



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก

The Effects of Self-Management Program on Postpartum Stress and Flatulence in Primiparous Mothers after Cesarean Section

ปัทมา สว่างวรรณ* จิตรัตน์ สิงห์ศรี** นิสชล สุขแก้ว** ชุริรัตน์ เพชรวัชรไพบูลย์***

Papatchaya Sawangvun,* Thidarat Singsri,** Nisachon Sukkeaw,** Chureerut Phetwatcharapiboon***

*,** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.สงขลา

*,** Boromrajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Songkhla Province

*** โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา

*** Songkhla Hospital, Songkhla Province

* Corresponding Author: wanpen_253@outlook.co.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3) แบบประเมินภาวะเครียด และ 4) แบบประเมินภาวะท้องอืด แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินภาวะท้องอืด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77, 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.15, p < .01$) ภาวะเครียดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p < .05$) และ ($t = 3.23, p < .01$) ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังทดลองมีภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.82, p < .01$)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ภาวะเครียดหลังคลอด ภาวะท้องอืด การผ่าตัดคลอด มารดาครั้งแรก

Received: December 27, 2024; Revised: April 20, 2025; Accepted: May 8, 2025



Abstract

The purposes of this research were to study the effects of a self-management program on postpartum stress and flatulence in primiparous mothers after cesarean section. The instruments used in the experiment consisted of the self-management program, and four sets of data collection tools as follows: (1) Personal information record form; (2) Self-management behavior assessment form; (3) Stress assessment form; and (4) Flatulence assessment form. The self-management behavior assessment and the flatulence assessment form were reviewed for content validity by 3 experts with Content Validity Index (CVI) of 1. The reliability of self-management behavior assessment form, the stress assessment form and the flatulence assessment form were tested with a sample of 10 people using Cronbach's alpha coefficient yielding values of 0.77, 0.86 and 0.74, respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and independent t-test.

The results of the study were as follows: primiparous mothers after cesarean section in the experimental group who received self-management program had significantly better behavior than the control group who received care according to hospital standards ($t = -3.15$, $p < .01$). The stress and flatulence in the experimental group were significantly lower than the control group ($t = 2.31$, $p < .05$) and ($t = 3.23$, $p < .01$), respectively. In addition, when comparing the stress level of primiparous mothers after cesarean section before and after receiving the self-management program, it was found that after the experiment, their stress significantly decreased, ($t = 4.82$, $p < .01$).

Keywords: self-management, postpartum stress, flatulence, cesarean section, primiparous mothers

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี พ.ศ. 2559 - 2564 พบประมาณร้อยละ 35 ของจำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำไว้ที่ร้อยละ 10 - 15 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศไทยอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย และสูงกว่าหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น¹ เป็นการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นสูงถึงร้อยละ 40 ปัจจัยที่ทำให้มีการผ่าตัดคลอดเพิ่ม

มากขึ้น ได้แก่ ข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม การบริหารเวลาของแพทย์ ความต้องการของผู้คลอด เนื่องจากกลัวเจ็บ กลัวช่องคลอดฉีกขาด กลัวอันตรายขณะคลอด คำนึงถึงความสะดวกสบาย และถูกข่มขืนยามตี²

การผ่าตัดคลอดของมารดาครั้งแรก ทำให้มารดามีความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของการเป็นมารดา ทั้งนี้เนื่องจากระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด มารดายังคงมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความยากลำบากในการควบคุมตนเองและการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการปรับตัวบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความแตกต่างจากมารดาที่คลอดบุตรปกติโดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมักเกิดปัญหาใน

การปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดา และความพึงพอใจต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ เนื่องจากในระยะแรกมารดาต้องรับหน้าที่ทั้งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเป็นมารดาหลังคลอดในเวลาเดียวกัน ต้องรับผิดชอบในการดูแลบุตรเกิดใหม่ ในขณะที่สภาพร่างกายหลังผ่าตัดยังไม่พร้อม จึงเป็นสาเหตุให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาได้ช้า และเกิดความเครียด มีอาการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ซึมเศร้า ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น³ จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีการแสดงออกของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 และระดับรุนแรง ร้อยละ 24.71⁴

ภาวะเครียด คือ ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะกดดัน จนไม่สามารถแก้ปัญหา กับสถานการณ์นั้นๆ ได้ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเกิดอาการหัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น หายใจเร็วตื่น ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อหดเกร็ง เส้นเลือดบริเวณอวัยวะย่อยอาหารหดตัว เหงื่อออก และมีอาการแสดง ปวดศีรษะ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ⁵ ซึ่งการผ่าตัดคลอดพบความเสี่ยงทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น คือ เกิดความเครียดเฉียบพลัน และคงอยู่เป็นระยะเวลานาน จากผลการวิจัยพบการตอบสนองความเข้มข้นระดับภูมิคุ้มกัน IL-1 β และ IL-10 ของกลุ่มผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มที่คลอดปกติ แสดงให้เห็นว่ามารดาผ่าตัดคลอดมีความเครียดสูงกว่าผู้ที่คลอดปกติทางช่องคลอด⁶ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอดที่มักพบบ่อย ได้แก่ ภาวะท้องอืด เนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อมีการฉีกขาด เกิดปัญหาตามมาหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวด เกิดขึ้นเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและความปวดจากมดลูกหดตัวหลังคลอด เมื่อปวดมากมารดา ก็จะเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ซึ่งมักจะนอนในท่าเดียวนานๆ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่พบได้มาก คือ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และเวียนศีรษะ ตามลำดับ⁷

ภาวะท้องอืด คือ ภาวะที่รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือหยุดการเคลื่อนไหว มีการสะสมของแก๊ส ทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น เกิดอาการไม่สบาย จากการศึกษาค้นคว้าสถิติโรงพยาบาลนครพนม พ.ศ. 2562 ในระยะเวลา 6 เดือน พบมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะท้องอืดจำนวน 16 ราย สาเหตุจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย และได้รับยา morphine เพื่อบรรเทาปวด ภาวะท้องอืดเกิดขึ้นในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และนานถึง 3 - 4 วัน โดยไม่มีการผายลม เรอ และไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้⁴ ภาวะท้องอืดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด และมีปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในดูแลเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด พบปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด และภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายหลังผ่าตัด คือ ภาวะท้องอืด ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในมารดาผ่าตัดคลอดครรภ์แรกมากกว่ามารดาครรภ์หลัง หากมารดามีกระบวนการจัดการตนเองที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ความเครียดและภาวะท้องอืดลดลงได้ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick⁸ ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการของบุคคลที่จัดการกระทำกับตนเองอย่างมุ่งมั่นเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาย่างเหมาะสมและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากข้อมูลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.74, SD = 0.47) แต่มีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean =



0.69, SD = 0.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁹ ข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ยังมีความบกพร่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยผู้วิจัยจะประเมินระดับความเครียดก่อนผ่าตัด และมีการกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเอง หลังผ่าตัดตลอด โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตลอดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดตลอด 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และมีการประเมินพฤติกรรมตนเองหลังผ่าตัดตลอด 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยให้ผู้คลอดทำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดตลอด และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยการบอกให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ หรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งโปรแกรมนี้นี้จะทำให้มารดาได้รับทราบข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตลอดล่วงหน้า ทำให้มีการเตรียมตัวเตรียมใจ พร้อมทั้งจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และมีการประเมินตนเองเป็นระยะๆ ว่าสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ได้หรือไม่ ทำให้ภาวะเครียดลดลง และการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดฟื้นฟูลักษณะตนเองได้เร็ว ลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดตลอดได้

ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโปรแกรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดขึ้นมากมาย เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังการผ่าตัดตลอดกับการฟื้นตัวเร็วของการทำงานของลำไส้ การใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพุงเดินหลังผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมในบางบริบทอาจจะยังไม่เหมาะสำหรับผู้บริการในประเทศไทย และปัญหาภาวะเครียดและภาวะท้องอืดก็ยังคงเป็นปัญหาที่พบเจอได้อยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ขึ้นมาเพื่อเป็น

ทางเลือกหนึ่งในการลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัดตลอด ลดภาวะเครียดในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาครั้งแรก และลดภาวะท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ซึ่งได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองไว้ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) หากมารดาครั้งแรกที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัดตลอด มีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดตลอดอย่างเหมาะสมอาจช่วยลดภาวะเครียดในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดาครั้งแรก และลดภาวะท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดตลอดได้

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการจัดการตนเอง (self-management)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการแต่ละขั้นตอนเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)

- สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
- ประเมินภาวะเครียดก่อนผ่าตัดคลอด
- กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด
- ขอเบอร์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการติดตามในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self-monitoring)

- ให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย การผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลังผ่าตัดคลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป
- ให้แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-evaluation)

- หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ดังนี้
 - 1) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด
 - 2) แบบประเมินภาวะเครียดหลังผ่าตัดคลอด
 - 3) แบบประเมินภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

ขั้นตอนที่ 4 การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)

- บอกให้รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายที่วางไว้
- กล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย

ตัวแปรตาม

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด
2. ภาวะเครียดหลังผ่าตัดคลอด
3. ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ มารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอด ณ โรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดแบบนัดล่วงหน้า เข้าพักเพื่อการเตรียมความพร้อม ณ แผนกสูติกรรมหรือห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2567 - 31 ตุลาคม 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.4 กำหนด $\beta = .80$, $\alpha = .05$ และ Effect size .80⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 ราย และทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย คัดเลือกโดยวิธีเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย

และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์ในการรับเข้าไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดครรภ์แรกแบบนัดล่วงหน้า
2. ไม่มีอาการทางจิตเวช หรือรับการรักษาทางจิตเวช

3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้



1. ตกเลือด (สูญเสียเลือดระหว่างการคลอด ตั้งแต่ 1,000 มิลลิกรัม)

2. มารดามีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถ ควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การ ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ประกอบด้วย การสร้าง สัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินภาวะเครียดก่อน ผ่าตัดคลอด กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลัง ผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย โดยมี เป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม สถานะ เครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และขอเบอร์ ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการติดตาม ในครั้งต่อไป 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย การผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแล หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลัง ผ่าตัดคลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป เมื่อให้ความรู้ เสร็จสิ้นแล้วจะให้สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการ ตนเองหลังผ่าตัดคลอด 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ทำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบประเมิน ภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด 4) การให้ แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยบอกให้ รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมาย

ที่วางไว้ และกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้ เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นชุดคำถาม เลือกรับตอบ ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของ รายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก หลังผ่าตัด และยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการ ตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ คำถาม เชิงลบ 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก

สม่ำเสมอ หมายถึง มีการปฏิบัติ พฤติกรรมเป็นประจำสม่ำเสมอ เท่ากับ 4 คะแนน

ค่อนข้างบ่อย หมายถึง มีการปฏิบัติ พฤติกรรมอยู่บ่อยๆ เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติ ไม่บ่อย ได้ปฏิบัติบ้าง เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติ กิจกรรมนั้นเลย เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนตรงข้าม กับคำถามเชิงบวก

วิธีการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปรับปรุง ปานกลาง ดี และดีมาก ซึ่งคะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 15 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 60 คะแนน โดย ใช้สูตรการคำนวณในการแบ่งระดับคะแนน จากสูตร ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยที่สุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

คะแนน 15.00 - 26.25 พฤติกรรม การจัดการตนเอง อยู่ในระดับปรับปรุง

คะแนน 26.26 - 37.50 พฤติกรรม การจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 37.51 - 48.75 พฤติกรรม การจัดการตนเอง อยู่ในระดับดี

คะแนน 48.76 - 60.00 พฤติกรรม การจัดการตนเอง อยู่ในระดับดีมาก

2.3 แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 0 - 3 คะแนน วิธีการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 - 4 = มีภาวะเครียดน้อย คะแนน 5 - 7 = มีภาวะเครียดปานกลาง คะแนน 8 - 9 = มีภาวะเครียดมาก และคะแนน 10 - 15 = มีภาวะเครียดมากที่สุด

2.4 แบบประเมินภาวะท้องอืด พัฒนาเครื่องมือจาก สิริอร ช้อย่น, วิศรดา ภู่วี และ อาภา ศรีสร้อย⁹ มี 4 ข้อ คะแนน 4 - 12 คะแนน โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 1 - 3 คะแนน วิธีการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 4.00 - 5.90 = ไม่มีภาวะท้องอืด คะแนน 6.00 - 7.90 = มีภาวะท้องอืดน้อย คะแนน 8.00 - 9.90 = มีภาวะท้องอืดปานกลาง และคะแนน 10.00 - 12.00 = มีภาวะท้องอืดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินภาวะท้องอืดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาเนื้อหาตลอดจนความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1¹⁰

การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) และแบบประเมินภาวะท้องอืด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดย รัตนศิริ ทาไธ¹¹ กล่าวว่า การทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่หายาก ให้ใช้จำนวน 10 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77, 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัย ผ่านการอนุมัติโครงการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

2. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัย ที่ผ่านการอนุมัติแล้ว ทำหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมของโรงพยาบาลสงขลา

3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลมารดาครรภ์แรก ที่มาเตรียมผ่าตัดคลอดในแผนกสูติกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

4. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและพยาบาลปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์

6. ผู้วิจัยถามความสนใจในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย หากมารดาครรภ์แรกที่มารับการผ่าตัดคลอด แบบนัดล่วงหน้า สนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัคร จากนั้นให้คำอธิบายเพิ่มเติมและตอบข้อซักถาม เพื่อเป็นข้อมูลตัดสินใจ กรณีที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้มารดาลงนามในเอกสารยินยอม และดำเนินการทดลอง

7. วิธีการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

7.1 กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 วันแรกที่มารดาเข้ามารดาโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด เข้าสู่ขั้นตอนที่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ กับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินภาวะเครียดก่อนผ่าตัดคลอด กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและ ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และขอเบอร์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการติดตามในครั้งต่อไป ขั้นตอนที่ 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัว



หลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย การผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแล หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลัง ผ่าตัดคลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป เมื่อให้ความรู้ เสร็จสิ้นแล้วจะให้สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการ ตนเองหลังผ่าตัดคลอด

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง
ขั้นตอนที่ 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ทำแบบประเมิน พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด ขั้นตอนที่ 4) การให้ แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยบอกให้ รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมาย ที่วางไว้ และกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัว ได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย

7.2 กลุ่มควบคุม

มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการ ดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ทำแบบ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมิน ภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด

8. เมื่อได้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย ผู้วิจัยนำ ข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของ ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสงขลา เอกสาร รับรองเลขที่ SKH IRB 2024-Edu-On3-1051 อนุมัติ วันที่ 26 มีนาคม 2567 สิ้นสุดการอนุมัติวันที่ 26 มีนาคม 2568 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือ ขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และพยาบาลปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของ

อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย และการดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บข้อมูลการวิจัยโดยถามความ สนใจในการเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย หากมารดา ครรภ์แรกที่มาเตรียมผ่าตัดคลอดสนใจเป็นอาสาสมัคร เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านเอกสารคำชี้แจง ซึ่งมีเนื้อหา เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวม ข้อมูล ความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ จากนั้นผู้วิจัยให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามหัวข้อในเอกสาร คำอธิบาย และชี้แจงให้ทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ในระหว่างการศึกษาอาสาสมัคร สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความต้องการ โดย ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาข้อมูลจากอาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอ เป็นภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแล้ว อาสาสมัคร ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงนาม ในเอกสารยินยอม และดำเนินการวิจัยต่อไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มา รับ การผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) ผู้วิจัยระมัดระวังสิ่งที่อาจเป็น อันตรายต่อทารกในครรภ์และผลกระทบต่อสุขภาพ มารดา ในการวิจัยนี้อาจมีผลต่ออาการไม่สุขสบาย จากการนั่งนานใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมและ ตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที ดังนั้นเมื่อ อาสาสมัครรับฟังการให้โปรแกรมเสร็จแล้ว ผู้วิจัย ให้พัก 5 - 10 นาที แล้วจึงทำแบบสอบถาม

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ในขั้นตอนการ ประเมินผล หากพบว่ามารดามีความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลางเป็นต้นไป จะขออนุญาตมารดาส่ง ข้อมูลให้กับพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้มารดาได้รับการ ดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้อาจมี ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ตามสถานการณ์ Covid-19 ป้องกัน โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามมาตรการ ป้องกัน Covid-19 โดยการล้างมือบ่อยๆ และสวมใส่ หน้ากากอนามัยขณะดำเนินการวิจัยตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของมารดาหลังผ้ดัดคลอดครั้งแรกที่ตอบแบบสอบถาม นำเสนอเป็นจำนวน และค่าร้อยละ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ้ดัดคลอด (n = 60)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			.39
น้อยกว่า 20 ปี	3 (10)	10 (33.30)	
20 - 34 ปี	24 (80)	18 (60.00)	
35 ปีขึ้นไป	3 (10)	2 (6.70)	
ศาสนา			.39
พุทธ	23 (76.70)	16 (53.30)	
อิสลาม	7 (23.30)	14 (46.70)	
สถานภาพสมรส			1.00
โสด	-	1 (3.30)	
อยู่ด้วยกันกับสามี	30 (100)	29 (96.70)	

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอด (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา			.95
ประถมศึกษา	1 (3.30)	5 (16.70)	
มัธยมศึกษา	14 (46.70)	10 (33.30)	
ปริญญาตรี	8 (26.70)	11 (36.70)	
อื่นๆ (อนุปริญญา)	7 (23.30)	4 (13.30)	
อาชีพ			.95
ค้าขาย	4 (13.30)	2 (6.70)	
รับจ้าง	10 (33.30)	8 (26.70)	
แม่บ้าน	8 (26.70)	11 (36.60)	
พนักงานเอกชน	6 (20.00)	6 (20.00)	
นักศึกษา	2 (6.70)	3 (10.00)	
รายได้ (บาท)			.59
น้อยกว่า 10,000	16 (53.40)	22 (73.40)	
10,000 - 20,000	12 (40.00)	4 (13.30)	
มากกว่า 20,000	1 (3.30)	1 (3.30)	
ไม่มีรายได้	1 (3.30)	3 (10.00)	
ความเพียงพอของรายได้			.99
เพียงพอ	21 (70.00)	18 (60.00)	
ไม่เพียงพอ	9 (30.00)	12 (40.00)	
ลักษณะครอบครัว			1.00
ครอบครัวเดี่ยว	12 (40.00)	12 (40.00)	
ครอบครัวขยาย	18 (60.00)	18 (60.00)	
โรคประจำตัว			.95
มี	5 (16.70)	1 (3.30)	
ไม่มี	25 (83.30)	29 (96.70)	
ผู้ดูแลหลักหลังผ่าตัด			.99
สามี	16 (53.30)	17 (56.70)	
แม่	7 (23.30)	9 (30.00)	
สามีและแม่	5 (16.70)	4 (13.30)	
อื่นๆ (ญาติ)	2 (6.70)	-	
ยาระงับความรู้สึก			1.00
ดมยาสลบ	28 (93.30)	29 (96.70)	
ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	2 (6.70)	1 (3.30)	

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความใกล้เคียงกันได้แก่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 34 ปี (ร้อยละ 80 และ 60 ตามลำดับ) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76.70 และ 53.30) สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 100 และ 96.70) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.40 และ 73.40) รายได้มีความเพียงพอ (ร้อยละ 70 และ 60) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 60 และ 60) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.30 และ 96.70) ผู้ดูแลหลัก คือ สามี (ร้อยละ 53.30 และ 56.70) ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด เป็นชนิดดมยาสลบ (ร้อยละ 93.30 และ 96.70) ส่วนข้อมูลทั่วไปที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา ในกลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.70 ในกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.70 และอาชีพ ในกลุ่มทดลอง มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.30 ในกลุ่มควบคุมมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 36.60

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Sminov test พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะเครียด และภาวะท้องอืด ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent samples t-test ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	51.37	5.88	37.57	60	40	-3.15	.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	47.20	4.23	23.43	55	39		

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 51.37, SD = 5.88) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 47.20, SD = 4.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.15, p < .01$)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะเครียด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ภาวะเครียด	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.27	2.69	25.62	9	0	2.31	.014
กลุ่มควบคุม (n = 30)	4.16	3.62	35.38	11	0		



จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีภาวะเครียด (Mean = 2.27, SD = 2.69) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 4.16, SD = 3.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p < .05$)

2.2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ภาวะท้องอืด	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	6.47	1.50	23.97	9	4	3.23	.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	7.67	1.37	37.03	10	4		

จากตารางที่ 4 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีภาวะท้องอืด (Mean = 6.47, SD = 1.50) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 7.67, SD = 1.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.23, p < .01$)

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Sminov test พบว่า ภาวะเครียดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired samples t-test ดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะเครียด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ภาวะเครียด	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	3.77	2.90	5.50	11	0	4.82	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	2.27	2.69	4.25	9	0		

จากตารางที่ 5 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังทดลองมีภาวะเครียดลดลง (Mean = 2.27, SD = 2.69) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลอง (Mean = 3.77, SD = 2.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.82, p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยได้แยกเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จะมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 51.37, SD = 5.88) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 47.20, SD = 4.23) ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.15, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรม

การจัดการตนเองส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายการผ่าตัดตลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลังผ่าตัดตลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป ทำให้มารดาเข้าใจสาเหตุ ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการดูแลตนเองหลังผ่าตัดตลอด เป็นการทราบข้อมูลล่วงหน้า และเตรียมพร้อมสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองมีการบันทึกพฤติกรรมตนเองหลังผ่าตัดตลอด ซึ่งเป็นการติดตามตนเอง (Self-monitoring) สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานมาจากการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยเน้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบต่อการพฤติกรรมของตนเอง โดยได้รับการกระตุ้นหรือแรงจูงใจจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มารดาเข้าใจวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ามารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ในกลุ่มทดลองมีภาวะเครียดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หมายความว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจะทำให้ภาวะเครียดและภาวะท้องอืดลดลงได้ จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ¹² พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีภาวะแทรกซ้อนและมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัด สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่นเดียวกับการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและมีการติดตามพฤติกรรมตนเองหลังผ่าตัด ทำให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสริมแรง กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ทดลองปฏิบัติตัวได้เหมาะสม บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย จึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดตลอดในกลุ่มทดลองมีภาวะเครียดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p < .05$) และ ($t = 3.23, p < .01$) ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากการเปรียบเทียบภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังทดลองมีภาวะเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.82, p < .01$) ดังนั้นการให้โปรแกรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองจึงมีผลทำให้ภาวะเครียดลดลงได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากงานวิจัยของ ชลสิทธิ์ วชิรธนกร และบุญยง จุลนวล¹³ กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยังผู้ป่วย มีภาวะเครียดสูงที่สุด ภาวะเครียดส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่วนทางด้านจิตเจ้านั้นพบว่า ผู้ป่วยมีความกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้เมื่อพิจารณาแบบประเมินภาวะเครียดเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ข้อที่ 1 มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ



หรือนอนมาก ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย (Mean = 1.17, SD = 0.74) และหลังทดลอง มีปัญหาทดลองอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย (Mean = 0.67, SD = 0.66) ดังนั้นการได้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เกิดความมั่นใจและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะเครียดลดลง

ดังนั้นการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอดเพื่อให้ภาวะเครียดลดลง และไม่เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยให้ความรู้ผ่านคู่มือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด และมีการทำแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยบอกให้รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย โปรแกรมดังกล่าวจึงสามารถทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรกมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์

แรกมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา ซึ่งใช้เวลาในการวิจัยค่อนข้างน้อย ประมาณ 3 วันต่อราย หากมีระยะเวลานานขึ้นเพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทบทวนข้อมูล ทำความเข้าใจ และเตรียมตัวให้พร้อมเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อาจทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป อาจจะต้องปรับโดยให้โปรแกรมการจัดการตนเองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยเฉพาะกลุ่มมารดาครรภ์แรก วิจัยครั้งต่อไปอาจทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มครรภ์แรกและครรภ์หลัง ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

3. เครื่องมือการวิจัย หากมีการพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบแอปพลิเคชัน อาจจะเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Health Intervention and Technology Assessment Program. Cesarean sections in Thailand are increasing: Is it time to start talking a lot?. [cited 2023 Sep 14]. Available from: <https://www.hitap.net>. (in Thai).
2. Thai Civil Rights and Investigative Journalism (TCIJ). Unnecessary caesarean section. [Internet]. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.tcijthai.com>. (in Thai).



3. Tharana N. Promoting and supporting breastfeeding in postpartum mothers with cesarean section. *Nursing Journal* 2021;48(4):324-35. (in Thai).
4. Sitthiboonma N, Kantaruksa K, Supavititpatana B. Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2020;47(2):169-79. (in Thai).
5. Department of Mental Health. Stress. [Internet]. [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.camri.go.th> (in Thai).
6. Dinan TG, Kennedy PJ, Morais LH, Murphy A, Long-Smith CM, Moloney GM, et al. Altered stress responses in adults born by caesarean section. *Neurobiology of Stress* 2022;16(Suppl 1):100425.
7. Chanwaro Y. The study of the efficiency of chewing gum on stimulation of bowel function after cesarean delivery at Buddhasothorn hospital. *Srinagarind Med J* 2022;37(6):596-601.
8. Kanfer FH, Gaelick L. Self-management methods. New York: Pergamon Press; 1988.
9. Khoyun S, Poothawee W, Srisoy A. Effect of post-operative recovery program with the use of easy walk equipment to prevent complications in abdominal surgery patients. *Srinagarind Med J* 2019;34(4):386-92. (in Thai).
10. Polit DF. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. New York: Humanaiysis; 2010.
11. Thato R. Nursing research: concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai).
12. Minten C. Effectiveness of the pre- and post-operative patient preparation program on self-care behavior of patients after abdominal surgery, Surgery Building, Bueng Kan hospital. [Internet]. [cited 2023 Jul 23]. Available from: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=269>. (in Thai).
13. Vajiratanakorn S, Chulnoul P. Information needs and received in preoperative patients for gynecologic surgery. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;25(4):51-9. (in Thai).