

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The effect of a pre- and postoperative information program on quality of life and anxiety in Zpatients undergoing ectopic pregnancy surgery. Kalasin Hospital.

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

อรุณี พัวโสพิศ¹

Arune Puasopit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยและแบบวัดความวิตกกังวลที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ 0.70 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลและได้รับข้อมูลการผ่าตัด ตั้งแต่วันที่ผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลซ้ำใน 1 เดือนหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 29 คน จาก 35 คน เข้าสู่กระบวนการวิจัยโดยสมบูรณ์หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (MEAN= 96.10, S.D. = 3.38) สูงกว่าก่อนการทดลอง (MEAN = 92.86, S.D. = 3.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.311, P < .001$) ระดับความวิตกกังวลก่อน (MEAN= 7.34, S.D. = 1.67) และหลังการทดลอง (MEAN = 7.03, S.D. = 1.38) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.482$) การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผนเป็นแนวทางการพยาบาลวิธีหนึ่งที่เหมาะสมส่งเสริมให้มีการนำไปใช้เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูล, การตั้งครรภ์นอกมดลูก

Abstract

This research was a quasi-experimental research. The objective was to compare the quality of life and anxiety level of ectopic pregnancies patients undergoing preoperative and postoperative preoperative and postoperative data acquisition. The sample group was ectopic pregnancy patients who had undergone surgery. Kalasin Hospital according to the specified qualifications, 35 people. The research tools consisted of pre- and postoperative information plans. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life Scale (Thai Version) and Anxiety Scale with confidence values of 0.74 and 0.70, respectively. surgery From preoperatively until discharge from the hospital, quality of life and anxiety were reassessed 1 month after surgery. Data were analyzed using descriptive statistics and comparing mean scores, quality of life and anxiety levels before and after the experiment using Wilcoxon Signed Rank Test.

The results showed that 29 out of 35 subjects entered the research process completely after the experiment. The subjects had a mean quality of life (MEAN = 96.10, S.D. = 3.38) higher than before (MEAN = 92.86, S.D. = 3.20).) with statistical significance ($Z = -4.311, P < .001$), the anxiety levels before (MEAN= 7.34, S.D. = 1.67) and after the experiment (MEAN = 7.03, S.D. = 1.38) were different. There was no statistical significance ($Z = -1.482$). The structured preoperative and postoperative information delivery is one of the nursing guidelines that should be encouraged to be used to improve the quality of life of outpatients. a surgically operated uterus

Keywords: information program, ectopic pregnancy

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ นอกจากนั้นอาจพบได้ที่รังไข่ปากมดลูกและในช่องท้อง อุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1:125 ถึง 1:200 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยเกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์³ อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรกอาจไม่พบอาการใด ๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดการแตกของท่อนำไข่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้องอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อคจากการเสียเลือดขึ้นได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อยตลอดเวลาในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก อาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม² การรักษามี 2 วิธี ได้แก่ วิธีการผ่าตัดและวิธีการไม่ผ่าตัด จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวน 71, 88 และ 66 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทุกราย โดยแยกเป็นการผ่าตัดแบบ Exploratory Laparotomy จำนวน 50, 64 และ 46 รายตามลำดับ แบบ Fast track จำนวน 14, 15 และ 12 ราย และ Rupture จำนวน 7, 9 และ 8 รายตามลำดับ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด¹³ โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด สาเหตุความวิตกกังวลและความเครียดเกิดจากความสูญเสียทางความรู้สึก ความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกาย (Moon JS, 2001) ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ต่อมหมวกไตขึ้นในการหลั่งสารแคทีโคลามีนและต่อมหมวกไตขึ้นนอกปล่อยคอร์ติโคสเตียรอยด์เกิดการคั่ง

ของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ⁵ และพบว่าระบบซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ทางด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น เหงื่อออกที่มือ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ¹⁴

นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูงทำให้หลังผ่าตัดมีระดับความปวดสูงและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายล่าช้า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่ำ ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดมีความวิตกกังวลและความเครียด บุคคลเหล่านั้นจะมีการปรับตัว การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด⁹ เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง (Pritchard, 2011) และเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง⁶ นอกจากนั้นผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง⁴ ส่งผลลัพธ์ที่ดีในระยะหลังผ่าตัดคือทำให้ความปวดลดลงและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁷ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยขาดการเสริมพลังอำนาจในตนเอง¹⁵ และมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม¹¹

จากผลการศึกษาของ ชูลีพร และปณญนุช (2560)¹ ได้ศึกษาความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลโดยรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทุก ๆ ด้าน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยที่ 1) ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาล

วิสัยทัศน์ซึ่งต้องเป็นผู้รอบรู้ มีการวางแผนคำแนะนำที่ดี และมีทักษะการสื่อสารที่ดี รวมถึงรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ¹⁰ อย่างไรก็ตาม พยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากภาระงานมาก ระยะเวลาให้ข้อมูลมีจำกัด¹⁹

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นการตอบสนองความต้องการ การได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติตนของผู้ป่วย¹ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ โดยที่ยังไม่พบรายงานวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกหลังการผ่าตัดภายหลังได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดที่เพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลในการผ่าตัดเต้านมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้⁸

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตั้งครุณนอกมดลูกอย่างเป็นแบบแผนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่เป็นระบบแบบแผน การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดมีรายละเอียดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ให้ข้อมูล และเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวในระยะเวลาอันสั้น การวิจัยครั้งนี้จะเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นระบบมีแนวทางในการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในระยะแรกหลังออกจากห้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยเป็นการให้ข้อมูลที่เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางด้านร่างกาย

และจิตใจ ลดความวิตกกังวล และที่สำคัญคือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตั้งครุณนอกมดลูกให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย

การได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) [ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

Orem et al (2001)¹⁶ กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแล แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี 3 แบบ (Pichayapinyo, 2013) คือ 1) ความต้องการที่สมดุล 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ และ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งความพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ¹⁶

ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) 2) การชี้แนะ guiding) 3) การสนับสนุน (supporting) 4) การสอน (teaching) และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ถูกต้องเหมาะสมตรงกับความเป็นจริง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง (one-group, pretest and posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยกำหนดให้ Power = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดค่า effect size ในระดับปานกลางหรือ 0.50 นำมาคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 35 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

2) ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชแบบไม่ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่เข้ามานอนโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันเพื่อเตรียมการผ่าตัด

3) เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

4) ยินดีเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด

2) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดและต้องรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตก่อนการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ตั้งครรภ์นอกมดลูก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา อุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ข้อมูล วิธีการให้ข้อมูล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลด้านการผ่าตัด

2) ยาที่ต้องรับประทานต่อหรือต้องงดก่อนการผ่าตัด

3) ยาอื่น ๆ ที่ไม่ต้องงด

4) การประเมินความวิตกกังวล

5) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

6) การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การทำ early ambulation

7) อธิบายความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญและวิธีการจัดการกับความปวด ตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญหลังออกจากห้องผ่าตัดระยะผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลืออย่าง

เต็มที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วย นรีเวช จนกระทั่งพ้นขีดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

1.2 แผนการให้ข้อมูลหลังผ่าตัด
ตั้งครรภ์นอกมดลูก ประกอบด้วย

1) กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

2) ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจพบ คือ มีอาการปวดหัวไหล่หนึ่งข้าง คล้ายปวดเมื่อยเนื่องจากลมในช่องท้องไปดันกะบังลม อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ ด้วยการรับประทานยาแก้ปวดและจะหายกลับเป็นปกติ ภายใน 1 วันหลังผ่าตัดเป็นวัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาทำงานปกติได้ ภายใน 72 ชั่วโมง เป็นต้น

3) การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น สถานีนอนมัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น

การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญสูตินรี 2 ท่าน ได้คำนวณ Content validity index เท่ากับ 0.922.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย หรือ WHOQOL – BREF – THAI 19 มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหลายระดับ (Likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ สอบถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี

ความเจ็บปวด เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย เป็นต้น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น โดยมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ที่เครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI กำหนดไว้ ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย เนื่องจาก HADS เป็นเครื่องมือที่สั้นกะทัดรัดและมีความแม่นยำ และความเชื่อถือได้ในการประเมินความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 100% และความจำเพาะ (specificity) ที่ร้อยละ 86 จึงเหมาะแก่การใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาล โดยเป็นการคัดกรองเบื้องต้นในทางคลินิกว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชอยู่ในกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า¹² ที่มีข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองในการประเมินความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13) การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบหลายระดับ (Likert scale) มีคะแนนข้อ



ละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การแปลค่าโดยใช้คะแนนรวม
แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความ
วิตกกังวล/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนน 8-10 คะแนน หมายถึง ถือว่ามีภาวะ
วิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป หมายถึง ถือว่ามี
ภาวะวิตกกังวลและเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

เนื่องจากแบบประเมิน WHOQOL - BREF -
THAI และแบบประเมิน HADS ฉบับภาษาไทย เป็น
เครื่องมือมาตรฐานที่นิยมกันใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัย
จึงไม่ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของเครื่องมือ
แต่ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดย
ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม
ตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน และนำมาคำนวณหาค่า
ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอน
บาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ
0.74 และ 0.70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เชิญกลุ่ม
ตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำ
การชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนและกระบวนการรวบรวม
ข้อมูลระยะเวลา รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับ
จากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่
มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอ
ในภาพ รวมเท่านั้นโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถ
ถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่
ได้รับทั้งสิ้นหาก กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วม
การวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็น
ผู้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่
กำหนด และรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน
ดังนี้

1. ในวันแรกก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัย
แนะนำตัว แจ้งจุดประสงค์การวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ
แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย สร้าง
สัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เก็บข้อมูลโดย
ใช้สอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบ
ประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งครุณนอกมดลูก

2. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะ
ได้รับการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตามแผนการให้
ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตั้งครุณนอกมดลูก ที่มี
เนื้อหาเกี่ยวกับการระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 1)
การให้ข้อมูลด้านการผ่าตัด 2) ยาที่ต้องรับประทานต่อ
หรือต้องงดก่อนการผ่าตัด 3) ยาอื่น ๆ ที่ไม่ต้องงด 4)
การประเมินความวิตกกังวล 5) การประเมินความ
ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย 6) การเตรียมผู้ป่วยสำหรับ
การดูแลหลังผ่าตัด เช่น การทำ early ambulation 7)
อธิบายความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญและวิธีการ
จัดการกับความปวด ตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่
จะต้องเผชิญหลังจากออกจากห้องผ่าตัด ระยะผ่าตัด ผู้ป่วย
จะได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่จากบุคลากรทาง
การแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยในห้องผ่าตัดและหอ
ผู้ป่วยสูตินรีเวช จนกระทั่งพ้นขีดอันตรายจาก
ภาวะแทรกซ้อน และในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย
1) กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การ
ดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการ
ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2) ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย
ๆ ที่อาจพบ คือ มีอาการปวดหัวไหล่หน่วง ๆ คล้ายปวด
เมื่อย เนื่องจากลมในช่องท้องไปดันกะบังลม อาการ
เหล่านี้สามารถบรรเทาได้ ด้วยการรับประทานยาแก้

ปวดและจะหายกลับเป็นปกติ ภายใน 1 วันหลังผ่าตัด เป็นวัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาทำงานปกติได้ ภายใน 72 ชั่วโมง เป็นต้น 3) การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ใกล้บ้าน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถาม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

3.ตอนเช้าของวันผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 เพื่อทบทวนความรู้ด้านการปฏิบัติตัว และทบทวนให้ข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดตามแผนการให้ข้อมูลอีกครั้ง ในกรณีที่ประเมินโดยการสอบถามแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะได้รับการทบทวนข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอีกครั้ง และตรวจสอบความพร้อมต่อการเข้ารับผ่าตัด โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที

4. ในวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 3 เพื่อให้ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจพบ และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามแผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

5. ในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 4 เพื่อทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจพบ และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ใกล้บ้าน ตามแผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด และ

เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดตามปกติที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกสูติเวช คือ 1 เดือน ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตและประเมินความวิตกกังวล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติโดยมีวิธีการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test เนื่องจากการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 35 ราย ที่เข้าสู่กระบวนการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ออกจากโครงการวิจัยเนื่องจากย้ายสถานรักษาพยาบาล เหลือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 29 ราย ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้น ไปโดยอายุเฉลี่ย 27.79 ปี (S.D.=11.18) อายุสูงสุด 34 ปี และอายุน้อยสุด 20 ปี ประวัติการตั้งครรภ์แรกมากที่สุด 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.00 และครั้งที่ 2 จำนวน 9 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 31.00 และไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 55.10

2. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกก่อนและ

หลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.30 คุณภาพชีวิตในระดับสูง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.70 ภายหลังการศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอยู่ใน

ระดับสูง โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.10 และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.90 และก่อนการศึกษาไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล ภายหลังการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.40

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test (n= 29)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=29)		หลังทดลอง (n=29)		z	P-value
	M	S.D.	M	S.D.		
คุณภาพชีวิต	92.86	3.20	96.10	3.38	- 4.320	0.000
ความวิตกกังวล	7.34	1.67	7.03	1.38	- 1.482	0.138

ภายหลังได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Mean 96.10, S.D. 3.38) กว่าก่อนการศึกษา (Mean 92.86, S.D. 3.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.320$, $p\text{-value} = 0.000$) ส่วนความวิตกกังวลพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อน (Mean 7.34, S.D. 1.67) และหลังการทดลอง (Mean 7.03, S.D. 1.38) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.482$, $p\text{-value} = 0.138$) (ตารางที่ 1)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพยาบาล โดยการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย ตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษาทั้งนี้ เนื่องจากวิธีการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและเพียงพอเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในระดับมาก¹ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมี

แนวทางในการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเรื่องยาที่ต้องรับประทานหรือต้องงดก่อนการผ่าตัด การเลือกใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการกิจกรรมที่สามารถทำได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลตนเอง แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถาม ที่ตรงตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาลเพื่อการทดแทนที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัย โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการให้ข้อมูล ชี้แนะแนวทาง สอนและสนับสนุน¹⁶

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำก่อนและหลังการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการผ่าตัด จำนวนทั้งหมด 29 คน หรือร้อยละ 100 ไม่มีความวิตกกังวล ภายหลังการให้ข้อมูลและหลังผ่าตัดพบว่ามีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจำนวน 1 ราย (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมของจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดพบว่า ภายหลัง

การได้รับคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลลดลงจาก 7.34 ในระยะก่อนการศึกษา เป็น 7.03 ภายหลังการศึกษา (ตารางที่ 1)

โดยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาซักถาม สะท้อนความรู้ความเข้าใจอย่างสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Heikkinen et al (2007) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน มีความต้องการข้อมูลสูงกว่าการได้รับข้อมูล นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย จากผลการศึกษาของ Stark et al (2014) พบว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนสะโพกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) วิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วยของห้องผ่าตัดสูติฯ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก (Aasa, Hovback, & Bertero, 2012) และมีแผนพับแจกให้ผู้ป่วย วิธีการนี้อาจจะไม่เพียงพอ อาจมีสื่อประกอบการสอนอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น รูปภาพ วิดีทัศน์ เป็นต้น¹⁰ รวมถึงรายละเอียดของข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยรายละเอียดส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเรื่องสถานการณ์ขั้นตอน วิธีการ บทบาทผู้ป่วย และทักษะการปฏิบัติตัว เรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยมีการให้การสนับสนุนด้าน

จิตใจมีการให้ข้อมูลครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลในระยะเวลา 1 วันก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นเวลานัดหมายปกติของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น และเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ในขณะที่การวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการประเมินระดับความวิตกกังวลตั้งแต่แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรมีการประเมินระดับระดับคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล และสร้างแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดทุกคน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับระดับคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มปกติ โดยกำหนดให้มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลในช่วงเริ่มแรกของการวางแผนให้ผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวเช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติพร และปณณนุช (2560). ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 25(4) .
2. อีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, กิตติภัฏ เจริญขวัญ, อรวี ฉินทกานันท์. (2559). ครรภ์นอกมดลูก. ในอีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา ฉบับบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ลักขมิ่งจำกัด.
3. สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยือน ต้นนิรันดร์. (2558). การตั้งครรถ์ที่หลอดมดลูก. ใน : สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยือน ต้น นิรันดร์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
4. อมรรัตน์ หลิมวิรัตน์, และจุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2554). ผล ของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรถ์เมื่อได้รับยาระงับ ความรู้สึกเฉพาะส่วนเพื่อการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 96-106
5. เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาโล ตันทเทตธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์, และอรัญ วรานุกุลศักดิ์. (2554). การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช ,4(1), 35-42.



- 6.Ivarsson, B., Larsson, S., Luhrs, C., & Sjoberg, T. (2005). Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery: Do the patients want to know. *European journal of Cardio- Thoracic Surgery*, 28(3), 407-414
- 7.Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salantera, S. (2005). Preoperative education for orthopedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212-223.
- 8.Kaewubon J. The effective of providng information t quality of life amon the brast cancer patients receiving breast surgery. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*2020; 4(7); 13-27.(in Thai).
- 9.Lazarus RS, Cohen F. *Coping and adaptatiah in health and illness*. New York: Free Press; 1983. P.608-28.
- 10.Lee, C. K., & Lee, I. F-K. (2012). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2551-2561.
- 11.Leino-Kilpi, H., Heikkinen, K., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Salantera, S. (2009) Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research*, 22, 101-106
- 12.Lotrakul M. Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). [Cited 24 November 2022]. Available from <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html> (in Thai)
- 13.Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: Influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 261-271.
- 14.Mitsonis CL, Mitropoulos P, Dimopoulos NP, Mitsonis MI, Andriotis NM, Gitsa OE, Mitsonis IM. Anxiety and depression in cataract surgery. *Psychol Rep* 2006; 99(1): 257-65.
- 15.Nilsson, U. G., Ivarsson, B., Alm-Roijer, C., & Svedberg, P. (2012). Behavioral involvement and preference for information among males and females with cardiac disease. *Open journal of Nursing*, 2, 138.
- 16.Orem DE, Taylor SG and Renpenning KM.*Nursing: Concepts of practice*.St. Louis: Mosby; 2001
- 17.Philadelphia, PA: Lippincott. Pritchard, M. J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical p
- 18.Polit, D. F., Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methods*. 6th ed.
- 19.Tse, K-Y., & So, W. K-W. (2008). Nurses' perceptions of preoperation teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 619-625