตัด</p> <p>- เริ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปวยวิจัยรุ่นด้วยการสร้างความคุ้นเคย อธิบายวัตถุประสงค์ ให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการบริหารหลังผ่าตัด</p> <p>ขั้นดำเนินการ</p> <p>- ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดสำหรับผู้ปวยวิจัยรุ่นร่วมกับผู้ปวยวิจัยรุ่นเป็นรายบุคคล และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพร้อมทั้งฝึกทักษะกิจกรรมการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่ง</p>	<p>คู่มือการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับผู้ปวยวิจัยรุ่น หน้า 2-17</p>	<p>- ผู้ปวยวิจัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง</p> <p>- ผู้ปวยวิจัยรุ่นสามารถปฏิบัติกิจกรรมการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้องสม่ำเสมอ และมีความสนุกสนาน</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>ควรเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด ควรทำทุก 1-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมีอาการเวียน หน้ามืด มีความรู้สึกคล้ายจะเป็นลม ควรหยุดพักสักครู่แล้วค่อยเริ่มทำใหม่ วิธีบรรเทาความเจ็บปวด 3 วิธีนี้ในการทำแต่ละครั้งผู้ป่วยสามารถเลือกทำได้มากกว่า 1 วิธี และสามารถเลือกทำวิธีใดก่อนก็ได้</p> <p>1. การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ (Deep breathing)</p> <p>การฝึกการหายใจสามารถทำได้โดยการหายใจลึก ๆ ช้า ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพปริมาตรหายใจให้ได้มากที่สุด ดูกลมมีการขยายตัวเต็มที่ทำให้ไม่เกิดภาวะดูกลมปอดแฟบ ยังช่วยในการขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน มีขั้นตอนการฝึกการหายใจที่ไม่ยุ่งยาก และมีหลายกิจกรรมให้เลือกฝึกทำดังนี้</p>	<p>ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1. การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ 2. การบริหารร่างกาย 3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย โดยกิจกรรมการฝึกการหายใจบูรณาการแนวคิดการเล่นเข้ามาในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการฝึกการหายใจ และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความรู้สึกเจ็บปวด พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยรุ่นเลือกกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกลึกลับอิสระในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง</p>	<p>คู่มือการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวิจัยรุ่นหน้า 2</p>	<p>เพลิดเพลิน รู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>ควรเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด ควรทำทุก 1-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมีอาการเวียน หน้ามืด มีความรู้สึกคล้ายจะเป็นลม ควรหยุดพักสักครู่แล้วค่อยเริ่มทำใหม่ วิธีบรรเทาความเจ็บปวด 3 วิธีนี้ในการทำแต่ละครั้งผู้ป่วยสามารถเลือกทำได้มากกว่า 1 วิธี และสามารถเลือกทำวิธีใดก่อนก็ได้</p> <p>1. การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ (Deep breathing)</p> <p>การฝึกการหายใจสามารถทำได้โดยการหายใจลึก ๆ ช้า ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพปริมาตรหายใจให้ได้มากที่สุด ดึงลมมีการขยายตัวเต็มที่ทำให้ไม่เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ ยังช่วยในการขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน มีขั้นตอนการฝึกการหายใจที่ไม่ยุ่งยาก และมีหลายกิจกรรมให้เลือกฝึกทำดังนี้</p>	<p>ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1. การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ 2. การบริหารร่างกาย 3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย โดยกิจกรรมการฝึกการหายใจบูรณาการแนวคิดการเล่นเข้ามาในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลินในการฝึกการหายใจ และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความรู้สึกเจ็บปวด พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยช่วยเลือกกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกละเอียดในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง</p>	<p>คู่มือการบริหารหลังผ่าตัดสำหรับวัยรุ่นหน้า 2</p>	<p>เพลิดเพลิน รู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเอง</p>



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>- การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เริ่มต้นด้วยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้า ๆ ทางปากจำนวน 5 ครั้ง และอาจเพิ่มได้ถึง 10 ครั้งในระยะหลัง</li> <li>2. สูดลมหายใจเข้าปอดให้เต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 3 วินาทีแล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ โดยขณะที่หายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก หายใจออกบริเวณหน้าท้องจะแฟบ</li> <li>3. ขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ให้ผู้ป่วยอ้าปากและเป่าลมออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง โดยเป่าลมตรงบริเวณสีน้ำที่หยดไว้ในกระดาษ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเป่าสีน้ำให้เป็นรูปต่าง ๆ ตามที่ต้องการได้</li> </ol> <p>- การให้หลอดเป่าน้ำสบู่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เริ่มจากการหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้า ๆ ทางปากจำนวน 5 ครั้ง และอาจเพิ่มขึ้นถึง 10 ครั้งได้ในระยะหลัง</li> </ol>		<p>คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดสำหรับ วัยรุ่นหน้า 3</p> <p>คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดสำหรับ วัยรุ่นหน้า 4</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>3. ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ให้ผู้ป่วยอ้าปากและเป่าลมออกจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง โดยเป่าลมผ่านหลอดที่ใช้เป่าน้ำในขวด โดยเป่าให้เป็นฟองอากาศในขวด ขณะทำจะได้ยินเสียงเป่าควบคู่กันด้วย</p> <p>- การไอ</p> <p>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 30° (หรือให้นอนศีรษะสูง 45° - 60°)</p> <p>3. ใช้มือทั้งสองข้างวางหรือประสานกันบนบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยประคองแผลผ่าตัด หรือถ้าแผลผ่าตัดกว้างมาก แนะนำให้ผู้ป่วยใช้หมอนหรือผ้าห่มพับเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาดกว้างกว่าแผลผ่าตัด วางผ้าที่บนแผลผ่าตัดโดยใช้มือทั้งสองข้างพุงหมอนหรือผ้าห่มไว้ จะช่วยลดการ拉扯ที่ของแผลผ่าตัดได้ช่วยลดความเจ็บปวดได้</p>		<p>คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดสำหรับ วัยรุ่นหน้า 6-7</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>4. หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้า ๆ ทางปากจำนวน 5 ครั้ง และอาจเพิ่มได้ถึง 10 ครั้งในระยะหลัง</p> <p>4. สูดลมหายใจเข้าทางปอดเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 3 วินาทีแล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ โดยขณะที่หายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก หายใจออกบริเวณหน้าท้องจะแฟบ</p> <p>5. ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะออกมา</p> <p>● การบริหารร่างกาย เป็นการช่วยการเคลื่อนไหวของร่างกายบริเวณข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย และเสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ อวัยวะต่าง ๆ ให้กลับมาทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนการบริหารร่างกายที่สามารถทำได้ง่าย ๆ ดังนี้</p>		คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดหน้า 8	



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>ติดกับพื้นนอน</p> <p>3. ยกกันขึ้นช้า ๆ ไปด้านใดด้านหนึ่ง (ซ้ายหรือขวา)</p> <p>4. ใช้มืออีกข้างจับขอบเตียง หรือไม้กันเตียงด้านตรงข้ามกับลำตัวของผู้ป่วย</p> <p>5. งอเข่าด้านนอก และขาด้านในเหยียดตรง</p> <p>6. พลิกตะแคงตัวไปทางด้านที่ใช้มือจับขอบเตียงช้า ๆ โดยขาและเข่าบนงอขณะพลิกตัว</p> <p>- การนั่ง และการลุกเดิน</p> <p>1. นอนศีรษะสูง 45°- 60° ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการวิงเวียน หน้ามืด จะเป็นลม ให้นอนพักจนกว่าอาการต่าง ๆ จะทุเลาลง</p> <p>2. ให้นั่งหรือขาข้างเดียว โดยขณะนั่งให้หลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเท้า ให้ผู้ป่วยแกว่งขาทั้งสองข้างสลับกัน</p> <p>3. ให้ผู้ป่วยวิจัยุ่นค่อย ๆ ลุกจากเตียง โดยให้ผู้ป่วย</p>		<p>คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดสำหรับ วัยรุ่นหน้า 13-14</p> <p>คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดหน้า 15- 17</p>	



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>ยืนข้างเตียง หากรู้สึกวิงเวียน หน้ามืด จะเป็นลม ให้นั่งพักสักครูให้อาการทุเลาลง</p> <p>4. หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเดินรอบ ๆ เตียงเป็นระยะสั้น ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะทางในการเดิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เป็นวิธีที่จะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้นักรควบคุมของร่างกายส่วนต่าง ๆ คลายตัวลง และมีส่วนช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ด้วย ซึ่งมีขั้นตอนการฝึกที่ไม่ยุ่งยากดังนี้</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เริ่มสูดหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทำซ้ำประมาณ 3 ครั้ง</li> <li>2. เริ่มสูดหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับชีปลายเท้าลงทั้ง 2 ข้าง และเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณเท้าไว้ ต่อจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับคลายการเกร็งเท้า แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำซ้ำ 2 ครั้ง สูดลมหายใจ</li> </ol>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>ใจเข้าช้า ๆ พร้อมกับกระดูกปลายเท้าขึ้น และเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณน่องไว้ ต่อจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับการคลายกล้ามเนื้อบริเวณน่อง แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำซ้ำ 2 ครั้ง</p> <p>3. สูดลมหายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกำมือทั้งสองข้างให้แน่นและเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณมือไว้ ต่อจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับการคลายการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณมือ และคลายมือออก แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำซ้ำ 2 ครั้ง</p> <p>4. สูดลมหายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกำมือและกระดูกข้อมือขึ้นตรงส่วนข้อมือ เกร็งข้อมือและกล้ามเนื้อแขนไว้ ต่อจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับการคลายการเกร็งกล้ามเนื้อแขนและข้อมือ แล้วปล่อยตัวตามสบาย</p> <p>5. สูดลมหายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกับหลับตาให้แน่น เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณรอบตาไว้ ต่อจากนั้นค่อย ๆ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
	<p>ผ่อนคลายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อรอบตา แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำซ้ำ 2 ครั้ง</p> <p>6. สูดลมหายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกับกัดฟันให้แน่นที่สุดเท่าที่จะทำได้ เกร็งไว้ แล้วค่อยคลายการกัดฟัน ต่อจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก แล้วปล่อยตัวตามสบายทำซ้ำ 2 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดแฟบ ปอดบวม หรือปอดอักเสบภายหลังผ่าตัด</li> <li>- ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดแน่นท้อง</li> <li>- ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ตกเลือด เส้นเลือดดำอักเสบจากการอุดตัน</li> <li>- การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดมีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีหนองหรือน้ำเหลือง</li> </ul> </li> </ul>		คู่มือการบริหาร หลังผ่าตัดหน้า 18	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการเรียนรู้การสอน	การประเมินผล
	<p>มีไข้ แผลแยก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเครียด วิตกกังวลด้านจิตใจ มีผลทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบายทางร่างกายมากขึ้น</li> </ul> <p>● การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แผลผ่าตัดที่ตัดใหม่แล้ว ถ้าแผลติดดีสามารถอาบน้ำได้ ถ้ามีแผลอักเสบ บวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีก่อนถึงวันนัด</li> <li>- อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก และผลไม้</li> <li>- ควรงดการออกกำลังกาย หรือยกของหนัก เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการเกิดแผลแยกหลังผ่าตัด</li> <li>- รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>- สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดมี</li> </ul>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการเรียนการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุนตามารถปฏิบัติกิจกรรมการบริหารหลังผ่าตัดได้ถูกต้องสม่ำเสมอและมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุน</p>	<p>หนอง ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที อย่าลืมมาตรวจให้ตรงตามแพทย์นัด</p> <p>ประเมินความสามารถในการฝึกการบริหารหลังผ่าตัดในเรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกการหายใจ</li> <li>- การออกกำลังกายขาทั้งสองข้าง</li> <li>- การพลิกตะแคงตัว</li> <li>- การนั่งและการลุกเดิน</li> <li>- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย</li> </ul>	<p>ชั้นประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังจากให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยวัยรุนมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติได้ตามคู่มือการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยแจกให้</li> </ul>	<p>แบบกำกับความสามารถในการฝึกการบริหารหลังผ่าตัด หน้า 19</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ</p>



คู่มือ

# การขีธาการวการขลวว่าตด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย นางสาวตลณษา อธิภาณันท์  
นิสิตหลักสูตรอนาชาตศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะอนาชาตศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร.วิณา อธิภาณณ์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด	1
การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อขกรเทาความเจ็บปวด	
◆ การผ่อนคลายโดยกาฝึกหายใจ	2
◆ การเข้าน้ำลวบนกระตาศ	3
◆ การใช้หลอดเข้าน้ำสบู่	4
◆ การใช้หลอดเข้าน้ำในขวด	5
◆ การไอ	6
◆ การบริหารก้าวกาอ	8
◆ การองกตำลิวาหัวสองข้าง	8
◆ การบลิทตะแควตัว	11
◆ การนั้ว และการลุกเดิน	13
◆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วก้าวกาอ	15
◆ การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน	21
◆ แขนงำกับความสามารถในการฝึกบริหารหลังผ่าตัด	22



บทนำ

สวัสดีค่ะ เปรมาภุชิววิภากรปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การ  
บริหารภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีประโยชน์ ช่วยป้องกันกาเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยัง  
ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และรู้สึกอิสระในการ  
เลือกรำดับการทำงานกิจกรรมด้วยตนเองอีกด้วยค่ะ

ผดองรัฐ อินทธี. (2537). "การจัดการเล่นของเด็กป่วยใน  
โรงพยาบาล". อภิธานของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อกาเจริญ  
เติบโตและพัฒนาการของเด็ก. กรุงเทพฯ : คุรุเรื่อง  
กรรม.

นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด  
และหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่ : คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Whaley, L.F. and Wong, D.L. (1995). Nursing care of  
infants and children. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis : The CV  
Mosby Co.






สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

- ❖ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดแฟบ
- ❖ ปอดขวม หรือปอดอักเสบภายหลังผ่าตัด
- ❖ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดแน่นท้อง
- ❖ ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ตกเลือด เส้นเลือดดำอักเสบจากการอุดตัน
- ❖ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดมีอากาขวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีหนองหรือน้ำเหลือง มีไข้ แผลแยก
- ❖ ความเครียด วิตกกังวลลดงานจิตใจ มีผลทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายอาหารการกินมากขึ้น



กิจกรรมการพยาบาล หลังผ่าตัด	วัตถุประสงค์	บุร	บทคัดย่อ	ผู้ทำ	เวลา	วันที่
 - หายใจเข้า กระดกข้อมือขึ้น แล้วแกว่ง						
 - หายใจเข้า หลับตาให้แน่น แก้วกลัมน้ำยิบเวอนตา						
 - หายใจเข้า กัดมันให้แน่น ตอนลมหายใจออกก้าวปาก						



กิจกรรมการบริหาร หลังผ่าตัด	อัตรา	นุง	นฤหัส	ตุ๊ก	เสา	อาทิตย์
 <p>- ใช้อุปกรณ์น้ำหนัก กระตุ้นกล้ามเนื้อ แขนแล้วเกร็งกล้ามเนื้อ</p>						
 <p>- ปล่อยตัวตาม สบาย</p>						
 <p>- กำมือทั้งสองข้าง แล้วเกร็ง</p>						
 <p>- ปล่อยมือ ปล่อย ตัวตามสบาย</p>						

### การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อขยับร่างกายความเจ็บปวด




มี 3 วิธีด้วยกันคือ 1. การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ 2. การบริหารร่างกาย 3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายซึ่งวิธีขยับร่างกายความเจ็บปวดทั้ง 3 วิธีนี้ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อีกทั้งยังทำให้ท่านเกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน และรู้สึกอิสระในการเลือกลำดับการทำกิจกรรมด้วยตนเองด้วยวิธีทั้ง 3 วิธีนี้ท่านควรเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด ควรทำทุก 1-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากท่านมีอาการเวียน หน้ามืด มีความรู้สึกอ่อนจะเป็นลม ควรหยุดพักสักครู่แล้วค่อยเริ่มทำใหม่ วิธีขยับร่างกายความเจ็บปวด 3 วิธีนี้ ในการทำแต่ละครั้งท่านสามารถเลือกทำได้มากกว่า 1 วิธี และสามารถเลือกทำวิธีใดก่อนก็ได้



๑ การผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ (Deep breathing)  
การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ เป็นการหายใจที่มีประสิทธิภาพทำให้ได้ปริมาณการหายใจมากที่สุด การผสมใจมีการหายใจตัวได้เต็มที่ ทำให้ไม่เกิดภาวะปวดลมปอดแพบ อีกทั้งยังช่วยในการขับเสมหะออกได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน ซึ่งมีส่วนต่อการฝึกการหายใจที่ไม่อึดอัด และมีหลายวิธีให้เลือกฝึกทำดังนี้





1. เริ่มต้นให้ทำนหาอใจเจ้าตึก ๆ จ้า ๆ ผ่านทางจมูก และหาอใจของกจ้า ๆ ทาวปากจำนวน 5 คิ้ว อาจเพิ่มได้ถึง 10 คิ้วในกระชลั้ว
2. สูดลมหาอใจเจ้าปอดให้เต็มที แล้วกลืนหาอใจไว้ประมาณ 3 วินาที แล้วผอช ๆ ผ่อนลมหาอใจของกจ้า ๆ โดยขณะที่หาอใจเจ้าขบริเวณหน้าทอจะเป็วออก หาอใจของกขบริเวณหน้าทอจะแปบ
3. ขณะที่หาอใจเจ้าคิ้วสุดท้อ ให้ทำนอ้าปากและเป่าลมออกมาจากส่วนตึกของรล้าผอ 1-2 คิ้ว โดยเป่าลมตรงขบริเวณสีน้ำที่ขอลไว้ในกระดาษ ซึ่งทำนสามารถเป่าสีน้ำให้เป็นรูปต้าว ๆ ตามที่ต้อวการได้ผะ

กิจกรรมการขีหา หลั้วอ้าต้อ	อ้อดว	นุง	นฤหัส	ตุกร	เสว	อวท้อ
การน้อและการลุก เดิน  <p>- น้อห้อฮา แก้ว ทาท้อสอจ้าว</p>  <p>- เดินรอบเตือ</p> <p>การผ่อนดลอกล้าผ น้อท้อท้อวการ</p>  <p>- หาอใจเจ้ามอช ปลาเท้าลท้อ สอจ้าว แล้วเก็ว</p>						

กิจกรรมการบริหาร หลังผ่าตัด	อึดใจ	นุง	นฤหัส	ตุ๊ก	เสว	อาทิตย์
การออกกำลังทั่ว สอทั่ว - ออกกำลังกาย เขยือตา  - หมุนข้อเท้าตาม เขยือตา  - กระดกข้อเท้าขึ้น ลง  - งดเขยือข้อเท้า  - กาง-หุบข้อเท้า  การนวดตะแคงตัว						
						
						

๐ การใช้หลอดเป่าหน้าสบู่



1. เริ่มต้นให้ทำงานหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทรวงอก และ  
หายใจออกช้า ๆ ทวปากจำนวน 5 ครั้ง อาจเพิ่มได้ถึง 10 ครั้ง  
ในระยะหลัง
2. สูดลมหายใจเข้าปอดให้เต็มที่ แล้วกลืนหายใจไว้ประมาณ  
3 วินาที แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ โดยขณะที่หายใจ  
เข้าก็บริเวณหน้าท้องจะโป่งออก หายใจออกก็บริเวณหน้าท้อง  
จะแฟบ
3. ขณะที่หายใจเข้าลึกที่สุดทำอ ให้ทำงานเป่าลมผ่านหลอดที่  
ใช้เป่าหน้าสบู่ โดยเป่าหน้าสบู่ให้เป็นลมออกมาก ซึ่งทำงานสามารถ  
เป่าลมออกได้มีขนาดเล็ก-ใหญ่ได้ตามต้องการ



□ การใช้หลอดเป่าน้ำในขวด



แบบที่ 1 กับความสามารถในการฝึกการบริการหลังการขาย

หน้าที่งาน : ฝึกการทำเครื่องขยาย / ลวในชั่วโมงที่ทำงานทำการ  
 ฝึกการบริการหลังการขาย โดยการทำเครื่องขยาย / ในกิจกรรมที่ได้  
 ปฏิบัติจริงในวันนั้น

1. เริ่มต้นให้ทำงานหาข้อบกพร่องในเครื่อง ๗ ชั่วโมง ผ่านทางจุก และหาข้อบกพร่องในเครื่อง ๗ ชั่วโมง จำนวน 5 เครื่อง อาจเพิ่มได้ถึง 10 เครื่องในระยะเวลา
2. สูดลมหายใจเข้าปอดให้เต็มที่ แล้วกลืนหายใจไว้ประมาณ 3 วินาทีแล้วค่อย ๆ ปล่อยลมหายใจออก ๆ โดยขณะที่หายใจเข้าบริเวณหน้าท้องจะป่องออก หายใจออกบริเวณหน้าท้องจะแฟบ
3. ขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ให้ทำหน้าอกและเข้าลมออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง โดยเข้าลมผ่านหลอดที่ใส่เป่าน้ำในขวด โดยเข้าให้เป็นปองอากาศในขวด ขณะทำงานจะได้ยินเสียงเป่าลมขลุ่ยกันด้วยนะ

กิจกรรมการบริการหลังการขาย	อัตรา	บุร	บพวิศ	ตบ	เสก	อาทิตย์
การฝึกการหาข้อบกพร่อง - สูดลมหายใจเข้าปอดเต็มที่ แล้วกลืนหายใจแล้ว ปล่อยลมออก ๆ - ขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะป่องออก ขณะหายใจออกหน้าท้องจะแฟบ - ขณะหายใจเข้าครั้งสุดท้าย หน้าอกและเข้าลมออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง						

### การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

- แผลผ่าตัดที่ตัดไหมแล้ว ถ้าแผลติดดีสามารถอาบน้ำได้  
ถ้ามีแผลอักเสบ ขวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด ให้รีบมาพบ  
แพทย์ทันทีก่อนถึงวันนัด
- อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่า  
สูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก และผลไม้
- ควรงดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายหนัก เป็นเวลา 6  
สัปดาห์ เพื่อป้องกันกาเกิดแผลแยกหลังผ่าตัด
- รับประทานอาหารตามแผนการรักษามือแพทย์
- สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดมีหนอง ตอหรือข  
มาพบแพทย์ทันที
- อย่าลืมมาตรวจให้ตรงตามแพทย์นัด



### ๑ การไอ



1. นอนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 30° หรือนอนศีรษะสูง  
45° - 60°
2. ใช้มือทั้งสองข้างวางหรือประสานกันบนแผลผ่าตัด เมื่อ  
ช่วยระดมแผลผ่าตัด หรือถ้าแผลผ่าตัดกว้างมาก แนะนำ  
ให้ใช้หมอนหรือผ้าห่มจับเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาดใหญ่กว่า  
กว่าแผลผ่าตัด วางด้านบนบนแผลผ่าตัดโดยใช้มือทั้งสองข้าง  
นอกรหมอนหรือผ้าห่มไว้ จะช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผล  
ผ่าตัดช่วยลดความเจ็บปวดได้เช่นกันคะ

สถาบันวิทย  
จุฬาลงกรณ์ม



- 3. หายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทวารขมุกและหายใจออกช้า ๆ ทวารปากจำนวน 5 ครั้ง อาจเพิ่มได้ถึง 10 ครั้งในระยะหลัง
- 4. สุดลมหายใจเข้าทวารปอดให้เต็มที แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 3 วินาที แล้วผ่อน ๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ โดยขณะที่หายใจเข้าบริเวณหน้าท้องจะโป่งออก หายใจออกบริเวณหน้าท้องจะแฟบ
- 5. ขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ให้ทำหน้าปากและโอบอกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เมื่อช่วยจับเสมหะออกมา



6. สุดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ น้อมก้นกลับตาให้แน่น



เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณตาไว้ ต่อจากนั้นผ่อน ๆ ผ่อนลมหายใจออก น้อมก้นกลับตาเกร็งกล้ามเนื้อรอบตา แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำซ้ำ 2 ครั้ง



7. สุดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ น้อมก้นกอดมันให้แน่นที่สุดเท่าที่จะทำได้ เกร็งไว้แล้วผ่อนคลายกอดมัน



ต่อจากนั้นผ่อน ๆ ผ่อนลมหายใจออกทวารปาก แล้วปล่อยตัวตามสบายทำซ้ำ 2 ครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





5. สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ  
น้อมท่ามือและกระดูกข้อมือขึ้น  
ตรงส่วนข้อมือ



เกร็งข้อมือและกล้ามเนื้อแขนไว้



ต่อนั้นนวดข้อ ๆ นอนลมหายใจ  
ออก น้อมกับท่าคลายการเกร็ง  
กล้ามเนื้อแขนและข้อมือ แล้ว  
ปล่อยตัวตามสบาย ทำซ้ำ 2 ครั้ง

๑ การบริหารก้าวก้าว

เป็นการช่วยการเคลื่อนไหวของก้าวก้าวขบิเวณข้อต่อ ปกัษ  
ปรุขสมดุคการทงวต้วองก้าวก้าว เสริมสร้างการท้วานอง  
กล้ามเนื้อ และข้อต่อเสริมอวัยวะต่าง ๆ ของก้าวก้าวให้กลับ  
ทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ซึ่วมีขั้นตอนการขบิการก้าวก้าว  
ที่สามารถทำได้ว้อดัวนี้

๑ การงอกร่าลัวขาทั้งสองข้าง



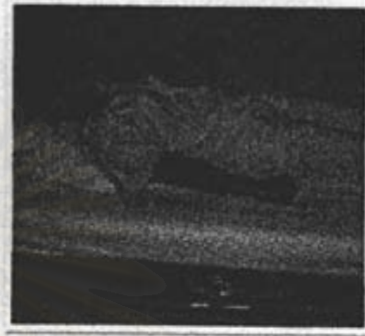
1. นอนหงายขาขบิองนอนตึงขะสุด ขาเหยื่อตถว
2. ออกันขาขบิอง วอเท้า (ข้อหรือวอ) ออกขาขบิองสูงจากที่นอน  
เท้าที่จะทำได
3. นอนเหยื่อตาถวข้อ ๆ ววลวบนที่นอน

สถาบันวิทย  
จุฬาลงกรณ์

4. หมุนข้อเท้าตามเข็มนาฬิกา

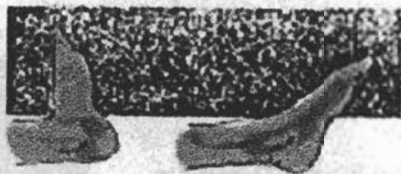


Clockwise fashion  
(หมุนข้อเท้าตามเข็มนาฬิกา)



4. สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ  
น้อมท่ามือท้าว 2 นิ้วชี้แน่น

5. กระดกนิ้วเท้าขึ้นและลง



Dorsi-flexion Plantar flexion  
(การยกข้อเท้าขึ้น กระดกข้อเท้าลง)



และแกว่งกล้ามเนื้อขาก่อนมือไว้



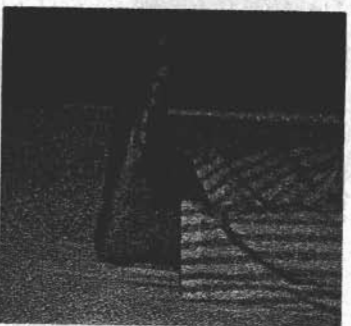
ต่อจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก น้อมท้าวปลายการแกว่ง  
กล้ามเนื้อขาก่อนมือและปลายมือ  
ออก แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำ  
ซ้ำ 2 ครั้ง

สถาบันวิทย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





3. สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ  
พร้อมกับกระดกปลายเท้าขึ้นทำ  
2 นิ้ว

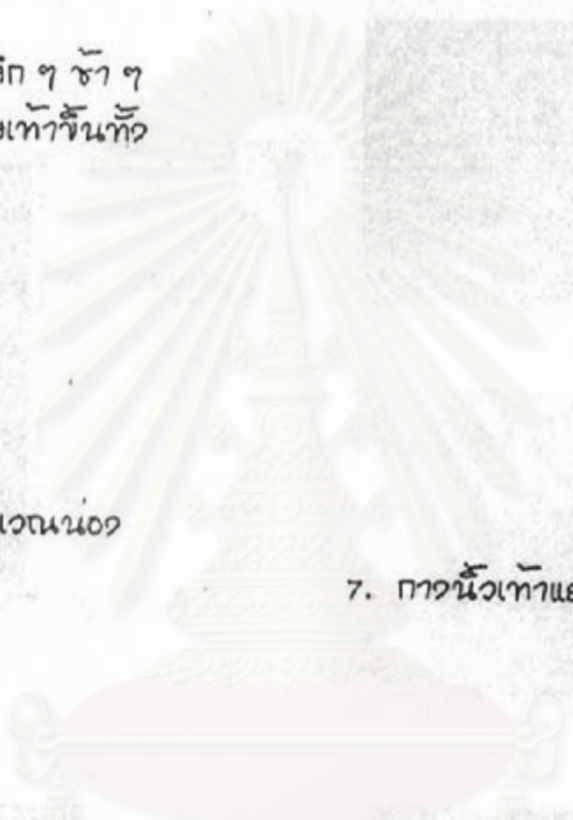


และเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณน่อง  
ไว้



ต่อนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจ  
ออก พร้อมกับกดปลายเท้าลง  
บริเวณน่อง แล้วปล่อยตัว  
ตามสบายทำซ้ำ 2 ครั้ง

### 6. เหยียดนิ้วเท้าและวงนิ้วเท้า



### 7. กางนิ้วเท้าแยกออกจากกันและหุบนิ้วเท้าเข้าหากัน



ใช้เท้ารองเท้าไว้ 5-10 ครั้งในแต่ละท่า โดยทำทุก 1-2 ชั่วโมง  
ในขณะที่ท่านยืนนอน หรือเริ่มทำทันทีที่ท่านรู้สึกตัวดีแล้ว  
อย่าติด

□ การปลูกตะแควตัว



1. นอนหวายอาบเหงื่อถึงศีรษะแล้วก็นอน
2. ให้วามมือทั้งสองข้างบนบริเวณแผลผ่าตัด เมื่อปวดหรือบวมแผลผ่าตัดก่อนมีกาเคลื่อนไหว
3. วามทั้งสองข้างงอมนกันและเท้าทั้งสองข้างอันติดกับที่นอน
4. ออกกันจันช้า ๆ ไปด้วยใจดีอันหนึ่ง (ช้าหรือหวา)



2. เริ่มสูดหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ  
งอมนกับข้อเข่านิ้วเท้าขวา 2  
นิ้ว



และแกว่งกลามเนื้อบริเวณเท้าไว้



ต่อนั้นดออส ๆ ผ่อนลมหายใจ  
ออก น้อมกับผลาอกการแกว่ง  
เท้า แล้วปล่อยตัวตามสบาย ทำ  
ซ้ำ 2 ครั้ง

□ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย  
(progressive relaxation)

เป็นวิธีที่จะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถ  
ควบคุมส่วนต่าง ๆ ให้คลายตัวได้ และมีส่วนช่วยลดความเจ็บ  
ปวดหลังที่ติดได้ด้วยนะ ซึ่งจะมีขั้นตอนการฝึกที่ไม่ยุ่งยาก  
สามารถฝึกเองได้ดังนี้



1. เริ่มสุดหาข้อเท้าเล็ก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่อนคลายข้อของข้อเท้า ๆ ทำ  
ซ้ำประมาณ 3 ครั้ง

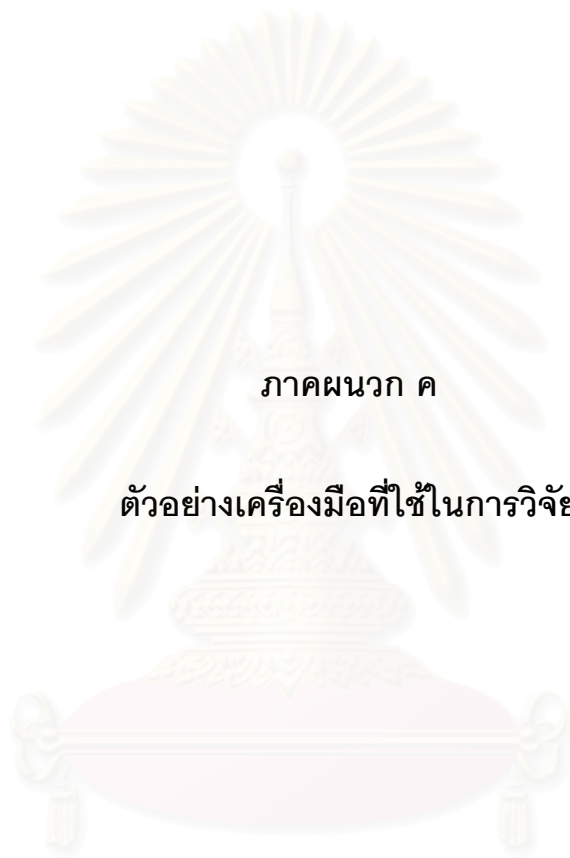


- 5. ใช้มือซ้ายของบเทือว หรือไม้กั้นเตือวด้านตกรวข้ามกับตัวผู้ป่วอ
- 6. วอเข้าด้านนอก และวาด้านในเหยืออตกรว
- 7. นลิกตะแเดวตัวไปทาด้านที่ใช่มืออชของบเทือวซ้ำ ๆ โดอ  
วาและเข้าชนวอวณะนลิกตัว

ศูนย์บริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย







ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





**ด้านที่ 3** จำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัด : บันทึกจำนวนการครั้งการลุกเดินใน 1 วัน

หลังผ่าตัดวันที่	จำนวนครั้งของการลุกเดิน
1	
2	
3	

**ด้านที่ 4** ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด : อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	เกิด	ไม่เกิด	หมายเหตุ
1. ระบบทางเดินหายใจ			
2. อวัยวะทางเดินอาหาร			
3. ระบบไหลเวียนเลือด			
4. การติดเชื้อของแผลผ่าตัด			
5. ภาวะไข้			
6. อื่น ๆ			
<b>รวม</b>			

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดลนชา อิศริยานันท์ เกิดวันที่ 28 เมษายน 2518 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2540 และเข้ารับการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย