

ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON SYMPTOM CLUSTER
IN POSTOPERATIVE GYNECOLOGY PATIENTS

Mrs. Anchana Witwattanagoon



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
โดย	นางอัษฎนา วิชชพัฒนางกูร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

อัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร : ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช (THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON SYMPTOM CLUSTER IN POSTOPERATIVE GYNECOLOGY PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 172 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้แนวความคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม 3) การกำกับติดตามการปฏิบัติกิจกรรม 4) ประเมินผลการปฏิบัติเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้ แบบบันทึกทางคลินิก แบบบันทึกส่วนบุคคล และ แบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค เท่ากับ .85 เปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577230636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ABDOMINAL GYNECOLOGIC SURGERIES / SYMPTOM CLUSTER / COACHING

ANCHANA WITWATTANANGOON: THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON SYMPTOM CLUSTER IN POSTOPERATIVE GYNECOLOGY PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 172 pp.

The purpose of this quasi-experimental study was aimed to compare symptom cluster between postoperative gynecologic surgery patients to received coaching program and those received routine nursing care. Subjects were 40 female patients aged 20-50 years undergoing abdominal gynecologic selected by a convenience sampling. Subjects were equally divided into a control group and an experimental group, 20 for each group. Participants were matched by age, surgical experience and type of surgery. The control group received routine nursing care while the experimental group received the coaching program. The program consisted of four steps : 1) An assessment and analysis of a problem, 2) Practice planning, 3) Training protocol, and 4) An evaluation. Instrument were clinical data record, personal information record, Coaching program and a symptom cluster questionnaire. Content validity was tested and reliability Cronbach's alpha coefficients of the symptom cluster questionnaire was at .85 .The statistical techniques used in data analysis were descriptive and repeated measures ANOVA.

Major findings were as follows:

1. Post-test score mean of severity of symptom cluster in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < 0.05$).
2. Post-tests core mean of frequency of symptom cluster in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < 0.05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์และมีค่าอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการใช้สถิติที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราชทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ช่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและเป็นกำลังสำคัญยิ่ง ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบคุณ พี่ น้อง เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา และสมาชิกครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆด้านจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนามไว้ในที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช.....	18
2. แนวคิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช.....	28
3. กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช.....	36
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนแนะ.....	68
5. โปรแกรมการสอนแนะ.....	75
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	76

7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	79
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	80
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	80
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	85
การเก็บรวบรวมข้อมูล	92
วิธีดำเนินการทดลอง.....	93
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	99
การวิเคราะห์ข้อมูล	100
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	111
สรุปผลการวิจัย.....	114
อภิปรายผลการวิจัย.....	114
ข้อเสนอแนะ	118
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	118
รายการอ้างอิง	119
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	130
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลวิจัย และเอกสารเพื่อขอผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	132
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..	138
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	144
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	172

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ประวัติผ่าตัดและชนิดของการผ่าตัด.....	84
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แบบระยะเวลา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัวและข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัด ประสพการณ์การผ่าตัด.....	103
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แบบระยะเวลา จำแนกตามโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด	105
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 40).....	106
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความถี่เฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 40)	108
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	109

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 The theory of unpleasant symptoms model.....	32
แผนภาพที่ 2 ผลของความกังวล ความปวด และ นอนไม่หลับ	41
แผนภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง	68
แผนภาพที่ 4 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงเฉลี่ย ของกลุ่มอาการ ภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	108
แผนภาพที่ 5 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความถี่เฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลัง การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม	110

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางนรีเวชที่พบบ่อยได้แก่ เนื้องอกมดลูก ถุงน้ำรังไข่ มะเร็งของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ฝีม่อน หรือ ครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นต้น (Hillard, 1992; Wood et al., 1995) สำหรับแนวทางการรักษาทางนรีเวชโดยภาพรวมนั้น จะพิจารณารักษาจากโรคและอาการเป็นหลัก ตั้งแต่การรักษาทางยา การแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฉีดวัคซีนป้องกัน และการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรครูปแบบหนึ่งที่มีการตัดส่วนที่เป็นโรค หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีอื่น และมีแนวโน้มที่จะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นการแก้ไขสาเหตุของโรคที่ได้ผลดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ ภายหลังการผ่าตัด (Wasunna & Lett, 2003)

การผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช ถือเป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยทางนรีเวชกรรม โดยเฉพาะโรงพยาบาลตติยภูมิ จากสถิติผู้เข้ารับบริการทางคลินิกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ครอบคลุมโรงพยาบาลอำเภอ 23 โรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2556 ถึง 2558 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมทั้งหมด มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 31.2 33.17 และ 34.8 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยอายุระหว่าง 30-55 ปี การผ่าตัดมดลูก เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวชที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 26 (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2558)

แม้ว่าในปัจจุบันการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคทางนรีเวชที่เกี่ยวกับอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน จะมีวิธีการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง ซึ่งทำให้เกิดการบอบช้ำของเนื้อเยื่อน้อยลง และเกิดการสูญเสียเลือดในปริมาณน้อยมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดส่วนใหญ่ยังคงได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (exploratory laparotomy) เพื่อรักษาโรคที่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด (จวง เผือกคง, 2550) อาการท้องอืด (กนกวรรณ บุญวิทยา, 2548 ; ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ, 2552) อาการนอนไม่หลับ (ปิรันธน์ ลิขิตกำจร, 2546) และอาการอ่อนล้า (พรธณินภา ธรรมวิรัช, ประอรนุช ตุลยาทร และจินดา อุไรรัตน์. 2540; เสาวลักษณ์ บุรณะสัมฤทธิ์, 2552)

อาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม จากการศึกษาที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ ซึ่ง

อาการสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ โดยแต่ละอาการจะมีหลายมิติ สามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการ และสามารถแยกจากกันได้อย่างชัดเจน แต่ด้วยระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงต่อกัน เมื่อเกิดอาการใดอาการหนึ่งขึ้น จะเป็นปัจจัยกระตุ้น เหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆตามมา หรือส่งเสริมให้อาการอื่นๆที่เกิดขึ้นแล้วมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Lenz et al,1997) เมื่อมีอาการเกิดร่วมกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปและอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน ทั้งที่มีสาเหตุของการเกิดอาการเดียวกันหรือไม่ก็ได้ นักวิชาการทางการแพทย์จึงเรียกว่า"กลุ่มอาการ" (Symptom Cluster)

ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ภายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาของตะวัน แสงสุวรรณ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด กลุ่มอาการที่พบ ได้แก่ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด อยู่ในระดับมาก (\bar{x} =15.79, 12.54 และ 9.67) อาการนอนไม่หลับ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =11.85, 9.49 และ 6.97) ความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =11.16, 8.54, และ 5.52) อาการอ่อนล้า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =9.46, 7.88 และ 6.14) ส่วนอาการท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (\bar{x} =6.42, 7.53 และ 7.60) ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน จึงเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ว่า กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง และพบว่ากลุ่มอาการหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ป่วยที่ปวดแผลผ่าตัดรุนแรง ท้องอืดมาก อ่อนเพลียมาก มีความวิตกกังวลมาก ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้าลงร้อยละ 24.9 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ในช่วง 1-3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดลดลง

อาการปวดแผลผ่าตัดเป็นอาการปวดแบบเฉียบพลัน มีระดับความรุนแรงร้อยละ 40 - 70 (วิจิตรา กุสุมภ์ , 2546) ในระยะ 12 - 36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546) เกิดจากการถูกทำลายของเส้นเลือดและเส้นประสาท มีการดึงรั้ง และหดรัดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณผ่าตัด (Barrett, 1993 ; Davey, 1994) ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลง เกิดการคั่งของกรดแลคติก โดยปลายประสาทความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้น สมองจะกระตุ้นร้าวทางอารมณ์ รวมทั้งตอบสนองต่อความเจ็บปวด จึงทำให้เกิดจากการที่ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหว เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวด ผู้ป่วยจะหายใจตื้นๆ และไอได้ไม่เต็มที่ ทำให้ประสิทธิภาพในการระบายอากาศไม่มีเพียงพอ เกิด

ภาวะปอดแฟบ ร้อยละ 20 และภาวะปอดอักเสบร้อยละ 9 (ลักษมี ชาญเวซซ์, 2546 ; รักชนก ชูเชียน, 2551)

ส่วนอาการท้องอืดเกิดจากการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหลังผ่าตัด (Torrance and Serginson, 1997) จากผลของยา ระบุความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้แก๊สคั่งค้างอยู่ในกระเพาะอาหารไม่สามารถขับออกมาได้ ผู้ป่วยจะมีอาการ แน่นอืดอัด ปวดท้อง ซึ่งอาการท้องอืด จะพบใน 8-40 ชั่วโมงหลังผ่าตัดร้อยละ 62.4 (กนกวรรณ บุญวิทยา, 2548)

อาการอ่อนล้าในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 62 และ ร้อยละ 56 ตามลำดับ (ชีนา บุญนาค, 2547) เกิดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัด จาก การทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนเลือดลดลง เป็นผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ (Rubin, Cleare, & Hotope, 2004) การที่ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวนานๆ จะส่งผล ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เมื่อกล้ามเนื้อขาดการกระตุ้นจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อ สูญเสียหน้าที่ (Nail, 1999) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า ได้แก่ ความผิดปกติของความ เข้มข้นของเม็ดเลือด และค่าอิเล็กโทรไลต์ จากการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย เสียหน้าที่ การติดเชื้อ ภาวะไข้ อาการปวดแผลผ่าตัด และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลจากอาการ อ่อนล้าหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ระบบทางเดินหายใจ การ ไหลเวียนเลือด และการย่อยอาหาร ส่งผลต่อระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานขึ้น

อาการนอนไม่หลับภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบได้ร้อยละ 46 (Alkaissi , 2004) มีสาเหตุมาจากอาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด และวิตกกังวล ในสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่กับอาการ หลายอย่างพร้อมกัน และหากอาการเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไขที่ดี อาจทำให้อาการนอนไม่หลับ รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย (Munson, 2000) การสร้างพลังงานเพื่อใช้ในการทำงานของ ระบบต่างๆของร่างกายลดลง จากกลไกการป้องกันตัว และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำงานไม่มี ประสิทธิภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และมีการหลั่ง catecholamines, glucagon และ cortisol มากขึ้น ซึ่งจะรบกวนการทำงานของ melatonin ยับยั้งการสังเคราะห์ โพรตีน เป็นการรบกวนกระบวนการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อ (Carlson, 1995)

ส่วนอาการทางจิตใจนั้น ผู้ป่วยที่ผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลตั้งแต่รับทราบถึงวิธีการรักษา แม้ว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชจะไม่ได้ทำให้ลักษณะภายนอกร่างกายเปลี่ยนแปลง แต่ ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อหน้าที่ร่างกายว่าไม่สามารถทำงานหนักได้ (พรรณิภา ธรรมวิรัชและคณะ, 2540)

เมื่อถูกตัดมดลูกและรังไข่ซึ่งถือว่าเป็นเอกลักษณ์ความเป็นเพศหญิง มีผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ เป็นผลให้ภาพลักษณ์นั้นผิดไปจากเดิม (ตุลาชินี ธรรมสมบูรณ์, 2549) ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สาเหตุจากความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัด กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญหลังผ่าตัด และผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยา ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลกระทบภายหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Barsevick, Whitmer, Nail Beck & Dudley, 2006) ส่งผลลบด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งบทบาทการดำเนินชีวิตในการทำหน้าที่ทางสังคม (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชในปัจจุบัน ให้ความสำคัญต่อการพยาบาลเพื่อแก้ไขตามอาการ และเป็นการบำบัดเพียงอาการเดียวเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาการปวดแผล ดูแลให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษา อาการท้องอืด ให้น้ำและอาหาร ดูแลเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) รับประทานขี้ลมหากมีภาวะท้องอืด อาการอ่อนล้า บำบัดโดยการพักผ่อนและนอนหลับ ส่วนอาการนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล บำบัดโดยการได้รับยานอนหลับตามการรักษาของแพทย์หรือใช้เทคนิคของการผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง การฝึกสมาธิ โดยที่อาการเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับยังไม่มีแนวทางในการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์ในการบรรเทาอาการที่ชัดเจน (วริศรา ท่าหิน, 2551)

การจัดการต่อกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 – พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชในประเทศไทยที่ผ่านมา ผลการสืบค้นพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการบำบัดอาการเดียว เช่น โปรแกรมการจัดการอาการปวดรวมกับการใช้สุคนธบำบัด (จวง เผือกคง, 2550) โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อลดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และผลการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืด ผลการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย – จิตแบบซิงก์ ต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (จรินทร์ พวกยะ, 2555) ส่วนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการบรรเทาอาการแบบกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ นอกจากนี้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงอาการใดอาการหนึ่ง ในขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลายอาการร่วมกัน ซึ่งอาการแต่ละอาการจะมีความสัมพันธ์กัน จำเป็นต้องบำบัดทั้งกลุ่มอาการ จึงจะบรรเทาอาการหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีภายหลังการผ่าตัด สามารถ

กลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับกลุ่มอาการหลังการผ่าตัดทั้งกลุ่มอาการได้ จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ทำให้ระยะเวลาอนโรพยาบาลในการรักษาฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนานขึ้น (Kojima, & Narita, 2006) ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและอาจส่งผลให้สถานบริการทางสุขภาพไม่สามารถหมุนเวียนจำนวนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยได้เพียงพอกับความต้องการอีกด้วย

นอกจากการจัดการกับอาการต่างๆหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลแล้ว การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช มีการดูแลตนเองได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูล เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (สุวรรณ ชีรธนาธร, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ (ตุลาชินี ธรรมสมบุรณ์, 2549) พบว่า ผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 36.89 พฤติกรรมดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.22 รองลงมาอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 33.33 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24.44 ตามลำดับ โดยความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการต่างๆหลังผ่าตัดได้ดีคือการให้ความรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพิ่มทักษะในการปฏิบัติ เพื่อเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายที่เกิดหลังผ่าตัดจากกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cupples (1991) พบว่า การให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรู้ และรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด มีความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย สภาพร่างกาย จิตใจปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สามารถลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

การสอนแนะ (coaching) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ

ตนได้ถูกต้อง (Girvin,1999) และยังเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการสอนแนะ (coaching) มาจัดกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาล ในการจัดการกับอาการต่างๆภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เพื่อบรรเทาทั้งกลุ่มอาการ (Cluster of symptoms) ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้าและ ความวิตกกังวล ประกอบด้วย ข้อมูลที่ให้แกผู้ป่วย เรื่องโรค การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัด โดยเน้นให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนแนะ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะ โดยผลการวิจัยจะช่วยพัฒนาการปฏิบัติกรพยาบาลอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) และ เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และ ความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบาย จากอาการต่างๆที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลังผ่าตัด โดยอาการปวดแผลหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า หากไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดอาการปวดแผล จะทำให้เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ส่งผลทำให้นอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า (Phipps, Cassmeyer, Sands and Lehman, 1995) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ที่กล่าวว่า อาการ (Symptom) เป็นศูนย์กลางของทฤษฎี สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้หลายอาการ หรือเกิดเพียงหนึ่งอาการก็ได้ แต่เมื่อมีอาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา ปัจจุบันเรียกว่ากลุ่มอาการ (Symptom cluster) อาการในความหมายของงานวิจัยนี้ เป็นประสบการณ์ที่ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ แต่ละด้านสามารถรายงาน และประเมินแยกออกจากกันได้ อาการที่ถูกกล่าวถึงในที่นี้ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด (Postoperative pain) อาการท้องอืด (Distention) อาการนอนไม่หลับ (insomnea) อาการอ่อนล้า (Fatigue) และ ความวิตกกังวล (Anxiety) ซึ่งทุกอาการจะประกอบด้วย 2 มิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความแรง (Strength) เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิก และการวิจัยเนื่องจากเป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย ผู้ป่วยมักจะถูกประเมินอาการในมิตินี้ด้วยคำถามว่า “ปวดมากแค่ไหน” “แน่นอึดอัดท้องมากแค่ไหน” “รู้สึกอ่อนล้ามากแค่ไหน” เป็นต้น

มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (Intermittent) ส่วนมิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) และมิติด้านคุณลักษณะของอาการ (Quality) ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากรายงานออกมาในลักษณะของคำพูด ที่ใช้อธิบายในลักษณะของอาการนั้นๆ เป็นมิติที่มีผลต่อการวัดผลสัมฤทธิ์ของการบำบัดทางการพยาบาล และนำไปใช้ในการแยกแยะพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุที่เกิดจากอาการ และการตั้งข้อวินิจฉัยทั้งทางการแพทย์และทางการพยาบาล

นอกจากนี้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) จากการทบทวนงานวิจัย ที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์

ของการดูแลตนเอง นอกจากนี้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูล เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (สุวรรณ ชีรนาธร, 2544) โดยความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ตุลาชินี ธรรมสมบุรณ์, 2549) จากอาการและปัจจัยที่มีผลต่ออาการ ที่กล่าวมาข้างต้น มีอิทธิพลต่อการจัดการอาการไม่สบายหลังผ่าตัดแทบทั้งสิ้น เนื่องจากอาการต่างๆหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้ป่วยประสบอยู่ไม่ได้เกิดขึ้น เพียงอาการใดอาการหนึ่ง ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลควรจะมีผลบรรเทาอาการมากกว่า 1 อาการ จากอาการหลายอาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Lenz et al. 1997)

การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการหลังผ่าตัดได้ดีคือ การให้ความรู้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตนทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด และการจัดการกับอาการหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ (Hanucharunkul and Vinya-nguag, 1991) เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ ลดความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหา (Bradley, 1982 ; Consins and Power, 1999) การเพิ่มทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างถูกต้อง การสอนแนะ (Coaching) เป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม โดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ฝึกสอน ทำหน้าที่ในการฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ ๆ รวมทั้งสนับสนุน ชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้เมื่อผู้ป่วยไปเผชิญกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยจะสามารถลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหลังผ่าตัดที่ดีและมีประสิทธิภาพ ลดลงอาการไม่สบายที่เกิดจากกลุ่มอาการต่างๆหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะเพื่อลดอาการไม่สบายต่อกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดได้ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย จากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม พร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัด โดยใช้แผนการสอนและสื่อวีดิทัศน์ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เป็นการช่วยลดความวิตกกังวล หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างถูกต้อง (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง จึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อจิตใจในด้านความทุกข์ทรมานลดลง (Leventhal and Johnson, 1983) Wilkie, 2000 กล่าวว่า โดยการให้ความรู้ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยได้รับความปวดและทุกข์ทรมาน เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้อง เกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด จะช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและความทุกข์ทรมาน โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เป็นการช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานลงได้

2.2 การฝึกทักษะเทคนิคผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัดได้ ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อการผ่อนคลาย คือ ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดต่าง ๆ ได้ดี ช่วย

ป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ลดความวิตกกังวล และทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี (McCaffery, 1979) ซึ่ง Melzack and Chapman (cited in Flaherty and Fitzpatric, 1978) และ McCaffery (1980) กล่าวว่า การผ่อนคลายจะช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลงได้ ผู้วิจัยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่

2.2.1 การทำสมาธิ (meditation) โดยใช้หลักอานาปานสติกรรมฐาน คือการควบคุมหายใจเข้า – ออก มีสติรับรู้ว่าหายใจเข้าหรือหายใจออก เมื่อมีสมาธิถึงขั้นจิตสงบนั้นร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น ซึ่งสาร Endorphin นี้ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวด ซึ่งส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วัชชี, 2540) ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดได้ นอกจากนี้ขณะที่จิตเป็นสมาธิ ไม่ฟุ้งซ่าน หรือเรียกว่า เอกัคคตา จะช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากอาการไม่สุขสบาย ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยสงบลง

2.2.2 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด โดยใช้เสียงดนตรี เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ออกจากการรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยสงบลง ทำให้บุคคลหันเหความสนใจไปสนใจสถานการณ์ใหม่ หรือเป็นการดึงความสนใจของบุคคลออกจากความคิดที่หมกมุ่นให้กลับมาสนใจในสิ่งกระตุ้นใหม่ที่เกิดขึ้น (Boss, 1992: 1509; Taylor, 1990:229) เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้จะทำให้มีความอดทนต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งเร้าต่างๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้เสียงดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และการรับรู้เวลาในประสบการณ์ (Experiential time) ผ่านทางสมองส่วน Thalamus, Cortex, Limbic system ทำให้เกิดเหตุการณ์และความตั้งใจใหม่ (Dossy, 1992: 32) และยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อม Pituitary เพื่อหลั่งสาร Endorphin ซึ่งมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวด (Radziewicz and Schneider, 1992: 296) การศึกษาของ Good (1995) ที่ศึกษาการใช้ดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วย 81% มีความทุกข์ทรมานลดลง

2.3 การฝึกทักษะเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่า ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะที่นั่งนอนพักบนเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า โดยไม่รู้สึกปวดเมื่อยจากการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดินจะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ได้ตามปกติได้เร็วขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ปรับปรุงสมดุลการทรงตัวของร่างกาย เสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลด

อาการท้องอืด ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (สุวรรณณี จรุงจิตราวารี, 2540) ซึ่งจากการศึกษาของนนทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหวในท่าต่างๆหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม หากมีการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับเหตุการณ์จริง จะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ทำให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นลดลง นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายและการบริหารร่างกาย ยังช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น ลดอาการอ่อนล้า และลดอาการท้องอืดลงได้

ขั้นตอนที่ 3 การกำกับติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ ตามขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะเพิ่มเติมหรือทบทวนในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานผู้ป่วยจะสามารถใช้ทักษะต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ ส่งผลให้อาการไม่สุขสบายลดลง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินปัญหาขณะปฏิบัติกิจกรรมและผลการปฏิบัติที่ผ่านมาด้วยตนเอง และร่วมกันประเมินถึงปัญหา และอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการฝึกปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้วางแผนในการปรับเปลี่ยน หรือปรับปรุงพัฒนางานกิจกรรมที่ปฏิบัติได้

จากการศึกษาการสอนแนะในด้านการปฏิบัติกายภาพ พบว่ามีการใช้ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน เช่น Gortner et al. (1988) ที่ศึกษาการติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้ศึกษาได้ใช้การสอนแนะทางโทรศัพท์กับผู้ผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะมีความทนต่อการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของบุศริน เอียวสีหยก (2545) ที่ศึกษาผลของการสอนแนะต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของ ศิริจันทร์ ภักทวีเชียร (2547) ที่ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ เปรียบเทียบความ

ทุกซ์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกซ์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม แบบอนุกรมเวลา (Time series with non - equivalent control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดทางนรีเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชแบบระบุเวลา (Elective surgery) ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราช โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 ราย และ กลุ่มควบคุม 20 ราย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนแนะนำ

ตัวแปรตาม คือ กลุ่มอาการหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสอนแนะนำ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช มีความรู้ มีทักษะ และมีความมั่นใจในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ก่อนผ่าตัดและมีการติดตามหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 3 วัน ตามแนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin(1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมรายบุคคลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม พร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดช่องท้อง และกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัด โดยใช้แผนการสอนและสื่อวิทัศน์

2.2 การฝึกเทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การฝึกทักษะการหายใจ และการไอที่ถูกต้อง

2.3 การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหวและกายบริหารหลังผ่าตัด

โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และใช้คู่มือประกอบ

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ ตามขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะเพิ่มเติมหรือทบทวนในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาขณะปฏิบัติกิจกรรมและผลการปฏิบัติ สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการให้แนะนำเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มอาการภายหลังผ่าตัด หมายถึง อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ที่เกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ได้แก่

อาการปวดแผลผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากแผลผ่าตัดของผู้ป่วย

อาการท้องอืด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอาการแน่นอึดอัดท้องหลังผ่าตัด จากการมีลมในท้อง ทำให้เกิดความไม่สบาย

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การนอนไม่เพียงพอ ลักษณะที่สำคัญคือ นอนไม่หลับ หรือนอนไม่พอ หลับยาก หลับไม่ต่อเนื่องตลอดคืน ผลที่ตามมาทำให้การดำเนินชีวิตไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีสมาธิและอารมณ์หงุดหงิด

อาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งอาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อมกันทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสติปัญญาาร่วมด้วยก็ได้

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากความคับข้องใจความขัดแย้ง หรือความเครียดที่คุกคามต่อความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกหวาดหวั่น กลัวไม่สบายใจเป็นทุกข์

ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในแต่ละอาการประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง และความถี่

1. ความรุนแรงของอาการ (severity) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อระดับความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล

2. ความถี่ของอาการ (frequency) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อระดับความถี่ ความบ่อยครั้งของการเกิดอาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดทางนรีเวช โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด โดยกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนเป็นผู้กำหนดขึ้น ไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน เป็นการบอกเล่า และไม่ได้ฝึกปฏิบัติ ให้คำแนะนำโดยใช้แผ่นพับเป็นสื่อในการให้ความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดพยาบาลจะประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด และให้การดูแลให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่นการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นรูปแบบในการให้คำแนะนำและส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ ในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ให้มีประสิทธิภาพผลมากขึ้น
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการสอนแนะ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุป เนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดทางนรีเวช ซึ่งเอกสารและงานวิจัยที่ทบทวน นำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
 - 1.1. โรคและการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช
 - 1.2. ผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
 - 1.3. บทบาทพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
2. แนวคิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
 - 2.1. แนวคิดอาการและกลุ่มอาการ
 - 2.2. แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการไม่สุขสบายของ Lenz และ คณะ
 - 2.3. เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการ
3. กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
 - 3.1. อาการปวดแผลผ่าตัด
 - 3.1.1 ความหมายของอาการปวดแผลผ่าตัด
 - 3.1.2 สาเหตุ และกลไกการเกิดอาการปวดแผลผ่าตัด
 - 3.1.3 ผลกระทบจากอาการปวดแผลผ่าตัด
 - 3.1.4 วิธีการจัดการกับอาการปวดแผลผ่าตัด
 - 3.1.5 การประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด
 - 3.2. อาการท้องอืดหลังผ่าตัด
 - 3.2.1 ความหมายของอาการท้องอืด
 - 3.2.2 สาเหตุ และกลไกการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด
 - 3.2.3 ผลกระทบจากอาการท้องอืดหลังผ่าตัด
 - 3.2.4 วิธีการจัดการกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัด
 - 3.2.5 การประเมินอาการท้องอืด
 - 3.3. อาการนอนไม่หลับหลังผ่าตัด
 - 3.3.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ
 - 3.3.2 สาเหตุ และกลไกการเกิดอาการนอนไม่หลับ

- 3.3.3 ผลกระทบจากอาการนอนไม่หลับ
- 3.3.4 วิธีการจัดการอาการกับอาการนอนไม่หลับ
- 3.3.5 การประเมินอาการนอนไม่หลับ
- 3.4 อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด
 - 3.4.1 ความหมายของอาการอ่อนล้า
 - 3.4.2 สาเหตุ และกลไกการเกิดอาการอ่อนล้า
 - 3.4.3 ผลกระทบจากอาการอ่อนล้า
 - 3.4.4 วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า
 - 3.4.5 การประเมินอาการอ่อนล้า
- 3.5 ความวิตกกังวลหลังผ่าตัด
 - 3.5.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.5.2 สาเหตุ และกลไกการเกิดความวิตกกังวล
 - 3.5.3 ผลกระทบจากความวิตกกังวล
 - 3.5.4 วิธีการจัดการกับความวิตกกังวล
 - 3.5.5 การประเมินความวิตกกังวล
- 3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง
- 4. การสอนแนะ
 - 4.1 ความหมายของการสอนแนะ
 - 4.2 ความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนตามปกติ
 - 4.3 คุณสมบัติและบทบาทของผู้ฝึกสอน
 - 4.4 กระบวนการของการสอนแนะของ Girvin
- 5. โปรแกรมการสอนแนะ
- 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

1.1 โรคและการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช

การผ่าตัดของสตรีโดยส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคทางนรีเวช ซึ่งเป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ มดลูก ท่อนำไข่ ไข่ รังไข่ และพยาธิสภาพอื่นในอุ้งเชิงกราน (Carlson, 1995) เช่น ก้อนเนื้ออกขนาดใหญ่ มะเร็งของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ฝีหนอง หรือ ครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นต้น การผ่าตัดต้องมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม จากวินิจฉัยโรคและประเมินร่วมกับการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยพิจารณาตามความรุนแรงของโรค และลักษณะความผิดปกติของอวัยวะส่วนที่เกิดโรค การผ่าตัดที่พบได้บ่อยคือ การผ่าตัดมดลูกและรังไข่

ชนิดของการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

1.1.1 การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

เนื้องอกมดลูก โดยทั่วไปเรียกว่า myoma uteri หรือ fibroids เป็นเนื้องอกในอุ้งเชิงกรานที่พบบ่อยที่สุด มักพบในสตรีที่ไม่มีบุตรหรือระยะการมีบุตรห่าง สาเหตุของการเกิดยังไม่แน่ชัด จากการศึกษาพบว่า เกิดจากการกลายของเซลล์เพียงเซลล์เดียวในกล้ามเนื้อมดลูกและมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นตัวกระตุ้น เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปวดท้องหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดในปริมาณมาก ลักษณะของก้อนจะแข็ง เนื่องจากการเสื่อมของเนื้อมดลูกจากขาดเลือดไปเลี้ยงหรือการติดเชื้อ หากเนื้องอกหรือขนาดมดลูกที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจะไปกดอวัยวะข้างเคียง เช่นกดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยหรือกดบริเวณทวารหนักทำให้ท้องผูก หรือทำให้การตั้งครรภ์เกิดขึ้นยากจากโพรงมดลูกมีรูปร่างผิดปกติ หากก้อนเนื้องอกกดท่อนำไข่จะทำให้อุดตัน และหากเป็นก้อนที่มีขนาดใหญ่อาจทำให้แท้งบุตรได้ (พงษ์เกษม วรเศรษฐ์สิน และคณะ, 2547)

การผ่าตัดมดลูก เป็นวิธีการรักษาโรคที่พบได้บ่อย ซึ่งการผ่าตัดต้องมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม หลังจากวินิจฉัยโรค และประเมินร่วมกับการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยพิจารณาตามความรุนแรงของโรค และลักษณะความผิดปกติของอวัยวะส่วนที่เกิดโรค ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเอามดลูกออกที่พบบ่อยได้แก่ เนื้องอกในกล้ามเนื้อมดลูก (uterine leiomyomas) ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ภาวะมดลูกโตผิดปกติ มะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี ภาวะเยื่อโพรงมดลูกชั้นผิดปกติ และอาการปวดในอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์ไข่ปลาอุก การตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกแตก ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น การตัดมดลูกออกทั้งหมดจะรวมทั้งส่วนบนของปากมดลูกด้วย การตัดมดลูกที่ไม่ใช่สาเหตุจากโรคมะเร็ง อาจเอารังไข่ออกหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับอายุของสตรี ก่อนและภายหลังการตัดมดลูกของสตรีเหล่านี้ มักจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงบทบาทความสามารถทางด้านการเจริญพันธุ์ และเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีเกิดความวิตกกังวล

ได้ นอกจากนี้การตัดมดลูกออกทางหน้าท้องยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ร้อยละ 42 ซึ่งมากกว่าวิธีการผ่าตัดทางช่องคลอด ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 24.5 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการตัดมดลูกทั้งทางหน้าท้อง ได้แก่ ไข้จากการติดเชื้อ ร้อยละ 16 การตกเลือด ร้อยละ 15.4 การได้รับการผ่าตัดซ้ำ เช่น การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะเป็นต้น ร้อยละ 1.7 ภาวะแผลอักเสบติดเชื้อ ร้อยละ 2 และภาวะมีเลือดออก ร้อยละ 2 ของการตัดมดลูกออกทั้งหมด (Andersen, Loft, Brannum-Hansen, Roepstorff, & Madsen, 1993)

1.1.2 การผ่าตัดเนื้องอกรังไข่

เนื้องอกรังไข่ (Ovarian tumor) มีทั้งชนิดไม่ร้ายแรงและมะเร็งรังไข่ ส่วนมากเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจะพบในสตรีอายุน้อยกว่า 40 ปี การรักษาเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง ใช้การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นหลัก อาจเกิดจากก้อนเนื้องอก หรือน้ำในช่องท้องได้แก่ ลักษณะก้อนที่สงสัยเป็นมะเร็ง ถุงน้ำที่รังไข่ (ovarian cyst) จะเปื่อยตัวด้วยอายุในอุ้งเชิงกราน หรืออายุข้างเคียง ทำให้ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ท้องโตขึ้น อาจปวดท้องเฉียบพลันจากการบิดขั้ว การแตก ทำให้ตกเลือดในช่องท้อง หรืออาจมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากฮอร์โมนที่สร้างจากเนื้องอกรังไข่ อาการทั่วไปอื่นๆ เช่น แน่นอึดอัดท้องอืด หรืออาจไม่มีอาการผิดปกติ อาจตรวจพบก้อนโดยบังเอิญจากการตรวจภายใน หรือตรวจคลื่นความถี่สูงของอุ้งเชิงกราน (ดำรง ตรีสุโกศล, สุรางค์ ตรีรัตนชาติ, 2547) ก้อนเนื้องอกในวัยหมดระดู การผ่าตัดอาจเลาะเฉพาะส่วนถุงน้ำออก (ovarian cystectomy) ตัดรังไข่ และท่อนำไข่ออกเพียงข้างเดียว(unilateral salphingo – oophorectomy) หรือตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างในกรณีผู้ป่วยอายุเกิน 45 ปี หรือมีเนื้องอกรังไข่ทั้งสองข้าง (ธีระ วัชรปรีชานนท์; เรืองศักดิ์เลิศขจรสุข, 2547) ส่วนมะเร็งรังไข่พบในสตรีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งโรคมะเร็งรังไข่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสตรีมากที่สุด เนื่องจากวินิจฉัยได้ช้า และไม่มีอาการใด ๆ ที่ผิดปกติในระยะแรก สำหรับมะเร็งรังไข่ การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ซึ่งกว่าจะมีเหตุผลข้อบ่งชี้ที่จะผ่าตัดส่วนใหญ่มักพบว่าโรคได้กระจายออกไปทั่วช่องท้องแล้วแม้จะผ่าตัดไปแล้ว แต่ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร และผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตด้วยการรักษาโรคมะเร็งรังไข่ ประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา (ดำรง ตรีสุโกศล, 2547)

1.2 ผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

การผ่าตัดมีผลดีทั้งในด้านการรักษาโรคและลดความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่เป็นอยู่ก่อนผ่าตัด แต่ผลจากการผ่าตัดนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดได้ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.2.1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับโรคทางนรีเวช แบบเปิดช่องท้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการผ่าตัดทางช่องคลอด เนื่องจากการผ่าตัด รบกวนการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายมากกว่า โดยผลกระทบหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.2.1.1 ภาวะที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด ได้แก่

- 1) อันตรายต่อลำไส้โดยเฉพาะลำไส้ใหญ่ซึ่งพบได้บ่อยเนื่องจากเป็นอวัยวะที่อยู่ใกล้กับมดลูก
- 2) ภาวะตกเลือดระหว่างการผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจากการผูกยึดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูกล้มเหลว หรือการได้รับบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัด
- 3) อันตรายต่อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด เช่น อันตรายที่ท่อไต ซึ่งมีสาเหตุจาก การผูก, การเย็บ หรือตัดบริเวณท่อไตโดยบังเอิญถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของการผ่าตัดมดลูกอย่างหนึ่ง (จตุพล และคณะ,2538)
- 4) ภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาทจากการทำผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ขา (Femoral nerve) เนื่องจากถูกกดเป็นระยะเวลานานระหว่างการผ่าตัด

1.2.1.2. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระยะแรก

- 1) ภาวะตกเลือด การตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูกและบริเวณรังไข่, เส้นเลือดบริเวณช่องเชิงกรานหรือเส้นเลือดที่บริเวณกระเพาะปัสสาวะถูกตัดออกไปพร้อมกับมดลูกโดยบังเอิญ แพทย์จะทำการผ่าตัดเพื่อค้นหาตำแหน่งที่มีเลือดออกและให้การช่วยเหลือโดยเย็บซ่อมแซมหรือผูกยึดเส้นเลือดในบริเวณนั้นการติดเชื้อของแผลผ่าตัดหน้าท้อง พบได้ร้อยละ 4-6 ของการผ่าตัด การติดเชื้อของแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเกิดจากมีการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัดมักเกิดใน 3-5 วันภายหลังการผ่าตัด และแผลแยกมักเกิด 4-8 วันหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด
- 2) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารพบได้ในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้, เยื่อช่องท้องอักเสบ, การมีอากาศในช่องท้อง, ภาวะขยายตัวของกระเพาะอาหาร และการอุดตันของลำไส้
- 3) ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อย คือ มีปัสสาวะคั่ง จากการที่ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด และไม่ถ่ายปัสสาวะหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้ท่อปัสสาวะหดเกร็ง ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ และจากกล้ามเนื้อของกระเพาะ

ปัสสาวะไม่มีการหดตัวเป็นผลจากการไต่ยาระงับความรู้สึก การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะในระยะหลังผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมง

การผ่าตัดช่องท้องทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายที่สำคัญคือ ความสุขสบายที่ลดลง ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด คือ อาการปวดแผลผ่าตัด วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด และอ่อนล้า (Alkaissi, 2004; Basse et al., 2005) ดังการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) ที่ได้ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดใหญ่พบว่า ส่วนหนึ่งของความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล เป็นต้น Lee and Kim (2001) ได้ศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) จำนวน 64 เรื่อง เกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องพบว่าอาการที่พบบ่อยคือ อาการปวด การนอนถูกรบกวน อ่อนล้า ซึมเศร้า และวิดกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ Alkaissi (2004) ที่ศึกษาอาการหลังผ่าตัดหน้าท้องทางนรีเวชพบว่า อาการที่พบบ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ และอ่อนล้า และจากความทุกข์ทรมานจากการอาการต่างๆ หลังผ่าตัดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อฟื้นหายของผู้ป่วย (Zalon, 2004) อย่างไรก็ตามอาการภายหลังผ่าตัดไม่ได้เกิดขึ้นแค่เพียงอาการเดียว (Dodd, Miaskowski et al., 2004; Kim, McGuire, Tulman, & Barsevick, 2005) โดยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยมักเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัดเป็นปัญหาอันดับแรกและจะส่งผลให้อาการอื่น ๆ ตามมา (Nail, 2004) นำมาซึ่งความไม่สุขสบาย และทำให้ความสามารถของร่างกายลดลงมีผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมของผู้ป่วย (พงศภารดี เจาฑะเกษตริณ, 2547)

1.2.2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยเริ่มมีความเครียดและวิดกกังวล ตั้งแต่รับทราบการวินิจฉัย และวิธีการรักษา แม้ว่าการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชจะไม่ได้ทำให้ลักษณะภายนอกร่างกายเปลี่ยนแปลงไป แต่ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อหน้าทีร่างกายว่ามีเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำงานหนักได้ (พรรณนิภา ธรรมวิรัชและคณะ, 2540) และเป็นผลให้ภาพลักษณ์นั้นผิดไปจากเดิม ซึ่งการผ่าตัดไม่ว่าอวัยวะใดของร่างกาย ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียในจิตใจของผู้เป็นเจ้าของ จะมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความภาคภูมิใจในอวัยวะนั้น การผ่าตัดโรคทางนรีเวชโดยเฉพาะการตัดมดลูกและรังไข่ นับว่ามีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เนื่องจากมดลูกและรังไข่ เป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี ในการเจริญ

พันธ์ (Dennerstein et al., 1995) เมื่อถูกตัดมดลูก ทำให้ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึก สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และเกิดความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า สูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธ์ และบทบาทการเป็นมารดาซึ่งความรู้สึก สูญเสียดังกล่าว จะมีมากกว่าความรู้สึกสูญเสียบทบาทในการเจริญพันธ์จากภาวะมีบุตรยาก (Dupuis, 1997) ดังนั้นการผ่าตัดมดลูกจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้โศกเศร้า และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ภายหลังการตัดมดลูก(Williamson, 1992)

1.2.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การผ่าตัดมดลูกยังส่งผลกระทบทางด้านสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพ ต่อครอบครัว แม้ว่าการผ่าตัดมดลูกไม่ได้ทำให้ลักษณะภายนอกร่างกายเปลี่ยนแปลงไป หากผ่าตัดรังไข่ ออกทั้งสองข้างด้วย มีผลต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ทำให้ช่องคลอดแห้ง ผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บปวดในขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีความต้องการทางเพศลดลง (Dennerstein et al., 1995) อาจมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน ว้าวุ่นใจ ไม่สบายใจ วิตกกังวลเกิดภาวะไม่สมดุลทางจิตใจ พฤติกรรมการแสดงออก เช่น มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นต้น ตลอดจนมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวได้

นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกอาจมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายภายหลังการตัดมดลูก ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและหากได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนภายหลังการผ่าตัด โดยทั่วไปมักจะรับประทาน 6 เดือนถึง 2 ปี ติดต่อกัน และผู้ป่วยอาจได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน อย่างน้อย 10 ปี (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539) เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน ฉะนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายอย่างมาก ในการรักษาเนื่องจากฮอร์โมนค่อนข้างแพง และต้องรักษาติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานบ่อย ทำให้ขาดรายได้ และอาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานและบุคคลในครอบครัวได้

1.3 บทบาทพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย และช่วยลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความไม่สุขสบาย ในบทบาทของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ และตามแผนการรักษา มีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เอาใจใส่ต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใย และอาหารต่อผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจริงแสดงความเห็นใจ ปลอดภัย ผู้ป่วยในขณะที่มีความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด รวมถึงการให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (Potter and Perry, 1999; Finkelmeier, 2000)

2. การให้ข้อมูล และฝึกสอนทักษะในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและการฝึกสอนทักษะต่างๆที่ใช้ช่วยลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยนั้นจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996; Potter and Perry, 1999) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและทุกข์ทรมาน (Johnson and Rice, 1974; Gross, 1986) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้มีความปวดและทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาบรรเทาปวด และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ฉวี มากพุ่ม, 2530) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ (procedural information) และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เป็นการช่วยลดความวิตกกังวล และลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ของผู้ป่วยลง เป็นการเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Garvin, Huston and Baker, 1992; Jurf and Nirschl, 1993) ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องภายหลังผ่าตัด อาการไม่สุขสบายต่างๆหลังผ่าตัด การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ การได้รับการดูแลหลังผ่าตัด การเยี่ยมของญาติ ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดที่ช่วยลดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง

3. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆระหว่างผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย เช่น ท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler position) และเข่างอเล็กน้อย (Perry and Porter, 2002) การช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน ป้องกัน

กล้ามเนื้อหดรัดตัว และเกร็งตัวซึ่งจะทำให้เกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และดึงแผลผ่าตัด และจะทำให้เจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นได้

4. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และลดสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของความไม่สุขสบาย เช่นลดการใช้เสียงในเวลากลางคืน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนไม่หลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเกิดความเหนื่อยล้า และความไม่สุขสบายที่ทำให้ระดับความอดทนต่อความปวดลดลง การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และอากาศถ่ายเทดี ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น และเป็น การลดสิ่งเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดมากขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528; Heffline, 1990)

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดอย่างเหมาะสม และแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาระงับปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเจ็บปวดเพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดมีความรุนแรง เนื่องจากการให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้มักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับปวดได้ (McCaffery, 1990; McGuire, 1999) โดยเฉพาะในกรณีที่มีการบริหารยาเป็นชนิดให้ยาเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการผลในการระงับความเจ็บปวดอาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจขอยาเมื่อมีความเจ็บปวดมากหรือได้รับยาล่าช้า ทำให้ต้องใช้ยาเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดในปริมาณที่มากกว่าปกติ (Feldman, 1991; Jurf and Nirschl, 1993)

6. เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นกลไกการป้องกันตัวต่อต้านความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวล การฝึกผ่อนคลาย ทำให้ความปวดและความไม่สุขสบายบรรเทาลงได้ เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ได้ทั่วไปในการปฏิบัติการพยาบาล คือ การสูดหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆ การบริหารกล้ามเนื้อ การฝึกผ่อนคลายให้ได้ผลดีต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จากการนำเทคนิคการผ่อนคลายการหายใจลึกๆ มาใช้กับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532) ซึ่งพบว่า การผ่อนคลายสามารถลดความปวด และความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดลดลง และยังพบว่า ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจการหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เทคนิคการผ่อนคลายที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ (Stewart, 1976 ;Mainhart and McCaffery, 1983 ; Schott and Luff, 1988 ; Jacobson, 1983 ; Titlebaum, 1988 ; อุบล นิวัติชัย, 2531 ; จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ; ลักษณ์า ธรรมไพโรจน์, 2536)

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (Progressive relaxation) หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยฝึกให้บุคคลสามารถควบคุมกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้คลายตัว โดยมีหลักความเชื่อว่าเมื่อจิตใจตึงเครียดจะส่งผลให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ มีความตึงเครียดสูง

ไปด้วย และเมื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงความตึงเครียดจะลดลงตามไป (Sheridan and Radmacher, 1992) โดยการเกร็งกล้ามเนื้อบางส่วน ประมาณ 5-7 วินาที แล้วผ่อนคลาย 30-40 วินาที ก็จะทำซ้ำใหม่ ระหว่างที่มีการเกร็งและการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ

การทำสมาธิ (Meditation) เป็นการเน้นความสนใจที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น คำพูด หรือการหายใจ คล้ายกับการปฏิบัติทางศาสนาพุทธ โดยนั่งในที่เงียบ สบาย หลับตา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายเริ่มต้นที่เท้า และเรื่อยขึ้นมาจนถึงกล้ามเนื้อที่หน้า พยายามให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายอยู่อย่างเดิม ขณะหายใจรู้ว่าตนเองกำลังหายใจพร้อมกับนึกถึงคำพูดหรือนับหนึ่งอยู่ในใจซ้ำ ๆ ก่อนจะเลิกการทำสมาธิควรนั่งอยู่ในท่าเดิม 2-3 นาทีก่อนแล้วค่อยล้มตัว

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

การสะกดจิต (Hypnosis) เป็นการแบ่งแยกการรับรู้ของสมอง โดยมีฉนวนจากการสะกดจิตมาขวางกั้นระหว่างส่วนที่รับรู้ความรู้สึกตามสภาพที่เป็นจริง กับส่วนที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้การส่งสัญญาณกระตุ้นขาดตอนไปสู่ถูกสะกดจิตเข้าสู่ภาวะผ่อนคลายการสะกดจิตนี้อาจให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กระทำหรือให้ผู้ป่วยฝึกสะกดจิตตนเอง (Self hypnosis) ก็ได้ผลในลักษณะเดียวกัน (Scandrett-Hibdon and Uecker, 1992)

การนวดกดจุด (Acupressure) เป็นการกดคลึงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงเครียด โดยกระทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำ ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจได้

การฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ (Deep breathing) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้รูปแบบการหายใจที่เกิดขึ้นในภาวะที่บุคคลสงบ โดยจะหายใจเข้าอย่างลึก ๆ ซ้ำ ๆ และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง โดยสูดลมหายใจลงไปสู่ส่วนล่างสุดของปอดส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัวเต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้

7. การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย โดยจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ระบบควบคุมส่วนกลาง ทำให้ปิดกั้นการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด เป็นเทคนิคที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย และจะเพิ่มความทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (Brunner and Suddarth, 1988) ดังการศึกษาของ Barber (cited in Mc Caffery, 1979) พบว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเพิ่ม

ความอดทนต่อความปวดและทุกข์ทรมาน ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การฟังนิทาน การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ และการพูดคุยกับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในระยะก่อนและหลังผ่าตัดที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวภายหลังการผ่าตัด การออกกำลังขาทั้งสองข้าง การลุกเดินหลังผ่าตัด การออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการท้องอืดและปวดแน่นท้อง

การฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ (Deep breathing) เป็นการบริหารการหายใจที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยมีการหายใจได้ลึก 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

เป็นการฝึกการหายใจโดยใช้แรงดันที่บริเวณผนังทรวงอก เพื่อกระตุ้นให้ทรวงอกส่วนนั้นมีการเคลื่อนไหวและช่วยขับเสมหะออกจากปอด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดในบริเวณนั้น ขั้นตอนการฝึกคือ ผู้สอนวางมือโอบรอบด้านข้างทรวงอกบริเวณกึ่งกลางรักแร้ที่กระดูกซี่โครงที่ 7-9 ผู้ป่วยต้องได้รับการสอนให้หายใจออกอย่างผ่อนคลายเป็นขั้น และรู้สึกว่าการหายใจออกส่วนล่างจมหายเข้าไปข้างในโดยไม่ออกแรงมาก เมื่อสิ้นสุดการหายใจออกผู้สอนค่อย ๆ เพิ่มแรงกดแล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าด้านกับอุ้งมือ แรงกดด้านต้องไม่มากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดการจำกัดการขยายตัวมากกว่าช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหว เมื่อหายใจเข้าเต็มที่จึงคลายมือออก ถ้ามีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ควรหายใจเข้าเต็มที่ 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 กลไกปกติของการไอมีดังนี้ (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)

การไอจะทำงานร่วมกับการฝึกรหายใจ เป็นการช่วยกำจัดเสมหะโดยปกติผู้ป่วยจะไอได้ดีที่สุดในท่านั่งตรง หรือนั่งโน้มตัวมาข้างหน้า แต่อย่างไรก็ตามการจืดทำที่ตื้นนั้นจะต้องเป็นท่าที่ผู้ป่วยสบายและหายใจได้ดีที่สุด กรณีที่ผู้ป่วยมีรอยผื่นคันและความเจ็บปวด ควรมีสิ่งช่วยประคองและกดรัดบริเวณรายนั้น เช่น มือหรือหมอน โดยวางแนบสนิทบริเวณนั้น ๆ เพื่อให้เกิดความกระชับเป็นการลดความเจ็บปวด

2. แนวคิดกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

2.1 แนวคิดอาการและกลุ่มอาการ

อาการ (symptom) มีผู้ให้ความหมายของอาการไว้ดังนี้

Lenz et al. (1997) ให้ความหมายว่า อาการเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย โดยอาการสามารถเกิดขึ้นได้หลายอาการหรือเกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่สามารถที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมาได้

Dodd, Janson, Facione, Faucet, and Humphrey (2001) ได้ให้ความหมายว่า เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา

Meriam- Westster Dictionary (2002) ให้ความหมายของคำว่า อาการ หมายถึง คำบอกเล่า บ่งชี้ถึงโรคหรือสิ่งที่รบกวนร่างกาย

Armstrong (2003) กล่าวว่าอาการ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ในลักษณะของความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการนั้นมีความซับซ้อน และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา

สรุปได้ว่า อาการเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถรับรู้ ถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถบอกแทนได้ ซึ่งในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ อาจเกิดอาการขึ้นได้หลายๆอาการพร้อมกัน

กลุ่มอาการ (Symptom clusters) จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้แนวคิดและความหมายของกลุ่มอาการ ดังนี้

Symptom cluster เป็นคำที่มาจากคำว่า Symptom และคำว่า Clusters นำมารวมกันโดย Longman Dictionary (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า Symptom หมายถึง อาการ ลักษณะอาการ อาการของโรค และได้ให้ความหมายของคำว่า Clusters หมายถึง กลุ่มก้อน จำพวก จับเป็นกลุ่ม ดังนั้นเมื่อนำคำว่า Symptom และ Clusters มารวมกันจะมีความหมายว่า “กลุ่มอาการ”

Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึง อาการที่มีความสัมพันธ์กันว่าเป็นอาการไม่สุขสบาย (Theory of Unpleasant Symptoms) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ หรืออาจเกิดเพียงอาการเดียวก็ได้ ซึ่งเมื่อเกิดอาการใดอาการหนึ่งขึ้น จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นได้

Miaskowski et al. (2004) กล่าวว่า กลุ่มอาการหมายถึง อาการต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกัน เกิดจากสาเหตุ กลไกเดียวกัน หรือมีตัวแปรร่วมกัน หรืออาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน มากกว่าอาการที่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว

Dodd, Miaskowski and Lee (2004) ได้ให้ความหมายของคำว่า กลุ่มอาการ (Symptoms cluster) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ มากกว่า 3 อาการขึ้นไป ซึ่งแต่ละอาการนั้น จะมีความสัมพันธ์กับอาการอื่น อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกัน หรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

Kim et al. (2005) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มากกว่า 2 อาการขึ้นไป และแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กับอาการอื่น

สรุปกลุ่มอาการ หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นหลายๆอาการในสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งแต่ละอาการจะมีความสัมพันธ์กับอาการอื่น อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ โดยอาการเหล่านี้ส่งผล กระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน

ดังนั้นกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนิ่วเวซ จึงหมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนิ่วเวซ โดยอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นพร้อมๆ กันและมีความสัมพันธ์กันระหว่างอาการ ซึ่งอาการเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดกลุ่มอาการเป็นแนวคิดใหม่ที่ได้รับความสนใจในด้านการพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากการมี การศึกษาว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียวเท่านั้น แต่มีหลายอาการเกิดขึ้น ร่วมกัน หรืออาการหนึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมาได้ เนื่องจากผลกระทบจากการ เกิดกลุ่มอาการ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ด้าน สุขภาพ ฉะนั้นจึงต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อที่จะนำไปสู่การแก้ไขและจัดการอาการและ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการไม่สุขสบาย (Theory unpleasant symptoms)

ทฤษฎีอาการไม่สุขสบาย (Theory Unpleasant Symptoms: TOUS) เป็นทฤษฎีระดับกลางของ Lenz et al. (1997) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นอาการที่บุคคลต้องเผชิญอย่างน้อย 1 อาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนั้น จะส่งผลซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วย กล่าวคือ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น จะทำให้มีอาการอื่นตามมาด้วยเสมอหรือส่งเสริมให้อาการที่เกิดขึ้นอยู่มีความรุนแรงขึ้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการที่สำคัญ ได้แก่ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) และผลจากการเกิดอาการ (Consequences of the symptom experience) ดังนี้

1. **อาการ (Symptom)** เป็นจุดเน้นสำคัญของทฤษฎี ซึ่งอธิบายถึงประสบการณ์การเกิดอาการ (Symptom experience) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ตามปกติ อาการมักเกิดขึ้นร่วมกันมากกว่า 1 อาการเสมอ อาการที่เกิดขึ้นมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดอาการอื่นตามมาด้วย ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า กลุ่มอาการ (Symptom cluster) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาการแต่ละอาการ ประกอบด้วย 4 มิติคือ

1.1 มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความเข้มข้นของอาการ (Strength) หรือจำนวนของอาการ (Amount of symptom) ซึ่งมิติด้านความรุนแรง วัดค่อนข้างง่าย จึงนิยมใช้ประเมินในคลินิกและการวิจัย เช่น การถามผู้ป่วยด้วยคำถามว่า “ระดับการปวดมากแค่ไหน” “อาการแน่นท้องเป็นอย่างไร” “มีอาการอ่อนล้าอย่างไร” เป็นต้น

1.2 มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ระยะเวลาความถี่ของการเกิดอาการ (Intermittent) หรือช่วงเวลาของการเกิดอาการ (Duration) ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องยาวนานหรือเรื้อรัง แต่แตกต่างกันในระดับของความรุนแรง มิติด้านเวลานี้รวมถึงช่วงเวลาของอาการที่เกิดขึ้นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การเวียนศีรษะ คลื่นไส้ สอดคล้องกับอาหารที่รับประทานเข้าไป

1.3 มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย หรือ ถูกรบกวนจากอาการระดับของการรบกวนมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยมีการรายงานด้านความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการ ซึ่งจะส่งผลต่อการหาวิธีการรักษา หรือการทำให้ภาวะเจ็บป่วยดีขึ้น ซึ่งมิตินี้ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

1.4 คุณภาพ (Quality) หมายถึง การบรรยายความรู้สึกของอาการออกมาเป็นคำพูดที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น รู้สึกปวดเหมือนถูกทุบ ปวดแสบ ๆ อาการแน่นท้อง สามารถอธิบายด้วย

ความรู้สึกว่า เหมือนมีลมในท้อง แน่นอึดอัดไปถึงยอดอก หรือหายใจไม่เต็มอิ่ม คุณภาพของอาการที่พบขึ้นกับตำแหน่งของการรับความรู้สึก ช่วยบอกความแตกต่างของที่เกิดขึ้นได้ รวมไปถึงการที่สามารถบรรเทาอาการนั้นได้ เช่น อาการอ่อนล้าจะดีขึ้นด้วยการพักผ่อน ซึ่งนำมาใช้ในการวินิจฉัยพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในตั้งข้อวินิจฉัยในการรักษา และการพยาบาล

2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) หมายถึง การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่อาจส่งผลต่อการเกิดอาการ โดยประเมินได้จากอาการที่เกิดขึ้น ปัจจัยด้านร่างกายนี้ได้แก่ การทำงานของระบบต่าง ๆ ตามปกติ การเกิดพยาธิสภาพ เช่น จากการได้รับบาดเจ็บ และระดับพลังงานในร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถประเมินได้จากระดับความสมดุลของสารน้ำและสารอาหารในร่างกายได้

2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นการตอบสนองของ สภาวะด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ระดับของความไม่แน่นอน ความรู้เกี่ยวกับอาการ และ การให้ความหมายของการเจ็บป่วย พบว่า ความวิตกกังวล เป็นอาการที่มีผู้สนใจ และศึกษาเป็นอย่างมาก และได้รับการยืนยันว่า เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ ซึ่งส่งผลต่ออาการ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง (Intensity) ระยะเวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality)

2.3 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการของบุคคลเป็นสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้ป่วย ทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ สนับสนุนทางสังคม สถานภาพการทำงาน สถานภาพของครอบครัว และการแต่งงาน สถานบริการสุขภาพ ส่วนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความร้อน ความชื้น เสียง แสง และคุณภาพของอากาศ

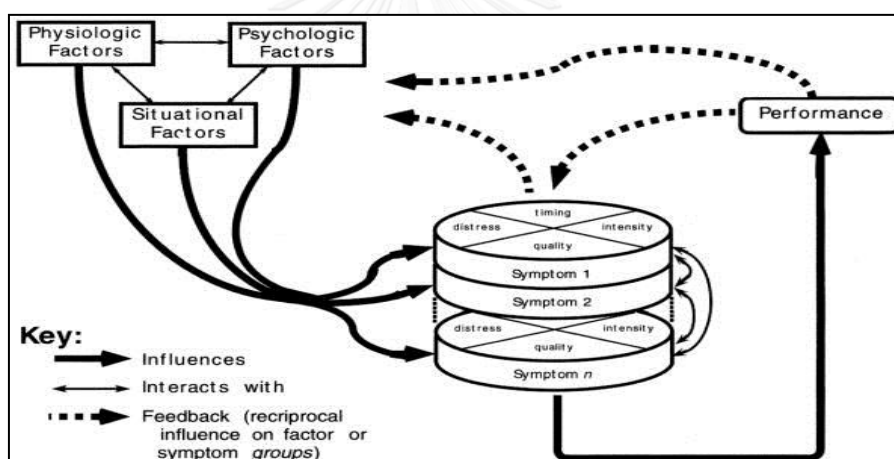
3. ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการ (Consequences of the symptom experience) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายในแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ คือ การทำกิจกรรม (Performance) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ และเป็นผลจากอาการซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional performance) และกิจกรรมทางด้านความคิด (Cognitive performance)

3.1 กิจกรรมการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional performance) การปฏิบัติเป็นผลของจากประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical activity) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social

activities and interaction) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ (Role performance) เช่น การทำหน้าที่ด้านการงาน เป็นต้น

3.2 การกระทำทางด้านความคิด (Cognitive performance) การปฏิบัติหน้าที่ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การมีสมาธิ (Concentrating) การคิด (Thinking) หรือการแก้ปัญหา (Problem-solving) ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของจำนวนมาก อาการว่า เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นทำให้ภาวะสุขภาพแย่ลง บทบาทการทำหน้าที่ลดน้อยลง การทำหน้าที่ด้านความคิดน้อยลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง และความสามารถในการทำหน้าที่น้อยลงไปด้วย

โดยปัจจัยที่มีผลต่ออาการทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการในทุกมิติ ซึ่งเป็นผลที่ตามมามีผลย้อนกลับไปยังประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการอีกด้วย



แผนภาพที่ 1 The theory of unpleasant symptoms model

(Lenz et al., 1997)

จากการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เป็นการผ่าตัดบริเวณแนวกลางท้องด้านล่าง (Barbul, 2005) เพื่อรักษาโรคที่มีพยาธิสภาพภายในช่องท้อง จะกระทำในรายที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ มดลูก รังไข่ท่อรังไข่ และพยาธิสภาพอื่นในอุ้งเชิงกราน (Carlson,1995) เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ต้องเสียเลือดระหว่างผ่าตัดจำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากภายหลังการผ่าตัด (Smeltzer et al., 2010) จากการตัดอวัยวะสำคัญของการสืบพันธุ์สตรี และยังส่งผลกระทบต่อ

ต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากอาการที่ไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดแผล ผ่าตัด (จวง เพื่อกคง, 2550) อาการท้องอืด (กนกวรรณ บุญวิทยา, 2548 ; ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ, 2552) อาการนอนไม่หลับ (ปิลันธน์ ลิขิตกัจจร, 2546) และอาการอ่อนล้า (พรรณนิภา ธรรมวิรัช, ประอรนุช ตุลยาทร และจินดา อุไรรัตน์. 2540; เสาวลักษณ์ บุรณะสัมฤทธิ์, 2552) ผลกระทบของอาการที่ไม่สุขสบายหลังผ่าตัด (Unpleasant symptoms) ที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายๆอาการ ด้วยระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงต่อกัน เมื่อเกิดอาการใดอาการหนึ่งขึ้น จะเป็นปัจจัยกระตุ้น ส่งเสริมให้ความถี่ และความรุนแรงของแต่ละอาการมากขึ้น ผลที่ตามมาจากอาการจากความไม่สุขสบาย (Consequences of the symptom experince) คือผลกระทบต่อความร่วมมือและ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดลดลง โดยเฉพาะในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ๆ เช่น การเดิน การลุกนั่งเก้าอี้ และการอาบน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแผล ผ่าตัด อาการเหนื่อยล้า และจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ (ตุลาชินี ธรรมสมบุรณ์, 2549) พบว่า ผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 36.89 โดยความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการต่างๆหลังผ่าตัดได้ดีคือ การให้ความรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพิ่มทักษะในการปฏิบัติ เพื่อเผชิญเหตุการณ์ในระยะหลังผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย สภาพร่างกาย จิตใจปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สามารถลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

2.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ไม่ได้สร้างเครื่องมือสำหรับการประเมินเอาไว้โดยเฉพาะ แต่นักวิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการตามความเหมาะสมของบริบทที่สนใจศึกษา ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการ หรือกลุ่มอาการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถแปลหรือถ่ายทอดปรากฏการณ์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความเป็นนามธรรมสูงให้กลายเป็นรูปธรรมที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ เข้าใจถึงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นในการประเมินจึงต้องคำนึงถึงคุณลักษณะเฉพาะของเครื่องมือต่างๆ ว่ามีความสอดคล้องกับความ

ต้องการของผู้ใช้มากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินได้ 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบอาการเดี่ยว (Single symptom tools) และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบกลุ่มอาการ (Cluster symptom tools) ซึ่งการประเมินอาการ ประกอบด้วย 3 วิธี (Barsevick et al., 2006) ดังนี้

2.3.1.1 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินของแต่ละอาการ ซึ่งปกติแนวคิดการประเมินอาการนั้น เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการมักจะประกอบด้วย หลายมิติ (Multidimensional measures) ได้แก่ ด้านเวลา ความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่ง ความทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือปัจจัยที่ช่วยให้อาการบรรเทาลง ผลกระทบจากอาการ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินอาการที่ประกอบไปด้วยหลายๆมิติ จึงมักเกิดความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดอาจมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และการวัดหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามมากขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นภาระจึงไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย บางประเภทหรือการประเมินในเวลาจำกัด

2.3.1.2 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วย หลายๆ อาการ แต่มีมิติของอาการเพียงมิติเดียว (Unidimensional measurement) ซึ่งส่วนใหญ่จะ เลือกประเมินในมิติด้านความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการด้วย วิธีดังกล่าวจะช่วยให้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ และสามารถประเมินได้หลายๆ อาการโดย เน้นที่การประเมินมิติที่มีความสำคัญที่สุดในขณะนั้น

2.3.1.3 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วย หลายๆ อาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญเท่านั้น เช่น การประเมินอาการ ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง, ประเมินการเกิดอาการภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น นอกจาก การประเมินมิติด้านความรุนแรงของอาการแล้ว อาจประเมินในมิติด้านเวลาหรือความถี่ของการ เกิดอาการ หรือการประเมินหลายๆ อาการ ในมิติด้านความรุนแรงและด้านความทุกข์ทรมานของการ เกิดอาการ โดยการประเมินอาการด้วยวิธีดังกล่าวมีหลักของการประเมินดังนี้

- มาตรวัดที่ใช้จะต้องมีความสอดคล้องกับมิติของอาการที่ต้องการวัด
- มิติของอาการที่ต้องการวัดจะต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ความสอดคล้องของเวลาที่ใช้ในการวัด
- ความสอดคล้องกับบริบททางคลินิก
- ความสะดวกต่อการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ตัวอย่างแบบประเมินกลุ่มอาการ

การประเมินอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการโรคหัวใจ (The Cardiac Symptom Survey ; CSS) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Nieveen เพื่อนำมาเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แบบผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กับแบบมีแผลขนาดเล็ก อาการทั้งหมด 10 อาการ ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า (Fatigue), มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ (Problem sleeping), อาการบวมที่ขา (Swelling), อาการหายใจสั้นตื้น (Shortness of breath), อาการปวดแผลผ่าตัด (Incisional pain), ความวิตกกังวล (Anxiety), ความอยากอาหารลดลง (Appetite) , อาการซึมเศร้า (Depression), อาการใจสั่น (Fluttering) และ อาการแน่นหน้าอก (Angina) โดยมีคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ต่อไปนี้

1) แบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptoms) มี 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านความรุนแรง และมิติด้านเวลา โดยคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลข ให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 เป็นมาตรวัดแบบ Numeric rating scale โดย กำหนด 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด” ไปจนถึง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงของอาการ มากที่สุด”

2) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นความรู้สึกจากผลกระทบจากประสบการณ์การเกิดอาการ ประกอบด้วย การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) และการรบกวนความสุขในชีวิต (Enjoyment of life) เป็นมาตรวัดแบบ Numeric rating scale โดย กำหนด 0 หมายถึง “ไม่รบกวนเลย” 1 หมายถึง “รบกวนน้อยที่สุด” ไปจนถึง 10 หมายถึง “รบกวนมากที่สุด”

แบบประเมินกลุ่มอาการโรคหัวใจ (The Cardiac Symptom Survey ; CSS) นี้ ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย พวงผกา กรีทอง (2550) เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Numeric rating scale มีจำนวน 10 ข้อ โดย กำหนด 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด” ไปจนถึง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงของอาการ มากที่สุด”

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม การประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชพบว่ายังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ จะมีเพียงแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็นการประเมินกลุ่มอาการกลุ่มหลังผ่าตัดช่องท้องที่ใกล้เคียงกัน โดย แบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องของ ตะวัน แสงสุวรรณ (2551) สร้างขึ้นตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 5 อาการได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า วิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ โดยมีการประเมินความถี่ และความรุนแรงของ อาการในวันที่ 1, 2, และ 3 หลังผ่าตัด ดังนี้

การประเมินความรุนแรง (Rating Question) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ถึงความรุนแรงของอาการ แบ่งระดับการวัดเป็นมาตราส่วน มีค่าคะแนน 0 -10 คะแนน โดยที่ระดับคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีอาการหรือน้อยมากที่สุด คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และระดับคะแนนสูงสุด (10 คะแนน) หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด

การประเมินความถี่ (Rating Question) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบถึงความบ่อยครั้งของการเกิดอาการ แบ่งระดับการวัดเป็นมาตราส่วน มีค่าคะแนน 0 -10 คะแนน โดยที่ระดับคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเกิดขึ้น และระดับคะแนนสูงสุด (10 คะแนน) หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา

การแปลความหมายคะแนนของอาการหลังผ่าตัด โดยนำค่าคะแนนความรุนแรง และคะแนนความถี่ ของแต่ละอาการมารวมกัน [SUM (คะแนนความรุนแรง , คะแนนความถี่)] (ภัลยา วาณิชย์ปัญญา , 2547)

ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ดลชนา อีสริยภานันท์, 2546) ดังนี้

0.00– 5.00 คะแนน หมายถึง อาการอยู่ในระดับน้อย

5.50 – 14.50 คะแนน หมายถึง อาการอยู่ในระดับปานกลาง

15.00 – 20.00 คะแนน หมายถึง อาการอยู่ในระดับมาก

จากการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .85 และ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.82

สำหรับในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบกลุ่มอาการ (Cluster symptom tools) ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติของอาการที่มีความสำคัญขณะนั้น คือความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) และ ความถี่ของแต่ละอาการ (Symptom frequency) ซึ่งได้พัฒนาและดัดแปลงจากแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องของ ตะวัน แสงสุวรรณ (2551) ร่วมกับการนำหลักของการประเมินอาการ โดยใช้เครื่องมือการประเมินมิติของอาการที่ต้องการวัดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ และสามารถประเมินอาการได้ครอบคลุมทั้งกลุ่มอาการ

3. กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

ในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นมากกว่า 2 อาการขึ้นไป โดยที่แต่ละอาการจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Beck, Dudley, & Barsevick, 2005; Dodd et al., 2001) จากการศึกษาของ Alkaissi (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่อง

ท้องทางนรีเวช ร้อยละ 40 เผชิญกับอาการภายหลังผ่าตัดมากกว่า 2 อาการขึ้นไปในระยะ 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 70 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 46 อาการท้องอืดร้อยละ 43 อาการอ่อนล้าร้อยละ 33 สอดคล้องกับการศึกษาของ Urbach et al. (2005) ซึ่งได้ประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 2 อาทิตย์หลังการผ่าตัด พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจคือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติร้อยละ 100 เดินไม่สะดวกร้อยละ 48 มีอาการปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 48 และมีอาการปวดเมื่อไอหรือเคลื่อนไหวร้อยละ 28 ตื่นขึ้นกลางดึกบ่อยครั้งร้อยละ 62 อยู่ในภาวะหลับยาก (Falling Asleep) ร้อยละ 33 ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจพบว่ารู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือร้อยละ 28 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 24 ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน (ตะวันแสงสุวรรณ, 2551; Dodd, Miaskowski Paul, 2001) จึงสามารถรวมอาการต่างๆเหล่านี้ เป็นกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล

อย่างไรก็ตาม อาการเดี่ยวๆ ที่เกิดขึ้นก็มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอกกล่าวถึงอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชตามลำดับ ดังนี้

3.1 อาการปวดแผลผ่าตัด

3.1.1 ความหมายของอาการปวดแผล

Boss, B.J.(1992) ให้ความหมายความปวดว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในกาย จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ

McCaffery (1979) ความปวด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอก หรือแสดงออกว่า ปวด และยังคงมีอยู่ตราบที่ผู้ป่วยบอกว่ามี

สมาคมการศึกษา ความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ให้ความหมาย ความปวดว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่ไม่สงบเกิดขึ้น เมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเกิดขึ้น (White & Duncan, 2002)

อโนรอฟฟ์ (Aronoff's, 2002) ความปวดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือร่างกาย หรือไม่ได้

จวง เผือกคง (2550) ความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและบุคคลไม่ปรารถนา โดยบุคคลที่กำลังประสบความปวดเท่านั้นที่จะรู้ถึงความปวดของตนและจะคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี จะแสดงออกด้วยการพูดและกิริยาท่าทาง

จรินทร์ พวภยะ (2555) ความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการบาดเจ็บ เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายที่แสดงออกถึงพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลที่บอกถึงความเจ็บปวดที่ยังคงมีอยู่ การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่า อาการปวดแผล เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล เมื่อมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ แสดงออกทางพฤติกรรมถึงความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรม บุคคลที่กำลังประสบความปวดเท่านั้นที่จะรู้ถึงความปวดของตน อาการปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เป็นอาการปวดแบบเฉียบพลัน ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยอาการปวดแผลมากในวันแรกสูงถึงร้อยละ 95 และลดลงเหลือร้อยละ 76 ในวันต่อมา (ปิลันธน ลิขิตกำจร, 2546) และมีระดับความรุนแรงมาร้อยละ 40 - 70 ในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (วิจิตรรา กุสุมภ์ , 2546 : นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546)

3.1.2 สาเหตุและกลไกการเกิดอาการปวดแผลผ่าตัด

อาการปวดแผลผ่าตัดเกิดจากการถูกทำลายของเส้นเลือด และเส้นประสาทมีการดึงรั้ง และหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณผ่าตัด (Barrett, 1993 ; Davey, 1994) การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลง เกิดการคั่งของกรดแลคติก และมีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบออกมา ได้แก่ histamine, bradykinin, prostaglandin, serotonin, substance P และ acetylcholine ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกให้มีความไวต่อการกระตุ้น โดยตรงต่อสารเคมี ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวด (Dickenson, 2005; Rahman & Beattie; 2005) เข้าสู่ไขสันหลังและระบบประสาทส่วนกลาง ใยประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายของประสาทไขสันหลังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสาเหตุของอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดได้แก่ การเกิดกระบวนการรับรู้ของระบบประสาทขณะมีการกระตุ้นให้บาดเจ็บ และมีการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดความปวดออกสู่บริเวณที่มีบาดเจ็บตลอดเวลา ทำให้ไวต่อการกระตุ้นมีการตัดขาดของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนัง ทำให้มีการหลั่งสาร norepinephrine จากปลายประสาท ทำให้อาการปวดแผลเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการปวดแผลผ่าตัด

1) ปัจจัยทางด้านสรีระ ได้แก่ ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด โดยชนิดการผ่าตัดที่แตกต่างกันจะมีการทำลายเนื้อเยื่อแตกต่างกัน ชนิดของการผ่าตัดเป็น 1 ใน 4 ของปัจจัยที่ทำนายอาการปวดหลังผ่าตัด (Ip, Abrishami, Peng,Wong, & Chung, 2009) ตำแหน่งการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ต่างกัน จะมีความรุนแรงของความปวดแตกต่างกัน แผลที่อยู่ในแนวขวางจะอาการปวดน้อยกว่าแผลที่อยู่แนวกลางลำตัว (Brown & Goodfellow, 2005) และการให้ยาระงับความรู้สึกจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้

2) ปัจจัยด้านจิตใจ สภาพอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ และความเศร้า มีผลด้านการรับรู้และแสดงออกต่ออาการปวดแผล ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงในระบะก่อนผ่าตัด จะทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มขึ้น ประสบการณ์ความปวดในอดีต มีผลต่อการรับรู้ในปัจจุบัน ผู้ที่ได้รับความปวดอย่างรุนแรงและไม่ได้ได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอ เมื่อมีอาการปวดครั้งใหม่ ความอดทนต่ออาการปวดจะน้อยลงและรับรู้ถึงอาการปวดมากขึ้น (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538) การรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและ ครบถ้วนทำให้มีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น

3) ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม มีผลต่ออาการปวด ช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวเพิ่มขึ้น สิ่งแวดล้อมปลอดภัยจะเอื้ออำนวยต่อการปรับตัวและส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทนต่อความปวดได้ดีขึ้น (McCaffery , 1994) ในแต่ละวัยมีการตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างกัน (Potter &Perry, 2001) เพศหญิงจะการรับรู้ต่อความรู้สึกวิตกกังวลและอาการปวดมากกว่าผู้ชาย (อมรรรัตน์ มังสา และคณะ, 2554) ทำให้ความอดทนต่ออาการปวดต่ำกว่าเพศชาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1.3 ผลกระทบจากอาการปวดแผลผ่าตัด

อาการปวดแผลของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง เป็นปัญหาอันดับแรกที่สุดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระยะแรกหลังผ่าตัด ที่มีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ในช่วง 1 – 3 วันแรกหลังผ่าตัด อาการปวดแผลจะส่งผลผู้ป่วยดังนี้

3.1.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีความผิดปกติ ดังนี้

1) ระบบหายใจ อาการปวดแผลทำให้ไม่สามารถหายใจแรง ๆ หรือไอได้เต็มที่ ทำให้เสมหะคั่งค้างอาจเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ และปอดบวมจากการนอนนาน (hypostatic pneumonia) (Cousins และ power, 1999)

2) ระบบไหลเวียนโลหิต อาการปวดแผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

3) ระบบกล้ามเนื้อ เกิดการหดเกร็งกล้ามเนื้อ ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น

4) ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทซิมพาเทติกกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบ บริเวณทรวงอกและลำไส้ให้ยืดขยาย เพิ่มขึ้นการหลั่งของน้ำย่อย ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง หยุดการเคลื่อนไหว (Cousins และ power, 1999) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ร่วมกับอาการอ่อนล้าทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (จิราพร ศิริรัตน์, 2543) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด และคลื่นไส้ อาเจียน

5) ระบบทางเดินปัสสาวะ อาการปวดแผล ทำให้การระบายปัสสาวะไม่สะดวก มีการคั่งค้างของปัสสาวะ จากการไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Cousins และ power, 1999)

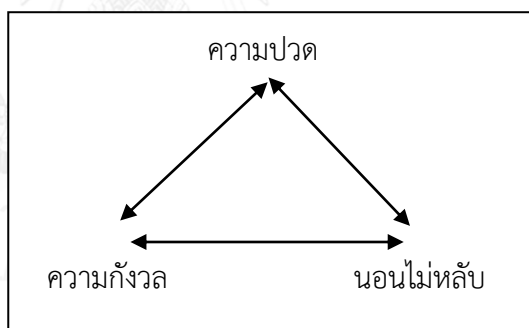
6) ระบบต่อมไร้ท่อ อาการปวดจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมนในร่างกาย เพิ่มการหลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน และ อัลโดสเตอโรน ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม ลดการหลั่งของอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

3.1.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดจากการปวดแผลผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากความกลัวการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวดและกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่ตนเองยังไม่ทราบ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดจะมีความรู้สึกกลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นอันดับที่สองรองจากความกลัวการเสียชีวิต (Christoph, 1994) และความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นนั้น พบว่ามีปัจจัยด้านร่างกายอารมณ์ ความเชื่อ ทศนคติและสังคมวัฒนธรรมมาเกี่ยวข้อง จากการศึกษาของสุดกัญญา พัทวี (2541) พบว่าอาการปวดแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรบกวนด้านอารมณ์และความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด และผลกระทบของอาการปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะส่งผลต่อพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย

3.1.3.3 ผลกระทบด้านพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยต่ออาการปวดแผลผ่าตัดมักเกี่ยวกับการแสดงออกทางน้ำเสียง ใบหน้า การเคลื่อนไหว ร่างกาย เช่น ร้องไห้คร่ำครวญ กัดฟัน หลับตาแน่น ทำหน้าบึ้ง กำมือ อจนวนหรือกุมบริเวณที่ปวดเพราะกลัวการสัมผัส อาการปวดแผลผ่าตัดที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ แต่บางรายอาจกระสับกระส่าย กรีดร้อง เรียกพยาบาลและร้องขอยาบรรเทาปวดบ่อยๆ เป็นต้น

พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่ออาการปวดมีลักษณะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการปวด และความทนต่ออาการปวดของแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเชื่อและภาวะอารมณ์มาเกี่ยวข้อง (Clarke & Carty, 2001)

นอกจากอาการปวดจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เช่น รับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานอาหารและการนอนหลับ (Bonica & Loeser, 2001; Reid, 2000; Rosenberg, 2001) จากการศึกษาของนิโลบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) ที่ศึกษาการรับรู้อาการปวดและวิธีบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 3 วันแรก ผลการศึกษาพบว่าอาการปวดรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดมาก 3 อันดับแรกคือ การเดิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสุขในชีวิต ซึ่งผลกระทบของอาการปวดดังกล่าวจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น ผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น (ลักษมี ชาญเวชช์, 2546; Sarpy, Galbraith & Jones, 2000)



แผนภาพที่ 2 ผลของความกังวล ความปวด และ นอนไม่หลับ

(ศตีกานต์ นิมมานรัชต์, 2547)

3.1.4 วิธีการจัดการอาการปวดแผลผ่าตัด

การจัดการกับอาการปวดแผลโดยไม่ใช้ยา สามารถประยุกต์ใช้ในการบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด (Herr & Mobily, 1999 ; Wilkie, 2000) แบ่งได้ 2 วิธีได้แก่

3.1.4.1 วิธีที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง (Physical interventions)

1) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยให้ อยู่ในท่าที่สบาย เช่นท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi – Fowler, s position) และงอเข่าเล็กน้อย (Perry และPorter, 2002) การจัดทำที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยจะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อ และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่ปวด เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะเพิ่มความปวดหลังผ่าตัดให้มากขึ้น (Wilkie, 2000)

2) การนวด (Massage) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เพื่อกระตุ้นเซลล์แอสจิงไนไซสันหลัง ทำให้มีการหยุดกั้นกระแสประสาทความปวด และการนวดเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน เป็นสารยับยั้งสัญญาณความ (จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, 2544)

3) การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ คล้ายกับการนวดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความปวดได้

4) การกระตุ้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง หรือการใช้เครื่อง TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation) เพื่อลดความปวด โดยใช้เครื่องเทนส์ ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าสูงกระตุ้นผ่านผิวหนังกระตุ้นใยประสาทใหญ่ กระตุ้นเซลล์แอสจิงไนไซสันหลังให้ยับยั้งกระแสประสาทไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ที่ จึงไม่มีกระแสประสาทความปวดผ่านไปถึงสมอง และใช้เครื่องเทนส์ ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำจะทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารยับยั้งความปวด

5) การเฝาระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

6) การดูแลด้านจิตใจหลังผ่าตัด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

3.1.4.2 วิธีที่อาศัยกระบวนการความคิด และการกระทำ (Cognitive-behavioral interventions) เป็นวิธีการที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด ช่วยให้ควบคุมตนเองได้มากขึ้น (Herr & Mobily, 1999) มีหลายวิธี เช่น

1) การให้ความรู้ หรือการสอนก่อนผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยซึ่งมีการบันทึกในการให้ความรู้ในการวิจัยทางการแพทย์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1970 การให้ความรู้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมด้านจิตใจสำหรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น (Nursing Interventions Classification (NIC), 1996) การให้ความรู้ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยได้รับความปวดและทุกข์ทรมาน เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและความทุกข์ทรมาน (Gross, 1986; Wilkie, 2000) การให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในเรื่องการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก การรักษาความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยต้องการ ร่วมกับการสอนวิธีไอ การหายใจลึกๆ การขยับตัว การเดิน เพื่อลดอาการไม่สบายตัวหลังผ่าตัด สามารถลดความต้องการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดลง (พงศภารัตน์ เจาพะเกษตริน และคณะ, 2547) การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยทราบรายละเอียดของการรักษา หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เครื่องมือต่าง ๆ การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด รายละเอียดของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (Leventhal & Johnson, 1983) ข้อมูลความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบจากการผ่าตัดและความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เช่นความรู้สึกความปวดแผลผ่าตัด ในการให้ความรู้หรือข้อมูลความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจได้ ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับที่ได้คิดมาก่อน ผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ ที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน (Hill, 1982) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้ความปวดและความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาแก้ปวด และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ฉวี มากพุ่ม, 2530) การให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจเพื่อการปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับ สิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวด การประเมินและการจัดการกับอาการปวดของตนเอง การรายงานให้พยาบาลทราบร่วมกับพยาบาลและแพทย์ ผลของความปวดที่ได้รับการแก้ไขไม่เพียงพอวิธีจัดการกับความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547) ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงประสบการณ์ความปวดที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยทำให้

ผู้วิจัยได้ประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ต้องรับการผ่าตัด ความต้องการบรรเทาปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยการแสดงความเห็นเป็นกันเอง แสดงความเห็นใจ และเข้าใจ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือหรือบรรเทาความปวดจากพยาบาล (Caunt, 1992) จะช่วยให้การสอนหรือให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไปสู่ความสนใจอื่นที่น่าสนใจกว่า เมื่อมีการกระตุ้นตัวรับความปวดสู่สมองส่วน cerebral cortex จะเกิดการรับรู้และตอบสนองความปวด แต่ถ้าสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจมีความเข้มข้นมากกว่าสัญญาณประสาทความปวดcerebral cortex จะเลือกรับและตอบสนองต่อการเบี่ยงเบนความสนใจและส่งสัญญาณมายังreticular formation ทำให้มีการส่งสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจ เข้าสู่ระบบควบคุมส่วนกลางมากขึ้น ส่งผลให้มีการลดการส่งสัญญาณประสาทความปวดเข้าสู่ระบบควบคุมส่วนกลางที่ reticular formation และระบบควบคุมส่วนกลางส่งสัญญาณประสาทมาที่ระบบควบคุมประตู่ที่ไขสันหลัง โดยกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ให้มีการปิดกั้นสัญญาณความรู้สึกรปวด (Meinhart & McCaffery, 1983) เป็นวิธีที่สามารถบรรเทาความปวด และเชื่อว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารคล้ายมอร์ฟินมาควบคุมความปวดในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของความปวด เป็นการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความปวดที่กำลังเกิดขึ้น ได้แก่ การร้องเพลง การฟังดนตรี การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี การเล่นเกมส์ หรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ (Mc Caffery, 1979)

3) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) การผ่อนคลายเป็นภาวะที่ร่างกายจิตใจ และอารมณ์ปราศจากความตึงเครียด (Day, 2000 อ้างใน ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์, 2546) ซึ่งเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในสมอง ทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตู่ในระดับไขสันหลังทำให้ประตู่ปิด ร่วมกับมีการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจึงเป็นการตัดวงจรร้ายของความปวด (Potter และ Perry, 2001) การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย มีหลายวิธี ได้แก่การฝึกการหายใจ (breathing exercise) การใช้จินตภาพ (guided imagery) อาจใช้หลายเทคนิคร่วมกันเช่น การทำสมาธิ (meditation) สามารถทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกายคล้ายกับการพักสัก ร่างกายสามารถคลายเครียด ทำให้ลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ จะช่วยให้เพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Wallace, 1978 อ้างใน นที เอื้อกุลกิจการ, 2530) ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบลึก (deep breathing) คือการหายใจอย่างปกติ

เป็นจังหวะตามธรรมชาติ โดยการหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ลึก ๆ และสม่ำเสมอ ทางจมูก และผ่อนลมหายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ เป็นการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง โดยสูดลมหายใจลงไปยังส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก สามารถปฏิบัติทุกเมื่อที่ต้องการ ฝึกการหายใจผ่อนคลายเป็นขณะที่ความปวดไม่รุนแรงและนำมาใช้ก่อนที่จะเผชิญเหตุการณ์ความปวด ปฏิบัติแต่ละครั้งใช้เวลา 5 -20 นาที

3.1.5 การประเมินอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้วัดความรุนแรงของความปวด (Classification Schema for Instruments to Measure Clinical Pain) (McGurie, D. B., 1983: 152-156; Jacox. A. X., 1979: 110-115 อ้าง ในสังจา ทาโต 2537: 24-27)

1) **มาตราวัดความปวดแบบง่าย** (simple descriptive scale) แบ่งระดับความปวดออกเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความปวด โดยให้ 0 หมายถึงไม่มีความปวด 1 มีความปวดเล็กน้อยและความปวดจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนถึงเลข 5 หมายถึงเจ็บปวดจนทนไม่ได้มาตราวัดแบบนี้ใช้ง่าย แต่อาจมีปัญหาในกรณีผู้ตอบบางคนไม่เข้าใจความหมายของคำที่ใช้กำกับตัวเลข ซึ่งอาจแก้ปัญหาโดยการลดตัวเลือกให้น้อยลง เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก เป็นต้น ทำให้ความเชื่อมั่น (reliability) เพิ่มขึ้น แต่ความหมายตรง (validity) จะลดลง

2) **มาตราวัดสองส่วนของจอห์นสัน**แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ใช้วัดความปวด (pain sensation scale) ระดับความปวดแบ่งเป็นช่วงเท่าๆกัน โดยใช้ตัวเลขกำกับแทนความรุนแรงของความปวด โดยคะแนน = 0 หมายถึงไม่รู้สึกเจ็บปวด 1 = รู้สึกเจ็บปวดเล็กน้อย และ 10 = รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 2 เป็นมาตราวัดความทุกข์ทรมานที่ได้รับเนื่องจากความปวด (pain distress scale) โดยมีระดับคะแนนจากไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจนถึงทุกข์ทรมานมากที่สุด

3) **มาตราวัดความปวดของเมลแซค** (Melzack's Scale) การวัดส่วนใหญ่อยูในส่วนประกอบด้านอารมณ์ หรือลักษณะทางคุณภาพของความปวดมากกว่าความรุนแรงของความปวด

4) **มาตรสีวัดความปวดของสจิวต์** (Stewart pain - color scale) โดยกำหนดระดับความปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความปวดต่างกัน

แต่ละช่องสี่และเมื่อความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น สีจะเข้มขึ้น สีส้มหรือสีแดงใช้แทนความปวดที่เล็กน้อย สีแดงที่เข้มขึ้นใช้แทนความปวดที่เพิ่มขึ้น สีดำหรือสีม่วงดำแทนความปวดที่รุนแรง

5) **มาตรวัดความปวดของ พรนิรันตร์ อุดมถาวรสุข (2528)**

ประยุกต์โดยกำหนดระดับความปวดเป็น 11 ช่อง พร้อมทั้งระบายสีแดงเพิ่มพื้นที่ขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละช่องตามความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้นจากระดับ 0 ซึ่งไม่ได้รับการระบายสี หมายถึง ไม่เจ็บปวดจนถึง 10 ซึ่งมีพื้นที่ถูกระบายสีมากที่สุด หมายถึงเจ็บปวดจนทนไม่ได้ ง่ายต่อการสังเกตและเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่เข้าใจความหมายของคำหรือกรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก

6) **มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข 0-10 (0-10 Numerical Rating Scale)**

มาตรวัดนี้ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึงเจ็บปวดจนทนไม่ได้ โดยมีลักษณะเป็นช่องสี่เหลี่ยมจัตุรัสขนาด 1 x1 เซนติเมตรเรียงต่อกันตามแนวนอน ภายในมีตัวเลขเรียงลำดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 รวมทั้งหมด 11 ช่อง เรียกมาตรวัดความปวดแบบช่อง 11 ระดับคะแนน(11-Point Box Scale :BS-11) Jensen และคณะ (1986) โดยดัดแปลงมาจากมาตรวัดความปวดของDownnie และคณะ ผู้ป่วยจะเลือกตัวเลขแทนความปวดที่ได้รับโดยทำเครื่องหมาย “X” ลงบนช่องตัวเลข

3.2 **อาการท้องอืด**

3.2.1 **ความหมายของอาการท้องอืด**

Craven & Hirnle (2003) อาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการขยายและโป่งพอง เนื่องจากการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ จากการได้รับยาาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และจากการผ่าตัดที่มีการสัมผัสลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ กระเพาะอาหารและลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว

Kraft, Erstad, & Matuszewski (2005) อาการท้องอืด หมายถึง ภาวะที่รู้สึกแน่นอืดอึดท้อง จากการที่มีแรงดันในท้องเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมี อาหาร น้ำ และแก๊สในระบบทางเดินอาหารมากกว่าปกติ และมีสาเหตุจากกระเพาะอาหารและลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวลดลง

นันทาวดี ศิริจันทร์และคณะ (2551) ภาวะท้องอืด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความไม่สุขสบาย ทำให้เกิดอาการอึดอึด ไม่สบายตัวและหายใจลำบาก เป็นต้น

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ (2552) อาการท้องอืด หมายถึง ภาวะการทำงานของระบบทางเดินอาหารหยุดชั่วคราวหลังผ่าตัด อันเนื่องมาจากการดมยาสลบ ระบบประสาทซิมพาเธติกถูกรบกวน การหลั่งสารสื่อประสาทลดลง การอักเสบของอวัยวะบริเวณผ่าตัด ความปวดแผลผ่าตัดและยาลดปวดทำให้มีการคั่งของน้ำและแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้

มณฑนา ปรีเลิศ (2555) ภาวะท้องอืด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความไม่สบายทำให้เกิดอาการอึดอัด ไม่สบายตัวและหายใจลำบาก เป็นต้น

สรุปอาการท้องอืด หมายถึง ภาวะที่รับรู้ถึงอาการแน่นอึดอัดท้อง จากการมีลมในท้อง ทำผู้ป่วยให้เกิดความไม่สบาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการท้องอืดระดับรุนแรงในระยะหลังผ่าตัด (มาลี งามประเสริฐ และคณะ, 2548) โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดเล็กน้อยถึงอาการท้องอืดมาก ใน 9 - 56 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 41.8 มีอาการท้องอืดใน 32 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 62.4 มีอาการท้องอืดนาน 8 - 40 ชั่วโมงแรก และภาวะท้องอืดมีความสัมพันธ์กับอายุ วันแรกที่ถ่ายอุจจาระ ขนาดของยาแก้ปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กนกวรรณ บุญวิทยา, 2548) และจากการศึกษาของทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) เรื่องอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ออาการท้องอืด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า ความวิตกกังวลในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดสามารถร่วมทำนายอาการท้องอืดได้เกือบร้อยละ 40

3.2.2 สาเหตุและกลไกการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางหน้าท้อง มีภาวะทางเดินอาหารเป็นอัมพาต(paralytic ileus) หรือหยุดการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้เกิดภาวะท้องอืดตามมา มีสาเหตุดังต่อไปนี้

3.2.2.1. ระบบประสาทถูกยับยั้ง (inhibitory neural reflexes) เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติประกอบด้วย ระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) และระบบประสาทภายในทางเดินอาหาร (intrinsic nervous system) เมื่อมีการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทเหล่านั้น โดยระบบประสาทซิมพาเธติกจะยับยั้งการทำงานของลำไส้ หลังการผ่าตัด catecholamine ในกระแสเลือดจะสูงขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกผ่านทาง somatic nerve และ splanchnic nerve ให้หลั่งสารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (norepinephine) และยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน จึงทำให้ยับยั้งการทำงานของลำไส้และมีการบีบตัวของลำไส้ลดลง (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549; Craven & Hirnle, 2003)

3.2.2.2 สารสื่อประสาทและสาเหตุการอักเสบ (neurotransmitter and inflammatory factors) การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมีโอกากระทบกระเทือนลำไส้ เนื่องจากมีการจับต้องลำไส้ ทำให้แบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้สร้างสารต่างๆ เช่น vasoactive intestinal peptide, substance P, calcitonin, gene-related peptide ทำให้ยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ (หนูเพียร ชาทองยศ, 2550) และลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวตามมา

3.2.2.3 ผลจากการดมยาสลบ (analgesic) การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชต้องได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ซึ่งยาดมสลบแต่ละชนิดจะมีผลต่อการทำงานของลำไส้ โดยออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของลำไส้ ยาที่ยับยั้งการทำงานของกระเพาะอาหารได้แก่ อะโทรปีน (atropine) eflurane และ ฮาโลเทน (halothane) ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร เพื่อขับเคลื่อนอาหาร น้ำ ลงไปผ่านลำไส้เล็กช้าลงไป (หนูเพียร ชาทองยศ, 2550)

3.2.2.4 ผลของยาลดปวด (narcotic drug) การให้ยามอร์ฟินเพื่อระงับปวด มอร์ฟินเป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) มอร์ฟินนอกจากจะช่วยบรรเทาความปวดแล้ว มอร์ฟินยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นประสาทซิมพาเธติก ทำให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (กษยา ต้นดิผลาชีวะ, 2549) ทำให้ลดการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็กช้าลง หรือลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวแบบบิรูตลดลง (ฐิติมา ชินะโชติ, 2541) จากการศึกษาของ Cali, Meade, Swanson, & Freeman (2000) เกี่ยวกับผลกระทบบของมอร์ฟิน และขนาดของแผลผ่าตัดต่อการทำงานของลำไส้ หลังได้รับการผ่าตัดลำไส้พบว่า ระยะเวลาการเริ่มทำงานของลำไส้มีความสัมพันธ์กับปริมาณมอร์ฟินที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2.2.5 ความปวด ความปวดกระตุ้นประสาทซิมพาเธติกทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ส่งเสริมให้มีภาวะท้องอืดมากขึ้น และความปวดยังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารจะคลายตัวและอ่อนแรงด้วย จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดมีอาการแน่นอึดอัด ท้องผูก และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (หนูเพียร ชาทองยศ, 2550)

กลไกการเกิดภาวะท้องอืด

เมื่อภาวะลำไส้หยุดทำงานทำให้สิ่งที่อยู่ในลำไส้ไม่สามารถเคลื่อนตัวได้ไปตามปกติ (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549) เกิดการคั่งของน้ำย่อย แก๊ส อาหารและสารอื่นๆในลำไส้ การไหลเวียนของเลือดจะลดลง เลือดที่แทรกซึมผ่านชั้นเยื่อบุเมือก และชั้นเซลล์เยื่อบุของทางเดินอาหารลดลง villi ซึ่งทำหน้าที่เพิ่มกระบวนการดูดซึมของระบบทางเดินอาหารจะตายไป มีผลต่อระบบขนส่งป้องกันแบคทีเรีย สารคัดหลั่งหรือเลือดเข้าสู่ทางเดินอาหารลดลง (หนูเพียร ชาทองยศ, 2550) หากไม่มีการป้องกันรักษาภาวะดังกล่าว อาจทำให้ชั้นเยื่อบุเมือกถูกทำลาย มีการผลิตแก๊สจำนวนมาก มีการสลายกรดไขมันและโปรตีน เกิดการขาดวิตามิน B12 นอกจากนี้แล้วภาวะที่มีเชื้อจุลินทรีย์เพิ่มมากขึ้นยังทำให้ผนังลำไส้ขาดเลือด เกิดเนื้องอกนำไปสู่การมีเลือดออก และมีการซึมผ่านของสารพิษมากขึ้น กระบวนการดูดซึมอาหาร การคัดหลั่งน้ำ และอีเล็กโตรไลต์ ซึ่งเกิดขึ้นบริเวณลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะการดูดซึมสูงสุด จะเกิดขึ้นบริเวณ duodenum และ jejunum เมื่อมีอาการท้องอืดชั่วคราวจำนวนมากและอีเล็กโตรไลต์ จะมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ จะมีการดูดซึมน้ำและอีเล็กโตรไลต์ลดลง (ฐิติมา ชินะโชติ, 2541) แต่จะมีการคัดหลั่ง น้ำ โซเดียม โปรแตสเซียม เข้าสู่ท่อทางเดินอาหารมากขึ้น เมื่อปริมาณสารดังกล่าวมีมากขึ้นร่วมกับภาวะแก๊สที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการขยายของช่องท้อง กะบังลมเคลื่อนตัวผิดปกติ เกิดความไม่สุขสบาย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องหายใจลำบาก และถ้าหากมีปริมาณแก๊สมากๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียนอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ ในภาวะปกติที่ร่างกายไม่ได้รับประทานอาหาร หรือ มีการอดอาหาร ระบบทางเดินอาหารจะมีการบีบตัวทุก 90 นาที เพื่อบีบไล่น้ำหรือสารอาหารที่ตกค้าง เริ่มตั้งแต่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก มายังลำไส้ใหญ่ ที่เรียกว่าการบีบเคลื่อนซับซ้อนในระหว่างมื้ออาหาร (Migrating Motor Complex: MMC) แต่เมื่อมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดอันเนื่องมาจากกลไกการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของทางเดินอาหารหยุดทำงานจากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทภายในทางเดินอาหารและการหลั่งฮอร์โมนถูกรบกวน จึงมีผลต่อการบีบตัวของ MMC โดยพบว่าการผ่าตัดที่มีการตัดกล้ามเนื้อหน้าท้องจะยับยั้ง MMC ชั่วคราว ส่วนการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านเยื่อช่องท้องจะทำให้ MMC หายไป ดังนั้นจึงพบว่าการบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง และทำให้ไม่มีเสียงที่เกิดจากการบีบตัวของลำไส้ (bowel sounds) (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549; หนูเพียร ชาทองยศ, 2550)

3.2.3 ผลกระทบของอาการท้องอืด

อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นใน 24- 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อภาวะท้องอืด ด้วยการเพิ่มการทำงานของอวัยวะต่างๆ เนื้อเยื่อบางส่วนจะมีภาวะพร่องออกซิเจน พลังงานที่สะสมไว้จะถูกนำไปใช้ ผู้ป่วยมักเกิดความอ่อนล้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตระดับปานกลางโดยรบกวนด้านการทำกิจกรรมทั่วไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ (Babak & Mchael, 2007) เนื่องจากอาการท้องอืดทำให้มีช่องท้องขยาย ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น จะดันกะบังลมและยังขัดขวางการเคลื่อนต่ำลงของกระบังลมในขณะที่มีการหายใจเข้า ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สไม่ดี ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) โดยเฉพาะเวลานอนราบ อนึ่งภาวะท้องอืดจะเพิ่มความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด (Babak & Mchael, 2007) เนื่องจากการขยายของช่องท้อง ทำให้ปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง คลื่นไส้อาเจียน การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง ไม่ผายลมและไม่ถ่ายอุจจาระ (กษมา ตันติผลาชีวะ, 2549; Kraft, Erstad, & Matuszewski, 2005) ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ทำให้นอนไม่หลับหรือหลับได้ไม่เพียงพอ (ปีลันซ์ ลิขิตกำจร, 2546) นอกจากนี้อาการท้องอืดยังรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอารมณ์ในระดับปานกลาง ทำให้มีอาการหงุดหงิดและอารมณ์ขุ่นมัวได้ (ยุพิน ดีสมศักดิ์, 2546) ส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

3.2.4 วิธีการจัดการกับอาการท้องอืด

สามารถแบ่งวิธีการจัดการกับอาการท้องอืด ได้ 2 วิธี คือ

3.2.4.1 การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยใช้ยา

1) การใช้ยาขับลม เช่น คาร์มีเนทีฟ (carminative) เป็นยาที่มีรสเผ็ดร้อน มีสูตรโครงสร้างแบบ aromatic ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ช่วยในการขับแก๊สออกมาจากลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้รับประทานยาเกิดความรู้สึกร้อนตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงกระเพาะอาหาร และเรอเอาแก๊สออกมา (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, 2546) ส่วน Air-x ลดอาการอืดแน่นท้องโดยเปลี่ยนความตึงผิวของแก๊สในกระเพาะลำไส้ ทำให้ฟองอากาศที่รวมตัวกันแตกได้ และป้องกันไม่ให้เยื่อเมือกเกาะหุ้มฟองอากาศเหล่านี้ ทำให้เรอ ขับลมหรือผายลมได้สะดวกขึ้น (กำพลศรีวัฒนกุล, 2545)

2) การใช้ยาลดกรด (antacid) ซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่างปานกลาง เมื่อทำปฏิกิริยากับกรดเกลือในกระเพาะอาหาร จะลดปริมาณของกรดที่จะทำปฏิกิริยากับไบคาร์บอเนตที่มีอยู่ในน้ำย่อย ทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์น้อยลง นอกจากนี้ซิลิกอนซึ่งเป็นตัวยาที่ผสมอยู่ในยาลดกรดยังทำให้เกิดการรวมตัวของแก๊สในกระเพาะอาหารจนมีปริมาณมาก จะถูกขับ

ออกโดยรีเฟล็กซ์การเรอ ช่วยผ่อนคลายอาการแน่นอึดอึด (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545; นางลักษณสุข วาณิชศิลป์, 2546)

3) การใช้ยาระบาย (stimulant laxative) เช่น dulcolax ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาระบายออกฤทธิ์ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระ การใช้ยาระบายอาจให้โดยการรับประทานหรือใช้เหน็บทางทวารหนัก (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545)

3.2.4.2 การจัดการกับอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยา

1) การให้ผู้ป่วยงดอาหาร และน้ำทางปากเริ่มจากการให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปาก เพราะอาหารที่รับประทานเข้าไปนอกจากจะไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้แล้ว ยังกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอึดเพิ่มขึ้น (Litwack, 2000)

2) การใส่สายยางเข้าทางจมูกไปถึงกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ถ้าผู้ป่วยงดอาหาร และน้ำทางปากแล้วยังมีอาการท้องอืดอยู่อีก แพทย์จะใส่สายยางเข้าทางจมูกจนถึงกระเพาะอาหาร บางครั้งแพทย์อาจให้ต่อสายยางกับเครื่องดูด เพื่อดูดเอาแก๊สและสารเหลวที่อยู่ในกระเพาะอาหารออกมา ทำให้ลำไส้ลดความโป่งพอง (Craven & Hirnle, 2003; Litwack, 2000) อย่างไรก็ตามการใส่สายยางเข้าทางจมูกทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเนื่องจากรู้สึกกระคายเคืองต่อสายยางที่อยู่ในลำคอ ทำให้เจ็บคอ และหายใจไม่สะดวก

3) การออกกำลังอย่างมีแบบแผน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังบนเตียงได้แก่ การออกกำลังโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในขณะที่นอนพักบนเตียง การพลิกตัว และการลุกจากเตียงได้เร็วหลังผ่าตัด เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และช่วยขับแก๊สออกไป เช่น โยคะ ชีกง เป็นต้น (รักชนก ชูเขียน, 2551)

4) การนวด การนวดเป็นการผ่อนคลาย ทำให้ลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ (จำเรียง ภัทรธรรมภรณ์, 2548)

5) การให้อาหาร (feeding protocol) เป็นแนวคิดเพื่อลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการปรับการกินอาหาร โดยมีการศึกษาว่าควรให้อาหารผู้ป่วยทั้งทางปากและทางสายจมูกโดยอาหารมีผลต่อกลไกกระตุ้นปฏิกิริยาที่ทำให้มีการบีบตัวของทางเดินอาหารอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนจากทางเดินอาหารที่เพิ่มการทำงานของลำไส้ได้ ได้แก่ วิธีการให้อาหารที่มีกากใยสูงก่อนการผ่าตัดจะมีระยะเวลาการมีท้องอืดลดลง การให้อาหารหลอก (sham feeding) โดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง (ซูสเตอร์และคณะ, 2006 ; หนูเพียร ขาทองยศ , 2550)

การให้อาหารหลอก (sham feeding) จะกระตุ้นประสาทเวกัสในทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน gastrin, pancreatic, polypeptide และ neurotensin ช่วยให้การบีบตัวของทางเดินอาหารได้ (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549)

6)วิธีเบี่ยงเบนทางจิตวิทยา (psychologic suggestion) จากการศึกษาของ Disbrow อ้างถึงใน ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ (2552) พบว่าการให้ข้อมูลของการกลับมาทำงานของทางเดินอาหารร่วมกับการฟังเทปชักนำจินตนาการ ก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ สามารถลดระยะเวลาการมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดได้

3.2.5 การประเมินอาการท้องอืด

การประเมินอาการท้องอืด พยาบาลสามารถประเมินอาการท้องอืดได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการซักถาม ผู้ป่วย สังเกตอาการ และการตรวจร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งอาศัยความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ของอาการท้องอืดเป็นแนวทางได้ดังนี้

3.2.5.1 ความรู้สึกปวดแน่นอึดอัดในท้อง (Feeling of fullness) หรือรู้สึกแน่น อึดอัดในช่องท้องมากจนรู้สึกว่ายายใจไม่สะดวก เป็นข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (Summers, 2003)

3.2.5.2 การเรอ (Belching) คือ การขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ในทางเดินอาหารออกทางปาก ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในกระเพาะอาหาร ลำไส้มากขึ้น จะส่งผลให้มีการยืดขยายและโป่งพองของอวัยวะดังกล่าว แต่ในภาวะที่มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กน้อยลง ก็จะทำให้กระเพาะอาหารไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกจากร่างกายได้ (วิยะดา รัตนสุวรรณ , 2535; Ohge & Levitt, 2006)

3.2.5.3 การผายลม (Flatus) คือ การที่แก๊สอยู่ในทางเดินอาหารส่วนล่าง ถูกขับออกมาทางทวารหนัก แต่ในภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับแก๊สออกมาทาง ทวารหนักได้ การผายลมจึงเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งที่แสดงว่าระดับความรุนแรงของอาการท้องอืดลดลง

3.2.5.4 การตรวจนับอัตราการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Bowel sound) ทางผนังหน้าท้องโดยใช้หูฟังเสียงการ เคลื่อนไหวของลำไส้ ปกติจะฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้จำนวน 5-34 ครั้ง/นาที (Bickley & Szilagyi, 2003) ลักษณะ เสียงจะมีเสียงกร๊อก-กร๊อก เหมือนเสียงน้ำที่เทออกจากขวด เทคนิคการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของ ลำไส้ควรฟัง 1 ตำแหน่ง คือ ส่วนขวาล่าง (Right lower quadrant) ฟังนาน 5 นาที (Bickley & Szilagyi, 2003; Taylor et al., 2007)

3.2.5.5 การวัดขนาดเส้นรอบวงของรอบท้อง ระดับสะดือ (Abdominal girth) เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้สายวัดรอบท้องระดับ ซึ่งเมื่อมีแก๊สสะสมในกระเพาะอาหารและลำไส้มากจะส่งผลให้มีการยืดขยายและโป่งพองของอวัยวะดังกล่าว (Summers, 2003) ทำให้ความยาวมากขึ้น เนื่องจากการขยายของรอบท้องมากกว่าปกติอย่างน้อย 2 เซนติเมตร (Ohge & Levitt, 2006) ประเมินได้จากการใช้สายวัดรอบท้องวัดผ่านระดับสะดือ ขณะที่หลังจากให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่ แล้วกลืนไว้ (วิยะดา รัตนสุวรรณ, 2535; ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545)

เครื่องมือประเมินภาวะท้องอืด

1) การประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด โดยให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะท้องอืดที่ประสบอยู่ โดยมีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่มีภาวะท้องอืดเลย 5 หมายถึง มีภาวะท้องอืดปานกลาง และ 10 หมายถึง มีภาวะท้องอืดมากที่สุด) ข้อคำถามที่ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดมีข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2) การประเมินผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอ หรือการหายใจเข้าออกถี่ๆ และด้านการทำกิจกรรมทั่วไป ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก มีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่รบกวนเลย 5 หมายถึง รบกวนปานกลาง และ 10 หมายถึง รบกวนมากที่สุด) ประกอบ ด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 5, 6, และ 7 การคิดคะแนนคิดเป็นรายข้อแยกจากกัน แต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3.3 อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)

3.3.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

Cochran (2003) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับ เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวกับความไม่พึงพอใจ คุณภาพและปริมาณของการนอนหลับ ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ตื่นเช้ากว่าปกติและรู้สึกว่่านอนหลับไม่เพียงพอ

รวิวรรณ นิวัตพันธ์ (2548) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การนอนไม่เพียงพอ ลักษณะที่สำคัญคือ นอนไม่หลับ หรือนอนไม่พอ หลับยาก หลับไม่ต่อเนื่องตลอดคืน ผลที่ตามมาทำให้การดำเนินชีวิตเสียไป ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีสมาธิและอารมณ์หงุดหงิด

ศิริพร พันธุ์พริ้ม (2549) อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ

สรุปว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การที่นอนหลับยาก ใช้เวลานานกว่าจะหลับ หรือตื่นนอนเร็วมาก แม้จะอยากจะนอนต่อก็ตาม ก็นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หลับไม่ต่อเนื่อง อาการนอนไม่หลับหลังผ่าตัดจากการศึกษาของปิลันธน์ ลิขิตกำจร (2546) พบว่า อาการปวดแผลผ่าตัดเป็นสาเหตุหลักร่วมกับความวิตกกังวล ทำให้เกิดความไม่สุขสบายในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ประเภทของอาการนอนไม่หลับ แบ่ง 2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ (สุรชัย เกื้อศิริกุล , 2544) ดังนี้

1) ปัญหาการนอนในช่วงเวลาสั้นๆ และมักไม่เรื้อรัง (acute หรือ short-term หรือ transient insomnia) ระยะเวลาที่มีอาการนอนไม่หลับต่อเนื่องกันน้อยกว่า 2 สัปดาห์ มักมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ความเจ็บปวด ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อม หากร่างกายสามารถปรับตัวได้กับสภาพที่เป็นอยู่หรือมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง การนอนไม่หลับก็จะหายไป

2) ปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia หรือ long-term) โดยเกิดขึ้นมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจจะมาจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ตกต่ำหรือซึมเศร้าและวิตกกังวล

สำหรับอาการนอนไม่หลับหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช มักมีสาเหตุมาจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัดเป็นปัญหาหลัก ร่วมกับความวิตกกังวล

3.3.2 สาเหตุของอาการนอนไม่หลับ

สาเหตุของอาการนอนไม่หลับ พบว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น

- 1) ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะตึงเครียดในชีวิต
- 2) การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม เช่น แสงสว่างมากเกินไป เสียงดัง อุณหภูมิร้อนเกินไป การเปลี่ยนที่นอนและการเดินทางข้ามเส้นแบ่งเวลาโลก การทำงานกะดึก
- 3) ปัญหาการนอนที่มาจากโรคของการนอนหลับโดยตรง เช่น การเคลื่อนไหวแขนขาที่ผิดปกติขณะหลับ การขาดลมหายใจระหว่างการนอนหลับเป็นพัก ๆ
- 4) ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยที่มีความไวกว่าธรรมดา เช่น ภาวะตื่นตัวสูงและตื่นตื้นง่าย

- 5) โรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคในกลุ่มกังวล โรคจิต
 - 6) อาการเจ็บป่วยหรือความไม่สบายทางร่างกาย เช่น สมองเสื่อม ความผิดปกติของฮอร์โมน อาการปวดการไอเรื้อรัง การหายใจลำบาก การตื่นขึ้นมาปัสสาวะบ่อย ๆ
 - 7) การใช้ยาหรือสารบางชนิด เช่น การได้รับสารคาเฟอีน
- สำหรับสาเหตุในการนอนไม่หลับหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช สาเหตุหลักคืออาการไม่สบายทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวดแผล ซึ่งจะมีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และสภาพแวดล้อมที่ต้องนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นชิน

3.3.3 ผลกระทบของการนอนหลับไม่เพียงพอ

การนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ถึงแม้ว่าการขาดการนอนหลับที่ไม่รุนแรงจะไม่ทำให้เสียชีวิตแต่สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมได้โดย ผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ อ่อนเพลีย มึนงง เวียนศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง กระทบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งกระทบการหายใจของบาดแผลทำงานไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเมื่อนอนไม่นอนหลับร่างกายจะมีการหลั่งสารแคทีโคลามีน กลูคากอน และคอร์ติซอล ซึ่งยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน กระทบการหายใจของแผลทำงานได้น้อยลง นอกจากนี้ยังก่อกำเนิดการป้องกันตนเองของร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ และเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย (ชัยรัตน์ นีรัตน์รัตน์, 2543) ส่งผลให้โรคหรืออาการของโรคในรายที่มีโรคประจำตัวกำเริบขึ้นเช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคจิต เป็นต้น และขัดขวางการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยสู่ภาวะปกติ (Ersser et al., 1999 cited in Closs, 1999)

3.3.4 วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ

การให้ข้อมูลจะช่วยส่งเสริมการนอนหลับ และทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่จะนำเทคนิคที่สอนไปปฏิบัติ (Piper, B. F;1987) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพของการนอนหลับและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพของการนอนหลับ 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกายหรือการสร้างจินตภาพเพื่อลดความเครียดและช่วยปรับในด้านของอารมณ์ และสามารถให้คลายความตึง 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมในการเข้านอนของผู้ป่วย โดยแนะนำในเรื่องของการใช้เวลาในการนอนที่เตียงไม่มากกว่า 1 ชั่วโมงของการเข้านอนในแต่ละครั้ง และจำกัดการงีบหลับใน

ตอนกลางวัน ไม่มากกว่า 2 ครั้ง/ วัน และการงีบหลับในตอนกลางวันแต่ละครั้ง ใช้เวลาไม่มากกว่า 60 นาที 4) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเข้านอนที่เป็นมาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อที่จะได้นำไปปฏิบัติได้จริงและช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้

3.3.5 การประเมินอาการนอนไม่หลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีอยู่ 2 วิธี คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับ เชิงปรนัย (Objective sleep quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality)

3.3.5.1 การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep quality) เป็นการประเมินด้วยเครื่องมือวัดโดยตรง โดยการตรวจบันทึกตัวแปรทางสรีรวิทยาหลาย ๆ ชนิด อย่างต่อเนื่องในขณะหลับ ตั้งแต่การเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ ระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ วงจรการนอนหลับตลอดคืน โดยเครื่องมือที่มีชื่อว่า โพลีซอมโนกราฟฟีในห้องปฏิบัติการ โดยจะบันทึกตัวแปรอย่างน้อย 3 ตัวแปร คือ คลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้าของตา และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ

3.3.5.2 การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality) เป็นการประเมินโดยการจดบันทึกที่ได้จากบุคคลที่เกี่ยวกับความรู้สึก ประสบการณ์การนอนหลับ ของแต่ละบุคคลอย่างครอบคลุมซึ่งข้อมูลบางอย่างไม่สามารถที่จะตรวจวัดได้ในห้องปฏิบัติการ เช่น ประวัติการนอนหลับ ความพึงพอใจในการนอนหลับ ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้อาจไม่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยวิธีหลายวิธี ดังนี้

1) การประเมินด้วยตนเอง (Self report) โดยการจดบันทึกการนอน (Sleep diary) เป็นการจดบันทึกการนอนหลับประจำวัน สามารถเปรียบเทียบตัวแปรของการนอนหลับ ในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกัน ซึ่งบันทึกจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ระยะเวลาที่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งของการตื่นระหว่างช่วงเวลาในการหลับ รวมถึงปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น การรับประทานยา คาเฟอีน กิจกรรมที่กระทำในช่วงเวลากลางวัน และการประเมินโดยใช้ สายตา (Visual analog scale) โดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร เป็นมาตราวัด

2) การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งเป็นชุดคำถาม ที่สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับโดยตรง ส่วนใหญ่นับการประเมินระยะเวลาและคุณภาพของการนอนหลับ โดยจะวัดระยะเวลาการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาเข้านอนและเวลาที่ตื่นนอน จำนวนครั้งในการตื่นเวลากลางคืน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยมีการนำแบบ

ประเมินคุณภาพ การนอนหลับมาใช้หลายวิธี เช่น The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการนอนหลับ และแบบแผนการนอนหลับ เกี่ยวกับการนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพการนอนหลับ 7 องค์ประกอบ แบ่งเป็นเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) ระยะเวลาในการนอนในแต่ละคืน 3) ประสิทธิภาพของการนอนโดยปกติวิสัย และเชิงอัตนัย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) การรบกวนการนอนหลับ 3) การใช้ยานอน 4) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ในเวลากลางวัน ซึ่งการให้น้ำหนักคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน รวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 ถึง 21 คะแนน โดยคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี The Verran and Syder-Halpern Sleep Scale (VSH Sleep Scale) เป็นมาตรวัดคุณภาพการนอนหลับ โดยการประมาณค่าบนเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยมีความหมายที่ตรงข้ามกันประเมินลักษณะการนอนเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติการแปรปรวนการนอนหลับ มิติประสิทธิภาพของการนอน และมิติการงีบหลับ ในช่วงของกลางวัน ซึ่งใช้ได้ดีในการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ ได้ข้อมูลในเชิงปริมาณที่ชัดเจนเหมาะสำหรับผู้มีอาการเหนื่อย หรือเจ็บปวด คะแนนที่มากแสดงถึง การคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3.4 อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

3.4.1 ความหมายของอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

Aistars (1987:25) อาการอ่อนล้า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลัง และขาดพลังงานอันเป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดที่ยาวนาน ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

Pickar Holley (1991:14) อาการอ่อนล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีความรู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้นและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง

Hubsy and Sears (1992:176) อาการอ่อนล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อย จนถึงหมดแรง และอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย)

Ream and Richardson (1996) อาการอ่อนล้า หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยจนถึงหมดกำลังต่อทุกสภาวะ เป็นอาการแสดงของความไม่พึงพอใจรบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ

DeCherney et al. (2002 cited in Rubin, Cleare, & Hotope, 2004) เป็น การรับรู้ที่อธิบายถึงความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เฉื่อยชา เชื่องซึม มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไป และมีความต้องการนอนหลับหรือพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น

ศิริพร พันธุ์พริ้ม (2549) อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึก เหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง อาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อม กันทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสติปัญญาาร่วมด้วยก็ได้

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า อาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคล ว่ารู้สึกเหนื่อย หมดกำลัง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลลดลง

3.4.2 กลไกการเกิดอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

สาเหตุของการเกิดอาการอ่อนล้าเชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อ การผ่าตัดและการตอบสนองทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ ซึ่งเกิดจากทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและ ระบบไหลเวียนเลือดลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการตอบสนองของระบบการเผาผลาญ สารอาหารของร่างกายต่อการผ่าตัด (Rubin, Cleare, & Hotope, 2004) ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วย ได้รับอาหารไม่เพียงพอที่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพในระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ทำให้ได้รับ สารอาหารไม่เพียงพอ การขาดสารอาหารที่ให้พลังงาน เช่น โปรตีนจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อ ลดลงเป็นผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ และในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับ ความรู้สึกทั่วร่างกายจะทำให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง และเนื้อเยื่อมีการไหลเวียนของ เลือดลดลงเป็นผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เกิดของเสียคั่งในระบบการไหลเวียน เพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ อีกทั้งผลของความปวดหลังผ่าตัดจะรบกวนและขัดขวางการ เคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด การที่ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวนานๆ จะส่งผลต่อ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เมื่อกกล้ามเนื้อขาดการกระตุ้นจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อสูญเสีย หน้าที่ (Nail, 1999) ร่างกายจะต้องดึงพลังงานสำรองที่เก็บสะสมออกมาใช้ เพราะมีการใช้พลังงาน เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการ เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า หมดแรง อ่อนเพลีย หน้าซีด ง่วงซึม งุ่มง่าม การ เคลื่อนไหวร่างกายช้า ปวดเมื่อย (Piper, 1993) นอกจากนี้การตอบสนองทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ เกิดจากความเครียดทางจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ตลอดจนความไม่สุขสบายต่างๆ จะไป กระตุ้นประสาทรับความรู้สึกเกี่ยวกับการหลับมากเกินไป ทำให้นอนไม่หลับ เกิดภาวะอดนอน หาก การนอนหลับไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จะทำให้ร่างกายเหนื่อยล้า (สุดประนอม สมันตเวคิน และ คณะ, 2543)

3.4.3 ผลกระทบจากอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องหากผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการอ่อนล้า ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรง เหนื่อยง่าย ไม่มีแรงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบย่อยอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น Christensen and Kehlet (1993) ที่พบว่าอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดเกิดขึ้นได้นานเกือบ 90 วันหลังการผ่าตัดใหญ่ และจากการศึกษาของซิงา บุนนาค (2004) ที่สำรวจภาวะอ่อนล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะอ่อนล้าในระดับปานกลางในช่วง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 62 และในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 52

3.4.4 วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัด

การจัดการอาการเหนื่อยล้า แบ่งเป็น 2 วิธี (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) คือ

3.4.4.1 การจัดการกับอาการอ่อนล้าโดยใช้ยา ซึ่งยาที่นำมาใช้ในการจัดการ ได้แก่ ยาแก้ปวด (เช่น พาราเซตามอล) ยานอนหลับ และยาคลายเครียด

3.4.4.2 การจัดการกับอาการอ่อนล้าโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) ผ่อนคลายอารมณ์ ได้แก่ พูดคุยกับบุคคลอื่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูทีวี นั่งสมาธิ 2) นอนหลับพักผ่อน 3) ยืดเส้นยืดสาย โดยการเปลี่ยนอิริยาบถ และออกกำลังกาย 4) ทำตัวให้สดชื่นโดยการอาบน้ำ หรือล้างหน้า-ล้างตา 5) สร้างกำลังใจ 6) การนวดหรือการบีบบริเวณร่างกาย

3.4.5 การประเมินอาการอ่อนล้า

การประเมินอาการเหนื่อยล้าในปัจจุบันมีผู้ที่สร้างเครื่องมือไว้หลายลักษณะ ตามความสนใจที่จะศึกษา ซึ่งสรุปได้ 2 วิธี คือ การประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคล (Subjective fatigue) และการประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective fatigue) ดังนี้

3.4.5.1 การประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคล (Subjective fatigue) เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคลนั้นด้วยตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกว่าร่ากาย อ่อนเพลีย อ่อนแรง เชื่องซึม ไม่มีแรง ซึมเศร้า ซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ (Hart et al., 1990) ได้แก่

1) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Revised Piper Fatigue Scale: PFS) ซึ่งได้ปรับปรุงมาจาก แบบวัดลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) จากเดิม 42 ข้อ ปรับเป็น 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม/

ความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านความรู้สึก ด้านสติปัญญา และอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2) แบบประเมินความเหนื่อยล้า The Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ระดับความเหนื่อยล้า ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลา แบบวัดนี้มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analogue scale: VAS) เป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร แบ่งเป็น 10 จุด ตั้งแต่ 1 ไม่มีความเหนื่อยล้า ถึง 10 มีความเหนื่อยล้ารุนแรงที่สุด

3) การประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective fatigue) เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน ได้แก่ แบบประเมินของโรเทิน โดยผู้ประเมินสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายหรือการกระทำเพื่อตอบสนองต่อความเหนื่อยล้า เป็นการวัดความรุนแรงของความเหนื่อยล้า โดยประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อใหญ่แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะทั่วไปทางด้านร่างกาย ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีกิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหวของร่างกาย แขน ขา ท่าทางต่าง ๆ และด้านทัศนคติ เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะ เป็นมาตรวัดด้วยตัวเลข ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-10 โดยมีคะแนนเป็น 0 = ไม่เหนื่อยล้า, 1 ถึง 3 = มีความรุนแรงเล็กน้อย, 4 ถึง 6 = มีความรุนแรงปานกลาง, 7 ถึง 9 = มีความรุนแรงมาก 10 = มีความรุนแรงมาก ๆ (หมดแรง)

3.5 ความวิตกกังวลภายหลังการผ่าตัด

3.5.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger and Gueervero (1982) และ Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากกระบวนการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาขึ้น

ศรีนภา ทองมี (2548) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดเป็นความไม่สบายใจซึ่งเกิดจากความมั่นคงทางอารมณ์ ถูกคุกคามหรือเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ของบุคคลนั้น ซึ่งประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตัวเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาเช่นใจสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย

จรินทร์ พวงยะ (2555) ได้ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากความคับข้องใจความขัดแย้ง หรือความเครียดที่คุกคามต่อความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคล

ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกหวาดหวั่น กลัวไม่สบายใจเป็นทุกข์ ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการ ถูกคุกคามจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เกิดความหวาดหวั่น ไม่สบายใจ จากการคาดเดาเหตุการณ์ ของบุคคลนั้น ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety หรือ Astate) คือ ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความ รู้สึกไม่สุขสบาย ตึงเครียด ไม่พึงพอใจ โดยแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ความรุนแรงและ ระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวล จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และ ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน เมื่อมี สิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น ประสบการณ์การผ่าตัดในครั้งก่อนก่อให้เกิดอาการข้างเคียงกับ ระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ดังนั้นเมื่อต้องมารับการผ่าตัดในครั้งนี้ ผู้ป่วย จะคาดคะเนถึงความไม่สุขสบายและอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความ วิตกกังวลขณะเผชิญขึ้นได้

2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety หรือ A-trait) เป็นความ วิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและจนเป็นลักษณะประจำตัว และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคลเป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความ รุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์กันคือ บุคคลที่ มีความวิตกกังวลแฝงสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความวิตกกังวลแฝงจะเป็น ตัวเสริม ให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงและยาวนานขึ้นและในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะ เผชิญบ่อยครั้ง โดยแต่ละครั้งมีความรุนแรง อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลแฝงในระดับที่ สูงขึ้นได้ หากบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลมากเกินไปจะทำให้การรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป ทำให้เกิดอาการแสดงทางกาย

3.5.2 สาเหตุและกลไกของความวิตกกังวล

สมองส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ได้แก่ บริเวณ Locus ceruleus ซึ่งอยู่บริเวณ Fourth ventricle สมองส่วนนี้สร้าง Nor-Epinephrine มากที่สุดถึงร้อยละ 50 จากการทดลองด้วยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าของสมองส่วนนี้ทำให้เกิดกลุ่มความวิตกกังวลออกมา

และการลดการกระตุ้นสมองส่วนนี้ ทำให้กลุ่มความวิตกกังวลลดลง ความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของบุคคลต่อสาเหตุของความวิตกกังวล

สิ่งที่คุกคามด้านร่างกายของบุคคลก็เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง จะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งทางด้านจิตใจ เป็นสิ่ง ให้สัญญาณว่ามีอันตราย โดยแสดงออกมาในลักษณะที่มีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับ อันตรายของร่างกาย อวัยวะ หรือวิตกกังวลจากการพลัดพราก เป็นต้น

สาเหตุของความวิตกกังวลแบ่งตามสิ่งที่คุกคามร่างกายได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) สิ่งที่คุกคามทางชีวภาพ (Biological integrity) เป็นการคุกคาม ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและขัดขวางความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น ความต้องการอาหารและน้ำ ความอบอุ่น ซึ่งทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น

2) สิ่งที่คุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง (Security) เช่น คุกคามต่อ ความมั่นคงความหวัง ศักดิ์ศรีของตนเอง การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น การขาดทรัพย์สินเงินทองหรือ การเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากสาเหตุที่กล่าวมา จะเห็นว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามต่อความมั่นคง และความปลอดภัยของตนเอง อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย ชีวเคมี หรือทางด้านจิตใจ ซึ่งบางคนสามารถบอกถึงสาเหตุได้ชัดเจน แต่บางคนไม่ สามารถบอกได้ สำหรับในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชนั้น สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดจากการที่ ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามทั้งต่อด้านชีวภาพและต่อความปลอดภัยของตนเอง

3.5.3 ผลกระทบจากความวิตกกังวลหลังผ่าตัด

ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดชนิดใดก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของ ผู้ป่วย โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่เป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งต้องให้ยาระงับความรู้สึกทั่ว ร่างกาย และเป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการเอาอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผล กระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

3.5.3.1 ผลกระทบด้านร่างกายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นให้ ร่างกายหลั่งสารแคทีโคลามีน และฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ มากกว่าปกติ ซึ่งสารแคทีโคลามีนจะ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติและมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ส่วนฮอร์โมนกลูโคคอร์ติ คอยด์ จะไปยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจนซึ่งเป็นสารสำคัญ ในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ทำ

ให้การฟื้นฟูสภาพและระยะเวลาในการหายของแผลนานกว่าปกติ (McClellan & Coople, 1990) มีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยไปยังการสร้างสารแอนติบอดีในร่างกาย ทำให้ติดเชื้อง่ายขึ้น (Caudell, 1996) และนอกจากนี้ความกังวลที่เกิดขึ้น จะทำให้ระดับความปวดหลังผ่าตัด เพิ่ม หรือความทนต่ออาการเจ็บปวดลดลง (Walding, 1991)

3.5.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าความวิตกกังวลหลังผ่าตัด (McClellan & Coople, 1990) เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลจากความไม่คุ้นเคยสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Oberle et al. (1990) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสิ่งแวดล้อม ส่วนสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ การไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

3.5.3.3 ผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้าหาคนอื่นและสิ่งแวดล้อมลดลง การควบคุมอารมณ์ลดลง ทำให้การเรียนรู้และความสามารถในการจดจำลดลงด้วย เนื่องจากไม่มีสมาธิที่จะเรียนรู้และจดจำสิ่งต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2538) ส่งผลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวนานขึ้น

3.5.4 วิธีการจัดการกับอาการวิตกกังวล

วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทุกระยะของการผ่าตัดทั้งระยะก่อนระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องชี้แนวทาง หรือหาวิธีการต่างๆ มาใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้วิตกกังวลลดลง อยู่ในภาวะการผ่อนคลาย สุขสบายในการลดความวิตกกังวล (Cochrane Collaboration Consumer network inc, 2002) ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

3.5.4.1 การลดความวิตกกังวล โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในปัจจุบัน เช่นการให้การยอมรับการยอมรับต่อการแสดงออกของบุคคลยอมรับฟังข้อร้องเรียนให้ความเห็นอกเห็นใจและพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของบุคคลตลอดจนหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขช่วยเหลือต่อไป

3.5.4.2 การลดความวิตกกังวลโดยการลดความรู้สึกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic Desensitization) การลดความวิตกกังวลโดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) หรือการให้บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าและให้แรงเสริม ในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น

3.5.4.3 การลดความกดดันที่ก่อตัวจากความวิตกกังวล โดยวิธีการต่างๆ เช่นการเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

3.5.4.4 การให้ข้อมูล (Giving information) เมื่อมีความเครียด หรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลสามารถปรับตนเองในการเผชิญชีวิตเหล่านั้น โดยอาศัยการแปลความหมาย และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่อยู่ ซึ่งอาจเป็นความคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้นมาก่อน หรือถ้าไม่เคยอยู่ในสถานการณ์นั้นมาก่อน ก็สามารถอาศัยความเข้าใจการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ จนสามารถสร้างจินตนาการถึงเหตุการณ์เหล่านั้นได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคย หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่คุกคามได้อย่างเหมาะสม จะมีความวิตกกังวล ซึ่งแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในทุกระยะของการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อความกลัวและความปวดลดลง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช คือ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุยเป็นกันเอง สนใจรับฟังผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาล ให้คำปรึกษาและแก้ไขเปลี่ยนแปลงสาเหตุ หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการวิตกกังวล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการเจ็บป่วย ขั้นตอนวิธีการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ มั่นใจ พร้อมทั้งจะรับการผ่าตัด การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด ดูแลความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย โดยการจัดท่านอน ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถสม จัดวางตำแหน่งของสายหรือท่อระบายต่างๆให้เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาให้คำแนะนำ ในการใช้วิธีการต่างๆ ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดแผลและลดอาการต่างๆด้วยตนเอง เช่น การผ่อนคลายต่างๆ การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยไปสู่สิ่งอื่นๆโดยวิธีการต่างๆ เช่น

การพูดคุย การฟังดนตรีเพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนมากขึ้น

3.5.5 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวล สามารถประเมินได้ 3 วิธี

3.5.5.1 ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออก ทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายตัวของรูม่านตา เหงื่อออก เป็นต้น แต่การประเมินนี้มักได้ผลไม่แน่นอนเนื่องจากบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่เหมือนกันทำให้เกิดการแสดงออกทางร่างกายต่างกันไป

3.5.5.2 การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการสังเกตถึง การเปลี่ยนแปลง ด้านการเคลื่อนไหว คำพูด หรือการสื่อสารที่ไม่ได้ใช้คำพูด เช่น อาการกระสับกระส่าย ลูกลี้ลู่กลน ร้องไห้ ถอนหายใจ พุดรั่ว เป็นต้น

3.5.5.3 การประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมตอบสนอง โดยสอบถามถึงความรู้สึกของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล แบบสอบถามที่นิยมใช้กันดังนี้

1) แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) โดยแบบ ความวิตกกังวล State Anxiety Form X - I ใช้วัดทั้งความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ และใช้วัด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความเครียดต่าง ๆ และ State Anxiety Form X - II ใช้วัดนิสัยความวิตกกังวลที่อยู่ในตัวของบุคคล

2) แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) พัฒนาขึ้น โดย Zigmond and Snaith เพื่อใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม แต่ละข้อจะมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีพื้นฐานเกี่ยวกับอาการทางจิตที่แสดงถึงความวิตกกังวล รวมคะแนนเต็ม 7 ข้อ คือ 21 คะแนน ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวสามารถประเมินความวิตกกังวลได้หลายมิติ เช่น ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของวิตกกังวล ซึ่งเป็นสามในสี่มิติของอาการตามทฤษฎีไม่พึงอาการประสงค์ของ Lenz et al. (1997) โดยใช้ในส่วนในการประเมินของความวิตกกังวล (HAD - A) ซึ่งเป็นแบบประเมิน วิตกกังวลโดยรวม และมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เข้าใจง่าย ข้อคำถามจำนวนน้อย สะดวก ในการเก็บข้อมูล

3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง

อาการปวดแผลผ่าตัดมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (Stress Response) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เพิ่มเมตาโบลิซึมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในร่างกาย ทำให้ระบบการทำงานของอินซูลินบกพร่อง เพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เกิดการคั่งของโซเดียมและโปตัสเซียมในเลือด และรบกวนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Cousin & Power, 1999) โดยเฉพาะภาวะท้องอืดเกิดจากระบบประสาทซิมพาธิคจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูดหดตัว ระบบทางเดินอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้การคั่งค้างของน้ำย่อยและจากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายรวมทั้งหยุดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดและปวดท้องจากการคั่งของแก๊ส (Kitcatt, 2000) ทั้งนี้อาการท้องอืดยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ผลของความเจ็บปวดที่มีระยะเวลานานจะทำให้เกิดการอ่อนล้าในการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย (Nail, 1999) โดยมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิคเพิ่มมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและมีการนำออกซิเจนมาสู่กล้ามเนื้อลดลงในขณะที่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น พลังงานที่ถูกสะสมไว้ถูกนำมาใช้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น (Cousin & Power, 1999; Patton, 2002)

ความเหนื่อยล้าของร่างกายจากการผ่าตัดและอาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ร่างกายขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในกลไกการปรับตัว อาการปวดแผลจะรบกวนและขัดขวางการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของปีลันธน์ ลิขิตกำจร (2546) พบว่าอาการปวดแผลผ่าตัดเป็นอาการแรกและสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เกิดความไม่สุขสบายในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน จะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนื่อยล้า ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตนเองได้น้อยลง หรือไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย (Cousin & Power, 1999) จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยเฉพาะภาวะท้องอืด ซึ่งผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีอาการท้องอืดระดับรุนแรงในระยะหลังผ่าตัด (มาลี งามประเสริฐ และคณะ, 2548) และจากการศึกษาของทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) เรื่องอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมดูแลตนเองต่ออาการท้องอืด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า ความวิตกกังวลในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดสามารถร่วมทำนายอาการท้องอืดได้เกือบร้อยละ 40 นอกจากนี้อาการปวดเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542) ซึ่งความทุกข์ทรมานทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกไม่สุขสบาย มีความตึงเครียด ไม่พอใจ เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น ทำให้ร่างกายกระตุ้น การหลั่งสารแคทีโคลามีน และฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ ซึ่ง

สารแคทโทโคลามีนจะทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ ส่วนฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์จะไปยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน ซึ่งเป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายทำให้การฟื้นฟูสภาพและการหายของแผลใช้ระยะเวลา นานกว่าปกติ (McClellan & Cooper, 1990)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีความเครียดทางจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ตลอดจนความไม่สุขสบายต่างๆ ความวิตกกังวลและความกลัวจะยิ่งไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลทำให้กล้ามเนื้อเกร็งเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น (McClellan & Huether, 2002) และจะไปกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับมากเกินไปทำให้นอนไม่หลับเกิดภาวะอดนอน หากการนอนหลับไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จะทำให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้า (สุตประนอม สมันตเวคิน และคณะ, 2543) และลดการสำรองพลังงานจากการเพิ่มการกระตุ้นสารสื่อประสาทในระยะการตื่นมากขึ้น การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในตอนกลางวัน และนำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1993)

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า อาการปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ อ่อนล้า ท้องอืดและวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กัน โดยความปวดและวิตกกังวลจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งการตอบสนองทางสรีรวิทยา อารมณ์ และพฤติกรรม โดยความวิตกกังวลส่งผลให้ความทนต่อเจ็บปวดลดลง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และส่งผลให้นอนไม่หลับ ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ จะนำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ทำให้เกิดอาการท้องอืดที่เป็นผลมาจากการการปวดแผลผ่าตัด ร่วมกับการที่ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายและส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดช้าลง ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนั้นนานขึ้น นำไปสู่การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น แสดงให้เห็นว่าการดูแลเรื่องอาการปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ อ่อนล้า ท้องอืดและวิตกกังวล มีความจำเป็นและสำคัญยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ อ่อนล้า ท้องอืดและวิตกกังวล มาศึกษา มาจัดเป็นโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เพื่อนำผลของการศึกษาที่ได้มาเป็นจุดเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนแนะ

การสอนแนะ (coaching) ได้นำมาใช้ในงานบริหารการพยาบาล เพื่อพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคลากรให้เต็มศักยภาพที่มีอยู่ หลังจากนั้นจึงได้มีการนำการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาล โดยผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ให้ความรู้สนับสนุน ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้แก่ นักศึกษาพยาบาลที่เริ่มฝึกทักษะในคลินิก และพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำระหว่างการศึกษาศึกษาพยาบาล และได้มีการนำมาใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น Gortner et al. (1988) ได้นำโปรแกรมการสอนแนะ ในการปรับปรุงการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ส่วน Tack and Gilliss (1990) มีการสอนแนะด้วยวิธีทางโทรศัพท์เพื่อติดตามปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน Wilkie, et al. (1995) การสอนแนะในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับแพทย์ และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสอนแนะ จึงถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

4.1 ความหมายของการสอนแนะ

การสอนแนะ (coach) มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษในยุคกลางคือ “coche” หมายถึงรถม้าหรือการขนส่งจากจุดหมายหนึ่งไปอีกจุดหมายหนึ่ง โดยมีโค้ชเป็นผู้ขับเคลือบรถม้า ซึ่งจะเป็นผู้ที่รู้เส้นทางเป็นอย่างดี คอยอำนวยความสะดวกสบาย ปกป้องอันตรายจากสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติให้แก่ผู้โดยสาร เพื่อให้ผู้โดยสารเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยระหว่างการเดินทาง (Spross, Clarke and Beauregard, 2001) โดยการสอนแนะนั้นมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ การให้ความหมายของการสอนแนะส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการที่นำการสอนแนะไปใช้ ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีการสอนที่ เป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะเป็นการปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล ขณะเดียวกันก็ทำงานประสานกับบทบาทของผู้อื่นด้วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสอนทั้งในลักษณะตัวต่อตัว หรือประยุกต์ใช้กับแบบกลุ่ม โดยสิ่งสำคัญพื้นฐานของการสอนแนะ เพื่อให้ผู้สอนจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดและตามความต้องการของผู้เรียน ซึ่งเทคนิคในการสอนแนะ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน

Wilkie et al. (1995) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการสอนแนะนี้จะใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (cognitive behavioral) และการพัฒนาสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ

Grealish (2000) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ โดยที่ผู้ฝึกสอนหรือโค้ช จะเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนา หรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติในคลินิกเป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม และเป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การสอนแนะในการพยาบาลนั้นเป็น กลยุทธ์ในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ชทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้อ้อมลูย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม

เพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสะดวก ปลอดภัย และสามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

การสอนแนะเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีการสอนรูปแบบหนึ่ง แต่การสอนแนะ และการสอนตามปกติต่างก็มีลักษณะที่เหมือนกัน และต่างกัน โดยส่วนที่มีความเหมือนกันระหว่างการสอนแนะ และการสอนตามปกติได้แก่หลักการที่จะให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการจัดประสบการณ์ กิจกรรม หรือสภาพการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเรียนรู้ นั่นคือมีการเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะและทักษะการปฏิบัติโดยทั้งการสอนแนะและการสอนตามปกติต่างก็มีหลักการเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เหมือนกันและ คุณสมบัติและหน้าที่ของผู้สอนและผู้ฝึกสอนหรือโค้ชจะต้องมีคือการศึกษาพื้นฐานในเรื่องที่จะทำการสอนเป็นอย่างดี แต่เนื่องจากการสอนแนะนั้นมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติภารกิจจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด การสอนแนะจึงเป็นกระบวนการที่มีลักษณะพิเศษกว่าการสอนตามปกติ

4.2 ความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนตามปกติ ดังนี้ (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; Clarke and Spross, 1996)

1. การสอนตามปกติเป็นการสอนเนื้อหาให้กับผู้เรียนโดยภาพรวม ส่วนการสอนแนะนั้นมุ่งสอนให้สำหรับผู้เรียนบางกลุ่มหรือบางรายที่ต้องใช้ทักษะหรือเทคนิคเฉพาะด้าน
2. การสอนตามปกติเป็นการสอนโดยมุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน และการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป เป็นความรู้กว้างๆ ส่วนการสอนแนะนั้นเป็นการสอนในเรื่องที่มีความเฉพาะเป็นการสอนเทคนิคของการปฏิบัติ
3. การสอนตามปกติเป็นการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ เข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติ และให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้ ส่วนการสอนแนะนั้นต้องค้นหากลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ถูกต้องและดีที่สุด สามารถนำทักษะหรือเทคนิคนั้นมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง

4.3 คุณสมบัติและบทบาทของผู้ฝึกสอน

ปัจจุบันคำว่าผู้ฝึกสอนหรือโค้ช (coach) มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าครู (teacher) ซึ่งทำหน้าที่สอน แต่ความจริงแล้วการสอนเป็นเพียงงานหนึ่งของการสอนแนะ โดยผู้ฝึกสอนหรือโค้ชเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้และทักษะ หรือปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล ทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถสูงสุดด้วยการให้การสนับสนุนชี้แนะ ช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่

บุคคลให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และปรับปรุงการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเป็นลำดับขั้นตอนมากกว่าการใช้วิธีการสั่งสอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ, 2536; Clarke and Spross, 1996; Girvin, 1999) ทำหน้าที่ติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยสร้างและพัฒนาบุคคลให้มีจิตใจและการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมตามบทบาทของแต่ละบุคคล(ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; Girvin, 1999) รวมถึงการเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องซึ่งจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น(Clarke and Spross, 1996) โดยบุคคลที่จะเป็นผู้ฝึกสอนหรือโค้ชได้ในการปฏิบัติกรพยาบาลคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ญาติผู้ป่วย พยาบาล ผู้ป่วยและญาติจะทำบทบาทนี้ได้ต้องผ่านกระบวนการฝึกสอนให้ทำหน้าที่โค้ชโดยขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติว่าต้องการให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีบทบาทใดส่วนพยาบาลนั้นถือว่ามีความสำคัญที่จะทำหน้าที่โค้ชในคลินิกเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย และช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากแต่พยาบาลที่ทำหน้าที่ฝึกสอนต้องมีคุณสมบัติและความสามารถพิเศษเพื่อการเป็นผู้ฝึกสอนหรือโค้ชที่ดีเช่นกัน ได้กล่าวถึงผู้ฝึกสอนหรือโค้ชในคุณสมบัติของการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง(Advanced Practice Nurse: APN)ว่าควรมีความสามารถในด้านต่างๆดังนี้

1. ความสามารถในคลินิก (clinical competence) ผู้ฝึกสอนควรมีประสบการณ์ทั้งการปฏิบัติงานในคลินิกและจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อการพัฒนาทักษะในการประเมินปัญหาเทคนิคต่างๆที่ใช้ในคลินิก และมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ดี

2. ความสามารถด้านเทคนิค (technical competence) ผู้ฝึกสอนควรมีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอนเป็นพิเศษทั้งนี้เพราะงานของโค้ชเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะด้านดังนั้นผู้ฝึกสอนจึงต้องมีวุฒิปริญญาตรี หรือประกาศนียบัตรรับรองจากการศึกษาอบรมในหลักสูตรกาปฏิบัติพยาบาลในขั้นสูงในระดับบัณฑิตศึกษา และต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในระยะก่อนและหลังการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

3. ความสามารถด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competence) ผู้ฝึกสอนควรมีทักษะในการสื่อสาร มีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์

บทบาทของผู้ฝึกสอน ที่จะทำให้การสอนนั้นมีประสิทธิภาพ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ฝึกสอนควรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร เป็นหน้าที่แรกของผู้ฝึกสอนที่จะต้องทำความเข้าใจ

ผู้ช่วยสัมพันธ์ภาพควรเป็นไปอย่างเปิดเผย ยืดหยุ่น มีความเท่าเทียมกัน ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต้องมีทักษะการสื่อสาร ทั้งการใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา ได้แก่การใช้สายตา ระดับเสียง หรือใช้เทคนิคในการสื่อสาร เช่น ใช้การเงียบและการฟังกรณีต้องการให้ผู้ช่วยพูดขยายความในคำพูดของพวกเขา พูดเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยพูดต่อหากผู้ป่วยพูดเรื่องราวไม่ประติดประต่อหรือพูดแล้วนึกต่อไปไม่ออกว่าจะพูดอะไรการช่วยพูดต่อเรื่องเดิมให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดและเล่าเรื่องต่อไปได้ ช่วยเสริมคำพูดหรือตอบคำถามของผู้ป่วย ใช้คำถามเพื่อขยายความเข้าใจด้วยความระมัดระวังเพราะบางครั้งอาจเป็นเรื่องที่ตอบยาก ตอบไม่ได้ หรือก้าวท้าวเรื่องส่วนตัวมากเกินไป นอกจากนี้แล้วโค้ชควรมีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายในทุกๆระยะของการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น มีกำลังใจ ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามและแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ฝึกสอนมีความเข้าใจผู้ป่วย และยังสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ประกอบในการพัฒนา หรือวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย ทำให้การแก้ไขปัญหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Lewis and Zuhlis, 1997)

2. ผู้ฝึกสอนควรไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ความสนใจ เอาใจใส่ในปัญหาทางด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วยตามโอกาสและสถานการณ์ที่เหมาะสม (Spross, Clarke and Beauregard, 2001) แม้การสอนแนะจะเป็นกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาทักษะ แต่ผู้ฝึกสอนไม่ควรเน้นการปฏิบัติแต่เพียงเทคนิคที่จะให้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วยรวมทั้งให้คำปรึกษาและให้ความเป็นเพื่อน มีส่วนร่วมในความรู้สึก คับข้องใจหรือความรู้สึกประสบความสำเร็จ สำหรับผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเกินความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา ผู้ฝึกสอนอาจต้องให้การช่วยเหลือหรือเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย โดยการช่วยประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว มีความมั่นใจว่ามีคนคอยให้การสนับสนุนอยู่ตลอดการสอนแนะ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536)

3. ผู้ฝึกสอนควรใช้เทคนิคต่างๆเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการแก้ไขปัญหาเต็มความสามารถที่มีอยู่ (ดร.ณิ รุจกรกานต์, 2541; Tack and Gilliss, 1990; Leddy and Pepper, 1998; Girvin, 1999) ได้แก่การสนับสนุนจะเป็นการส่งเสริมความพยายามของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นแม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ การให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ หากเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ช่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆดียิ่งขึ้น ส่วนการให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงลบ

จะช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้ถูกต้องและดีขึ้นทำให้ความมั่นใจ(reassurance) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติกิจกรรม ให้การเสริมแรง(reinforcement) ซึ่งควรปฏิบัติทันทีเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้หรือพฤติกรรมปฏิบัติ เช่นกล่าวคำชมเชยทันทีเมื่อผู้ป่วยตอบคำถามหรือปฏิบัติกิจกรรม ให้การชี้แนะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติต่างๆได้ โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจมาก ผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนควรฝึกสอนทักษะในการควบคุม และบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม และในแต่ละขั้นตอนอย่างซ้ำๆด้วยการอธิบาย และสาธิตจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ร่วมกับการสนับสนุน การช่วยเหลือ ให้การเสริมแรง และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม เช่นถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่าจะหายใจเองไม่ได้เมื่อต้องเอาท่อช่วยหายใจออก พยาบาลควรพูดให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย

4.4 กระบวนการของการสอนแนะ เนื่องจากการสอนแนะนั้นเป็นกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผน หรือกำหนดการดำเนินงาน ขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้ดี ซึ่งเมื่อนำการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วยในการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการของการสอนแนะจากแนวคิดของ Girvin (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะเพื่อลดความไม่สุขสบายจากกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อประเมิน และ วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือ ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รับฟังปัญหาของผู้ป่วย การประเมินข้อมูลเบื้องต้น เป็นพื้นฐานของการสอนแนะ โดยผู้ฝึกสอนสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมั่นใจ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีนี้จะรวมถึงการทำให้มั่นใจในการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะนำแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจ และการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากบุคคลจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพ และสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ขั้นตอนนี้เป็นกรวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ฝึกสอนร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน หรือประสบการณ์ของผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้ฝึกสอนให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการวางแผนปรับปรุงการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ พร้อมกับให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ฝึกสอนให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหาหรือสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วยพร้อมกับให้ผู้ป่วยซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน หากไม่มีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ ให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแนวทางที่วางแผนไว้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ฝึกสอนได้สอนตามขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่นกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาธิต ในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีก เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนให้ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นผู้ป่วยว่า เขาได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่เขาต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่างๆของเขาคืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไป และหากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้ฝึกสอนทำการชี้แนะสอน และสาธิตซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้

5. โปรแกรมการสอนแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการสอนแนะเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เกิดทักษะการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติกิจกรรม และสามารถนำมาจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดหลังผ่าตัด โดยนำแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา มีกิจกรรมดังนี้

- 1.1 สร้างสัมพันธภาพในระยะก่อนผ่าตัด (วันแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล)
- 1.2 ประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม พร้อมทั้งฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และใช้คู่มือประกอบประกอบด้วย

- 1.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัด โดยใช้แผนการสอน และ สื่อวีดิทัศน์
- 1.2 การฝึกเทคนิคผ่อนคลายแบบต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การฝึกทักษะการหายใจ และการไอที่ถูกวิธี การใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความเจ็บปวด
- 1.3 การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหวและการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยลองปฏิบัติ ในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามขั้นตอนที่ 2 ในระหว่างที่ผู้ป่วยฝึกนั้น ผู้วิจัยมีการติดตาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีก เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น พร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้จะเกิดก่อนผ่าตัด 1 วัน และผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย ในวันที่ 1 , 2, 3 หลังผ่าตัด เพื่อสังเกตว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสอนซ้ำจนผู้ป่วยสามารถทำได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินปัญหาขณะปฏิบัติกิจกรรมและผลการปฏิบัติ สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการให้แนะนำเพิ่มเติม

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะจากการฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับการสอน และสาธิตจากผู้วิจัย หลังการสอนแนะ ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จนเกิดทักษะในแต่ละกิจกรรมและเลือกวิธีที่ผู้ป่วยสนใจ นำไปใช้จัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดเพื่อลดอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิลันธน์ ลิขิตกำจร (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องจำนวน 100 ราย พบว่า 1) การนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความปวด 2) ผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ ความสุขสบายหลังวันแรก อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เริ่มจากการนั่งบนเตียงเฉลี่ย 30.9 ชั่วโมงการยืนหรือนั่งข้างเตียง เฉลี่ย 50.5 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นเดินรอบเตียงเฉลี่ย 63.3 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด สรุปผลการวิจัยได้ว่า การนอนหลับ ความปวดหลังผ่าตัด ความสุขสบาย การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และระยะเวลาที่พักในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

มาลี งามประเสริฐและคณะ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาเบื้องต้นของโปรแกรมลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยศึกษาระดับความรุนแรงของอาการท้องอืด ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 78 คน ผลการศึกษาพบว่า ในวันที่ 1 - 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดในระดับปานกลางถึงระดับมากร้อยละ 93.6, ร้อยละ 93.6, และร้อยละ 67.9 ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 4 และวันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดระดับมากร้อยละ 1.3 และร้อยละ 2.6ตามลำดับและในวันที่ 4 และวันที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดระดับปานกลางร้อยละ 41 และร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

กนกวรรณ บุญวิทยา (2548) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องอืดภายหลังการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดเล็กน้อยถึงอาการท้องอืดมาก ใน 9 - 56 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 41.8 มีอาการท้องอืดใน 32 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 62.4 มีอาการท้องอืดนาน 8 - 40 ชั่วโมงแรก และภาวะท้องอืดมีความสัมพันธ์กับอายุ วันแรกที่ย้ายออกจากระ ขนาดของยาแก้ปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Urbach et al. (2005) ศึกษาประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 2 อาทิตย์หลังการผ่าตัด พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจคือ ไม่

สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติร้อยละ 100 เดินไม่สะดวกร้อยละ 48 มีอาการปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 48 และมีอาการปวดเมื่อไอหรือเคลื่อนไหวร้อยละ 28 ตื่นขึ้นกลางดึกบ่อยครั้งร้อยละ 62 อยู่ในภาวะหลับยาก (Falling Asleep) ร้อยละ 33 ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจพบว่ารู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือร้อยละ 28 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 24

ตุลาชินี ธรรมสมบูรณ์ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่า ผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 36.89 พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.22 รองลงมาอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 33.33 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24.44 ตามลำดับ โดยความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

จวง เขื่อนคอง (2550) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวด ร่วมกับการใช้สุว-คนธบำบัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช จำนวน 34 ราย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดมีความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับความปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดมีความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขวัญจิต ปุ่นโพธิ์ (2550) ได้ศึกษาการจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ฉีกฉีกในโรงพยาบาลรามารัตนบิตี ผลการวิจัยพบว่าความปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความปวดสูงสุดอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยความปวดขณะประหมื่น และค่าเฉลี่ยความปวดต่ำสุดอยู่ในระดับต่ำ ผลของความปวดสูงสุดมีความสัมพันธ์ในทางบวก กับการรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ด้านการเคลื่อนไหว ด้านอารมณ์ การนอนหลับ การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและการไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ตะวัน แสงสุวรรณ (2551) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่าในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดพบกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันมากกว่า 2 อาการขึ้นไป และแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน โดยในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ซึ่งกลุ่มอาการมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วยอาการปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ และวิตกกังวล อาการหลังผ่าตัด โดยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

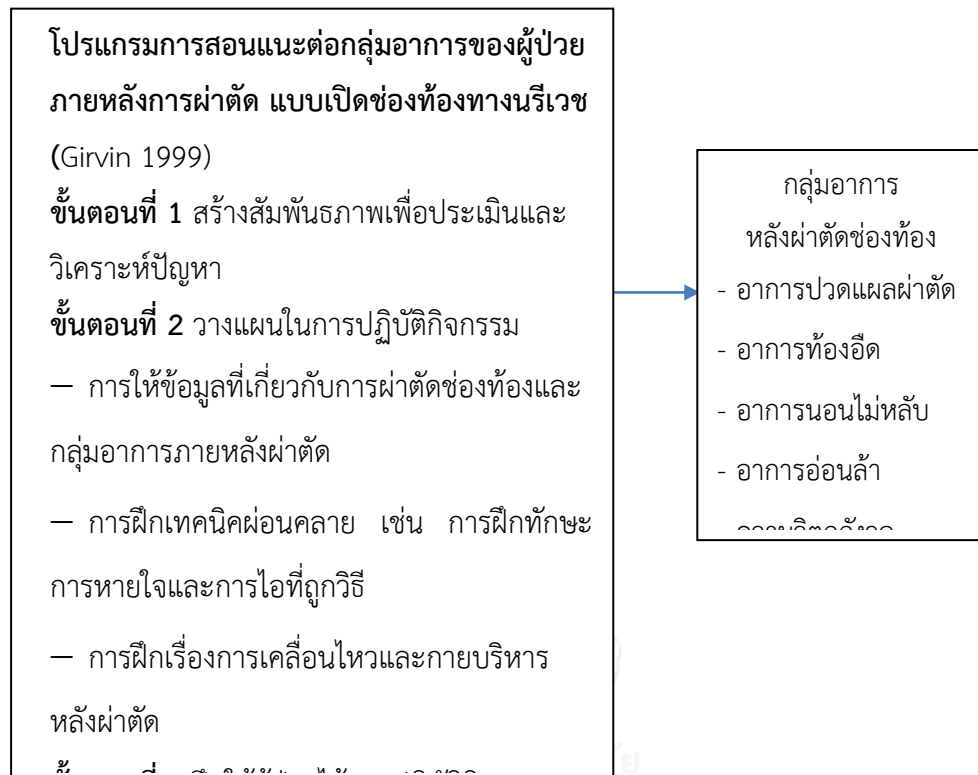
อยู่ในระดับมาก (\bar{x} =15.79, 12.54 และ 9.67) อาการนอนไม่หลับ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 11.85, 9.49 และ 6.97) วิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =11.16, 8.54, และ 5.52) อาการอ่อนล้า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =9.46, 7.88 และ 6.14) ส่วนอาการท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (\bar{x} =6.42, 7.53 และ 7.60) ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัดพบกลุ่มอาการประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด ท้องอืด นอนไม่หลับ วิตกกังวล และอ่อนล้า ซึ่งแต่อาการจะมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ป่วยที่ปวดแผลผ่าตัดรุนแรง ท้องอืดมาก อ่อนเพลียมาก มีความวิตกกังวลมาก ร่วมกับอาการนอนไม่หลับทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้าลงร้อยละ 24.9

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ (2552) ศึกษาเรื่อง ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผลการวิจัยพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง (6.39 คะแนน และ 6.41 คะแนน ตามลำดับ) ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ (4.48 คะแนน) ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลุกเดินบ่อยๆ ส่วนวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง ในด้านการนอนหลับเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำกิจกรรมทั่วไป ด้านการไอและการหายใจเข้าออกถี่ๆ ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 – พ.ศ. 2558 ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ดังเช่นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อลดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และผลการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืด ซึ่งเน้นการบรรเทาอาการ และการจัดการกับอาการเพียงอาการเดียว และเป็นการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและเผชิญกับอาการหลังผ่าตัด แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการบรรเทาอาการแบบกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชเลย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ (Girvin, 1999) เพื่อบรรเทาอาการหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และมีการฟื้นตัวที่ดีภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง สามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะ ต่อกลุ่ม

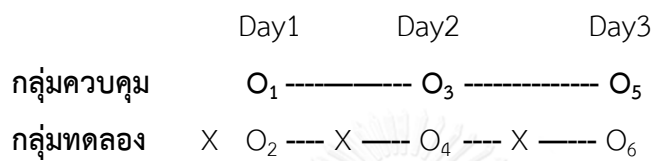
อาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช โดยใช้แนวทางการสอนแนะของ Girvin (1999) เพื่อลดกลุ่มอาการหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม แบบอนุกรมเวลา (Time series with non – equivalent control group design) เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้



O₁, O₃, O₅ หมายถึง การประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (ในวันที่ 1, 2, 3 หลังผ่าตัดตามลำดับ)

X หมายถึง การให้โปรแกรมการสอนแนะ

O₂, O₄, O₆ หมายถึง การประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ (ในวันที่ 1, 2, 3 หลังผ่าตัด ตามลำดับ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช (Exploratory laparotomy) แบบระบุเวลา (Elective surgery) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึง เดือนธันวาคม 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดในแต่ละวัน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศหญิง อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด Exploratory Laparotomy ,Total Abdominal Hysterectomy (TAH), Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingectomy Oophorectomy (TAH with BSO) , Bilateral Salpingectomy Oophorectomy (BSO) , Myomectomy
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีความผิดปกติด้านกระดูก ข้อ และการเคลื่อนไหว
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในช่วง 60 - 100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12 -20 ครั้ง/นาที และค่าความดันโลหิต systolic อยู่ในช่วง 90 - 140 mmHg และความดันโลหิต diastolic อยู่ในช่วง 60 – 100 mmHg)
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลา จนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการผ่าตัด เช่น มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด เลือดออกมากหลังผ่าตัด สัญญาณชีพผิดปกติ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

ในระหว่างการดำเนินการทดลอง มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ในกลุ่มการทดลอง จำนวน 1 คน ที่ต้องออกจากการทดลอง เนื่องจากระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง มีการตัดโดนกระเพาะปัสสาวะ สูญเสียเลือดในการผ่าตัดมาก และใช้เวลานานในการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างใกล้ชิด ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนแนะได้ ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย เพิ่มอีก 1 คน ในกลุ่มทดลอง ตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 90% ระดับนัยสำคัญที่ .01 ซึ่งใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่อง (pilot study) พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อความตรงภายใน จากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างเก็บ

ข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง มีขนาดใหญ่พอที่ข้อมูลจะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วย จากทะเบียนการผ่าตัด และแฟ้มประวัติการรักษา หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดที่ห้องตรวจนรีเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหานาคศิริราช ในระยะก่อนผ่าตัด ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 20 คนก่อน และหลังจากนั้นพิจารณาจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนตามลำดับ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติ ในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ประวัติการผ่าตัด และ ชนิดของการผ่าตัด (ดังตารางที่ 1) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ดังนี้

1. อายุ โดยมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก จากการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายลดลงหรือเสื่อมลงของเซลล์ประสาทมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ส่งผลให้มีความผิดปกติของการทำงานในระบบต่างๆเกิดขึ้นได้ง่าย (Hardin & Zenileman, 2005; Marek & Boehnlein, 2003) ผู้ที่มีอายุมากจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดและปริมาตรพื้นที่ผิวของถุงลมปอดลดลงจึงมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดเกิดขึ้นน้อย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการพร่องของออกซิเจน และเกิดปฏิกิริยาสะท้อนของการไหลลดลงทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบและภาวะปอดแฟบได้ง่าย ส่งผลให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้ากว่าปกติ (Smeltzer & Bore, 2000) พลังงานสำรองและความสามารถของกระบวนการชดเชยของร่างกายลดลง กระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลง มีความไวต่อความเครียดเนื่องจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ทำให้ทนต่อการบาดเจ็บได้น้อย มีโอกาสติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ หลังจากการผ่าตัดช่องท้องได้ง่ายขึ้น

2. ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์เดิมโดยผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดในอดีตมีผลต่อการแสดงออกต่ออาการปวดโดยบุคคลจะนำวิธีการเผชิญอาการปวดในอดีตมาใช้เพื่อเผชิญต่อเหตุการณ์ ใหม่บุคคลที่มีประสบการณ์หลายครั้งและปวดเป็นระยะเวลาานานจะมีความวิตกกังวลและความอดทนต่ออาการปวดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ปวดแต่ถ้าบุคคลเคยได้รับอาการปวดที่รุนแรงและ ไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีจะเกิดความคับข้องใจและกลัวอาการปวดเมื่อได้รับอาการปวดครั้งใหม่จะมีความอดทนต่ออาการปวดน้อยลงและรับรู้ต่ออาการปวดมาก ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง ซ้ำกว่าปกติได้ (Smeltzer & Bore, 2000) ในทางตรงกันข้ามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัดที่ถูกต้องจะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการปวดได้ถูกต้องเมื่อเผชิญกับอาการปวดจะสามารถควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้นมีความอดทนต่ออาการปวดเพิ่มขึ้นและมีอาการปวดหลังผ่าตัดลดลงส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องเร็วขึ้นได้ (Schirmer,2001)

3. ชนิดการผ่าตัด การผ่าตัดแต่ละชนิด จะก่อให้เกิดความเครียดต่างกัน ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจึงแตกต่างกันไป (Hardy, 1988) เนื่องจากระยะเวลาในการผ่าตัดอาจแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดใหญ่กว่า จะมีอัตราการฟื้นฟูสภาพของการผ่าตัดซ้ำกว่าการผ่าตัดเล็ก และการผ่าตัดฉุกเฉินมักเตรียมผู้ป่วยได้ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีอัตราตายมากกว่าการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมล่วงหน้า (Luckmann and Sorensen, 1987)

ตารางที่ 1 ตารางการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ประวัติผ่าตัดและชนิดของการผ่าตัด

ลำดับคู่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ (ปี)	ประวัติ ผ่าตัด	ชนิดของการผ่าตัด	อายุ (ปี)	ประวัติ ผ่าตัด	ชนิดของการผ่าตัด
1	36	ไม่เคย	Myomectomy	34	ไม่เคย	Myomectomy
2	43	ไม่เคย	TAH	41	ไม่เคย	TAH
3	32	ไม่เคย	Explore lap & Rt. SO	32	ไม่เคย	Explore lap & Rt. SO
4	56	ไม่เคย	TAH & BSO	58	ไม่เคย	TAH & BSO
5	44	ไม่เคย	TAH	41	ไม่เคย	TAH
6	49	เคย	TAH & BSO	49	เคย	TAH & BSO
7	22	ไม่เคย	Explore lap & Rt.cystectomy	22	ไม่เคย	Explore lap & Rt.cystectomy
8	48	ไม่เคย	TAH & BSO	49	ไม่เคย	TAH & BSO
9	38	ไม่เคย	Myomectomy	34	ไม่เคย	Myomectomy
10	49	ไม่เคย	TAH & BSO	47	ไม่เคย	TAH & BSO
11	48	ไม่เคย	TAH & BSO	48	ไม่เคย	TAH & BSO
12	50	ไม่เคย	TAH & BSO	51	ไม่เคย	TAH & BSO
13	33	ไม่เคย	Explore lap & Lt. cystectomy	34	ไม่เคย	Explore lap & Rt.cystectomy
14	46	ไม่เคย	TAH & rt. SO	46	ไม่เคย	TAH & rt. SO
15	25	ไม่เคย	Explore lap & Lt. SO	27	ไม่เคย	Explore lap & Rt. SO
16	36	ไม่เคย	TAH	35	ไม่เคย	TAH
17	47	ไม่เคย	TAH	47	ไม่เคย	TAH
18	46	ไม่เคย	TAH & rt.SO	48	ไม่เคย	TAH & rt.SO
19	46	ไม่เคย	TAH & BSO	48	ไม่เคย	TAH & BSO
20	50	ไม่เคย	TAH & BSO	52	ไม่เคย	TAH & BSO

หมายเหตุ TAH = การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

TAH & BSO = การผ่าตัดเอามดลูกออกทางหน้าท้องร่วมกับตัดท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง
 Explore lap & SO = การผ่าตัดเอาท่อนำไข่และรังไข่ออกทางหน้าท้อง
 Myomectomy = การผ่าตัดเอาเนื้องอกมดลูกออก
 Cystectomy = การผ่าตัดเลาะซีสต์ออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน (ภาคผนวก ค) คือ เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสามารถจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดได้เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ร่วมกับการจัดการอาการของ Lenz และคณะ (1997) มีรายละเอียดขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการจัดการอาการของ Lenz และคณะ (1997) จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการสอนแนะ

2. ศึกษารูปแบบการให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

3. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วย 2) วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย 3) กำกับติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ

4. กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญ ของกิจกรรมจากรวรรณกรรม เพื่อให้สามารถจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้ครอบคลุมตามแนวคิดการสอนแนะดังกล่าว โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งๆละ ประมาณ 45 - 60 นาที ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน และ ระยะหลังผ่าตัด 3 วัน รวมระยะเวลา 4 วัน โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ด้วยน้ำเสียงที่

นุ่มนวลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พุดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหรือบอกเล่าถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดได้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนในการให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม พร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้ตามความต้องการ และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหรือบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง หากมีการปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ถูกวิธี หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการหลังผ่าตัดแล้ว ผู้วิจัยสอนและสาธิต โดยใช้ภาพสไลด์และ คู่มือประกอบการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่ การฝึกทักษะเทคนิคผ่อนคลาย โดยการทำสมาธิ การฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น การฝึกทักษะการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอาการปวด การฝึกทักษะเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่า ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้างขณะที่ยืนบนพื้นเพียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า โดยไม่รู้สึกปวดจากการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามขั้นตอนทุกครั้งเพื่อบรรเทาอาการขณะทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนการบริหารร่างกายโดยออกกำลังกายขณะอยู่บนเตียง ให้ผู้ป่วยฝึกทุกวัน วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การกำกับติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ ตามขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละทักษะ ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะเพิ่มเติมหรือทบทวนในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นหลังการผ่าตัดผู้พญานำกิจกรรมที่ได้ฝึกทักษะต่างๆไปปฏิบัติได้ถูกวิธี โดยปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม ส่งผลให้อาการไม่สุขสบายที่เกิดผู้ป่วยหลังผ่าตัดลดลง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาขณะปฏิบัติกิจกรรม และผลการปฏิบัติที่ผ่านมาด้วยตนเอง รวมทั้งร่วมกันประเมินถึงปัญหา และอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรคนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผน ในการปรับเปลี่ยน หรือปรับปรุงพัฒนากิจกรรมที่ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

5. จัดทำแผนการสอน เรื่อง กลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าจากตำรา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุม คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและชนิดของการผ่าตัดทางนรีเวช 2) การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 3) กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชและการจัดการกับอาการ (อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล) 4) วิธีการผ่อนคลายและการบริหารร่างกาย (การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการออกกำลังขาทั้งสองข้าง) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช และ กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง และการจัดการกับอาการหลังผ่าตัดทั้ง 5 อาการ

6. จัดทำคู่มือสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและชนิดของการผ่าตัดทางนรีเวช 2) การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 3) กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชและการจัดการกับอาการ (อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล) 4) วิธีการผ่อนคลายและการบริหารร่างกาย

7. จัดทำ ภาพสไลด์ (power point) เพื่อใช้ประกอบการสอน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและชนิดของการผ่าตัดทางนรีเวช การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชและการจัดการกับอาการ ทั้ง 5 อาการ (อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล) วิธีการผ่อนคลายและการบริหารร่างกาย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจหาความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำโปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพสไลด์ (power point) และ คู่มือสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้ รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก.) ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางสูตินรีเวชกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านสูตินรีเวชกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม 2 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้ คือ

โปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน โดยมีข้อเสนอแนะแก้ไขในบางประเด็น ดังนี้

1. ควรปรับเปลี่ยนบางประโยคในคู่มือการปฏิบัติตัว เพื่อให้อ่านแล้วเข้าใจง่ายขึ้น ไม่ซ้ำซ้อน และใช้ภาพเพิ่มขึ้นในการสื่อความหมาย
2. ควรเพิ่มเนื้อหาบางเรื่องในแผนการสอน ให้สอดคล้องกับเนื้อหาในคู่มือทั้งเรื่องการปฏิบัติตัวให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยทำการแก้ไขและปรับปรุงทั้งในส่วนของแผนการสอน และสื่อการสอนโดยการปรับเปลี่ยนประโยคใหม่ในคู่มือให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมทั้งในแผนการสอน ภาพพลิกและคู่มือรวมทั้งได้เพิ่มรูปภาพในภาพพลิกให้ชัดเจนและสอดคล้องกับเนื้อหายิ่งขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ที่ได้ปรับปรุง แก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช จำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินแผนการสอน power point และคู่มือ ก่อนนำไปใช้จริง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช มีความเข้าใจในเนื้อหาในคู่มือชัดเจน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 40 – 60 นาที

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตของเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคทางนรีเวชที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดช่องท้อง การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง แล้วนำมาสร้างเป็นแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างหลังจากให้ความรู้ ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็น “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ข้อที่ตอบถูก จะได้คะแนน 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างต้องตอบคำถามถูกต้อง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคำถามทั้งหมดถือว่าผ่านเกณฑ์การทดสอบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถาม ได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ของข้อคำถามทั้งหมด แสดงว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การทดสอบ ผู้วิจัยให้ความรู้ซ้ำอีกครั้ง และทำการทดสอบความรู้จนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะผ่านเกณฑ์การทดสอบ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชทุกคน ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือ มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบความรู้ ร้อยละ 98 แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกคน ผ่านการกำกับการทดลอง แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาความตรงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้ จำนวนข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านซึ่งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Validity Index) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม (Polit and Beck, 2004) ซึ่งผลของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช $CVI = .80$

2. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับเปลี่ยนภาษาที่ใช้ในบางข้อคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ ได้ง่ายขึ้น

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการผ่าตัด แบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช (Exploratory laparotomy) แบบระยะเวลา (Elective surgery) ที่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้สูตร KR - 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด แบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว และข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการ ผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด

3.2 แบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช เป็นเครื่องมือวัดความรุนแรง และความถี่ ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งดัดแปลงข้อคำถาม และการแปลผลคะแนน มาจากแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องของ ตะวัน แสงสุวรรณ (2551) ที่มีการวัดความรุนแรงและความถี่ของแต่ละอาการ โดยนำค่าคะแนนความรุนแรง และคะแนนความถี่ ของแต่ละอาการมารวมกัน [SUM (คะแนนความรุนแรง , คะแนนความถี่)] จากการทดสอบค่า ดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .85 และ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ซึ่งแบบประเมินกลุ่มอาการ

หลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินความรุนแรง (Symptom severity) ของอาการ ทั้งหมด 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 10 (Rating Scale) 0 หมายถึง ไม่มีอาการ , 5 หมายถึง รุนแรงปานกลาง, 10 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด และประเมินความถี่ของอาการ (Symptom frequency) ทั้งหมด 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 10 (Rating Scale) 0 หมายถึง ไม่เกิดขึ้น , 5 หมายถึง ปานกลาง 10 หมายถึง มากที่สุด

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการ และความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช จำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 – 50 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	การแปลผล
0 - 24	ระดับต่ำ
25 - 34	รุนแรงปานกลาง
35 - 50	รุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดช่องท้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก. ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางสูตินรีเวชกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านสูตินรีเวชกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม 2 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 หรือมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน (Polit & Beck, 2004) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis,1992) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา

ทบทวน ปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม (Polit and Beck, 2004) ซึ่งผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง $CVI = .85$

2. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งไม่มีการปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขเกี่ยวกับข้อคำถาม มีเพียงการปรับเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนรีเวชภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .87 ทั้งแบบประเมินความรุนแรงและแบบประเมินความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ส่วนสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรุนแรงและแบบประเมินความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 40 คน มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวเสนอโครงการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล และขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 01/2559 แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสูตินรีแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการนัดผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชจากตารางการนัดผ่าตัด ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 20 คนก่อน และเข้ากลุ่มทดลอง ภายหลังจำนวน 20 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความ คล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยอาจจะได้รับ ขอความร่วมมือใน การวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม ในการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาล ตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสอนแนะ ซึ่งจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยพบกับผู้วิจัย 5 ครั้ง

6. ประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช วันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบ ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

วิธีดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม 2558 ถึงต้นเดือนมกราคม 2559 ณ ตึกนรีเวชกรรม ตึกเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลมหाराชา นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อมีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้สอนแนะ ในการให้ความรู้เรื่องกลุ่มโรคทางนรีเวชที่ต้องรับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง กลุ่ม อาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช การฝึกการหายใจ การเปลี่ยนท่า เทคนิคการผ่อนคลายแบบ ต่างๆ และการบริหารร่างกายการออกกำลังกาย โดยศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความ ชำนาญในการทักษะต่างๆ ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการสอน แนะนำผู้ป่วย

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช power point

1.3 ผู้วิจัยทำแผนการดำเนินการทดลองโดยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือวิจัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากตารางการผ่าตัดเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรก ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน หลังจากนั้นทำการจับคู่ โดยกำหนดคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด เพื่อเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คน อธิบายรายละเอียด แนวทางดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ปวยลงชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมหรือเป็นผลสรุปเท่านั้น

2.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด โดยใช้แผนพบในการให้ความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และการพยาบาลภายหลังการผ่าตัด พยาบาลจะประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด และให้การดูแลให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่นการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ติดตามภาวะแทรกซ้อนและการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ณ ห้องตรวจนรีเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย ในช่วงเย็นวันเดียวกันกับครั้งที่ 1 (ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน) ภายหลังการให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด โดยใช้แผนพับในการให้ความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยใช้ในการถามหรือประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัด

ครั้งที่ 3 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 18.00 น. ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 10 นาที

ครั้งที่ 4 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 เวลา 18.00 น. ผู้วิจัยประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 10 นาที

ครั้งที่ 5 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 เวลา 18.00 น. ผู้วิจัยประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 10 นาที

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการสอนแนะโดยผู้วิจัยพบผู้ป่วย 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 ของการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ณ ห้องตรวจนรีเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย กล่าวสวัสดิ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์และการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยรวมถึงการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

สรุป จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นตอนเพื่อสร้างสัมพันธภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นประโยชน์กับการวิจัย

ครั้งที่ 2 ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพพร้อมกับแนะนำตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การสอนแนะตามโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตน (ใช้เวลา 45 - 60 นาที) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่อาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากแฟ้ม

ประวัติ บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ความรู้สึก และความคาดหวังหลังผ่าตัด ข้อมูลต่างๆที่ต้องการทราบ การแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น และสนทนาเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ความสุขสบายต่างๆการรักษายาบาลที่ได้รับเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และเกิดความไว้วางใจ กรณีที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกวิตกกังวล กลัว หรือรู้สึกไม่สบายใจระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยจะใช้การพูดให้เกิดความมั่นใจ พูดให้แรงเสริม และ/หรือใช้การสัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ อบอุ่นใจ และลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายต่างๆที่ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญหลังผ่าตัด เช่นความเจ็บปวด การใส่ท่อช่วยหายใจ การนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนต้องประสบล่วงหน้า และสามารถวางแผนเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเหล่านั้นได้

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผน เพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบข้อซักถามในปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยสงสัยหรือต้องการทราบ ข้อมูล หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว หรือมีความรู้แต่วางแผนปฏิบัติการไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามปัญหานั้นๆ และให้ข้อมูลพร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติการประกอบด้วย

การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง โดยใช้แผนการสอนซึ่งมีหัวข้อต่างๆดังนี้

โรคและการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช และการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการปวด การนอนไม่หลับ หรือความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย โดยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ (ได้แก่การทำสมาธิโดยใช้หลักอานาปานสติกรรมฐานคือการดูแลสุขภาพใจเข้าออก และใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวดโดยใช้เสียงดนตรี โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่า การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ผู้วิจัยสอนโดยใช้คู่มือประกอบการสอน สาธิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามไปพร้อมๆกัน ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ และฝึกปฏิบัติจนสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ถูกต้อง

การฝึกเรื่องการออกกำลังขา ผู้วิจัยสอนโดยใช้คู่มือประกอบการสอน สาธิตและให้ผู้ช่วยปฏิบัติตามไปพร้อมๆกัน ให้ผู้ช่วยสาธิตย้อนกลับ และฝึกปฏิบัติจนสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 กำกับติดตามการฝึกปฏิบัติกิจกรรม ให้ผู้ช่วยลองปฏิบัติในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสังเกตและติดตามผู้ช่วยว่า ผู้ช่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตหรือไม่ ขณะที่ผู้ช่วยปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยให้คำแนะนำหรือฝึกสอนเพิ่มเติม หากพบว่าผู้ช่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการสอนซ้ำจนผู้ช่วยสามารถทำได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ช่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านไป รวมถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม และวิธีแก้ไขปัญหาหรือทางเลือกอื่นในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งเสนอตัวว่าผู้วิจัยมีความยินดีและเต็มใจเป็นอย่างยิ่งที่จะให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตามที่ผู้ช่วยต้องการตลอดกระบวนการสอนแนะ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ช่วยทราบว่าผู้วิจัยจะมาให้คำแนะนำแก่ผู้ช่วยอีกครั้งหลังผ่าตัดเมื่อผู้ช่วยรู้สึกตัวดีแล้วที่หอผู้ป่วยและกล่าวคำอำลา

สรุป จากการทำกิจกรรมในครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นตอนให้การสอนแนะตามโปรแกรมการสอนแนะทั้ง 4 ขั้นตอน ในระยะก่อนผ่าตัด จากการพูดคุยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดเลย และเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นครั้งแรก จะมีความวิตกกังวล และกลัวการผ่าตัด และสิ่งที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรหลังผ่าตัด และสิ่งที่ทุกคนกลัวมากที่สุด คืออาการปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ช่วยทราบถึงสิ่งที่ต้องเผชิญหลังผ่าตัด และวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด รวมถึงการให้ความรู้ ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเช่น โรค และการผ่าตัด หลังการให้ความรู้ ผู้วิจัยประเมินว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจในการให้ความรู้ โดยตั้งใจฟังการสอน และอ่านคู่มือที่ผู้วิจัยให้ มีการอ่านทบทวน และร่วมฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการต่างๆหลังผ่าตัด โดยฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายขณะเปลี่ยนท่า การลุกนั่ง การออกกำลังกายขาทั้งสองข้าง พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นอย่างดี และในช่วงสาธิตย้อนกลับ ผู้ป่วยบางรายไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ฝึกสอนเพิ่มเติม จนผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม และสามารถทำกิจกรรมได้ถูกต้อง ผู้ป่วยบอกว่าได้รับความรู้ มีเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากขึ้น และมั่นใจว่าหลังผ่าตัดสามารถนำกิจกรรมผู้วิจัยสอนไปปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อลดอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

ครั้งที่ 3 (หลังวันผ่าตัดวันที่ 1) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยเวลา 18.00 น. ภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทายผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สังเกตอาการทั่วไป และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลของการผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามที่ได้ฝึกไว้ก่อนผ่าตัด เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยติดตาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อลดความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น กล่าวชมเชยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ในกลุ่มที่รู้สึกกลัวหรือไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยจะพูดให้เกิดความมั่นใจ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้วิจัยจะอยู่ช่วยดูแลผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจในการปฏิบัติ การประเมินผลการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้ นำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการกับอาการด้วยตนเองว่า ปฏิบัติได้หรือไม่ ได้ผลอย่างไร โดยผู้วิจัยประเมินผลการจัดการกับอาการ ด้วยการซักถามผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกจริงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อค้นหาวิธีแก้ปัญหา หรือทางเลือกอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหา และอุปสรรคดังกล่าว เพื่อผู้วิจัยให้คำแนะนำตามที่ผู้ป่วยต้องการ และประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล

สรุป จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 1 พบว่า ในระยะหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว เหยียดขาได้ตามคำแนะนำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจัดการอาการของตนเอง ด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้องตามขั้นตอน ทำให้อาการปวดแผลลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นจากการเปลี่ยนท่า สามารถลุกนั่งข้างเตียงได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 4 (หลังวันผ่าตัดวันที่ 2) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยเวลา 18.00 น. ภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทายผู้ป่วย สังเกตอาการทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ซักถามผู้ป่วยว่า ปฏิบัติได้หรือไม่ และได้ผลอย่างไร และให้ผู้ป่วยประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ด้วยการตอบแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล

สรุป จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 2 พบว่าผู้ป่วยบอกว่า สามารถนอนหลับกลางคืนได้ดีขึ้นกว่าคืนแรก โดยทำสมาธิก่อนนอน แล้วหลับไปเลย ตื่นมาตอนเช้า รู้สึกผ่อนคลายขึ้น ผายลมได้ ไม่แน่นอึดอัดท้อง สามารถลุกขึ้นจาก

เตียงได้ดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้น อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง กลุ่มทดลองมีการใช้ยาเพื่อระงับปวดลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 5 (หลังวันผ่าตัดวันที่ 3) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยเวลา 18.00 น. ภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยกล่าวสวัสดี ทักทายผู้ป่วย สังเกตอาการทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ชักถามผู้ป่วยว่าปฏิบัติได้หรือไม่ และได้ผลอย่างไร และให้ผู้ป่วยประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ด้วยการตอบแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล

สรุป จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดีขึ้นรู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับได้ดี ผู้ป่วยสามารถเดินไปทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ไม่มีอาการท้องอืดแน่นท้องรู้สึกผ่อนคลายขึ้น อาการปวดแผลลดลง กลุ่มทดลองมีการใช้ยาเพื่อระงับปวดน้อยกว่าหลังผ่าตัดวันที่ 2

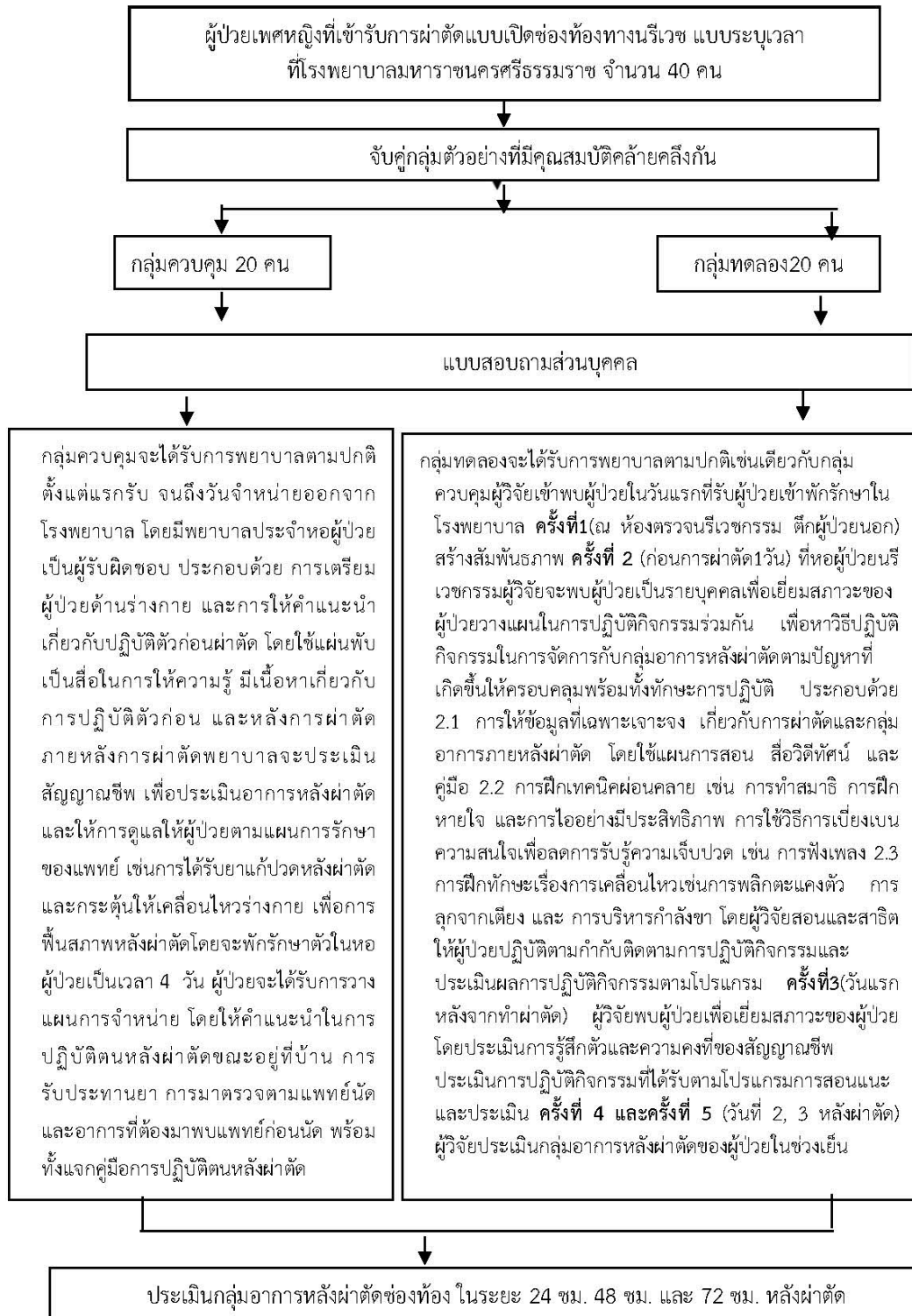
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง จะใช้รหัสแทนชื่อในการกรอกข้อมูล ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆให้กับผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมของผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์และการบริการทางพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient / Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการสอนแนะซึ่งได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากแบบบันทึกข้อมูลต่างๆของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลุ่มอาการหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนกลุ่มอาการหลังผ่าตัดของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดโดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)



สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินการ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ชนิดสองกลุ่มแบบอนุกรมเวลา (Time series with non – equivalent control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช (Exploratory laparotomy) แบบระบุเวลา (Elective surgery) ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดของยาแก้ปวดหลังผ่าตัด โดยจัดเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน

ผลการวิจัยนำเสนอได้ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แบบ
ระบุเวลา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการ
รักษา ประวัติโรคประจำตัวและข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)						
20 – 30 ปี	2	10	2	10	4	10
31 – 40 ปี	5	25	5	25	10	25
41 – 50 ปี	12	60	10	50	22	55
51 – 60 ปี	1	5	3	15	4	10
ค่าเฉลี่ย	42.2		42.45		42.3	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.9		8.9		8.9	
ศาสนา						
พุทธ	19	95	19	95	38	95
อิสลาม	1	5	1	5	2	5
สถานภาพ						
โสด	11	55	8	40	19	47.5
สมรส	9	45	12	60	21	52.5
อาชีพ						
แม่บ้าน	5	25	4	20	9	22.5
เกษตรกร	3	15	3	15	6	15
รับจ้าง	4	20	5	25	9	22.5
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	5	25	5	25	10	25
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	3	15	3	15	6	15
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	45	8	40	17	42.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	2	10	2	5
มัธยมปลาย/ปวช.	3	15	3	15	6	15
อนุปริญญา/ ปวส.	5	25	3	15	8	20
ปริญญาตรี	3	15	4	20	7	17.5

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แบบ ระบุเวลา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัวและข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล						
จ่ายเงินเอง	0	0	2	10	2	5
ประกันสังคม	2	10	2	10	4	10
เบิกจากต้นสังกัด	5	25	5	25	10	25
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13	65	11	55	24	60
ประวัติการผ่าตัด						
ไม่เคยผ่าตัด	19	95	19	95	38	95
เคยผ่าตัด	1	5	1	5	2	5
ประวัติโรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	18	90	18	90	36	90
มีโรคประจำตัว	2	10	2	10	4	10

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.3 ปี (SD = 8.9) ซึ่งส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 55 รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 25 โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 42.2 ปี และ 42.4 ปี ตามลำดับ สถานภาพทางสังคม ในกลุ่มทดลองมีสถานภาพโสดร้อยละ 55 และสถานภาพสมรสร้อยละ 45 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสดร้อยละ 40 และสถานะภาพสมรส ร้อยละ 60 ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 45 และร้อยละ 40 ตามลำดับ ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลมากที่สุด โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 65 และร้อยละ 55 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดร้อยละ 95 และไม่มีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 90 มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีภาวะเจ็บป่วยร่วมด้วย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แบบ ระบุเวลา จำแนกตามโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับหลัง ผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค						
myoma uteri	11	55	10	50	21	52.5
ovarian cyst /tumor	6	30	6	30	12	30
endometriosis	1	5	2	10	3	7.5
adenomyosis	2	10	2	10	4	10
ชนิดของการผ่าตัด						
TAH	4	20	4	20	8	20
TAH with Bso	10	50	10	50	20	50
myomectomy	2	10	2	10	4	10
rt.so / lt.so	2	10	2	10	4	10
cystectomy	2	10	2	10	4	10
ระยะเวลาการผ่าตัด						
น้อยกว่า 60 นาที	4	20	5	25	9	22.5
61-120 นาที	14	72	14	70	28	70
มากกว่า 120 นาที	2	10	1	5	3	7.5
ค่าเฉลี่ย	91		86		88.5	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.2		5.2		5.3	
ชนิดยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด						
ชนิดฉีดยา						
Pethidine	12	60	12	60	24	60
Morphine	8	40	8	40	16	40

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเนื้องอกมดลูก (Myoma uteri) มากที่สุดถึงร้อยละ 55 และ 50 ตามลำดับ รองลงมาคือ ถุงน้ำ / เนื้องอกที่รังไข่ (Ovarian cyst /tumor) ร้อยละ 30 ซึ่งชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดมากที่สุด คือ การผ่าตัดเอามดลูกออกพร้อมกับตัดท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง (TAH with Bso) ร้อยละ 50 และรองลงมาคือการผ่าตัดเอามดลูกออกทางหน้าท้อง (TAH) ร้อยละ 20 ระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 61-120 นาที ร้อยละ 70 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 91 นาที และ ในกลุ่มทดลอง 86 นาที

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2403.075	1	2403.075	175.480*	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	520.383	38	13.694		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
เวลา	5184.200	2	5184.200	1689.533	< 0.001
กลุ่มและเวลา	72.200	2	72.200	23.530	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	116.600	76	3.068		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ คะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังการ

ผ่าตัดในกลุ่มควบคุมแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($F = 175.48$, $p\text{-value} < 0.001$) และยังพบว่าระยะเวลามีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1689.53$, $p < 0.001$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ต่างกันมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงที่แตกต่างกัน ($F = 23.530$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

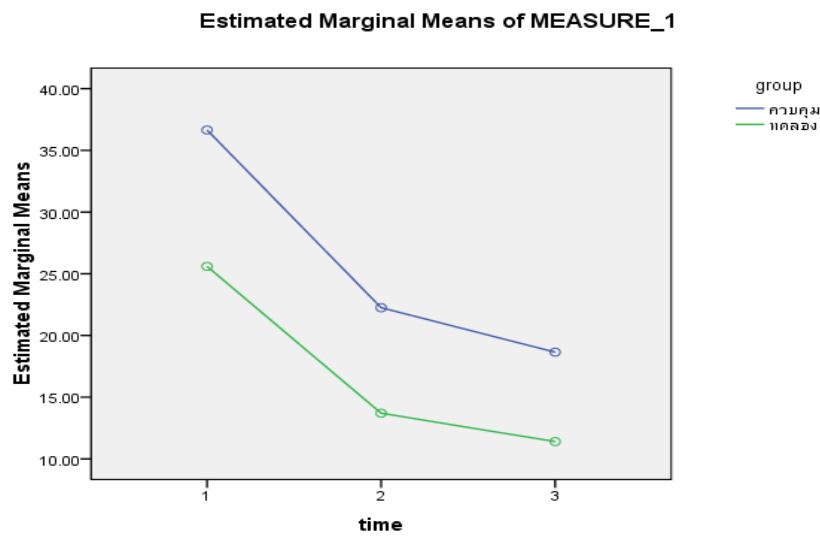
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วันที่ประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Mean difference (95% CI.)
	M	SD	M	SD	
หลังผ่าตัดวันที่ 1	36.65	2.88	25.60	2.99	11.05 (9.17,12.93)
หลังผ่าตัดวันที่ 2	22.25	2.29	13.70	2.07	8.55 (7.15, 9.95)
หลังผ่าตัดวันที่ 3	18.65	2.41	11.40	1.93	7.25 (5.85, 8.65)

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จากการเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการผ่าตัดทั้ง 3 วัน คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยหลังผ่าตัดวันที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงแตกต่างกันอยู่ที่ 11.05 คะแนน (ด้วยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 9.17 ถึง 12.93) หลังผ่าตัดในวันที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงแตกต่างกันอยู่ที่ 8.55 คะแนน (ด้วยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 7.15 ถึง 9.95) และในวันสุดท้ายของการประเมินความรุนแรงพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงแตกต่างกันอยู่ที่ 7.25 คะแนน (ด้วยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 5.85 ถึง 8.65) (ตารางที่ 5)

แสดงว่ากลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงว่าโปรแกรมการสอนแนะนำ สามารถลดกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้



แผนภาพที่ 4 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงเฉลี่ย
ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 การทดสอบเปรียบเทียบค่าคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความถี่เฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2176.008	1	2176.008	258.684*	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	319.650	38	8.412		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
เวลา	4743.200	2	4743.200	1237.923	< 0.001
กลุ่มและเวลา	.200	2	.200	.052	0.821
ความคลาดเคลื่อน	145.600	76	3.832		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวชกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดในกลุ่มควบคุมแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 ($F = 258.68$, $p\text{-value} < 0.001$) และยังพบว่าระยะเวลาที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1237.92$, $p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ต่างกัน มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ที่ไม่แตกต่างกัน คะแนนความถี่ ($F = 0.052$, $p\text{-value} = 0.821$) ดังปรากฏในตารางที่ 6

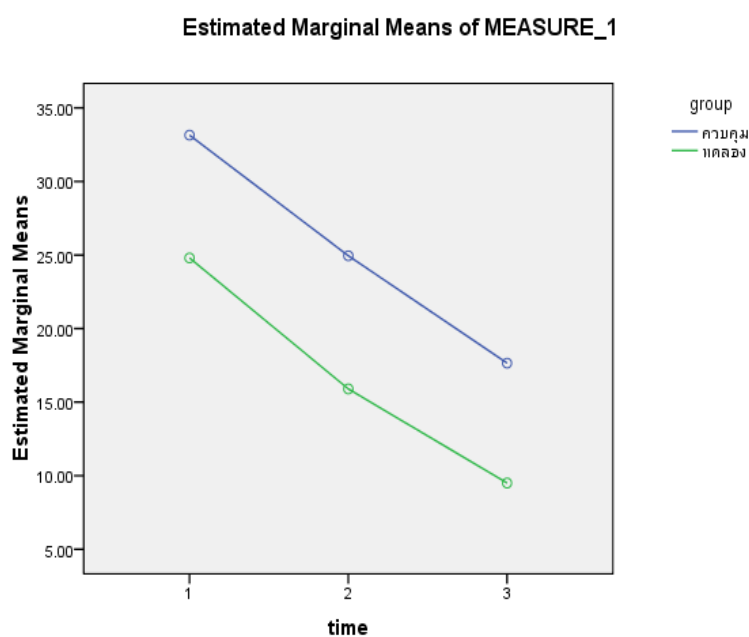
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วันที่ประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Mean difference (95% CI.)
	M	SD	M	SD	
	หลังผ่าตัดวันที่ 1	33.15	2.15	24.80	2.33	8.35 ( 6.91, 9.79 )
หลังผ่าตัดวันที่ 2	24.95	2.18	15.90	2.10	9.05 (7.68, 10.42)
หลังผ่าตัดวันที่ 3	17.65	2.23	9.50	1.96	8.15 (6.81, 9.49)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

นอกจากนั้นเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบด้วยสถิติทีอิสระ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โดยคะแนนความถี่ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอยู่ 8.35 คะแนน (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 6.91 ถึง 9.79 คะแนน) ในวันที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนความถี่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอยู่ 9.05 คะแนน (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 7.68 ถึง 10.42 คะแนน) และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความถี่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอยู่ 8.15 คะแนน (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 6.81 ถึง 9.49 คะแนน) (ตารางที่ 7) แสดงว่าโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช สามารถลดกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้



แผนภาพที่ 5 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความถี่เฉลี่ยของกลุ่มอาการหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบอนุกรมเวลา (Time series) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรง ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความถี่ ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการอ่อนล้า และความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. คะแนนความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 20- 59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศหญิงอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช (Exploratory laparotomy) ได้แก่ การผ่าตัด Exploratory Laparotomy, Total Abdominal Hysterectomy (TAH), Myomectomy, Bilateral Salpingectomy Oophorectomy, cystectomy แบบระบุเวลา (Elective surgery) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2558 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในเรื่อง อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ประวัติการผ่าตัด และ ชนิดของการผ่าตัด เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
 - 1.2 แบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
 - 2.1 โปรแกรมการสอนแนะ
 - 2.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
 - 2.3 power point
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - 3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่อง การผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช และกลุ่มอาการหลังผ่าตัด

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 23 ตุลาคม 2558 ถึง 30 ธันวาคม 2558 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมตัว และศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มโรคทางนรีเวชที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดช่องท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทาง เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง

1.2 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล

1.4 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสูตินรีแพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบโดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช จากตารางการผ่าตัด

2.2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

2.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และขออนุญาตเข้าแนะนำตัว อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่างๆ สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ กลุ่มละ 20 คน

3. ขั้นการประเมินผลการทดลอง

หลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2, 3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเย็น เวลาประมาณ 18.00 น. ให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัด เพื่อประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัวและข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงและความถี่หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated-measure ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการสอนแนะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช จำนวน 40 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

โปรแกรมการสอนแนะ เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช มีความรู้ ความเข้าใจที่เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดรวมทั้งการจัดการกับอาการต่างๆภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนแนะ และคอยให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของ

การจัดการกับอาการภายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด ซึ่งในระหว่างการฝึกทักษะปฏิบัติ ผู้วิจัยมีการสาธิตพร้อมกับให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติ มีการติดตามผลและสังเกตการณ์ฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการให้ข้อมูล คำแนะนำในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยมีการคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละราย หลังจากนั้นมีการประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้ จากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย และช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล การให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ จะช่วยให้การสอนหรือให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) โดยเฉพาะการสอนก่อนผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมด้านจิตใจสำหรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากการสอบถามพบว่า ผู้ป่วยอยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดเลย และเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 90) มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด และสิ่งที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรหลังผ่าตัด และสิ่งที่ทุกคนกลัวมากที่สุด คือ อาการปวดหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Badner et al, 1990 เกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เกี่ยวกับความปวด ภาวะลักษณะ และสิ่งที่ไม่รู้ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด และจากการศึกษา ของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2554) ที่ศึกษา ความต้องการของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยรวมระดับปานกลาง และข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ ด้านการผ่าตัดที่เฉพาะ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้ร่วมกันวางแผนในการให้ข้อมูลที่ตามความต้องการของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม พร้อมทั้งฝึกทักษะการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน จากที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดเลย ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ ข้อมูลและวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด โดยเป็นข้อมูลที่

เฉพาะเจาะจงเช่น โรคทางนรีเวชที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดช่องท้อง การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มอาการหลังผ่าตัด และการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีความเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อจิตใจในด้านความทุกข์ทรมานลดลง (Leventhal and Johnson, 1983) โดยการให้ความรู้ในระยะก่อนผ่าตัด เป็นการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะประสบในระยะหลังผ่าตัด จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ (Wilkie, 2000) หลังการให้ความรู้ ผู้วิจัยประเมินว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจในการให้ความรู้ โดยตั้งใจฟังการสอน มีการทดสอบความรู้เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจหลังให้ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยตอบคำถามได้ถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบความรู้ ร้อยละ 98 ของคำถามทั้งหมด ถือว่าผ่านเกณฑ์การทดสอบ ผู้วิจัยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่ การฝึกทักษะเทคนิคผ่อนคลาย โดยการทำสมาธิ การฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น การฝึกทักษะการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอาการปวด การฝึกทักษะเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่า ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายทั้งสองข้าง ขณะที่นั่งนอนพักบนเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า โดยไม่รู้สึกรปวดจากการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามขั้นตอนทุกครั้งเพื่อบรรเทาอาการขณะทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนการบริหารร่างกายโดยออกกำลังกายขณะอยู่บนเตียง ให้ผู้ป่วยฝึกทุกวัน วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และใช้คู่มือประกอบ จากการสังเกต ผู้ป่วยทุกคนสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่ผู้วิจัยสาธิต เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการผ่าตัด ทำให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละท่าเป็นไปได้อย่างขึ้น ผู้ป่วยมีการทบทวนการปฏิบัติแต่ละท่าด้วยความตั้งใจ ผู้วิจัยกำกับติดตามการปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ (ขั้นตอนที่ 3) ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติตามกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละทักษะ ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะเพิ่มเติมหรือทบทวนในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น จากการสังเกตผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองครบทุกท่าของกิจกรรมการสอน จากการประเมินผลการปฏิบัติตามที่ผ่านมา (ขั้นตอนที่ 4) และประเมินปัญหาขณะปฏิบัติตามกิจกรรมจากการสอบถามผู้ป่วย พบว่าสามารถปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยบอกว่า จากการฝึกในท่าเดิมๆ หลายๆครั้ง ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และคิดว่า หลังการผ่าตัดจะนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับจากการสอน มาจัดการกับอาการต่างๆหลังผ่าตัดเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย ภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามแบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดในทุกๆวันจนครบ 3 วัน พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตาม

โปรแกรม โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองในแต่ละช่วงเวลา จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการพบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรง และการเกิดในแต่ละอาการลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละวัน และจากจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 2 หลังผ่าตัด มีการใช้ยาในปริมาณที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และไม่ใช้ยาแก้ปวดเลยหลังผ่าตัดในวันที่ 3

ในผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนแนะนำมีการพัฒนาความรู้ และทักษะ สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สอนคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้และทักษะ ผู้สอนทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถสูงสุดด้วยการให้การสนับสนุน ชี้แนะให้การช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และปรับปรุงการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Girvin, 1999) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการสอนแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ นพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของบุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ที่ศึกษาผลของการสอนแนะนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของ ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร (2547) ที่ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสอนแนะ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงและความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูปัญหาหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดการใช้ยาแก้ปวดลง หรือไม่ใช้ยาแก้ปวดเลย โปรแกรมการสอนแนะจึงเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของกิจกรรมการพยาบาล และมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมพยาบาลที่ง่ายต่อการฝึกฝน ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมการสอนแนะได้ทุกเวลาที่พร้อม

ข้อเสนอแนะ

1. ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดทางนรีเวชที่มพยาบาลควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการนำโปรแกรมการสอนแนะไปใช้ ต้องคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยจะทำให้การจัดการกับกลุ่มอาการได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และต้องมีความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบว่ามีปัญหา พยาบาลและผู้ป่วยต้องร่วมหาทางแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้การจัดการกับกลุ่มอาการมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสอนแนะ ซึ่งเป็นคุณสมบัติของพยาบาลชั้นสูง สนับสนุนให้นักศึกษา มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะในการสอนแนะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและมีแบบแผนในการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมการสอนแนะไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดทางช่องท้องในโรคอื่น โดยการหาวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ บุญวิทยา. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องอืดภายหลังการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ผูกเงินในโรงพยาบาลรามาริบัติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กษยา ตันติผลาชีวะ. (2549). **Post operative ileus: Cause, prevention and treatment**. ใน ศัลยศาสตร์วิวัฒน์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร
- กันยา ออประเสริฐ. (2545). **การสอนก่อนผ่าตัด**. ใน วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร, อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, และผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ลีฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย จำกัด.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). **คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สยามสปอร์ตซินดิเคท.
- ตะวัน แสงสุวรรณ. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ตุลาชินี ธรรมสมบูรณ์. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ 2 ข้าง ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จวง เผือกคง. (2550). **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรินทร์ พวกยะ. (2550). **ผลของการจัดการที่เน้นการบริหารกาย – จิตแบบชี้ก่งต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบผูกเงิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยาลักษณ์ พงษ์เจริญ. (2544). **ผลของการนวดต่อระดับความปวดในผู้ป่วยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเรียง ภัทรธรรมาภรณ์. (2548). **ผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด**

- มตลูกออกทางหน้าท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวี มากพุ่ม. (2530). **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2543). **บทความวิชาการ มโนคติและการวัดการนอนหลับ Conceptual and measurement of sleep.** วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12(1): 1-9
- ชาญชัย โปธิ์คลัง. (2532). **หลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา (The scientific basic of coaching).** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ชีนา บุญนาค. (2547). **การสำรวจภาวะอ่อนล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, พยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดลนชา อิศริยภานันท์.(2546) **ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. (2544). **ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์. (2546). **การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง. (2549). **อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์ และ อภิชาติ โอบารัตนชัย. (2539). **นรีเวชวิทยา.พิมพ์ครั้งที่ 2.** ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นที เอื้อกุลกิจการ. (2530). **ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2542). **รายงานวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่.** เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นันทาวดี ศิริจันทร์, สมพร ชินโนรส, มยุรี แก้วจันทร์ และสมพันธ์ หิณูชีระนันท์. (2551). **การศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** ในเอกสารประกอบการประชุมเรื่องการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. ครั้งที่ 2. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุศริน เอี้ยวสีหยก. (2545). **ผลของการไค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ศัลยกรรมทรวงอก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปรีดา บุญสุวรรณ. (2547). **ผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย หลังผ่าตัดของทางนรีเวช.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิลันธน์ ลิขิตกำจร. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และ ผลลัพธ์ของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณ. (2537). **การระงับปวดภายหลังการผ่าตัด.** ในอังกาบ ปราการรัตน์, เวช บำบัดวิกฤตสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณนิภา ธรรมวิรัช, ประอรนุช ตุลยาทร และจินดา อุไรรัตน์. (2540). **รายงานวิจัยเรื่องการ สํารวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณณี ไพศาลทักษิณ. (2540). **ความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนก ชูเขียน. (2551). **ผลของโยคะต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ลักขมี ชาญเวชช์. (2547). หลักการและวิธีการดูแลรักษาความปวด “ การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิจิตรร่า ท่าหิน. (2551). **ความต้องการและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.**
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตรร่า กุสุมภ์. (2546). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). **การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับอาการปวด.**
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วีรวัฒน์ เหลืองชนะ. (2547). **การบาดเจ็บช่องท้อง.** กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุ๊คเน็ท จำกัด.
- ศิริพร พันธุ์พริ้ม (2549). **ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ. (2548). **ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุคนธ์ ไขแก้ว, เรือนทอง เรื่องวิทยากรณ์ และ จิรภรณ์ กุลย์รัตน์. (2545). **พัฒนาคู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างโรงพยาบาลศิริราช.** ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์และดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2543). **Regulation of Gastrointestinal Motility**
หน้า 15-30 กรุงเทพมหานคร : บริษัทควิกซ็อฟ จำกัด.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. 2544. **การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ.คลินิก17,1(มกราคม): 5-10.**

- สุวรรณณี จรุงจิตอารี. (2540). **กายภาพบำบัดในผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย การพิมพ์.
- สุวรรณณี อธิธาธร. (2544). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัจฉรา สุจาจริง. (2551). **กิจกรรมพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชลี ตาบุรี. (2543). **คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่**. วิทยานิพนธ์, มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิงอร พงศ์พุทธชาติ. (2546). **การเสริมแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Anderon, J.M. and Innocenti, D.M. (1987). 'Techniques used in Chest Physio-Therapy'. In **Cash's Textbook of Chest, Heart and Vascular disorder for Physiotherapist**. Edited by P.A. Downie Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Ashraf S.Habib. et al. (2006). Transcutaneous Acupoint Electrical stimulation with the Relief Band for the Prevention of Nausea and Vomiting During and After cesarean Delivery Under Spinal Anesthesia. **Anesth Analg** 102 : 581-584.
- Barbul A. (2005). **Wound Healing**. In F.C. Brunnicardi, D.K. Anderson, T.R. Billiar Schwartz 's principles of surgery. New York : Mc Graw- Hill.
- Barrett, M.A. (1993). **Perioperativenursing**. In Black, J.M. & Jacobs, E.M. (Eds.). Luckmann & Sorensen 's medical-surgical nursing: psychophysiological approach. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Barservick, A. M., Whitmer, K. M., Nail, L. M., Beck, S L., & Dudley, W. N. (2006). **Symptom Cluster research** : Conceptual, design, measurement, and analysis issues. Journal of Pain and Symptom Management, 31 (1), 85-95.
- Berger, K.J. and Williams, M.B. (1992). **Fundamentals of nursing: Collaborating for**

optimal health volume 1. Norwalk : Appleton and Lange.

- Best, J.T. (2001). **Effective teaching for the elderly: Back to basic.** Orthopedic Nursing, 20(3), 46-52.
- 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.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). **The practice of nursing research.** Philadelphia: Saunders.
- Calvano, Lin, & Lowry. (2005). **Systemic response to surgery and metabolic support.** In F.C. Brunicaardi, D.K. Anderson , T.R. Billiar Schwartz ' s principles of surgery . New York : Mc Graw- Hill.
- Carlson, K.J.(1995). Hysterectomy. In K.J. Carlson, S.A. Eisenstat, F.P. Srigoletto, & I. Schiff (Eds.), **Primary care of women,** pp.299-302. St. Louis : Mosby.
- Caunt, H. (1992). **Reducing the phychological impact of postoperative pain.** British Journal of Nursing 1: 13 -19.
- Clarke, E.B., and Spross, J.A.(1996). **Expert coaching and guidance.** In Hamric, A. B., Spross, J. A., and Hanson, C. M. (eds.), **Advanced nursing practice: An integrative approach,** Philadelphia: W. B. Saunders.
- Closs, S.J. (1992). **Patient , night-time pain, analgesic provision and sleep after surgery.** International Journal of Nursing Studies 29: 381-389.
- 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.
- Cousins, M., and Power, I. (1995). **Acute and postoperative pain.** In P.D. Wall, & R. Melzack (Eds.). **Textbook of pain.** 4 th ed. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Craven, R.F., & Hirnle, C. J. (2003). **Fundamentals of nursing: Human health and function** (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Davey, D.A. (1994). **Pre-Postoperative care.** In Dewit. (Eds). **Rambo's nursing skills for clinical practice.** Philadelphia : W.B.Saunders.

- Dennerstein, L., Wood, C., & Westmore, A. (1995). **Hysterectomy**. 2nd ed. Melbourne : Oxford University Press,
- Dodds, M.J., Miaskowski, C., & Pau, S. (2001). **Symptom Cluster and their effect on the functional status of patients with cancer**. *Oncology Nursing Forum*, 28 (3), 465-470.
- Dupuis, S.R. (1997). **Understanding reproductive loss (infertility, hysterectomy, perinatal loss)** [CD-ROM]. Abstract from: ProQuest File: Dissertation Abstracts Item: 9717693.
- 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.
- Gaskell, D.V. and Webber, B.A. (1980). **The Bromton Hospital Guide to Chest Physiotherapy**. 4th ed. Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Girvin, J. (1999). **Coaching for improving job performance and satisfaction**. *Nursing Times* 95:55-57.
- Gortner, S. R., and Jenkins, L. S. (1990). **Self-efficacy and activity level following cardiac surgery**. *Journal of Advanced Nursing* 15: 1132-1138.
- Grealish, L. (2000). **The skills of coach are an essential element in clinical learning**. *Journal of Nursing Education* 39: 231-233.
- Grover, M. (2010). **Enhanced recovery after colorectal surgery**. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 21, 121-124.
- Herr, K.A., and Mobily, P.R. (1992). **Intervention related to pain**. *Nursing Clinics of North America* 27: 347-369.
- Hillard, P. A. (1992). Benign disease of the uterus leiomyoma uteri and hysterectomy. In T.G. Stovall, R.L. Summitt, R.B. Beckmann Charles, & F. W. Ling (Eds.), **Clinical manual of gynecology** (2nd ed.), pp.91-115. Tennessee : McGraw-Hill,
- Humberstone, N. (1985). "Respiratory Treatment". In **Cardiopulmonary Physical Therapy**. Edited by S. Irwin and J.S. Tecklin. St. Louis : The C.V. Mosby Company.

- Keaen, A., McMenemy, E. M., & Polomano, R. C. (2002). **Pain: The fifth vital sign**. In D.D.
- King, I. M. (1981). **A theory for nursing: Systems, concepts, process**. New York: John Wiley & Sons.
- Kraft, M., Erstad, B. L., & Matuszewski, K. (2005). **Improving postoperative ileus outcomes.**, From: <http://www.uspharmacist.com/default.htm>.
- Kojima, Y., and Narita, M. (2006). **Postoperative outcome among elderly patients after general anesthesia**. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 50, 19-25.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R.A., Gift, A. G., and Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptom: an update. **Advanced in Nursing Science** 17(3): 1-13.
- Leventhal, H and Johnson, J. E. **Laboratory and field experiment of theory of self Regulation**. In Wooldridge and others (Eds.), *Behavioral Science and Nursing Theory*, St.Louis: Mosby. (pp. 189-282). 1983.
- Leventhal, H and Johnson, J. E. (1983). **Laboratory and field experiment of theory of self Regulation**. In Wooldridge and others (Eds.), *Behavioral Science and Nursing Theory*, St.Louis: Mosby. (pp. 189-282)
- Lewis, F. M., and Zahlis, E. H. (1997). **The nurse as coach: A conceptual framework for clinical practice**. *Oncology Nursing Forum* 24: 1695-1702.
- Litwack, K. (2000). **Nursing management: Postoperative patient**. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (5th ed.). St. Louis: Mosby
- Luckmann, J. & Sorensen, K. E. (1987). **Medical-surgical nursing : A psychophysiological approach**. 3rd ed. Philadelphia : W. B. Saunders Co.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1994). **Pain: Clinical manual for nursing practice**. St. Louis: Mosby.
- Meinhart, N.T., and McCaffery, M. (1983). **Pain: A nursing approach to assessment and Analysis**. Norwalk :Appleton- century- croft.
- Palmer, R. M. (2009). **Perioperative care of the elderly patient: An update**. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76 (4), 16-21.

- Perry, A G., and Porter, P. A. (2002). **Clinical nursing skills และ techniques**. 5 th ed. St. Louis: Mosby.
- Phipps, W.J., Cassmeyer, V. L., Sands, J. K. and Lehman, M.K. (1995). **Medical surgical nursing : Concepts and clinical practice**. 4th ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., and Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 17-23.
- Polit, D. F., and Beck, T. B. (2004). **Nursing Research: Principles and method**. (7 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Porth, C. M. (2005). **Pathophysiology : Concepts of altered health states (7th ed.)**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rarey, K.P., and Youtsey, J.W. (1981). **Respiratory Patient Care**. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Sarpy, N.L., Galbraith, M., and Jones, P.S. (2000) **Factors related to recovery in coronary artery bypass graft surgery patients**. *Dimensions of Critical Care Nursing* 19: 40-45.
- Spross, J. A., Clarke, E. B., and Beauregard, J. (2001). **Expert coaching and guidance**. In Hamric, A.B., Spross, J. A., and Hanson, C. M. (eds.), *Advanced nursing practice: An integrative approach*, 2 nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders
- Stovall, T.G. (1996). **Hysterectomy**. In J.S. Berek, E.Y. Adshi, & P. A. Hillard (Eds.), *Novak's Gynecology*. 12 th ed. Williams & Wilkins, Baltimore
- Summer, R. W. (2003). **Approach to the patient with ileus and obstruction**. In T. Yamada (Eds.), *Textbook of gastroenterology* (4th ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tack, B. B., and Gilliss, C. L. (1990). **Nurse-monitored cardiac recovery: A description of the first 8 weeks**. *Heart & Lung* 19: 491-499.
- Thakar, R., Manyonda, I., Stanton, S.L., Clarkson, P., & Robinson, G. 1997. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 104 : 983-987.

- Torrance, C. and Serginson, E. (1997). **Surgical nursing**. Philadelphia : Bailliere Tindall.
- Williamson, M.L. 1992. Sexual adjustment after hysterectomy. **Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing** 21(1) : 42-47.
- Wikie, D. J., Williams, A. R., Grevstad, R., and Mekwa, J. (1995). Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. *Cancer Nursing* 18: 7-15.
- Willkie,D.J. (2000). **Nursing management of pain**. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemper, S.R.Dirksen (eds.). *Medical-surgical nursing assessment and management clinical problems*. St Louis: Mosby.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
และจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง
อาจารย์ภาควิชา การพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุตศิรี หิรัญชุนหะ
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. พ.ญ. วิภาวดี ณ พัทลุง
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
4. นางอุไรวรรณ พรหมศรี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
5. นางสาวนิจสากร นังคลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องตรวจนรีเวชกรรม
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงการพยาบาลมารดาและทารก
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
และเอกสารเพื่อขอผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0575

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 เมษายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

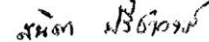
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอัญญา วิชชัวัฒนางกูร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแบบต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. แพทย์หญิง วิภาวดี ณ พัทลุง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 2. นางอุไรวรรณ พรหมศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางสาวนิจัสการ นังคลา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

แพทย์หญิง วิภาวดี ณ พัทลุง, นางอุไรวรรณ พรหมศรี, และนางสาวนิจัสการ นังคลา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางอัญญา วิชชัวัฒนางกูร โทร. 08-6594-3888

ที่ ศธ 0512.11/0575



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๐ เมษายน 2558

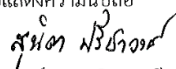
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

เนื่องด้วย นางอัญชญา วิชชัวัฒนางกูร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางวงษ์)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต	นางอัญชญา วิชชัวัฒนางกูร โทร. 08-6594-3888



ที่ ศธ 0512.11/๐๕๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรข ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 เมษายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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

เนื่องด้วย นางอัญชญา วิชชัวัฒนางกูร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุตศิริ หิรัญขุนหะ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุตศิริ หิรัญขุนหะ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางอัญชญา วิชชัวัฒนางกูร โทร. 08-6594-3888



ที่ ศธ 0512.11/1764

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๗ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

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

เนื่องด้วย นางอัญญา วิชชวัฒน์นางกูร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางรีเวซ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยเพศหญิงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางรีเวซแบบระยะเวลา จำนวน 70 คน โดยใช้ โปรแกรมการสอนแนะ และคู่มือการปฏิบัติตนการจัดการกับอาการหลังผ่าตัด แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอัญญา วิชชวัฒน์นางกูร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางอัญญา วิชชวัฒน์นางกูร โทร. 08-6594-3888



ที่ ศธ 0512.11/ ๑๗๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช

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

เนื่องด้วย นางอัญญา วิชชพัฒนางกูร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางรีเวซ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอัญญา วิชชพัฒนางกูร เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปริชาวงษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)
รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางอัญญา วิชชพัฒนางกูร โทร. 08-6594-3888





รหัสโครงการวิจัยที่ 01/2559
เอกสารรับรองเลขที่ 01/2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางรีเวซ
(ภาษาอังกฤษ)	THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON SYMPTOM CLUSTER IN PATIENTS POST ABDOMINAL GYNECOLOGIC SURGERIES
ผู้วิจัยหลัก	นางอัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร
ตำแหน่ง / สถานะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบัน	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 22 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....*กัญชญา*.....

(นางสาวกัญชญา ท่องสงค์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....*วชิรพันธ์*.....

(นายอภิชาติ วชิรพันธ์)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคลและสารสนเทศ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด
แบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัย
ชื่อนางอัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร ที่อยู่(บ้าน) 20/156ม.5 ต.ปากนคร อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช
80000 ที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ต.ในเมือง อ. เมือง จ. นครศรีธรรมราช
80000 โทรศัพท์มือถือ 086 - 5943888 ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/
อันตราย รวมทั้งประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น
จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ ข้อมูลเฉพาะ
เกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูล
เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องของกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการ
เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และได้
อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไข
ที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูล และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา
(Patient/Participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช
ชื่อผู้วิจัย	นางอัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร นิสิตปริญญาโท
สถานที่ปฏิบัติงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ที่ทำงาน	075-340250 ต่อ 4357
โทรศัพท์เคลื่อนที่	086- 5943888
E-mail Address:	anchana.wit@gmail.com
สถานที่วิจัย	หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารต่างๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย กรุณาอ่าน และทำความเข้าใจคำอธิบาย ดังต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ประกอบด้วยคำอธิบายเหล่านี้

- 1.โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- 3.การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
- 4.รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช (Exploratory laparotomy) แบบระบุเวลา (Elective surgery) ที่โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้
 - 4.1 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออก
 - 4.2 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พุดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4.3 ไม่มีความผิดปกติของข้อกระดูก การเคลื่อนไหว ที่เป็นอุปสรรคต่อการกายบริหาร

4.4 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในช่วง 60 - 100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12 - 20 ครั้ง/นาที และค่าความดันโลหิต systolic อยู่ในช่วง 90 - 140 mmHg และความดันโลหิต diastolic อยู่ในช่วง 60 - 100 mmHg)

4.5 แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมในการวิจัย

4.6 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลา จนสิ้นสุดโครงการวิจัย

5. กลุ่มควบคุมในงานวิจัยนี้ จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่แรกรับ จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และจากการศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2, 3 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดตามแบบประเมินอาการ

6. กลุ่มทดลองในงานวิจัยนี้ จะได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช โดยมีขั้นตอนของโปรแกรมนี้นี้

ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเช้า และช่วงเย็น เพื่อให้โปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช มีการประเมินความรู้ของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สาธิต กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ใช้เวลา 45 - 60 นาที ในวันที่ 1, 2, 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเย็นเวลาประมาณ 18.00 น. เพื่อประเมินกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดตามแบบประเมินอาการ

7. ผู้เข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมในการวิจัย ไม่สะดวกในการเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษา

8. ความเสี่ยง และความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการตอบแบบสอบถาม

9. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุล ลงในแบบประเมิน ผู้วิจัยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้ร่วมการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้หากท่าน
มีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 086-5943888

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนใดๆให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

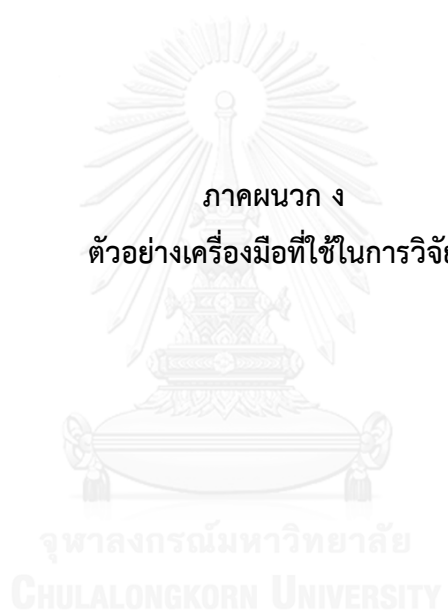
(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)





โปรแกรมการสอนแนะต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช

กระบวนการของการสอนแนะ เนื่องจากการสอนแนะนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผนอย่างกว้างๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดี ซึ่งเมื่อมีการนำการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วยในการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการของการสอนแนะจากแนวคิดของ Girvin (1999) และการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะ ต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางนรีเวช โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย การประเมินข้อมูลถือว่าเป็นพื้นฐานของการสอนแนะโดยผู้ฝึกสอนมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีนี้จะรวมถึงการทำให้มั่นใจ การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจ และการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันทั้งในอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพและการมีสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ฝึกสอนร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขสาเหตุที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน หรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้ฝึกสอนให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขสาเหตุที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการวางแผนปรับปรุงการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ พร้อมกับให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ฝึกสอนให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบใน

เนื้อหาหรือสาริตการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วยพร้อมกับให้ผู้ป่วยซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน หากไม่มีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ ให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแนวทางที่วางแผนไว้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ฝึกสอนได้สอนตามขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่นกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาริตส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนให้ผู้ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นผู้ป่วยว่าเขาได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่เขาต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่างๆของเขาคืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไป และหากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้ฝึกสอนทำการชี้แนะ สอน และสาริตซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้

โครงสร้างของโปรแกรม

โปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดเป็นกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และมีการติดตามหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 3 วันตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินและวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด และกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่อกลุ่มอาการหลังผ่าตัดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม พร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องและกลุ่มอาการภายหลังผ่าตัดโดยใช้แผนการสอนและpower point

2.2 การฝึกเทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การฝึกทักษะการหายใจ และการไอที่ถูกต้อง

2.3 การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหวและกายบริหารหลังผ่าตัด

โดยผู้วิจัยสอนและสาริตให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และใช้คู่มือประกอบ

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ ตามขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะเพิ่มเติม หรือทบทวนในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาขณะปฏิบัติกิจกรรมและผลการปฏิบัติ สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการให้แนะนำเพิ่มเติมโดยมีระยะในการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันแรก ที่รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจนรีเวชกรรม หอผู้ป่วยนอก ระหว่างรอเข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (1 วันก่อนผ่าตัด) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวเอง และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว รวมถึงประสบการณ์การผ่าตัด
2. ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเย็น เพื่อให้โปรแกรมการสอนแนะนำต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช มีการประเมินความรู้ของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสาธิต กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง ใช้เวลา 45 – 60 นาที
3. หลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2, 3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเย็น เวลาประมาณ 18.00 น. เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการสอนแนะนำ ให้การสอนแนะนำในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังทำไม่ถูกต้อง และให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัด เพื่อประเมินกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง หลังให้การสอนแนะนำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นการพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำและส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการสอนแนะนำ

แผนการสนทนาระหว่างเรื่อง กลุ่มอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางบริเวณ
การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในความรู้อยู่เกี่ยวกับเรื่อง การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางบริเวณ กลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง
ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสอนแนะนำการจัดการกลุ่มอาการหลังผ่าตัด โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจากคู่มือ และสื่อวีดิทัศน์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในส่วนที่
สงสัยหรือไม่เข้าใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางบริเวณ

จำนวนผู้ป่วย (เป็นรายบุคคล)

สถานที่..... หอผู้ป่วยบริเวณศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ระยะเวลา..... 30-45 นาที

ผู้สอน..... อัญชมา วิชชีวัฒนางกูร

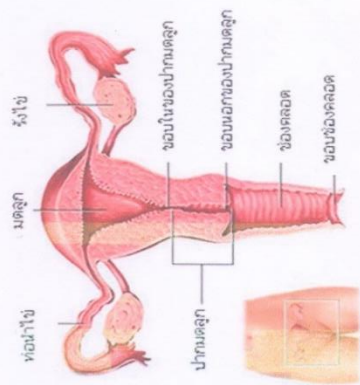
วัตถุประสงค์..... 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาการหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทางบริเวณ กลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง

ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามในถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง และการจัดการกับกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้อง

คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางรีเวซ



โครงสร้างด้านความทนทานของมดลูก ปีกมดลูก รังไข่สตรี

จัดทำโดย

นางอัญชมา วิชชวัฒน์นางกูร

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในปัจจุบันการรักษามดลูกและหรือรังไข่มีความก้าวหน้ามากขึ้น สามารถผ่าตัด
ได้หลายวิธี ซึ่งในแต่ละวิธีนั้นมีข้อดี ข้อเสีย และข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน การทำ
ความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดและวิธีการของมดลูกเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจาก
ต้องเข้าใจลักษณะของการผ่าตัด ว่าได้ถูกตัดส่วนไหนไปบ้าง เหลือส่วนไหนที่
ยังไม่ได้ผ่าตัด และถ้าหากมีการตัดอวัยวะออกทั้งสองข้าง ท่านควรได้รับการ
ดูแลเรื่องภาวะการขาดฮอร์โมนอย่างไร



สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช แบ่งเป็น 2 วิธี

1. การผ่าตัดออกทางหน้าท้อง

เป็นการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เพื่อเอามดลูกรวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
ผ่านหน้าท้อง เช่นก้อนเนื้อหรือกรรมโรคที่มีขนาดใหญ่ มะเร็งของอวัยวะในช่อง
เชิงกราน หรือภาวะอื่นๆทางบริเวณเช่น เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ

แผลที่หน้าท้องมี 2 แบบ คือ แบบขวางและแบบกลางลำตัว แผลยาว
ประมาณ 6-8 นิ้ว ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย ในกรณีที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ ที่
ประเมินแล้วว่าไม่มีพังศึ่มาก หรือสงสัยมะเร็ง จะลงมีดในแนวกลางลำตัว
เนื่องจากจะให้เนื้อที่เปิดได้มากกว่า และขยายแผลได้ง่ายกว่า

2. การผ่าตัดออกทางช่องคลอด

วิธีนี้เป็นการผ่าตัดเอามดลูกออกทางช่องคลอด โดยทั่วไปแล้วจะไม่เอา
ท้องรังไข่และรังไข่ออกมาด้วย กระทำในกรณีที่มีมดลูกห้อยลง ร่วมกับการเจ็บ
ช่องแอมบริวเม้นช่องคลอดที่ห้อยลงให้กลับสู่สภาพปกติ
เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะสังเกต
อาการที่ห้องพักฟื้นต่ออีกประมาณ 1-2 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จึง
ส่งผู้ป่วยกลับบ้านไปหาลูกป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ใน () แต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาเติมคำลงในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลของท่าน

1. อายุ ปี
2. ศาสนา () พุทธ () อิสลาม () คริสต์
3. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย
4. อาชีพ
() แม่บ้าน () เกษตรกรรม () รับจ้าง
() ค้าขาย/เจ้าของกิจการ () รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ / พนักงานบริษัท
() อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
() อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ต่อเดือน
() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,001 – 10,000 บาท () 10,001 –20,000 บาท
() 20,001 –30,000 บาท () 30,000 บาทขึ้นไป
7. สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
() จ่ายเงินเอง () ประกันสังคม
() เบิกต้นสังกัด () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

1. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล () ไม่เคย () เคย.....
2. ประวัติโรคประจำตัว () ไม่มี () มี.....
3. ประสบการณ์การผ่าตัด () ไม่มี () มี.....
4. สัญญาณชีพ ; อุณหภูมิร่างกาย.....องศาเซลเซียส
 ชีพจร.....ครั้ง / นาที
 อัตราการหายใจ..... ครั้ง/นาที
 ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
5. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI).....
6. การวินิจฉัยโรค.....
7. ชนิดของการผ่าตัด.....
8. ระยะเวลาในการผ่าตัด..... ชั่วโมง นาที
9. ชนิดของยาที่ได้รับการระงับความรู้สึก.....
10. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด () ไม่มี () มี.....
11. การบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด
 - 11.1 ชนิดยาแก้ปวดหลังผ่าตัด.....
 - 11.2 วิธีการบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด.....

แบบทดสอบความรู้

เรื่อง การผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช และกลุ่มอาการหลังผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับ การผ่าตัดช่องท้อง และ กลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัด	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1.	ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง			
2.	ผู้ป่วยอาจเกิดอาการไม่สุขสบายภายหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้หลายอาการพร้อมกัน			
3.	การจัดการกับอาการปวดแผลผ่าตัดที่ดีที่สุด คือ การไม่ขยับตัวเพื่อป้องกันการกระเทือน ของแผล			
4.	การหายใจตื้นๆ เป็นการช่วยลดอาการปวดแผลผ่าตัด			
5.	ท่านนอนหงายราบ เป็นท่าที่เหมาะสมในการฝึการหายใจหลังผ่าตัด			
6.	การประคองแผลผ่าตัดขณะ ไอ จาม หรือขยับตัว ช่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้			
7.	ผู้ป่วยควรตะแคงตัวก่อนลุกนั่ง เพื่อลดอาการปวดแผล			
8.	.....		
9.	.....		
11.	.....		
12.	.....		
13.	.....		
14.	.....		
15.	.....		
16.	.....		
17.	.....		
18.	.....		
19.	.....		
20.	.....		



ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Repeated Measures ANOVA

ผู้วิจัยได้เลือกใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการวัดซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน
2. การแจกแจงปกติ (Normality) และความแปรปรวนของตัวแปรตาม และความ

แปรปรวนร่วมในแต่ละกลุ่มมีค่าเท่ากัน (Homogeneity of variance) พบว่า

2.1 ความแปรปรวนภายในกลุ่มของชุดข้อมูลคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการ ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติ Levene's test และ Box's Test พบว่า ได้ค่า $F = .415$ ($p = .870$)

2.2 ความแปรปรวนภายในกลุ่มของข้อมูลคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติ Levene's test และ Box's Test พบว่า ได้ค่า $F = .987$ ($p = .432$)

สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของตัวแปรตาม และความแปรปรวนร่วมในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระมีค่าแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีคุณสมบัติ Homogeneity of variance ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ (ดังตารางในภาคผนวก ง)

3. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน หรือที่เรียกว่าคุณสมบัติ Compound Symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity

3.1 จากตารางคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แสดงค่า $p = .071$ หมายถึง มีคุณสมบัติ Compound Symmetry หรือ ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$ ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (ดังตารางในภาคผนวก ง)

3.2 จากตารางคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช แสดงค่า $p = .15$ โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการอ่านผลวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้แล้ว คือค่า Greenhouse-Geisser Statistic เพื่อลด Type I error

ตารางคะแนนความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	6.00	.97	3.2	.76	1.8	.61
กลุ่มควบคุม	8.15	1.0	5.5	.94	3.1	.91

ตารางคะแนนความถี่ของอาการปวดแผลผ่าตัด

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	5.65	.75	3.15	.67	1.7	.87
กลุ่มควบคุม	7.45	.83	5.65	.74	3.3	.47

ตารางคะแนนความรุนแรงของอาการท้องอืด

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	3.4	.82	3.85	.81	3.2	.77
กลุ่มควบคุม	4.65	.75	6.3	.73	4.85	.67

ตารางคะแนนความถี่ของอาการท้องอืด

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	3.4	.82	3.15	.67	2.4	1.1
กลุ่มควบคุม	4.35	.81	4.8	.62	3.85	.83

ตารางคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	5.5	.69	3.5	.76	2.5	.90
กลุ่มควบคุม	8.15	.87	5.65	1.1	4.0	.73

ตารางคะแนนความถี่ของอาการนอนไม่หลับ

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	5.5	.95	3.5	.76	2.3	.66
กลุ่มควบคุม	7.85	.81	5.55	.96	3.9	.64

ตารางคะแนนความรุนแรงของอาการอ่อนล้า

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	5.45	.61	3.1	.64	2.3	.66
กลุ่มควบคุม	7.65	.87	4.8	.62	3.3	.47

ตารางคะแนนความถี่ของอาการอ่อนล้า

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	5.4	.60	3.1	.91	1.9	.64
กลุ่มควบคุม	6.0	.97	3.5	.76	3.4	.88

ตารางคะแนนความรุนแรงของความวิตกกังวล

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	5.2	.70	3.1	.72	1.55	.69
กลุ่มควบคุม	8.05	.83	5.65	.75	3.4	.82

ตารางคะแนนความรุนแรงของความวิตกกังวล

กลุ่ม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	4.86	.67	3.0	.73	1.2	.89
กลุ่มควบคุม	7.5	.89	3.4	.88	3.2	.77

ตาราง จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ในแต่ละวัน

ลำดับ คู่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
1	4	3	1	4	2	0
2	6	2	1	5	1	0
3	5	2	0	5	0	0
4	6	2	0	6	1	0
5	5	2	1	5	2	0
6	6	1	1	6	1	1
7	4	2	0	4	1	0
8	5	1	2	4	1	1
9	4	1	0	4	0	0
10	6	2	1	5	2	0
11	5	1	1	5	1	0
12	6	2	1	6	2	1
13	4	1	0	4	0	0
14	6	2	1	6	0	0
15	4	1	1	4	1	0
16	6	1	1	6	0	0
17	4	2	1	4	1	1
18	6	1	0	6	0	0
19	5	2	1	4	2	0
20	6	3	2	6	2	1

ตาราง SPSS

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลของคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังผ่าตัด
ช่องท้องทางนรีเวช

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

time	Dependent Variable
1	totalS1
2	totalS2
3	totalS3

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
group 1	ควบคุม	20
2	ทดลอง	20

Descriptive Statistics

	group	Mean	Std. Deviation	N
totalS1	ควบคุม	36.6500	2.88873	20
	ทดลอง	25.6000	2.99825	20
	Total	31.1250	6.30501	40
totalS2	ควบคุม	22.2500	2.29129	20
	ทดลอง	13.7000	2.07998	20
	Total	17.9750	4.83835	40
totalS3	ควบคุม	18.6500	2.41214	20
	ทดลอง	11.4000	1.93037	20
	Total	15.0250	4.25765	40

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
time	Pillai's Trace	.984	1145.674 ^a	2.000	37.000	.000
	Wilks' Lambda	.016	1145.674 ^a	2.000	37.000	.000
	Hotelling's Trace	61.928	1145.674 ^a	2.000	37.000	.000
	Roy's Largest Root	61.928	1145.674 ^a	2.000	37.000	.000
time * group	Pillai's Trace	.412	12.941 ^a	2.000	37.000	.000
	Wilks' Lambda	.588	12.941 ^a	2.000	37.000	.000
	Hotelling's Trace	.699	12.941 ^a	2.000	37.000	.000
	Roy's Largest Root	.699	12.941 ^a	2.000	37.000	.000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + group Within Subjects Design: time

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Mauchly's Test of Sphericity^b

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	.867	5.278	2	.071	.883	.947	.500

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
time	Sphericity Assumed	5877.800	2	2938.900	1296.574	.000
	Greenhouse-Geisser	5877.800	1.765	3329.606	1296.574	.000
	Huynh-Feldt	5877.800	1.894	3104.100	1296.574	.000
	Lower-bound	5877.800	1.000	5877.800	1296.574	.000
time * group	Sphericity Assumed	74.600	2	37.300	16.456	.000
	Greenhouse-Geisser	74.600	1.765	42.259	16.456	.000
	Huynh-Feldt	74.600	1.894	39.397	16.456	.000
	Lower-bound	74.600	1.000	74.600	16.456	.000
Error(time)	Sphericity Assumed	172.267	76	2.267		
	Greenhouse-Geisser	172.267	67.082	2.568		
	Huynh-Feldt	172.267	71.955	2.394		
	Lower-bound	172.267	38.000	4.533		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	time	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
time	Linear	5184.200	1	5184.200	1689.533	.000
	Quadratic	693.600	1	693.600	473.475	.000
time * group	Linear	72.200	1	72.200	23.530	.000
	Quadratic	2.400	1	2.400	1.638	.208
Error(time)	Linear	116.600	38	3.068		
	Quadratic	55.667	38	1.465		

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
totalS1	.171	1	38	.682
totalS2	.381	1	38	.541
totalS3	1.002	1	38	.323

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + group Within Subjects Design: time

Tests of Between-Subjects Effects

Measure:MEASURE_1

Transformed Variable:Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	54826.875	1	54826.875	4003.628	.000
group	2403.075	1	2403.075	175.480	.000
Error	520.383	38	13.694		

1. Grand Mean

Measure:MEASURE_1

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
21.375	.338	20.691	22.059

2. group

Measure:MEASURE_1

group	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ควบคุม	25.850	.478	24.883	26.817
ทดลอง	16.900	.478	15.933	17.867

3. time

Measure:MEASURE_1

time	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	31.125	.465	30.183	32.067
2	17.975	.346	17.275	18.675
3	15.025	.345	14.326	15.724

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลของคะแนนความถี่ของกลุ่มอาการหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

Measure:MEASURE_1

time	Dependent Variable
1	totalF1
2	totalF2
3	totalF3

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
group	1	ควบคุม	20
	2	ทดลอง	20



วิทยาลัย
UNIVERSITY

Descriptive Statistics

group	Mean	Std. Deviation	N	
totalF1	ควบคุม	33.1500	2.15883	20
	ทดลอง	24.8000	2.33057	20
	Total	28.9750	4.77433	40
totalF2	ควบคุม	24.9500	2.18789	20
	ทดลอง	15.9000	2.10013	20
	Total	20.4250	5.04791	40
totalF3	ควบคุม	17.6500	2.23077	20
	ทดลอง	9.5000	1.96013	20
	Total	13.5750	4.61818	40

Box's Test of Equality of
Covariance Matrices^a

Box's M	6.477
F	.987
df1	6
df2	10462.189
Sig.	.432



Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	time	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Linear	5184.200	1	5184.200	1689.533	.000
	Quadratic	693.600	1	693.600	473.475	.000
time * group	Linear	72.200	1	72.200	23.530	.000
	Quadratic	2.400	1	2.400	1.638	.208
Error(time)	Linear	116.600	38	3.068		
	Quadratic	55.667	38	1.465		

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
totalS1	.171	1	38	.682
totalS2	.381	1	38	.541
totalS3	1.002	1	38	.323

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + group

Within Subjects Design: time

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	54826.875	1	54826.875	4003.628	.000
group	2403.075	1	2403.075	175.480	.000
Error	520.383	38	13.694		

Estimated Marginal Means

1. Grand Mean

Measure: MEASURE_1

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
21.375	.338	20.691	22.059



2. group

Measure:MEASURE_1

group	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ควบคุม	25.850	.478	24.883	26.817
ทดลอง	16.900	.478	15.933	17.867

3. time

Measure:MEASURE_1

time	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	31.125	.465	30.183	32.067
2	17.975	.346	17.275	18.675
3	15.025	.345	14.326	15.724

4. group * time

Measure:MEASURE_1

group	time	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
ควบคุม	1	36.650	.658	35.317	37.983
	2	22.250	.489	21.259	23.241
	3	18.650	.488	17.661	19.639
ทดลอง	1	25.600	.658	24.267	26.933
	2	13.700	.489	12.709	14.691
	3	11.400	.488	10.411	12.389

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร เกิดวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2519 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เมื่อปี พ.ศ. 2541 เข้ารับราชการปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เมื่อปี พ. ศ. 2541 – 2542 ปฏิบัติงานตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542- 2543 ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เมื่อปี พ. ศ. 2543 – 2545 ได้รับการอบรมหลักสูตรวิสัญญีวิทยาสำหรับพยาบาลหลักสูตร 1 ปี จากโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ. ศ. 2545 และปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ. ศ. 2555

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลงานวิสัญญี) กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช