

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

Effects of Self-regulation Program on Anxiety, Pain, and Postoperative Practice among Patients with Abdominal Hysterectomy

ศุภธิดา จันทน์บุรี (Suphatida Chanburee)*

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)**

ชมนาด วรรณพรศิริ (Chommanard Wannapornsiri)***

ศิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์ (Siriluk Toolyodpun)****

Received: Feb4, 2019

Revised: Feb25, 2019

Accepted: Mar 13, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 23 ราย และกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง 23 ราย เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับตนเองโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล 3) แบบประเมินความปวดและ 4) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบแมน-วิตนีย์ ยู สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มเดียว สถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่ม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางที่มีการวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการปรับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

*นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, e-mail: suphatidajib@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

****อาจารย์แพทย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01แต่เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความปวดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48และ72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับตนเอง ความวิตกกังวล ความปวดการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to study the effects of a Self-regulation Program on the anxiety, pain, and postoperative practice among patients with abdominal hysterectomy. The sample was composed of patients who were admitted to the Naresuan University Hospital, Phitsanulok, Thailand. A total of 46 patients were recruited, 23 patients were assigned in the control group who received routine nursing care, and 23 patients were assigned in the experimental group who received the Self-regulation Program based on the Self-regulation theory of Leventhal and Johnson (1983). The instruments consisted of 1) personal record, 2) anxiety assessment form, 3) pain assessment form and 4) postoperative practice assessment form. Data were analyzed by using Chi-square test, Mann-Whitney U test, paired t-test, independent t-test, and Two-way Repeated measures ANOVA

The findings showed as follows:

1) After receiving the self-regulation program, the mean score of anxiety in the experimental group was lower than before the program with a statistical significance level of .001.

2) The mean score of anxiety in the experimental group was lower than that in the control group with a statistical significance level of .001.

3) The mean score of pain after abdominal hysterectomy at 48, and 72 hours in the experimental group was lower than that in the control group with a statistical significance level of .01. However, at 24 hours after operation, the mean scores of pain of both groups were not significantly different ($p > .05$).

4) The mean score of postoperative abdominal hysterectomy practice at 48 hours and 72 hours in the experimental group was higher than that in the control group with a statistical significance level of .05.

Keywords: Self-regulation Program, Anxiety, Pain, Postoperative Practice, Abdominal hysterectomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดมดลูกเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญของการผ่าตัดรักษาทางนรีเวชวิทยาที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์ในการรักษาโรคหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมดลูก เพื่อช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Padma, Roach & Lobo, 2017) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานสถิติการผ่าตัดมดลูกเฉลี่ยมากถึง 600,000 รายต่อปี (Gercek, Dal, Dag, & Senveli, 2016) และจากสรุปรายงานสถิติสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องจำนวน 133 ราย และ 126 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 48.01 และ 48.64 ของการผ่าตัดทางนรีเวชวิทยาทั้งหมด ซึ่งจากสถิติพบว่าจำนวนผู้ป่วยลดลงในการเข้ารับการรักษา แต่จากการคำนวณผลร้อยละของการผ่าตัดทางนรีเวชทั้งหมด การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องยังคงมีจำนวนร้อยละที่เพิ่มขึ้นและมีสัดส่วนที่มากกว่าการผ่าตัดอื่นๆ ทางนรีเวชกรรมทั้งหมด (The Obstetrics and Gynecology wards in Naresuan University Hospital, 2016)

การผ่าตัดไม่ว่าจะทำได้ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตามย่อมทำให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวลจากการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดเล็ก หรือแม้แต่การผ่าตัดที่ผู้ป่วยทราบมาก่อนล่วงหน้าแล้วก็ตาม (Senadisai & Prapaipanich, 2015) ซึ่งสาเหตุความวิตกกังวลส่วนใหญ่ของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด เกิดจากความไม่เข้าใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงการผ่าตัด ปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นขณะและหลังได้รับการผ่าตัด (Beare & Myers, 1998; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรี การผ่าตัดมดลูกทำให้ความรู้สึกต่างๆ ที่สตรีมีต่อตนเองนั้นเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ เกิดความวิตกกังวลและความเศร้าโศก (Williamson, 1992) จึงอาจกล่าวได้ว่า การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นสิ่งที่คุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) (Kneisl, 1998)

ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นได้ทุกระยะของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้เกิดการลด ระดับขีดกันความเจ็บปวด (Pain threshold) และเพิ่มการรับรู้ความปวดมากขึ้น (Bonica, 1990) ซึ่งความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น (Pakanta & Prachanban, 2015) โดยเฉพาะความวิตกกังวลระยะก่อนผ่าตัด จากการศึกษาของ Kumar (2015) พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นภายหลังผ่าตัดซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) โดยวันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับรุนแรง และในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Good, Stanton-Hicks, Grass, Anderson, Makii, & Geras, 2000)

นอกจากอาการปวดแล้วผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปอดแฟบ ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และท้องอืด ในทางการพยาบาลจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคือ การฟื้นฟูหายจากการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัยและได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2009; Smeltzer et al., 2010) ซึ่งจากการศึกษาของของสิวพร มิตธิสร (Mittison, 2002) กล่าวถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้คำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลคำแนะนำก่อนผ่าตัดหรือผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อม (Preparatory information) แก่ผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่า กระบวนการความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) นั้นเกิดขึ้นมาจากข้อมูลของแต่ละบุคคลที่เรียนรู้มาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในบุคคลที่เขามีประสบการณ์มาก่อน ร่วมกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ซึ่งจะเก็บไว้ในความทรงจำของตนเอง จนกระทั่งเกิดเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ของแต่ละบุคคลหรือที่เรียกว่าแบบแผน (Schema) เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ก็สามารถที่จะแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ได้อย่างชัดเจน ไม่คลุมเครือ และมีการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในการปรับตนเองเพื่อตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมในการตอบสนองต่อภาวะคุกคามต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง (Behavior control) และสถานการณ์ได้ดีขึ้น และสามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีการตอบสนองทางอารมณ์ลดลงสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ (Johnson & Lauver, 1989)

มีงานวิจัยต่างๆ ที่ยืนยันว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) มีผลในการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วย ดังเช่น งานวิจัยของวรณัฐ ฤทธิธรรมและสมพร ชินโนรส (Rittithrum & Chinnoros, 2012) ที่ศึกษาผลในการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับงานวิจัยของจิรพร อินนอก (Innok, 2008) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความปวดเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลความปวดและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยนำแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ที่ได้ให้แนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิดที่ดีมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรับตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก

ทางหน้าท้องซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพร้อมจัดการกับความวิตกกังวลความปวด และมีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 24, 48, และ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูกและมีการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก โดยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่มดลูกและมีการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดี มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ เข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และจากผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Schlessman (1982 as cited in Vorapongsathorn, 2000) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีกกลุ่มละ 19 ราย แต่เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างมีการถอนตัวออกจากงานวิจัย ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2004) นั่นคือเพิ่มอีก 4 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 23 ราย ต่อกลุ่ม รวมใช้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 46 ราย

อนึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย มีการจับคู่ (Match pair) ทั้ง 2 กลุ่มตามลักษณะดังนี้ 1) คะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลอยู่ในระดับเดียวกัน 2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) มีหรือไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดทางหน้าท้องที่ไม่ใช่การผ่าตัดมดลูกในอดีต และ 4) รายได้ต่อเดือนเพียงพอหรือไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่าย นอกจากนี้จากการที่ลักษณะการจัดห่อผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะพบกันด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงปัญหาริษขรรธมที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลจากผู้วิจัย รวมถึงคำนึงถึงตัวแปรเกินจากการปนเปื้อนของข้อมูล จึงศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงศึกษาในกลุ่มทดลองโดยการจับคู่จนครบ 23 คู่

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยมีสื่อการให้ข้อมูล คือ วิดีทัศน์เรื่อง การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และเอกสารคู่มือ ซึ่งมีเนื้อหาเดียวกับสื่อวิดีโอทัศน์ ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน (Procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกลึก (Sensory information) 3) ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) และ 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (Coping skills information) และแผนการสอนวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูติเวชกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติเวช 1 ท่าน กับการจัดการกับอาการ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง 3 ปีขึ้นไป 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเรียบร้อยแล้ว นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ผลดังนี้ 1) เนื้อหาและภาพประกอบของสื่อวิดีโอทัศน์ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และ 2) แผนการสอนวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ค่า IOC เท่ากับ 1 ภายหลังที่ผู้วิจัยปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้จัดทำสื่อวิดีโอทัศน์ จากนั้นนำไปให้ผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย รับชมสื่อวิดีโอทัศน์ดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่า ข้อมูลที่ได้รับมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย มองเห็นภาพชัดเจน และได้รับข้อมูลที่เน้นประโยชน์ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์ สูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ในการตรวจสอบเนื้อหาเพิ่มเติม โดยมีข้อเสนอแนะ คือ ควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ของศรีนทรา ทองมี (Thongmee, 2005) โดยมีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 31 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 16 ข้อ และข้อความเชิงลบ 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลเลย คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด 3) แบบประเมินความปวดมีลักษณะเป็นมาตรวัดความปวด (0-10 Numeric Pain Rating Scale) และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของสิวพร มิทธิสร (Mitthisorn, 2002) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ชุด ชุดละ 20 ข้อซึ่งข้อคำถามในแต่ละชุดแตกต่างกัน คือ ชุดที่ 1 เป็นข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด ใช้ประเมินหลังผ่าตัดเมื่อครบ 48 ชั่วโมง และชุดที่ 2 เป็นข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลา 48-72 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัด โดยประเมินหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ซึ่งแต่ละชุดลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ผลดังนี้ 1) แบบประเมินความวิตกกังวล เท่ากับ 0.88 และ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดชุดที่ 1 (ประเมินเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ได้ผลเท่ากับ 0.98 และชุดที่ 2 (ประเมินเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) เท่ากับ 0.98 หลังจากนั้นนำแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 15 ราย และหาค่าความเที่ยง (Reliability) จากการวิเคราะห์หาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้ แบบประเมินความวิตกกังวล เท่ากับ 0.84 แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดชุดที่ 1 เท่ากับ 0.80 และชุดที่ 2 เท่ากับ 0.81 ส่วนแบบประเมินความปวดทำการตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องครั้งแรก ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย มีความเข้าใจภาษาในการให้คะแนนความปวดได้ตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1.1 วันก่อนผ่าตัดผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในวันแรก ที่ผู้ป่วยเข้ารับการพักรักษาในหอผู้ป่วยเวลา 14.00-15.30 น. โดยมีการแนะนำตัวกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและหลังจากผู้ป่วยเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยทำการบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกอธิบายการใช้แบบประเมินความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังจากนั้นภายหลัง 1-2 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ (ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด) ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวล

1.2 เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องผู้ป่วยทำแบบประเมินความปวด

1.3 เมื่อครบ 48 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องผู้ป่วยทำแบบประเมินความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดชุดที่ 1 และเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยทำแบบประเมินความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดชุดที่ 2 หลังจากทำแบบประเมินเสร็จแล้วทุกฉบับนำฝากไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 วันก่อนผ่าตัดดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกันแต่หลังจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติเสร็จ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรับตนเองกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยรับชมสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดมดลูกทางหน้าท้องจากโน้ตบุ๊กเป็นระยะเวลา 20 นาที พร้อมรับเอกสารคู่มือไปอ่านเพิ่มเติม เมื่อผู้ป่วยคู่มือวีดิทัศน์จบมีการพูดคุยซักถามความเข้าใจและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและผู้วิจัยสอนตามแผนการสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริงภายหลังผ่าตัดจากนั้นผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลภายหลัง 1-2 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง

2.2 เมื่อครบ 24 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดดมดลูกทางหน้าท้องผู้ป่วยทำแบบประเมินความปวด

2.3 เมื่อครบ 48 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดดมดลูกทางหน้าท้องผู้ป่วยทำแบบประเมินความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดชุดที่ 1 และเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยทำแบบประเมินความปวด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดชุดที่ 2 หลังจากทำแบบประเมินเสร็จแล้วทุกฉบับนำฝากไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 23 ดังนี้

1. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Mann-Whitney U test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้โปรแกรมการปรับตนเองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการปรับตนเอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรก 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยในขั้นตอนแรกใช้สถิติ Two-way Repeated measures ANOVA เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างวิธีการให้การพยาบาลและระยะเวลาที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ในกรณีที่ปฏิสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทำการทดสอบอิทธิพลหลัก (Main effect) ด้วยสถิติ Independent t-test และกรณีที่ปฏิสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติทำการทดสอบอิทธิพลย่อย (Simple effect) โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA: Bonferroni และสถิติ Independent t-test (Elliott & Woodward, 2007)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (NU-IRB 0065/61) ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการงานวิจัยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (ศร 0527.02/0409) เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง อายุประมาณ 45-48 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพรับราชการ มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดทางหน้าท้องที่ไม่ใช่การผ่าตัดดมดลูก ใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ลักษณะของแผลผ่าตัดเป็นแนวขวางด้านล่าง หลังผ่าตัดไม่ใช่สายรัดหน้าท้องประคองแผลผ่าตัด ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ 61-120 นาที โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเชื้อราโพรงมดลูกเจริญผิดที่เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลและอายุวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ส่วนประสมการณ์ในการผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่ไม่ใช้การผ่าตัดมดลูก และรายได้ต่อเดือนวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และจำนวนครั้งของการใช้

ยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U testจากผลการวิเคราะห์ข้างต้นทั้งหมด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการโปรแกรมการปรับตนเองกับก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง

กลุ่มทดลอง (n=23)	Min-Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	t-test	p-value (one-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง	1.87-3.13	2.31	0.34	เล็กน้อย	7.80***	< .001
หลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง	1.16-2.25	1.81	0.41	เล็กน้อย		

*** $p < .001$

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	t-test	p-value (one-tailed)
ก่อนได้รับการพยาบาล						
กลุ่มควบคุม (n=23)	1.81-3.39	2.34	0.41	เล็กน้อย	0.22 ^{ns}	.829
กลุ่มทดลอง (n=23)	1.87-3.13	2.31	0.34	เล็กน้อย		
หลังได้รับการพยาบาล						
กลุ่มควบคุม (n=23)	1.52-2.87	2.22	0.38	เล็กน้อย	3.52***	< .001
กลุ่มทดลอง (n=23)	1.16-2.25	1.81	0.41	เล็กน้อย		

ns = not significant ($p > .05$), $p < .001$

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมภายหลังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางที่มีการวัดซ้ำ (Two-way Repeated measures ANOVA) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กัน โดยผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในการวัดซ้ำแต่ละครั้งของทั้ง 2 กลุ่ม (Assumption of compound symmetry) ไม่เป็น Compound symmetry ในการอ่านวิเคราะห์ข้อมูล จึงใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้เลือกอ่านผลการวิเคราะห์ Greenhouse-Geisser ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางที่มีการวัดซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง ($n = 23$) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 23$) ในระยะเวลาที่วัดความปวดแตกต่างกัน

Source	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการให้การพยาบาล	49.92	1	49.92	4.57*	.038
ความคลาดเคลื่อน	480.41	44	10.92		
ภายในกลุ่มผู้ป่วย					
ระยะเวลาที่วัดความปวดหลังผ่าตัด	687.30	1	518.23	168.31***	< .001
วิธีการให้การพยาบาล X ระยะเวลา	15.014	1	11.32	3.68*	.049
ความคลาดเคลื่อน	179.68	58	3.08		

* $p < .05$, *** $p < .001$

จากตาราง 3 พบว่า วิธีการให้การพยาบาลและระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ต่างกันมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F(1,58) = 3.68$, $p = .049$) จากผลการวิเคราะห์หาความแปรปรวนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างวิธีการให้การพยาบาลและระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดจึงทำการทดสอบอิทธิพลย่อย (Simple effect) (Elliott & Woodward, 2007) โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 48 และ 72 ชั่วโมง แต่เมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดภายหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะเวลาที่วัด ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในแต่ละระยะเวลาที่วัดความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง

ระยะเวลาที่วัดความปวด หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 23)		ระดับ	กลุ่มทดลอง (n = 23)		ระดับ	t-test	p-value (one-tailed)
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.			
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	7.78	2.13	รุนแรง	7.48	2.71	รุนแรง	0.42 ^{ns}	.337
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	5.09	2.04	ปานกลาง	3.22	2.39	เล็กน้อย	2.85**	.003
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	2.96	2.21	เล็กน้อย	1.52	1.83	เล็กน้อย	2.40**	.010

ns = not significant ($p > .05$), $p < .01$

นอกจากนี้ได้ทำการเปรียบเทียบระยะเวลารายคู่ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มที่ได้รับวิธีการให้การพยาบาลที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA: Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนความปวดภายหลังผ่าตัดลดลงทางหน้าท้องในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาที่วัด (24, 48 และ 72 ชั่วโมง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดภายหลังผ่าตัดลดลงทางหน้าท้องรายคู่ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรก 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง

ระยะเวลาที่วัดความปวดหลังผ่าตัด		Mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม (n= 23)			
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	2.70***	< .001
	เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	4.83***	< .001
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	2.13***	< .001
กลุ่มทดลอง (n= 23)			
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	4.26***	< .001
	เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	5.96***	< .001
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	1.70***	< .001

* $p < .001$

5. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลดลงทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง

ระยะเวลาที่ประเมินการปฏิบัติตัว	Min-Max	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value (one-tailed)
เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ชุดที่ 1)					
กลุ่มควบคุม (n = 23)	2.30-4.55	3.73	0.53	-1.91*	.032
กลุ่มทดลอง (n = 23)	3.05-4.70	4.02	0.48		
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด (ชุดที่ 2)					
กลุ่มควบคุม (n = 23)	2.65-4.60	3.83	0.48	-2.22*	.016
กลุ่มทดลอง (n = 23)	2.90-4.70	4.14	0.46		

*p < .05

จากตาราง 6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการปรับตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการให้ความรู้ (Education) ผ่านการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ที่ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียด (Coping skills information) ให้กับบุคคล ซึ่งสิ่งแวดล้อมและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson,

1983) ได้กล่าวไว้ว่า ข้อมูลต่างๆ ที่บุคคลได้รับนั้นจะทำให้บุคคลเกิดโครงสร้างของความคิด (Cognitive structure) ที่ได้จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา โดยการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถนำข้อมูลต่างๆ ที่จัดเก็บไว้มาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้นอีกครั้งก็จะสามารถเลือกวิธีเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และควบคุมตนเองได้ (Behavioral control)

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) แก่กลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง "การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง" และเอกสารคู่มือ โดยมีเนื้อหาถูกต้องเหมาะสมตรงตามความเป็นจริง และสอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ทั้งนี้จากการศึกษาของชลีพร วชิรชนากอร์ และปณณนุช จุลนวล (Vajiratanakorn & Chulnoul, 2017) พบว่า ข้อมูลด้านทักษะการปฏิบัติตัวและด้านบทบาทของผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับแผนการรักษา ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรองลงมา คือ ด้านสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการด้านข้อมูลสนับสนุนทางด้านจิตใจ และด้านความรู้สึกตามลำดับอีกทั้งสื่อวีดิทัศน์ที่จัดทำขึ้นเป็นรูปแบบภาพเคลื่อนไหว โดยภาพจำลองสถานการณ์จริง ทำให้กลุ่มทดลองเห็นภาพจริงที่ชัดเจนมากขึ้น สร้างความเพลิดเพลินและสร้างความสนใจ

ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้และความเข้าใจ เมื่อกลุ่มทดลองประสบกับเหตุการณ์จริงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองสามารถพิจารณาตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการเผชิญเหตุการณ์ และสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลิกิจโหราฤทธิ์ (Horalith, 2008) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรกระบบทางเดินอาหาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเสร็จทันทีและหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง น้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากการที่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับกลุ่มทดลองที่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ช่วยให้นักกลุ่มทดลองมีโครงสร้างความคิดที่ดี ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นได้ช่วยส่งเสริมให้นักกลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องได้เป็นอย่างดีสามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง

อีกทั้งก่อนการให้โปรแกรมการปรับตนเองในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลองอธิบายวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยมาพบและให้ข้อมูลต่างๆ กับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล นอกจากกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลต่างๆ จากการใช้คำพูดเพียงอย่างเดียวเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองยังได้รับข้อมูลเพิ่มเติมผ่านทางสื่อต่างๆ โดยการรับชมภาพเคลื่อนไหวที่มีเนื้อหาจำลองเหตุการณ์จริงที่ชัดเจน หลังจากนั้นได้มีการเปิดโอกาสให้นักกลุ่มทดลองได้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยอย่างใกล้ชิด การกระทำ

ดังกล่าวส่งผลให้นักกลุ่มทดลองรู้สึกได้รับความสนใจเอาใจใส่ จึงส่งผลให้นักกลุ่มทดลองสามารถคลายความวิตกกังวลในทางกลับกันกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้รับข้อมูลต่างๆ จากการใช้คำพูดเพียงอย่างเดียวซึ่งกลุ่มควบคุมไม่สามารถมองเห็นภาพหรือไม่เกิดโครงสร้างความคิดที่ชัดเจน ประกอบกับพยาบาลแต่ละคนต่างมีความรู้ ความชำนาญการ เทคนิคการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันจากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้นักกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเกิดการเรียนรู้ หรือมีโครงสร้างความคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่ไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ อาจหาญ (Ardharn, 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของวรรณชฤทธิธรรมและสมพร ชินโนรส (Rittithrum & Chinnoros, 2012) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมง ในขณะที่ระยะเวลาเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดนั้นกลับพบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ อธิบายได้ดังนี้

ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความปวดอยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งความปวดที่รุนแรงส่งผลให้สามารถในการจัดการกับความปวดในระยะหลังผ่าตัดช่วงแรกทำได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากแผลผ่าตัดช่วงแรกจะมีความไวต่อการกระตุ้นเป็นอย่างมาก ทำให้นักกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มรู้สึกปวดมากแม้ว่าจะมีสิ่งมากระตุ้นหรือเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยก็ตาม (Anotarom, 2007) ประกอบกับร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่ฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างเต็มที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงหลีกเลี่ยงทำพฤติกรรมต่างๆ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งต่างจากเมื่อครบ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยทั้ง 2 ช่วงเวลา ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเนื่องจากโปรแกรมการปรับตนเองเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) และเป็นไปตามทฤษฎีควบคุมประตู (The gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous pain control theory) กล่าวคือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีเนื้อหาครบถ้วน ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเกิดโครงสร้างความคิด มีอิทธิพลต่อการปรับการรับรู้ในระดับสมองหรือการควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง แปลความหมายของความปวดได้ดี รู้วิธีในการจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม ลดความสับสน ไม่เกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยเร่งความปวดเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลลดลงจึงเพิ่มระดับขีดกันความเจ็บปวด (Pain threshold) และเกิดความสบายใจ เมื่อบุคคลมีความสบายใจ จึงเกิดการกระตุ้นต่อม Pituitary ให้หลั่งสาร Endorphins ทำให้มีการกระตุ้นวิถีประสาทในการควบคุมความปวด มายับยั้งการส่งสัญญาณประสาทที่ระดับไขสันหลัง บริเวณ Substantia gelatinosa โดยทำให้มีการยับยั้งการหลั่งสาร พี (Substance P) เป็นผลให้เกิดการปิดประตู จึงเกิดการนำเข้าสู่ของประสาทความปวดไปยังสมองลดลง และเกิดการรับรู้ความปวดลดลง (Melzack, 1996 as cited in Smeltzer et al., 2010; Pakanta & Prachanban, 2015; Puntillo, 1988)

ผลการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส, มุขี จิรปัญญา, และขวัญจิตร ปูนโพธิ์ (Chinnoros, Jirapinyo, & Punpho, 2009) พบว่าในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมีค่าเฉลี่ยความปวดสูงสุดอยู่ในระดับต่ำ

และการศึกษาของจิรพร อินนอก (Innok, 2008) ที่ศึกษาความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความปวดเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับตนเองที่นำเสนอในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์และเอกสารคู่มือเป็นสื่อการให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการที่อธิบายถึงวัตถุประสงค์ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก การให้ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนผ่าตัดไปจนถึงหลังผ่าตัดไว้อย่างละเอียด ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นช่วยให้กลุ่มทดลองมีแนวทางของการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องอย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติตัวที่จะใช้ในเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ เมื่อกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเหล่านั้นทำให้กลุ่มทดลองคาดการณ์เหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาได้ กลุ่มทดลองได้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงสามารถเลือกพฤติกรรมตอบสนองต่อการได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามทางร่างกาย (Threats to biologic integrity) (Kneisl, 1998) ได้อย่างเหมาะสม มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษามากขึ้นด้วย และส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการฟื้นคืนสภาพทางร่างกายได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมการปรับตนเองได้ให้การพยาบาลตามแบบแผน โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

ปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพื่อให้กลุ่มทดลองมีการนำไปใช้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมไปถึงการให้การช่วยเหลือที่มุ่งเน้นทางด้านจิตใจและการดูแลเอาใจใส่กลุ่มทดลองในการรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาของสิวพร มิตธิสร (Mittison, 2002) ที่ศึกษาการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนี้ในไต่และท่อไต่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารสามารถกำหนดนโยบายให้บุคลากรใช้โปรแกรมการปรับตนเองที่มีการนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการปรับตนเองไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความปวด และส่งเสริมการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่ใกล้เคียงกันกับตัวอย่างเดิม อาทิเช่น ระบบทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะ และเปรียบเทียบตัวแปรตามอื่นๆ เช่น ความทุกข์ทรมาน ความพึงพอใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Anotharom, J. (2007). The role of nurses in preventing pain from surgery. *Journal of Nursing Science*, 25(1), 14-23.
- Ardham, L. (2002). *Effect of preparatory information on anxiety in abdominal surgical patients*. Master Thesis (Nursing), Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].
- Beare, P. G., & Myers, J. L. (1998). *Adult health nursing* (3rd ed.). St.Louis: Mosby.
- Bonica, J. J. (1990). *The management of pain* (2nd ed.). London: Lea and Febiger.
- Chinnoros, S., Jirapinyo, M., & Punpho, K. (2009). Pain management and satisfaction with pain management in patients undergoing total abdominal hysterectomy. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(3), 327-343. [In Thai].
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott and Williams and Wilkins.
- Elliott, A. C., & Woodward, W. A. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook with spss examples*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J. A., Anderson, G. C., Makii, M., & Geras, J. (2000). Pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing*, 1(3), 96-104.
- Gercek, E., Dal, N.A., Dag, H., & Senveli, S. (2016). The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(1), 165-170.
- Horalth. (2008). *Effectiveness of preparatory information on anxiety in patients with gastrointestinal surgery*. Master Thesis (Nursing), Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].
- Innok, J. (2008). *The effects of preparatory information on pain and distress in patients undergoing abdominal surgery*. Master Thesis (Nursing), Mahasarakham University, Mahasarakham. [In Thai].

- Johnson, J. E., & Lauver, D. R. (1989). Alternative explanations of coping with stressful experience associated with physical illness. *Advances in Nursing Science*, 11(2), 39-52.
- Kneisl, C. R. (1998). Stress, anxiety and coping. In H. S. Wilson & C. R. Kneisl (Ed.), *Psychiatric nursing* (3rd ed.) (pp. 123-147). California: Addison Wesley Publishing.
- Kumar, S. (2015). The effect of preoperative anxiety on post operative pain. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(6), 622-624.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, and R. C. Leonard (Ed.), *Behavioral science and nursing theory* (pp. 189-262). St. Louis: The C. V. Mosby Company.
- Mittison, S. (2002). *The Effects of preparatory on anxiety and postoperative performance in patients undergoing surgery for renal and ureteric calculi*. Master Thesis (Nursing), Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].
- Padma, P. S., Roach, E. J., & Lobo, D. J. (2017). Effectiveness of preoperative instructions. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 3(1), 3-9.
- Pakanta, I., & Prachanban, P. (2015). Linear structural relationship model of the patients's distress during extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL). *Journal of Nursing and Health Sciences*, 9(1), 47-58. [In Thai].
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Wolters kluwer health/Lippincott Williams and Wilkins.
- Puntillo, K. A. (1988). The phenomenon of pain and critical care nursing. *Heart and lung*, 17(3), 262-273.
- Rittithum, W., & Chinnoros, S. (2012). The result of preparatory information on anxiety and pain in abdominal surgery patients. *Kuakarn Journal of Nursing*, 19(2), 75-87. [In Thai].
- Senadisai, S., & Prapaipanich, W. (2015). *Fundamental nursing*. Bangkok: Golden Point Co., Ltd. [In Thai].
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed.). New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- The Obstetrics and Gynecology wards in Naresuan University Hospital. (2016). *The statistical reports of patients were admitted to obstetrics and gynecology wards in Naresuan University Hospital, Phitsanulok in 2015 and 2016*. Phitsanulok: Naresuan University Hospital. [In Thai].
- Thongmee, S. (2005). *Factors influencing preoperative anxiety of patients who received preoperative treatment in Sappasithiprasong Hospital*. Master Thesis (Nursing), Ratchathani University, Ubon Ratchathani. [In Thai].
- Vajiratanakorn, S., & Chulnoul, P. (2017). Information needs and received in preoperative patients for gynecologic surgery. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(4), 51-59. [In Thai].
- Vorapongsathorn, T. (2000). *Principles of public health research* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. [In Thai].
- Williamson, M. L. (1992). Sexual adjustment after hysterectomy. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*, 21(1), 42-47.