



เปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยต่อการลดภาวะเครียด
ในผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง

A COMPARATIVE STUDY OF INDIVIDUAL TEACHING TO GROUP TEACHING
FOR REDUCING STRESS IN PATIENT UNDERGOING
ABDOMINAL SURGERY



โดย

กัญญา

ยิ่งไพบูลย์

๒

อภิเนนทาการ

จาก

ห้องสมุดคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

LIBRARY
FACULTY OF SCIENCE
MAHIDOL UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา พยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2525

๒พ

ก 3๙๒ป

2525

ค. 2

หน้าแผ่น
วิทยานิพนธ์
เรื่อง

เปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อยต่อการพัฒนาทักษะการเขียนในหน่วย
คัดสรรของทอง

ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2525

.....
(กัญญา บึงโพธิ์ดง)
ผู้เสนอ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเมียม)
อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
(อาจารย์สุทธิรักษ์ พิมพ์หงส์)
อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มิ่งขวัญ จุลสมัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คุณหญิง กางใจ สิงห์เสนี)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์

หน้าอนุมัติ
คณะกรรมการไต่ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์
เรื่อง

เปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยต่อการลงภาวะเครียดใน
ผู้ป่วยคัดยกรรรมของทอง

โดย

กันยา ยิ่งไพบูลย์

เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2525 เห็นสมควรอนุมัติให้มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาคณะหลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเป็ญ)
ประธานกรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
กรรมการ

.....
(อาจารย์สุทธิตน พิมพ์พงศ์)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กวี สุวรรณกิจ)
กรรมการ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.โสภา ชูพิถุณย์)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันตรี จุลสมัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

ก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว กันยา ยิ่งไพบูลย์

สถานที่เกิด กรุงเทพฯ

ประวัติการศึกษา โรงเรียนสตรีวิทยา

ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น

ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)

ประกาศนียบัตรคุณครู ๓๐ ชั่วโมง

สถานที่ผ่าน ภาควิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง อาจารย์ระดับ 4



หัวข้อวิทยานิพนธ์

เปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยต่อการลด
ภาวะเครียดในผู้ป่วยคัดยกรรรมของทอง

ผู้วิจัย

นางสาว กันยา ยิ่งไพลย์

ระดับปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)

สาขา

การพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์

คณะ

บัณฑิตวิทยาลัย

ผู้ควบคุมการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง

อาจารย์ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์

วัน เดือน ปี

27 ตุลาคม 2525

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงผลของการสอนผู้ป่วยแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อยต่อการลดภาวะเครียดในระยะก่อนผ่าตัด และเพื่อเปรียบเทียบผลของการสอนทั้ง 2 วิธี ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาค้นการผ่าตัดทางช่องท้อง ยกเว้นระยะรอวิวะสัมพันธ์ และทางเคมีสสาระ ณ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี จำนวน 60 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 30 ราย ผู้ป่วยหญิง 30 ราย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย โดยการสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ ๆ (Matching by pair) แต่ละคู่จะต้องเป็นเพศเดียวกัน มีประสบการณ์ในการผ่าตัดเหมือนกัน และระดับความเครียดก่อนการสอนเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยตามแบบแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในวันก่อนผ่าตัด 1 วันในการสอนแบบรายบุคคล ผู้วิจัยทำการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการสอนประมาณ 45 - 60 นาที ส่วนการสอนแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 3 - 4 คน เป็นจำนวน 10 กลุ่ม ทำการสอนโดยวิธีอธิบายกลุ่ม

โดยใช้เวลาในการสอนประมาณ 60 - 90 นาที ภายหลังจากการสอน 1 วัน คือ เช้าวันถัดมา ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเครียดภายหลังสอนอีกครั้งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังสอน ได้แก่เกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วยทางศัลยกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดความเปลี่ยนแปลงของความเครียดที่แสดงออกทางสรีรวิทยา แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วยศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า (1) ในการศึกษาถึงผลการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย พบว่าผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) (2) ในการเปรียบเทียบผลของการสอนทั้ง 2 วิธี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีคะแนนความเครียดลดลงภายหลังการสอนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) (3) ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า ๑๐ มิลลิเมตรปรอท และอัตราการหัวใจที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า ๑๐ ครั้ง ต่อนาทีของผู้ป่วยภายหลังการสอนทั้ง 2 วิธี พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า ๑๐ มิลลิเมตรปรอท และอัตราการหัวใจเกินกว่า ๑๐ ครั้งต่อนาที น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

Thesis Title : A Comparative Study of Individual Teaching to Group
Teaching for reducing Stress in Patient undergoing
Abdominal Surgery

Author : Kanya Yingpaiboon

Degree : Master of Science (Nursing)

Department : Medical-Surgical Nursing

Faculty : Faculty of Graduate Studies

Advisor : Assistant Professor Pensri Rabieb
Assistant Professor Dr. Tassna Boontong
Mrs. Suthiratana Pimpongs

Date of Graduation : October 27, 1982.

Abstract

The purpose of this study was to compare the effect of individual Teaching to group teaching on the preoperative patient's stress level and also to study the effects of each method of teaching. Data were collected from 60 patients (30 males and 30 females), 20 - 60 years old, who were admitted for elective abdominal surgery (except urological and gynaecological surgery) in Siriraj Hospital. Subjects were equally assigned in to two groups : Individual teaching and group teaching by matching according to sex, operational experiences and pre-teaching stress level. Preoperative teaching were held one day prior to surgery. In individual teaching, each subject was given structured teaching at his bedside, whereas in group teaching, ten groups of patients, averaging three or four patients per group were

attended group discussion. Individual teaching usually lasted about 45-60 minutes and group teaching took about 60-90 minutes. All subjects were seen individually in the morning of surgery, by the investigator to reassess post-teaching stress level. Tools used in assessing patient's stress-level developed by investigator, included the physiological stress response instruments, the stress interview form and the stress observation form. The study revealed that (1) The patient's stress level reduced after both individual and group teaching. There were statistically differences of stress level before and after the two methods of teaching. ($P < .01$) (2) The stress reduction of the patients taught by group method was scored higher than those taught by individual method but revealed no statistically significant difference ($P > .05$). (3) The number of patients whom have had increased over 10 mm.Hg. of systolic pressure and have had increased over 10 points per minute of pulse rate in group teaching was lesser than the number in individual teaching but yield no statistically significant difference ($P > .05$).

กิติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง และอาจารย์สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ควบคุมการวิจัยที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ช่วยแก้ไขสิ่งบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมพร บุรราชิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อรพรรณ ทองแดง ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ กวี สุวรรณกิจ อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์ สมพงษ์ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์ และอาจารย์ สุพร พลยานันท์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คุณกนกกรัณท์ สุขะตุงคะ นักจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคุณเนาวรัตน์ ศิริกุล หัวหน้าศึกษัลยกรรม 72 ปี ชั้น 7 ชาย ที่ได้กรุณาช่วยพิจารณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าศึกษัลยกรรม 72 ปี ชั้น 7 ชาย และหญิง ตลอดจนพยาบาลประจำการ ผู้ช่วยพยาบาล และ เจ้าหน้าที่ประจำศึกษัลยกรรม 72 ปี ชั้น 7 ชาย และหญิง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กันยา ยิ่งใหญ่

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้ทำการวิจัย	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญเนื้อหา	ช
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ ๑	
๑. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
จุดประสงค์ของการวิจัย	9
ขอบเขตของปัญหา	9
ขอบเขตของการวิจัย	10
สมมติฐานของการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
๒. วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	13
๓. วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	68

บทที่		หน้า
4	การเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	73
	อภิปรายผลการวิจัย	78
5	สรุปผลการวิจัยและขอเสนอแนะ	
	สรุปผล	87
	ขอเสนอแนะ	90
	บรรณานุกรม	92
	ภาคผนวก ก.	101
	ภาคผนวก ข.	114
	ภาคผนวก ค.	134
	ภาคผนวก ง.	140

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนความเครียดที่เปลี่ยนไปภายหลังการสอนในกลุ่มที่ ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและกลุ่มย่อย	74
2	เปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลงภายหลังการสอน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย	75
3	เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความถี่โลหิตศาสตร์โลหิตที่ เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังการสอนแบบ รายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย	76
4	เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจรที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที ภายหลังการสอนแบบรายบุคคล และแบบ กลุ่มย่อย	77
ก.	คะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอนของผู้ป่วยในกลุ่มที่ ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย	134



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจน้อยที่สุดเท่าที่ภาวะของเขาจะให้อำนวยได้¹

ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยย่อมจะมีความเครียดสูง อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล ความกลัว เกี่ยวกับความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัด กลัวจะเสียภาพพจน์ของตัวเอง กลัวหมดสมรรถภาพภายหลังผ่าตัด² ซึ่งมีสาเหตุจากความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ตนกำลังประสบอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจ และกลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด³ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล

¹ Dorothy F. Johnson and Gail H. Hood, Total Patient Care: Foundation and Practice (4th.ed; Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1976) p. 142.

² Jeanette E. Watson, Medical - Surgical Nursing and Related Physiology (Philadelphia : W.B. Saunders Comp, 1979) p. 165.

³ Ibid.,

ผู้ป่วยจะต้องถูกแยกจากครอบครัวมาประสบกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น บุคลากร สถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะ มาอยู่โรงพยาบาล วิธีการปฏิบัติรักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิด ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้¹

เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัวในระยะ ก่อนผ่าตัด ย่อมมีผลกระทบต่ออาการตอบสนองทางสรีรวิทยา เช่น อาจก่อให้เกิดอาการ อาเจียน ท้องอืดของน้ำปัสสาวะ ความเจ็บปวด อาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ในระยะหลังผ่าตัดได้² ทำให้การฟื้นตัวช้าลง ระยะหลังผ่าตัดช้า หรือใช้ระยะเวลา นอนออกไป เป็นเหตุให้งานด้านรักษายาบาลหันเหไปไม่บรรลุเป้าหมาย วิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ก่อนผ่าตัดได้นั้น พยาบาลควรจะต้องอธิบาย ถึงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยควรจะต้องทราบ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมจิตใจ ผู้ป่วยให้พร้อมที่จะทำการผ่าตัด^{3,4} โดยพยาบาลจะต้องเข้าใจจิตใจ ผู้ป่วย ให้ความมั่นใจ คอยให้ความช่วยเหลือและความกระจ่างในเรื่องต่าง ๆ ซึ่ง เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งนี้พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ความกลัว ความวิตกกังวล

¹ Doris L. Carnevale, "Preoperative Anxiety" "American Journal of Nursing, Vol.7, No. 1 (July, 1966) 1538.

² Watson, Opcit, p. 165.

³ George D. Lemaitre and Janet A. Finegan, The Patient in Surgery: a guide for Nurse (4th ed; Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1980) p. 49

⁴ Margaret Boye Marcinek, "Stress in the Surgical Patient" American Journal of Nursing, Vol. 77, No. 11 (November, 1977) 1809 - 1811.

ต่าง ๆ ให้มากที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด
จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปัญหาในระหว่างผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายกัน
โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความกระจ่าง แก่ความเข้าใจผิดพลาดของผู้ป่วย โดยการให้
ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด การใส่ยาระงับความรู้สึก ผลการผ่าตัด สภาพของ
ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กฎระเบียบของ
โรงพยาบาล^{1,2} ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับการสอนก่อน
ผ่าตัดอย่างมีแบบแผน เกี่ยวกับการไอ การหายใจลึก ๆ การเคลื่อนไหวร่างกาย
ในระยะหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมจิตใจให้พร้อมก่อนผ่าตัด และสามารถปฏิบัติ
ตัวได้ถูกต้องภายหลังผ่าตัด

ทั้งนี้พยาบาลควรตระหนักถึงหน้าที่ ความรับผิดชอบในบทบาทการสอน
ผู้ป่วยให้มาก³ แต่จากประสบการณ์การทำงาน พบว่าส่วนใหญ่การสอนของพยาบาล
จะเป็นลักษณะ "บอก" มากกว่าการสอนอย่างมีแบบแผน ไม่นำถึงปัญหาค้นจิตใจ
และความพร้อมของผู้ป่วยว่า จะสามารถรับรู้ และนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ แต่
อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันมีพยาบาลในสถานพยาบาลบางแห่งเริ่มให้การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

¹ Jennifer Boor, "Pre - Operative Care of Patients" Nursing Time (March, 1977) 409 - 411.

² Joan Luckman and Karen Creason Sorensen Medical Surgical Nursing (Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1974) p. 317 - 318.

³ Barbara Klug Redman The process of patient Teaching in Nursing (3rd ed. ; Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1976) p. 1.

อย่างจริงจัง หรืออย่างมีแบบแผน โดยสอนเป็นรายบุคคล ซึ่งผลของการสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนเป็นรายบุคคลจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้¹ สามารถช่วยลดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดได้² สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในเรื่องการไอ การหายใจลึก ๆ และการออกกำลังกายที่เตียงได้ดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสุขภาพหลังผ่าตัด และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน³

จะเห็นได้ว่าการสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีการเตรียมผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และนิยมใช้กันมากในการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตาม แม้วิธีการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจะเป็นวิธีการที่ดีอย่างหนึ่ง แต่จะใช้เวลามากในสถานการณืจริง เจ้าหน้าที่พยาบาลก็มีจำนวนไม่มากพอ จึงทำให้การสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทำได้ไม่ทั่วถึง

ตามหลักของการสอนในผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ จะต้องให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะต้องให้การเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา เข้าใจ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน การเรียนรู้จะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อตัวผู้เรียนมากขึ้น ถ้าผู้เรียนเข้ามามีบทบาท หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม (Group Participation) เมื่อผู้เรียนมีส่วนร่วมในกลุ่มจะเกิดความรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมกระทำความอย่างแท้จริง

¹พนารัตน์ โพธิาเจริญ. "การแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องเพื่อลดความวิตกกังวล" (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัตรศึกษาด้านการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์, 2519)

² Chuleporn Chawmathagit "Effect of Preoperative Psychological Approach on the post operative Pain Response in the surgical Patient" (Unpublished Master of Science Degree thesis, The faculty of Graduate Studies Mahidol University, 1979)

³ Betty Van Aurnam and Carol A. Lindeman "Nursing Intervention with the presurgical patient : the effects of structured and unstructured preoperative Teaching" "Nursing research", Vol 20, No. 4 (July - August, 1971), 319 - 332.

ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำเนื้อหาวิชา หรือแนวความคิดที่ได้จากการเข้าร่วมในกลุ่มได้อย่างดียิ่งกว่า¹ ดังนั้นหลักในการสอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พยามาต้องการ จะต้องคำนึงถึง

1. ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ต้องการเรียนรู้ในสิ่งที่พยามาการสอน
2. จะต้องมีการบรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี
3. ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยน

ความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน^{2,3}

จากแนวความคิดในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตด้วยวิธีทำกลุ่มจิตบำบัด

(Psychotherapeutic group) ได้มีการดัดแปลงมา เป็นการทำกลุ่มบำบัด

(therapeutic group) ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกายทั่ว ๆ ไป

โดยเฉพาะผู้ป่วยทางด้านอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เช่นผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และ

เรื่องที่เกี่ยวข้องกับควมเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากความ

เจ็บป่วยทางกาย⁴ ได้มีการนำเอาวิธีการของกลุ่มบำบัดมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

¹ ทัศน งามดี และคณะ กลุ่มสัมพันธ์ ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติ

(เล่ม 1; กรุงเทพฯ : บุรพาสีการพิมพ์, 2522) หน้า 229.

² Barbara Klug Redman, "Guidline for Quality Care in Patient Education" Canadian Nurse, Vol. 71, No. 2 (February, 1975) pp. 19 - 21.

³ Jo Ann Perry, " Effective of Teaching in the Rehabilitation of Patients with Chronic Bronchitis and Emphysema" Nursing Research, Vol. 30, No.4 (July - August, 1980) , 219.

⁴ Gwen D. Marram, The Group approach in Nursing practice (2nd ed.; Saint Louis, : The C.V. Mosby Company, 1978) pp.19-21.

เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงอาการ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคมะเร็ง โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความกลัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำ และตอบข้อสงสัย ซึ่งวิธีการนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไปในทางที่ดีขึ้น 1,2,3

ดังนั้นจึงมีผู้นิยมนำเอาวิธีทำกลุ่มมาช่วยใช้ในการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการผ่าตัด ในการที่ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กันในระยะก่อนผ่าตัด จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความรู้สึก ความนึกคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือความวิตกกังวล และความกลัวการผ่าตัด ในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยได้ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วยและการอยู่ในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น 4 เกิดความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัดไปในทางที่ดีขึ้น 5 มีนักวิจัยทางการแพทย์หลายท่านได้ทำการ

¹ Helen H. Whitman, James P. Gustafson and Frederick W. Coleman "Group approaches for Cancer Patients : Leaders and Members." American Journal of Nursing, Vol. 79, No.5, (May, 1979) 910 - 913.

² Patricia Paul Kelly and Gloria Coats Ashby. Group Approach for Cancer Patients : Establishing a Group American Journal of Nursing. Vol.74, No.5 (May, 1979) , 914 - 915.

³ Judith Sanders, Sharon Krumm, and Patricia Vannatta, "Group Approaches For Cancer Patients. A Group for Teaching Chemotherapy" American Journal of Nursing, Vol. 79, No.5 (May, 1979) 916.

⁴ Marram, Op.cit., p. 24.

⁵ Marram, Op.cit., p. 26.

ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยวิธีการสอนเป็นกลุ่ม เช่น เมสซานอท์ (Mezzanotte)¹ ได้ทำการวิจัยเรื่อง การสอนผู้ป่วย เป็นกลุ่มย่อย (กลุ่มละ 4 คน) ก่อนผ่าตัดโดยสอนเกี่ยวกับเรื่อง การเตรียมตัว ๆ ไป ก่อนผ่าตัด กฎระเบียบของโรงพยาบาล วิธีควบคุมและลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และ สอนเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถาม และเข้าร่วมในการ อภิปรายถกเถียงปัญหาในกลุ่ม แล้วทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดแล้ว พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญและชอบวิธีการสอนเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถจดจำและปฏิบัติ เกี่ยวกับการไอ การหายใจลึก ๆ และการออกกำลังกายหลังผ่าตัดได้ดี

ลินดีแมน (Lindemann)² ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของ การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นกลุ่ม และการสอนเป็นรายบุคคล โดยสอนในเนื้อหา เกี่ยวกับทั้ง 2 กลุ่ม จากการศึกษาครั้งนี้เขาได้สรุปว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอน เป็นกลุ่มจะสามารถปฏิบัติตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนเป็นรายบุคคล และการสอน เป็นกลุ่มจะช่วยประหยัดเวลาในการสอนไ้มากกว่าการสอนเป็นรายบุคคล

สมิท และวูลริดจ์ (Schmitt and Woolridge)³ ได้ ทำการศึกษาถึงผลของการเตรียมค่านจิตใจแบบพิเศษก่อนผ่าตัด ต่อการลดความเครียด

¹Elizabeth Jane Mezzanotte "Group Instruction in Preparation For Surgery" American Journal of Nursing, Vol. 70, No. 1 (January, 1970). 89 - 91.

²Carol A. Lindeman, "Effectiveness and Efficiency of Group and Individual Preoperative Teaching" Nursing research, Vol 21, No.3 (May - June, 1972)

³Forenc E. Schmitt and Powhaton J. Woolridge "Psychological Preparation of Surgical Patient" Nursing research, Vol.22, No. 2 (March - April, 1973). 105 - 115.

โดยวัดผลการตอบสนองความเครียด ซึ่งแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physiological response) ภายหลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองจะจัดให้ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มย่อย เพื่ออภิปราย ถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องความกลัว ความรู้สึกที่จะต้องรับการผ่าตัด โดยมีพยาบาลเป็นผู้ คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ช่วยตอบข้อสงสัยที่ผิด ๆ ของผู้ป่วย และสอนวิธีปฏิบัติตนในระยะพักฟื้น ส่วนในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแล

ตามกิจวัตรประจำวันจากพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวล และมีความต้องการยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนจากพยาบาลประจำการ และภายหลังผ่าตัดสามารถนอนหลับได้มากกว่า มีการคั่งของน้ำปัสสาวะน้อย สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เร็วกว่า และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนจากพยาบาลประจำการ

บัวร์ (Boor)¹ ได้เสนอความคิดเห็นว่า การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อย่างมีแบบแผน จะให้ผลดีกว่าการสอนอย่างไม่มีแบบแผน และการสอนเป็นกลุ่มจะให้ผลดี เท่า ๆ กับการสอนเป็นรายบุคคล แต่การสอนเป็นกลุ่มสามารถช่วยประหยัดเวลาที่จะใช้ในการสอนผู้ป่วยทีละคน

อย่างไรก็ตามยังเป็นที่ถกเถียงกันมากเกี่ยวกับผลของวิธีการสอนผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด โดยใช้วิธีสอนเป็นรายบุคคล และการสอนเป็นกลุ่ม และยังต้องการผู้ที่ทำการ ศึกษาวิจัยถึงเรื่องนี้ต่อไปอีก² เพื่อสรุปผลว่า พยาบาลควรจะสอนผู้ป่วยในระยะก่อน ผ่าตัด โดยวิธีใดจึงจะดีที่สุด

¹Boore, Op.cit., p. 410.

²Redman, Op.cit., p. 8.

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าในวงการพยาบาลของไทย
ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยวิธีการการสอนเป็นกลุ่ม ผู้วิจัยในฐานะ
ที่เป็นพยาบาลทาง ศัลยกรรม โค้ชระหนักถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการสอน
ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จึงได้สนใจที่จะศึกษาหาวิธีสอนที่ดีที่สุด เพื่อที่จะนำมาใช้ในการ
เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดความเครียด
ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด
ได้อย่างถูกต้อง เช่น การไอ การหายใจลึก ๆ การออกกำลังกายภายหลังผ่าตัด ซึ่ง
จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัด และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในเวลา
รวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการ ศึกษา เปรียบเทียบผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
เป็นรายบุคคล และการสอนเป็นกลุ่ม โดยวิธีการกลุ่มแบบปิด เพื่อนำผลการวิจัยมาประกอบ
การพิจารณาวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อสร้างแผนการสอนผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการลดความเครียด
ของผู้ป่วย

2. เพื่อศึกษาถึงผลของการสอนผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล
และแบบกลุ่มย่อย

3. เปรียบเทียบผลการสอนผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล และ
การสอนแบบกลุ่มย่อย

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การสนองตอบต่อความเครียดที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นพฤติกรรมที่
สามารถสังเกตและวัดได้

2. พฤติกรรมที่วัดได้จากเกณฑ์ประเมินความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ถือว่าเป็นการแสดงออกอย่างจริงจังของผู้ป่วย และเป็นตัวอย่างเพียงพอของพฤติกรรม
ทั้งหมดของการสนองตอบต่อความเครียด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง (ยกเว้นอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ) ณ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคหัวใจ ความดันโลหิต หรือโรคจิต โรคประสาท และไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการใช้ภาษาพูด

ความจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาถึงผลของการสอนต่อการลดภาวะเครียดในระยะก่อนผ่าตัดเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาถึงความเครียดในระยะหลังผ่าตัด

สมมุติฐานของการวิจัย

1. คะแนนความเครียดของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนแบบรายบุคคลจะน้อยกว่าคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอน
2. คะแนนความเครียดของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยจะน้อยกว่าคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยจะมีคะแนนความเครียดลดลงภายหลังได้รับการสอน มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย จะมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และชีพจร (ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงวิธีการสอนที่ถูกต้องและดีที่สุด ในการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นการช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพราะการที่ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง หรือมีน้อยที่สุดจะช่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับสภาพความเจ็บป่วย ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น และปราศจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอันเนื่องมาจากความเครียด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วยิ่งขึ้น

2. เป็นประโยชน์แก่ผู้บริหารด้านการพยาบาลที่จะนำไปใช้ เนื่องจากการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม จะช่วยประหยัดเวลา และกำลังบุคลากรได้มากกว่าการสอนเป็นรายบุคคล
3. นำผลการวิจัยไปปรับปรุงการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยทางคำจกจิตใจให้พร้อมก่อนผ่าตัด
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งทางการแพทย์ และพยาบาล และสำหรับผู้สนใจที่จะทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อไป

คำจำกัดความที่ใช้

1. ภาวะเครียด หมายถึง ปรากฏการณ์ของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในบุคคล เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อปรับภาวะสมดุลในบุคคล การตอบสนองที่เกิดขึ้นอาจปรากฏออกมาทั้งทางพฤติกรรมที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ โดยมีการตอบสนองทั้งทางคำจก อารมณ์ เช่น ไม่สบายใจ วิตกกังวล ซัดเซง คับข้องใจ กลัว ไม่พอใจ และการตอบสนองทางคำจก สรีรวิทยา เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น สิ่งที่มาคุกคามซึ่งกระตุ้นให้บุคคลต้องมีการตอบสนองนั้น อาจมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและ/หรือภายในร่างกาย เช่นสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิธีการรักษาพยาบาล
2. การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล หมายถึงการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างมีแบบแผนตามแบบแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ประเมินความพร้อมที่จะเรียนของผู้ป่วย วางแผนการสอน ดำเนินการสอน และประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สอนให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยกำหนดหัวข้อการสอนไว้ 6 หัวข้อ (ดูได้จากภาคผนวกเกี่ยวกับข้อมูลที่จะสอนผู้ป่วย) ทั้งนี้เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย อันเป็นวิธีเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทางคำจกจิตใจก่อนผ่าตัด

3. การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบกลุ่มย่อย หมายถึง การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างมีแบบแผนตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้วิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วยไม่เกิน 3 - 4 คน โดยใช้หลักและวิธีการของกลุ่มบำบัด (Therapeutic group) โดยมีการสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด ระบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และสิ่งคาดหวังเกี่ยวกับโรค และการรักษา ด้วยการผ่าตัดในระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมอภิปราย ทบทวนปัญหา และข้อข้องใจบางประการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยตามหัวข้อการสอน เช่น เกี่ยวกับการสอนเป็นรายบุคคล คอยเชื่อมโยงและกระตุ้นเพื่อให้การอภิปรายดำเนินไปอย่างเป็นกันเอง เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่จำเป็น และเกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก

4. ผู้ป่วยศัลยกรรมของท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เกี่ยวกับอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ ทับ ลำไส้เล็ก ทับอ่อน (ยกเว้นระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ) :

วรรณคดี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แยกกล่าวรายละเอียดออกเป็น 5 ส่วนคือ พยาบาลกับบทบาทในการสอน การสอนผู้ป่วยโดยวิธีกลุ่มบำบัด มโนทัศน์ของความเครียด และการปรับตัว ภาวะเครียดในผู้ป่วยศัลยกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พยาบาลกับบทบาทในการสอนผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่คงรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลย่อมมีความหวาดหวั่นและอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับชีวิตของเขหรือครอบครัวของเขา จากการศึกษาคของคอดจ์ (Dodge) พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือการวินิจฉัยโรค สาเหตุของความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จะคงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และสิ่งที่ผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมมีความต้องการมากที่สุดคือ รายละเอียดของการผ่าตัด การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และกิจกรรมที่คงจำกัดในระยะพักฟื้น¹ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความเจ็บป่วยและความจำเป็นในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แต่ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วย

¹ Joan S. Dodge, "Factor Related to patients Perception of their Cognitive needs" Nursing Research, Vol 18, No.6 (November - December, 1969) 505 - 507.



เข้าใจถึงการรักษาพยาบาลและตระหนักถึงผลดี ที่ได้จากรักษาตัวในโรงพยาบาล
ก็จะทำให้การรักษาพยาบาลดำเนินไปได้โดยราบรื่น¹ ดังนั้นการสอนและการให้
คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรใน
ทีมสุขภาพทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลเป็นบุคคลที่จะทำหน้าที่สอนให้ความรู้
แก่ผู้ป่วยได้ดีที่สุด^{2, 3} เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ทราบถึงการวินิจฉัยโรค
การรักษา การพยากรณ์โรค และเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ย่อมจะเข้าใจ
ในภูมิหลัง ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนใน
เรื่องหรือสิ่งที่สอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และทราบว่าควรสอนอย่างไร จึงจะทำให้
ผู้ป่วยยอมรับและนำไปปฏิบัติตาม⁴ วินส์โลว์ (Winslow) ได้กล่าวถึง

¹ พาทินี สุชะเนนย์ "การสอนสุขภาพอนามัย : บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่ง
ในการเป็นพยาบาล" วารสารพยาบาล, ปี 21 ฉ.6 (เมษายน, 2515) 96 - 97.

² George E. Reader, "Developing Patient's knowledge of
Health" Hospitalals J. A.H.A., Vol 47, (March 1, 1973) 111 - 114

³ Elizabeth Halm Winslow, "The Role of the Nurse in Patient
Education" The Nursing Clinics of North America, Vol 11, No2 (June,
1976) 213 - 223

⁴ พาทินี สุชะเนนย์. เรื่องเดิม, หน้าเดียวกัน

การศึกษาของ Weiler ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อตัวเขาไ้มากที่สุด¹ ดังนั้นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาล เพราะสามารถสอนได้หลายสถานการณ์ และในหลายระยะของการเจ็บป่วย การสอนจะต้องเริ่มตั้งแต่เรื่องทั่วไปจนถึงเรื่องเฉพาะ ทั้งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละบุคคล ซึ่งรวมถึงปัญหาทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สมิท (Smith) ได้กล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการสอนผู้ป่วยไว้ว่า นอกจากจะมีหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยตรงแล้ว จะต้องสอนให้ พยาบาลอื่น ๆ รู้ถึงวิธีการสอน การทำบันทึกการสอน การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยจัดให้มีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และประสิทธิภาพระหว่างปฏิบัติงาน และเพื่อให้ พยาบาลทุกคนเข้าใจและตระหนักถึงบทบาทในด้านการสอนผู้ป่วย²

อย่างไรก็ตาม การสอนผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องอาศัยเวลา และความอดทน เป็นงานที่จะต้องมีการวางแผนอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละราย มีความแตกต่างกัน ในภูมิหลัง สุขนิสัยส่วนบุคคล ความรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ฯลฯ จึงทำให้พยาบาล บางคนมองไม่เห็นความสำคัญ หรือเห็นความสำคัญแต่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านนี้อย่างจริงจัง วินส์โลว์³ ได้สรุปสาเหตุที่ทำให้พยาบาลไม่ได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยคือ

¹Winslow, Op.cit., 213 - 223.

²Carol G. Smith, "Patient Education in Ambulatory Care " The Nursing Clinics of North America, Vol 12. No.4 (December, 1977) 595 - 608.

³Winslow, Op.cit., 213 - 223.

1. ไม่มีเวลาเพียงพอ เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานหนัก จำนวน พยาบาลมีน้อย และมีงานอื่น ๆ ที่จะต้องทำก่อนเช่น การดูแลในเรื่องความสะอาด และความสุขสบายทางร่างกาย การให้ยา ฯลฯ จึงละเลยในการสอนผู้ป่วย

2. ขาดความรู้ ซึ่งเป็นอุปสรรคอันหนึ่ง ทำให้ขาดความมั่นใจในเรื่อง ที่จะสอน หรือไม่มีความรู้ลึกซึ้ง ทำให้พยาบาลไม่ทำการสอนผู้ป่วย

3. ไม่ได้เตรียมการสอนที่เพียงพอ ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ เรียนการสอน และไม่เข้าใจถึงความพร้อมหรือไม่พร้อมที่จะเรียนของผู้ป่วย การที่ ผู้สอนจะเกิดความมั่นใจที่จะสอนได้นั้น ผู้สอนจำเป็นต้องมีทักษะและการเตรียมตัว พอสมควร

4. ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารการพยาบาล ผู้มีหน้าที่เกี่ยวกับการ บริหารบริการพยาบาลควรจะให้ความสะดวก หรือมีการกระตุ้นให้พยาบาลทำการสอน ผู้ป่วย และหาทางช่วยให้พยาบาลมีความรู้ และทักษะในการสอนผู้ป่วย พยาบาลบางคน ไม่ชอบการสอน เพราะการสอนไม่ใช่หน้าที่สำคัญอันดับแรกที่จะต้องกระทำ และยังไม่ เกิดผลเสียที่มองเห็นได้ทันที ถ้าไม่ทำการสอนผู้ป่วย ฉะนั้นจึงมักจะละเลยหรือเก็บไว้ ทำเป็นอันดับสูญท้าย

5. ขาดการประสานงานระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพ การสอนผู้ป่วยควร เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน ดังนั้นควรมีการวางแผน และบันทึกลงในแผนการพยาบาลว่า ใครจะเป็นผู้สอน สอนเรื่องอะไร ใดสอนแล้ว หรือยัง

6. บางคนเชื่อว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะทำให้ความสำคัญของพยาบาล ลดลง พยาบาลบางคนเชื่อว่า ถ้าให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ ของตน จึงไม่สอนหรือบอกให้ผู้ป่วยทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะทราบ

7. ผู้ป่วยไม่ทำตาม เมื่อผู้ป่วยไม่สนใจที่จะถาม พยาบาลบางคนจึงถือว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบ หรือคิดว่าผู้ป่วยทราบอยู่แล้ว

8. แพทย์ไม่ยอมให้พยาบาลสอนผู้ป่วย ด้วยความเชื่อเก่า ๆ ของแพทย์ที่ว่าพยาบาลมีความรู้น้อย จะตอบปัญหาไม่ได้ จึงทำให้พยาบาลไม่อยากพูดคุยและสอนผู้ป่วย

การสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน

การที่จะให้เกิดประสิทธิภาพในการสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องมีเวลาสำหรับการสอนให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ป่วยอย่างจริงจัง จะต้องมีการวางแผนการสอนอย่างมีระบบแบบแผนตามขั้นตอน คือจะต้องมีการค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยวางแผนการสอน ดำเนินการสอน และประเมินผล¹ นอกจากนี้จะต้องนำเอากระบวนการทางการศึกษามาใช้ในการวางแผนการสอนอีกด้วย² กระบวนการสอนที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดี จะต้องประกอบด้วย³

¹Dawn P. Schrankel, "Pre - Operative Teaching" Supervisor Nurse, Vol 9, No.5 (May, 1978) 82 -90.

²Susan Warner Salsmond, "Inservice and Patient education" Supervisor Nurse, Vol 9, No.5 (May, 1978) 95 - 101.

³Barbara Klug Redman, The Process of patient teaching in Nursing (3rd ed; Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1976) p.24.

1. การประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย
2. การประเมินความพร้อมที่จะเรียน
3. การวางแผนการสอน
4. การดำเนินการสอน
5. การประเมินผลการสอน

1. การประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย กระบวนการเรียนรู้จะต้องเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนต้องการทราบข้อมูล หรือต้องการมีความสามารถในเรื่องใดบ้าง พยาบาลสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้จากคำพูดของผู้ป่วยโดยตรง และจากการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ¹

2. การประเมินความพร้อมที่จะเรียน ความพร้อมที่จะเรียนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการสอนหรือกระบวนการเรียนรู้ ² ความพร้อมที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

ก. ความพร้อมทางอารมณ์ (Emotional readiness) ซึ่งขึ้นกับความตั้งใจของแต่ละคน บรรยาการที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้

¹Ibid., p. 23.

²Karen S. Sander and orthers, Practical Manual For Patinet - Teaching (Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1978) p. 2.

ข. ความพร้อมทางด้านการประสบการณ์ (Experience readiness) ซึ่ง
ขึ้นกับภูมิหลังของผู้ป่วย ประสบการณ์ของชีวิต ทักษะ ทศนคติ สภาพเศรษฐกิจ และ
วัฒนธรรม

ดังนั้นพยาบาลจะต้องพยายามค้นหาว่า ผู้ป่วยมีความสนใจในเรื่องอะไรบ้าง
ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนหรือไม่
หรือผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนหรือไม่ ความเชื่อถือหรือทัศนคติต่อการรักษาพยาบาล
ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ตลอดจนจะต้องค้นหาว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านร่างกาย
(Physical limitation) ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยจะยอมรับสภาพที่จะ
ต้องพึ่งพาแพทย์และพยาบาลในขณะที่เขาเจ็บป่วย หรือผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ
หรือสติปัญญา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในความพร้อมต่อการเรียนรู้ของ
ผู้ป่วย ¹

3. การวางแผนการสอน คือ การวางแผนการสอนซึ่งจะนำไปสู่การสอนที่มีประสิทธิภาพ
การวางแผนการสอนจะต้องประกอบด้วย การตั้งจุดประสงค์ของการสอน ซึ่งจุดประสงค์
ของการสอนมีได้หลายประการ เช่น สอนเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
ได้ดีขึ้น สอนเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางด้าน
จิตใจ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น ² พยาบาลผู้สอนจะต้องเลือก

¹ Ibid., p. 3.

² Ibid., p. 5.

เนื้อหาของสิ่งที่จะทำการสอน หรือสิ่งที่ต้องการแนะนำให้ผู้ช่วยเลือกวิธีการสอนที่เหมาะสมอันจะช่วยให้ผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดี และจะต้องมีการวางแผนการ-
ประเมินผลเมื่อการสอนหรือการแนะนำสิ้นสุดลง

4. การดำเนินการสอน คือการนำเอาแผนการสอนที่วางไว้มาใช้สอนหรือแนะนำ
ผู้ช่วยอย่างจริงจัง

5. การประเมินผล เมื่อทำการสอนผู้ช่วยแล้ว ต้องมีการสรุปผลว่าผู้ช่วยสามารถ
เรียนรู้จากสิ่งที่สอนได้มากน้อยเพียงไร มีข้อบกพร่องหรือปัญหาอะไรบ้างที่ทำให้
การสอนไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ทั้งที่กล่าวมาแล้วว่า การสอนอย่างมีแบบแผน จำเป็นต้องนำเอากระบวนการ-
การทางการศึกษามาใช้ ซึ่งวิธีการสอนทุกวิธีนั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ฉะนั้นการที่จะ
เลือกใช้วิธีการสอนแบบใด ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ คือ
จุดมุ่งหมายของการสอน เนื้อหาที่จะสอน ความต้องการของผู้เรียน ความรู้ความ
สามารถและความถนัดของผู้สอน วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่จะใช้สอน¹

วิธีการที่นำมาใช้ในการสอนผู้ช่วยที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธี

1. การสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการสอนผู้ช่วย
มากวิธีหนึ่ง เพราะวิธีนี้มีผลคือ ²

¹ สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, "ผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับคำแนะนำ
จากพยาบาล" (รายงานการวิจัยของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2524) หน้า 12.

² สุนทรี ภาณุทัต, เรื่องเดียวกัน หน้า 16.

ก. ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ฉะนั้นการให้ความรู้จะตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เพราะผู้ป่วยแต่ละคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน ก็มีความแตกต่างกันมากเกี่ยวกับภูมิหลัง ความรุนแรงของโรค การรักษา โรคแทรกซ้อน ฯลฯ

ข. ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจน สามารถแก้ไข ปัญหาเองได้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจปัญหาของตนเอง หรือแก้ปัญหาลำบากไม่ได้

ค. สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที หากวิธีการสอนยังไม่เหมาะสมก็สามารถเปลี่ยนวิธีการได้

ง. ทำให้ได้ทราบว่าควรจะให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยแต่ละคนมากน้อยเพียงใด และในแง่ไหนบ้าง

จ. เป็นการสร้างสัมพันธ์ไมตรีที่ดีต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้สอน และผู้ป่วยให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสทราบถึงปัญหา ขอสงสัย ความไม่พอใจ ฯลฯ ของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่และบริการของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม แม้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล จะเป็นวิธีการที่ดีสำหรับการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แต่เป็นวิธีการที่จะต้องเสียเวลามาก และพยาบาลมีงานอื่นที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำอีกมาก อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลก็มีไม่มากพอที่จะทำการสอนผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวได้ จึงทำให้มีการนำเอาวิธีการสอนเป็นกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2. การสอนเป็นกลุ่ม

ตามหลักของการสอนผู้ใหญ่ที่เป็นผู้ใหญ่ จะต้องให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะต้องให้การเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา เข้าใจ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน การเรียนรู้จึงจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อตัวผู้เรียนมากขึ้น ถ้าผู้เรียนเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม (Group Participation) เมื่อผู้เรียนมีส่วนร่วมในกลุ่มจะเกิดความรู้สึก และ

อารมณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่มีส่วนร่วมกระทำอย่างแท้จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำเนื้อหาวิชา หรือแนวความคิดที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มได้อย่างดีด้วย¹ โบวาร์ด (Bovard)² ได้กล่าวว่า การเรียนโดยยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Group Centered Class) จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกอบอุ่นใจ เพราะมีการสื่อสารทางวาจา ที่ช่วยให้ผู้เรียนไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

นักจิตวิทยา เชื่อว่า การเรียนรู้อาจเป็นผลดี ถ้าผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ดังนั้นวิธีการสอนที่ดี ควรจัดให้ผู้เรียนมีความสัมพันธ์กันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้สมาชิกมีโอกาสพบปะสนทนากันได้ทั่วถึง (Face to Face group) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การเรียนรู้ในสภาพการณ์นี้จะก่อให้เกิดความรู้ลึกซึ้งนึกคิดและอารมณ์ในทางดีขึ้น³

การเรียน- การสอนในผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ บทบาทของผู้สอนก็คือ ผู้ที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาในฐานะเป็นแหล่งความรู้ และเป็นผู้ร่วมในการ

¹ ทิศนา แชนมดีและคณะ เรื่องเดิม., หน้า 229.

² Hvetta W. Boward Jr., "The Psychology of Classroom Interaction" Journal of Educational Research, Vol. 45, (November, 1951) 215 - 24.

³ John Withal and W.W. Levis "Social Interaction in the Classroom" Handbook of research on Teaching education (Chicago : Rand McNally and Company, 1963) pp.684.

หาปัญหาเพื่อที่จะตอบ ดังนั้นการจัดวิธีการเรียนของผู้ใหญ่ จึงมักเน้นในรูปของ
การประชุมกลุ่มย่อย ¹

การสอนผู้ป่วยโดยวิธีการกลุ่มบำบัด

ปัจจุบันมีการนำเอาวิธีการของกลุ่มบำบัด (Therapeutic group) ซึ่งดัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิต (Psychotherapeutic group) มาใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ผู้ป่วยทางจิตอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์ เพื่อจะให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่มีปัญหาทางจิตใจอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย ² สคิฟ (Skiff) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการนำเอาวิธีการสอนเป็นกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยไว้ว่า เพื่อแก้ไขสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจผิด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้งปัญหาของผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติตนไปในทางที่ถูกต่อตามหลักของสุขภาพอนามัย และเพื่อขจัดความรู้สึกที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง หรืออยู่โดดเดี่ยว เนื่องจากไม่มีการ

¹ วิเชียร ทวีลาภ. "การศึกษาผู้ใหญ่" วารสารพยาบาล, ปีที่ 26, ฉบับที่ 1 (มกราคม, 2520) 25 - 39.

² Marram, Op.cit., pp.19 - 21.

ทุกคน มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ¹ นอกจากนี้ได้มีผู้นำเอาวิธีการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงอาการ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษา โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความกลัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำ และตอบข้อสงสัย ซึ่งวิธีการนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไปในทางที่ดีขึ้น 2,3,4

ดังนั้นจึงมีผู้นิยมเอาวิธีของกระบวนการกลุ่ม (Group Process) มาใช้ในการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยลดความเครียดความวิตกกังวล ของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการผ่าตัด ⁵ การที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้าย ๆ กันในระยะก่อนผ่าตัด จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับความ

¹ Anna Skiff "Hospital office promotes health Education" Hospital J.A.H.A., Vol.47, (March 1, 1973) 117 - 120.

² Coleman, Gustafson and Whitman, Op.cit., pp. 910-913.

³ Ashby and Kelly, Op.cit., pp. 914 - 915.

⁴ Kruman, Sanders and Vannatta, Op.cit., p. 916.

⁵ Jean Walter, "Four Practical Question to ask when Organizing Preoperative Class" American Journal of Nursing, Vol.19, No.6 (June,1976) 1090 - 1091.

เจ็บป่วย หรือความวิตกกังวล ความกลัวการผ่าตัดในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยได้ดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วย และการอยู่โรงพยาบาลได้ดีขึ้น ¹

หลักของการทำกลุ่มบำบัด (Principle of Therapeutic Group)

การเจ็บป่วยทางกายเป็นภาวะวิกฤติที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต ในภาวะเช่นนี้บุคคลจะเสียภาวะสมบุรณ์ทางก้นจิตใจและอารมณ์อย่างมาก ซึ่งบุคคลจะต้องพยายามปรับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อกลับเข้าสู่ภาวะสมบุรณ์ทั้งกายใจโดยเร็วที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤติน้อยที่สุด หรือช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติไปรับตัวเพื่อลดภาวะวิกฤตนั้นโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้จึงมีการนำเอาวิธีการกลุ่มบำบัดมาใช้ในผู้ป่วยโรคทางกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรักใคร่และความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองไปในทางดีขึ้น ²

¹ Marram, Op.cit., p. 24.

² Ibid.

การทำกลุ่มบำบัด เป็นการจกกลุ่มเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ทอกัน และให้ไ้ประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์ จุดมุ่งหมายหลักของการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยโรคทางกาย ไม่ใช่เพื่อการรักษาโรคโดยตรง แต่เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากภาวะด้านจิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และเมื่อไ้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเองไ้ผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายไปไ้ด้วยดี ¹

คาน และทอมสัน (Kahn and Thompson) ไ้ไ้ความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยจะเกิดการเร่ยนรู้ไ้ค้ันั้น ควรจัดไ้มีการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อช่วยไ้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (change) ส่งเสริมไ้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเช่อกาง ๆ ซึ่งเป้นผลจากการเร่ยนรู้ในชบวนการกลุ่มและการที่ผู้ป่วยไ้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งเขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน เป็นการเปิดโอกาสไ้ผู้ป่วยไ้ทราบถึงปัญหาทางด้านจิตใจของตนเอง ^{2,3}

¹ Ibid., p. 22.

² J.H. Kahn and Sheila Thompson, The Group Process as a Helping Technique. (New York : Pergamon Press, 1973), p. 111 - 112.

³ Alan F. Klein, Effective Group Work, An Introduction to Principle and Method. (New York : Association Press, 1972) p. 124.

กระบวนการของการทำกลุ่มบำบัด (Process of Therapeutic group)

การจัดตั้งกลุ่มบำบัด (Group Formation)

สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่มคือ

1. จุดมุ่งหมาย
2. ประเภทและจำนวนผู้ป่วยที่จะนำมาทำกลุ่ม
3. ระยะเวลา และสถานที่สำหรับการทำกลุ่ม

1. จุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม

ในการจัดกลุ่มบำบัด พยาบาลจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไป และจุดมุ่งหมายเฉพาะของการทำกลุ่ม การกำหนดจุดมุ่งหมายจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้คือ ¹

ก. ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีการติดต่อสื่อสารหลักของการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ ฯลฯ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงปรัชญาของการพยาบาล ความสามารถ และทักษะของพยาบาล ตลอดจนความสนใจของพยาบาลต่อการทำกลุ่มบำบัด

- ข. ลักษณะของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม
- ค. นโยบาย และจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่
- ง. หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลระดับวิชาชีพ

¹ Marram, Op.cit., p. 142.



Marram ได้ให้แนวความคิดของการกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่มบำบัดไว้ดังนี้¹

- ก. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีความรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และการเรียนรู้จากการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม และจากการป้อนกลับของเพื่อนสมาชิก และจากพยาบาลผู้นำกลุ่ม
- ข. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความมั่นใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดไปในทางที่ดีตลอดเวลาของการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
- ค. ขจัดความรู้สึกของผู้ป่วยที่รู้สึกวอกแวกเองถูกทอดทิ้งหรืออยู่โดดเดี่ยว ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกวอกแวกเองไร้ค่า
- ง. เพื่อเปิดโอกาส และเป็นทางนำไปให้ผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

อื่น

- จ. เพื่อจัดสภาพแวดล้อม และบรรยากาศให้สมาชิกทุกคนได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ และปัญหาของผู้อื่นในกลุ่ม
- เมื่อได้จุดมุ่งหมายทั่วไปแล้ว นำมากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายเฉพาะย่อย ๆ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนเกิดการเปลี่ยนแปลงตามจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่ม ตัวอย่างเช่น เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนบรรลุถึงจุดมุ่งหมายทั่วไปในข้อ ก. ที่ว่าเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีความรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีนั้น พยาบาลผู้สอนจำเป็นต้องกำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะไว้ให้ชัดเจนดังนี้

¹ Marram, Op.cit., p. 142.

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนยอมรับซึ่งความคิดเห็น และปัญหาของ
ผู้ป่วยอื่น
 2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนมีการซักถามซึ่งกันและกัน เพื่อความ
กระจ่าง และเข้าใจตรงกัน (Clarification)
 3. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิด และ
เข้าใจในสาเหตุของความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมของตน
 4. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนสามารถอธิบาย หรือให้ข้อมูลย้อนกลับ
ในปัญหาของความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่น¹
2. การเลือกประเภทและจำนวนของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม
ผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากการทำกลุ่ม จะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีสติปัญญายู่
ในระดับปกติ ที่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถเรียนรู้จากกระบวนการ
ของกลุ่มสามารถเข้าใจถึงความหมายและวิธีดำเนินการ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้อธิบาย
ให้เข้าใจในบทบาทของตนเองในฐานะผู้ป่วย และยอมรับพยาบาลในการทำกลุ่มด้วย
นอกจากนี้จะต้องเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ถึงกระบวนการแก้ปัญหา ตลอดจนเป็นผู้ที่สนใจ
ที่จะเข้าร่วมทำกลุ่ม²

¹ Ibid., p. 143.

² สุวทนา อารีพรพร, ความผิดปกติทางจิต. (กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524) หน้า 582 - 583.

ก่อนเริ่มทำกลุ่มบำบัด พยาบาลผู้นำกลุ่มควรจะประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สิ่งที่จะต้องประเมิน ได้แก่ ¹

1. ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ (Affective or mood characteristics) เช่น ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือไม่

2. ความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วย (Thinking pattern) ต้องประเมินว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติในระดับความรู้สึนึกคิดหรือไม่ เช่น ความหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึนึกคิดที่ผิดปกติไป จะทำให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในกลุ่ม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ป่วย (Interpersonal relationships) ประเมินถึงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัว กับเพื่อน และกับบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยมีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostile) ต่อบุคลากรในโรงพยาบาล และทอญาคี หรือไม

4. การประจักษ์ ในคุณค่าของตนเองของผู้ป่วย (Self - esteem and Self Concept) เป็นอย่างไร ผู้ป่วยยอมรับในบทบาทและความสามารถของตนเองได้ก็เพียงไร

5. การมีอิตตาของผู้ป่วย (ego strength) ประเมินว่าผู้ป่วย เป็นคนมีเหตุผลในการตัดสินใจเห็นหรือการกระทำของตนเองอย่างไร เพราะ ถ้าผู้ป่วยเป็นคนที่ไม่มีความคิดจะไม่สามารถรับฟังการป้อนกลับของสมาชิกในกลุ่มได้

6. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น (Communication Pattern) ผู้ป่วยมีรูปแบบของการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นอย่างไร ผู้ป่วยเป็นผู้ที่สามารถ ถ่ายทอดความคิด หรือความเห็นของตนให้ผู้อื่นสามารถรับข้อความนั้นได้ถูกต้อง และ เข้าใจความหมายได้ก็เพียงไร

¹ Marram, Op.cit., p. 145.

อายุและเพศของสมาชิกในกลุ่ม

ไคลน์ (Klein) ได้ให้ความเห็นว่า ในการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุ และเพศ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกลุ่ม แต่ในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง องค์ประกอบในเรื่องอายุ และเพศ จะมีอิทธิพลในการทำกลุ่มในเด็กเท่านั้น ¹

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม

ยังเป็นที่ถกเถียงกันในเรื่องขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม ถ้าจัดเป็นกลุ่มย่อยขนาดเล็ก ๆ ที่มีจำนวนสมาชิกไม่มากนัก (5 - 7 คน) จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ² ถ้าขนาดของกลุ่มเพิ่มมากขึ้น จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันไ้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามถ้าขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้น จะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้นำกลุ่มในการสังเกต หรือประเมินผลผู้ป่วยแต่ละคนได้ไม่ทั่วถึง และถ่วง ทำให้ความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกลดลง ขนาดของกลุ่มย่อยจะประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มละประมาณ 2 - 15 คน ³

¹ Klein, Op.cit., p.64.

² Ibid., p. 65.

³ Edward E. Sampson and Marya Sampson Marthas, Group Process For the Health Professions. (New York : Association Press, 1972) pp 26 - 27.

เวลาและสถานที่สำหรับการทำกลุ่ม

เวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย และสภาพของผู้ป่วย ควรที่จะกำหนดวันและเวลาแน่นอนสำหรับแต่ละกลุ่ม เวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกลุ่ม เล็ก ๆ คือ ตอนเช้า หลังจากที่ย่อยทำกิจวัตรประจำวันเสร็จแล้ว และอาจจะจัดกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 - 1½ ชั่วโมง¹

สถานที่ในการทำกลุ่มควรเป็นส่วนส่วนตัว หรือเป็นส่วนหัว (Privacy) สถานที่ควรเป็นที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงจากภายนอกหรือเสียงเบน ความสนใจของผู้ป่วยในการทำกลุ่ม จะต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมที่สุดเพื่อให้เกิดบรรยากาศ ที่ผ่อนคลายมากที่สุด ไม่ถึงเครียดหรือบีบบังคับ²

การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม (Phase of group Experiences)

การจัดดำเนินการในกลุ่มจะต้องมีขั้นตอนดังนี้³

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะที่สร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธภาพ

(The introductory Phase or Initiating phase) คือ ระยะที่พยาบาลและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกันเอง พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้อง สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย ในการมีความสัมพันธ์กับบุคคล ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างอิสระ และเปิดเผย (Self disclosure) การที่จะให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตน

¹ Marram, Op.cit., pp.152 - 153.

² Marram, Op.cit., p. 129.

³ Marram, Op.cit., p. 154 - 161.



อย่างเปิดเผย ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้อัฒตภาพภายในกลุ่มดำเนินไปได้อย่างดี และบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่ม พยาบาลจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดหมาย และกระบวนการดำเนินการของกลุ่ม ท้าทายของพยาบาลต้องเป็นมิตร เข้าใจและยอมรับในความคิดเห็นหรือพฤติกรรมของสมาชิก พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่ผู้ช่วยได้กระทำ หน้าที่ของตนเองให้กลุ่มทราบ และพยาบาลจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้าใจ ตรงกันว่า จะไม่นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มไปพูดเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ช่วยในเรื่องการกำหนดระยะเวลาของการทำกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่องหรือระยะที่ช่วยให้ผู้ช่วยเกิดการแก้ไขปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (The Working Phase or Continuing Phase) เป็นระยะหลังจากที่ผู้ช่วยเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้ว มีความเข้าใจจุดหมาย และการดำเนินการของกลุ่ม ผู้ช่วยจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น พยาบาลจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้กระทำปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสิทธิภาพ ในระหว่างผู้ช่วยด้วยกันเอง ท้ายวิธีนี้จะทำให้ผู้ช่วยแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตัวเองมากขึ้น เมื่อผู้ช่วยสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ ตลอดจน เมื่อผู้ช่วยสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the group) เป็นระยะที่พยาบาล จะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้อง ช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม สามารถประเมินผลถึงการเปลี่ยนแปลงในทางองงานของตนเอง ภายหลังจากการทำกลุ่ม และช่วยให้ผู้ช่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเอง ได้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในระยะนี้อาจทำให้ผู้ช่วยบางคนรู้สึกว่าตนเองจะต้องเผชิญกับปัญหาโดยลำพังผู้เดียว ซึ่งผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องอธิบายชี้แจงถึงจุดหมายและ ระยะเวลาของการทำกลุ่มซึ่งได้เคยอธิบายและทำความเข้าใจร่วมกันแล้ว ตั้งแต่

ระยะแรกของการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวกังวล
มาแล้ว

หลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว ผู้นำกลุ่มควรบันทึกรายงานถึงประสบการณ์
ที่เกิดขึ้นในกลุ่มและประเมินผลการทำกลุ่มในครั้งนี้นัก

บทบาทของผู้นำกลุ่ม (Role of Leadership)

การที่จะให้การทำกลุ่มของผู้ช่วยได้ผลดี จะต้องทำให้สมาชิกทุกคนมีการ
ร่วมกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา จะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
(Growth)¹ ดังนั้นพยาบาลที่จะเป็นผู้นำในการทำกลุ่ม จะต้องเข้าใจในหน้าที่
ของผู้นำกลุ่ม (Leadership functions) เป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติ
ในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention) อย่างถูกต้อง

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership functions)

หน้าที่พื้นฐานของผู้นำกลุ่มมี 4 ประการคือ²

1. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ช่วยให้สมาชิกทุกคนได้รับการสนองตอบความต้องการ
พื้นฐาน 3 ข้อ คือ ความรู้สึกปลอดภัย และมั่นคงในเสถียรภาพ (security needs)
ความต้องการมีหมู่คณะหรือส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Belonging) การให้มีสัมพันธภาพ
กับคนอื่น (Companionship) ดังนั้นผู้นำจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น
ในระหว่างสมาชิกสร้างความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกที่ว่าสมาชิกแต่ละคนเป็น
ส่วนหนึ่งของกลุ่ม

¹ Kahn and Thompson, Op.cit., p.11.

² Marram, Op.cit., pp. 124 - 127.

2. ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศ และความคมสถานการณ์ให้ผู้ช่วยทุกคน มีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และปัญหาที่ผู้ช่วยในกลุ่มสามารถพบได้ร่วมกัน โดยจะต้องควบคุมบรรยากาศไม่ให้อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป

3. ผู้นำกลุ่มต้องรับผิดชอบให้กลุ่มมีการดำเนินการต่อไปได้โดยตลอดตาม จุณงหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ ผู้นำกลุ่มต้องประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินการ กลุ่ม ควรมีการจดบันทึกถึงทัศนคติ และปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่มไว้ด้วย

4. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุณงหมายเฉพาะของ ผู้ช่วยแต่ละคน เนื่องจากผู้ช่วยแต่ละคนยอมจะใช้เวลาในการที่จะบรรลุจุณงหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

II. แคมสัน และมาร์ชาส์ ได้สรุปหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้ ¹

1. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มบรรลุถึงจุณงหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้
2. ช่วยให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการเข้าร่วม กลุ่ม เพื่อให้บรรลุถึงจุณงหมายร่วมกันโดยนำเอาวิธีของกระบวนการแก้ปัญหามาใช้
3. ช่วยให้ผู้ช่วยตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาต่าง ๆ
4. ประเมินผลความก้าวหน้าของกลุ่ม
5. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ โดยควบคุมไม่ให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกขัดแย้ง
6. ช่วยให้กลุ่มได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน

วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership intervention)

การที่จะบรรลุถึงจุณงหมายของการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องมีการดำเนินการ ปฏิบัติดังนี้ ²

1. กำหนดจุณงหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้ ผู้ช่วยทุกคนเข้าใจถึงจุณงหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม

¹ Marthas and Sampson, Op.cit., p.188.

² Marram, Op.cit., pp 127 - 139.

2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้สมาชิกในกลุ่มมีความกระตือรือร้น และเข้าร่วมในการทำกลุ่มได้ดี โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่อง การจัดประเภทและจำนวนของสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลาและสถานที่ของการทำกลุ่ม (ซึ่งที่กล่าวมาแล้วในกระบวนการทำกลุ่ม)

3. การกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ช่วยได้เรียนรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยอื่น ซึ่งคล้ายกับปัญหาของตน ได้เรียนรู้ถึงวิธีการที่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกปลอดภัยและเกิดสัมพันธภาพในระหว่างเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน

4. การกระตุ้นให้ผู้ช่วยพูดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งพบได้ร่วมกัน ผู้นำต้องพยายามให้ทุกคนได้มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เชื่อมโยงปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละคนพูดแสดงออกมา¹

5. วางแผนการทำกลุ่มสำหรับผู้ช่วยแต่ละคน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มได้ต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสามารถแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น ในการทำกลุ่มได้ สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่เกี่ยวเนื่องกัน หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มกระจัดกระจายไป² นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องพยายามป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งผูกขาดการพูดคนเดียว หรือการที่มีผู้ป่วยในกลุ่มบางคนไม่สนใจจะดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ตลอดจนการที่มีผู้ป่วยบางคนพูดแสดงความคิดเห็นหรืออากัปกิริยาที่แปลกประหลาด

¹ Kahn and Thompson, Op.cit., p. 122,

6. การช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นของการทำกลุ่ม
ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าที่เห็นอกเห็นใจ เข้าใจ มีท่าที่พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
อันจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่จะร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

7. สรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องคอยดู และควบคุม
ความก้าวหน้าในการดำเนินการของกลุ่มทุกระยะ

จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า การสอนผู้ป่วยเป็นกระบวนการจำเพาะที่
ต้องการความเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้สอนจะต้องเข้าใจถึงภูมิหลังและสิ่งแวดล้อม
ของผู้ป่วยเป็นอย่างดี รวมทั้งจะต้องมีวิธีการสอนอย่างมีแบบแผนด้วย จึงจะทำให้การ
สอนมีประสิทธิภาพดี ดังนั้นในการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้
ความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยทางศัลยกรรมอย่างดีพอ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่จำเป็น
ต้องมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย
ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ ¹ องค์ประกอบที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง
ในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับความเครียดมีดังนี้ ²

1. เข้าใจในทัศนคติของความเครียด
2. เข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด
3. ทွอบทราบถึงองค์ประกอบ ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียด และวางแผน
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวต่อภาวะเครียดไปในทางที่ดี
4. ดำเนินการตามแผนเพื่อลดความเครียด
5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีควบคุมความเครียดของตนเอง

1

Carnevale, Op. cit., pp. 1536 - 1538.

2

Marcy J.T. Smith and Hans Selye, "Reducing the negative Effects of Stress" American Journal of Nursing, Vol.79 No.11 (November, 1977) 1953 - 1955.

ทั้งนี้พยายามจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ธรรมชาติของความเครียด ของผู้ป่วยทางศัลยกรรม เพื่อนำมาประกอบการวางแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

มโนทัศน์ของความเครียดและการปรับตัว

เซลยี (Hans Selye) ผู้สร้างทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นภาวะหนึ่งของระบบชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นได้โดยมีกลุ่มอาการเฉพาะเกิดขึ้นอันเป็นภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย กลุ่มอาการเฉพาะนี้มีลักษณะและส่วนประกอบเฉพาะตัวของมัน สิ่งสำคัญที่สุดคือ ร่างกายจะมีการปรับตัว และจะเกิดขึ้นเมื่อชีวิตถูกรบกวนด้วยสาเหตุที่ไม่เฉพาะเจาะจง ¹

ลักแมน และ ซอเรนเซน (Luckman and Sorensen) ² ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า คืออิทธิพลใด ๆ ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอก ร่างกาย ซึ่งจะมารบกวนสิ่งที่เป็นการต้องการพื้นฐานของร่างกาย หรือรบกวนภาวะสมดุลย์ของร่างกาย นั่นก็คือความเครียดหมายถึง

1. สิ่งใดก็ตามที่มาคุกคามหรือก่อให้เกิดอันตราย หรือทำลายบุคคล
2. สิ่งใดก็ตามที่ทำให้คนประสบความไม่พอใจในสิ่งที่เห็นความต้องการ

พื้นฐาน

¹ Hans Selye, The Stress of Life. (New York : McGraw - Hill book Co., 1956) p. 54

² Luckman and Sorensen, Op.cit., p. 10.

3. สิ่งที่มากระทบพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล
 4. สิ่งที่มาคุกคามนั้นเป็นผลให้ขาดความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- ความเครียดที่เกิดขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ ¹

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical Stress) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามปฏิกิริยาตอบสนองคือ

1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น ได้รับความเจ็บ อุบัติเหตุ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่นำกลัว

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่าง ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในบางโอกาส เช่น การตั้งครรภ์ เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง

2. ความเครียดด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองของร่างกายอย่างเฉียบพลัน เมื่อมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้น

แองเจิล (Engel) ได้อธิบายความหมายของความเครียดทางด้านจิตใจว่า หมายถึงกระบวนการทั้งหมดที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบโต้ทางจิตใจขึ้นก่อนที่ระบบอื่น ๆ ของร่างกายจะลงมือทำงานเพื่อตอบโต้ต่อภาวะเครียด ซึ่งมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือภายในร่างกาย ²

¹ Benjamin F. Miller, Encyclopedia and Dictionary of Medical and Nursing. (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1972) pp 915 - 916.

² George L. Engel, Psychological Development in Health and Disease (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1962) p. 264.

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมีอยู่ 5 ประการคือ ¹

1. สาเหตุทางด้านฟิสิกส์ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น สิ่งที่ทำให้การรับรู้ความรู้สึกแปลกออกไป หรือได้รับสิ่งกระตุ้นมาก หรือน้อยเกินไป

2. สาเหตุด้านชีววิทยา ซึ่งได้แก่ สิ่งที่มีชีวิตต่าง ๆ ที่สามารถทำให้เกิดโรคได้ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ฯลฯ

3. สาเหตุทางด้านเคมี เช่น การได้รับยาต่าง ๆ ยาชา ยาผสม หรือได้รับสารพิษ เป็นต้น

4. สาเหตุด้านสรีรวิทยา เช่น น้ำร้อนลวก ไฟไหม้ การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บ นอนไม่หลับ เป็นต้น

5. สาเหตุด้านอารมณ์และสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว การเปลี่ยนแปลงบทบาท การถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน

แองเจด ได้สรุปสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตใจไว้ 3 ประการคือ ²

1. การสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า สิ่งที่มีรัก สิ่งที่มีความสำคัญต่อตน ได้แก่ การสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสียอวัยวะ บทบาทในสังคม อาชีพการงาน แผนงาน บุคคล หรือสัตว์เลี้ยงที่ตนมีความผูกพันอยู่ เป็นต้น

¹ Carol A. Stephenson, "Stress in Critical ill Patient" American Journal of Nursing, Vol.77, No.11 (November, 1977) 1806 - 1808.

² Engel. Op.cit., pp. 288 - 304.

2. การได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในสถานการณ์ใหม่ หรือสถานที่ไม่คุ้นเคย การพลัดพรากจากบุคคลใกล้ชิด การเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบ การสอบ การโต้แย้ง การแข่งขัน การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกระทันหันโดยไม่คาดคิดมาก่อน

3. ความคับข้องใจ เมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะก่อให้เกิดความคับข้องใจ และความขัดแย้ง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ทั้งอาศัยสิ่งแวดล้อม และจิตใจของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

การปรับตัวของร่างกายเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะใช้กลไกในการปรับตัว เพื่อปรับสภาวะของร่างกายให้กลับอยู่ในภาวะสมดุลย์ (State of Equilibrium) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถ้าร่างกายใช้กลไกในการปรับตัวอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ก็จะทำให้การปรับตัวที่ปกติ แต่หากกลไกในการปรับตัวล้มเหลว จะเกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นมีองค์ประกอบที่จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เพื่อภาวะสมดุลย์ต่าง กัน แต่บุคคลมีขีดจำกัดในการคงทนต่อภาวะเครียด และมีความทนต่อภาวะเครียดทางด้านจิตใจได้ต่างกัน¹ มีองค์ประกอบหลายประการที่จะช่วยให้บุคคลมีความคงทนต่อความเครียด และมีการปรับตัวต่อความเครียดได้ดี เช่น โครงสร้างบุคลิกภาพของแต่ละคน การเข้าใจในสถานการณ์ ตลอดจนความรุนแรงของสิ่งเร้า

¹ Irene L. Beland and Joyce Y. Passon, Clinical Nursing Pathophysiological and Psychological Approach. (3rd ed; New York : Macmillan Publishing Co., 1975) p. 326.

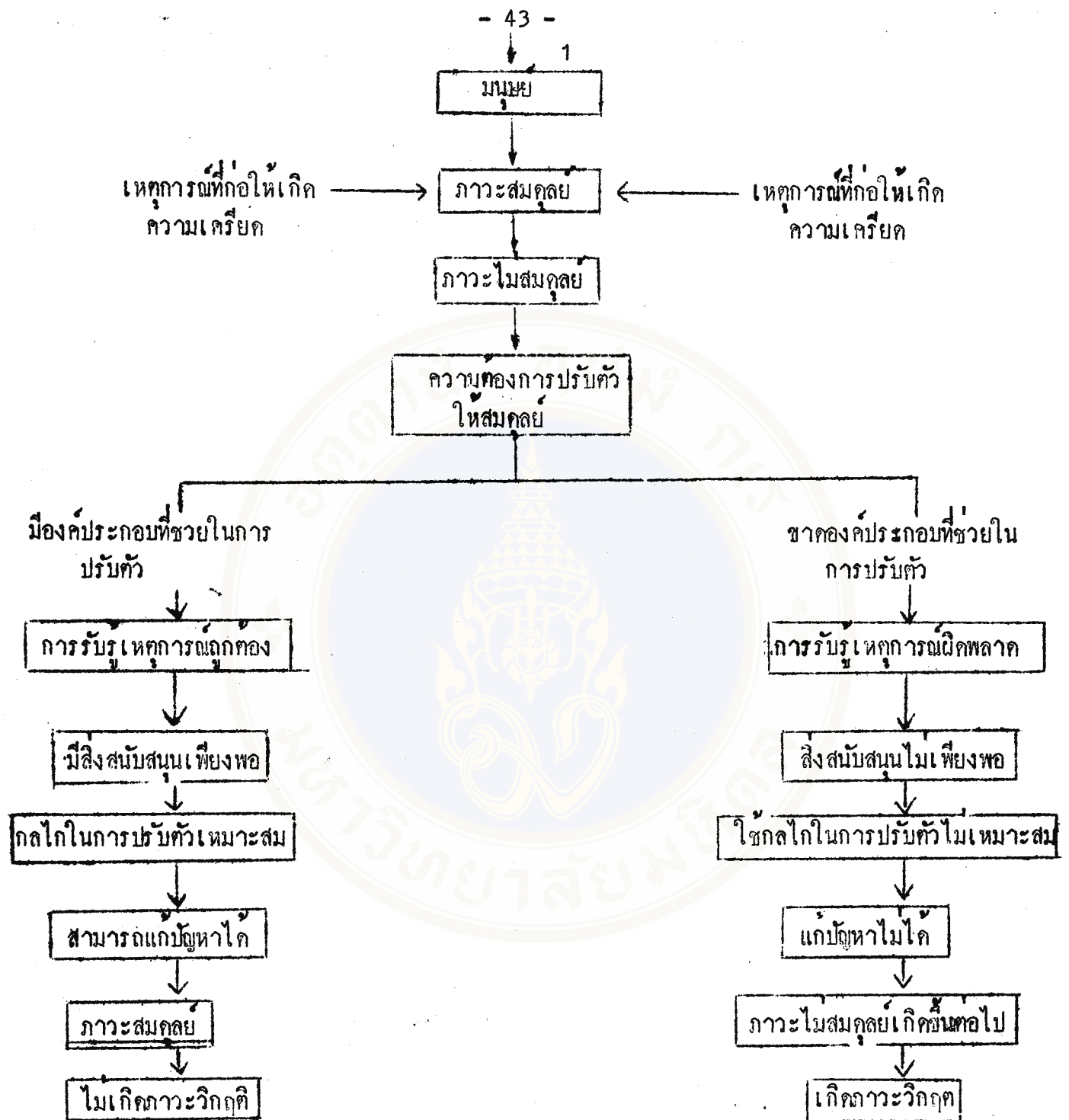
อากิลรา (Aguilera) และ เมสซิก (Messick) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ช่วยให้ร่างกายมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลไว้ดังนี้¹

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกมองตรงตามเป็นจริงแล้ว จะสามารถระลึกถึงเหตุการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดได้ ทำให้มีการแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ในทางตรงข้ามถ้ารับรู้เหตุการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง การแก้ปัญหาก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่สามารถขจัดความเครียดให้ลดลงได้

2. การได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่ช่วยแก้ปัญหาให้ได้ เพราะว่ามันจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันในสังคม การสูญเสีย-การถูกคุกคาม หรือความรู้สึกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือความรู้สึกอ้างว้าง ว่าเหว จะทำให้คนเราอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งนำมาซึ่งความไม่สมดุลทางจิตใจ

3. กลไกในการปรับตัว การดำรงชีวิตประจำวัน จะมีการเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความวิตกกังวล และการลดความตึงเครียด โดยใช้กลไกป้องกันตนเอง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ย้อนหลัง ถอยหนี กดเก็บ เป็นต้น ซึ่งกลไกเหล่านี้จะพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้จะต้องอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาด้วย

¹ Donna C. Aguilera and Janice M. Messick, Crisis Intervention (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978) pp. 70 - 71.



องค้ประกอบที่ชวยในการปรับตัวยเข้าสู่ภาวะสมคูลย

¹ Aguilera. *Op.cit.*, p. 68.

เซลย์ โกล์ลาถึง การปรับตัวของร่างกายต่อความเครียดซึ่งจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดได้ 2 ระยะคือ 1, 2

1. กลุ่มอาการการปรับตัวเฉพาะที่ (Local Adaptation Syndrome) เป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นที่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยเฉพาะ เช่น การอักเสบ เป็นต้น

2. กลุ่มอาการ การปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome) เป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้น เมื่อร่างกายเกิดภาวะเครียดติดต่อกันเป็นเวลานาน กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไปเมื่อเกิดขึ้นแล้วในทุกกรณีจะมีแบบแผนเดียวกัน จะต่างกันในระดับความรุนแรงของมันเท่านั้น และในขณะที่เกิดการปรับตัวทั่วไป ร่างกายจะมีการปรับตัวต่อสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดเฉพาะที่ (Local Stress) ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามเมื่ออยู่ในภาวะเครียดไม่ว่าจะมีสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

3 ระยะคือ

1. สัญญาณเตือน (Alarm Reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะแรก เพื่อเผชิญกับสิ่งที่มากระตุ้น แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะช็อก (Shock phase) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีที่ถูกรบกวน โดยการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ท่อมไทม์สมอง ท่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่ง แอดรีนาลิน (adrenalin) และ คอร์ติโคอยด์ (Corticoids) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว อัตราการเผาผลาญสูง มีการสลายโปรตีนเร็วขึ้น และทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ นอกจากนี้กับและเซลล์ที่ได้รับอันตรายจะปล่อยฮิสตามีน (Histamine) เข้าสู่กระแสโลหิต ทำให้ผนังเซลล์และผนังหลอดเลือดฝอยทั่วไปยอมให้สารผ่านเข้า (Permeability) สูงขึ้น โปรตีนซึมวิ่งออกนอกเซลล์ ทำให้มีโปรตีนสูงในกระแสเลือด ซึ่งจะกีดขวางการทำงานของระบบประสาทกลาง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อต่าง ๆ ขาดความแข็งแรง

¹ Selye, Op.cit., pp. 31 - 64.

² Stephenson, Op.cit., pp. 1806 - 1808.

ในปฏิกิริยาที่รุนแรงทำให้หัวใจหยุดทำงานได้

1.2 ระยะต่อต้านช็อก (Counter Shock Phase) เป็นระยะเริ่มมีการปรับตัว เพื่อการต่อสู้ที่มีการประสานงานมีระเบียบดีขึ้น เพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล จะมีการกระตุ้นให้คอมโพสิตของซับ Catecholamine มากขึ้น ทำให้มีการหลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) จากต่อมหมวกไต (adrenal cortex) เพิ่มขึ้น ต่อมหมวกไตจะโต มีการสร้างกลูโคส (gluconeogenesis) จากโปรตีนไขมัน และไกลโคเจน (glycogen) เนื่องจากร่างกายต้องการพลังงานมาก ทำให้มีการสลายตัวของ glycogen ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ต่อมไทมัสและเนื้อเยื่อจำพวก Lymphoid โตขึ้น นอกจากนี้มีการกระตุ้นทางประสาทซิมพาเทติก ทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ม่านตาขยาย ปัสสาวะน้อย และเนื่องจากการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลาย ทำให้มีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้น้อย ทำให้ผิวหนังซีด เย็น นอกจากนี้การตรวจจำนวนเม็ดโลหิตขาวในเลือดพบว่า จำนวน Lymphocytes ลดลง

ความรุนแรงของระยะนี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ไปรบกวนพันธกรรมของแต่ละคน และตัวแปรอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์ หรือพื้นฐานในการคงทน และการปรับตัวต่อความเครียดของบุคคล (endogenous Conditioning) และสิ่งอื่นที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกในขณะนั้น (exogenous conditioning)

2. ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นระยะที่อัตราเร่งต่าง ๆ จะลดลงเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติ ทำให้อัตราการเร่งต่าง ๆ ลดลง การเร่งของประสาทซิมพาเทติก ลดลง การหลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์จะสูงกว่าปกติเพียงเล็กน้อย เริ่มมีอาการต่อสู้เฉพาะที่หรือกลไกเฉพาะอย่างมากขึ้น เช่น ไตซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ จะทำงานหนัก อาจมีกลุ่มอาการเครียดเฉพาะที่เกิดขึ้น เช่น มีการอักเสบเฉพาะที่เกิดขึ้น

ในกรณีที่ความเครียด ไม่รุนแรงมาก ในระยะนี้จะมีการปรับกลับสู่
ภาวะสมดุล

3. ระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) ในกรณีที่ความเครียด
รุนแรงเกินความต้านทานหรือเรื้อรังเกินไป ภายหลังระยะต่อต้าน จะย้อนกลับสู่ระยะเฝ้า
ระวังอีก อาการของระยะเฝ้าระวังจะเกิดขึ้นใหม่ ระยะนี้เป็นระยะที่กลไกการปรับตัวล้มเหลว
ไปเลย ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือทางแพทย์อย่างเพียงพอ กลไกการปรับตัวจะล้มเหลว
โดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิต

การปรับตัวของร่างกายนี้ ถ้าในกรณีที่ความเครียดระดับต่ำ ร่างกาย
ก็สามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติได้ในระยะต่อต้านโดยไม่ผ่านเข้าสู่ระยะหมดกำลัง แต่
ในกรณีที่ความเครียดรุนแรง ร่างกายต้องใช้กลไกในการปรับตัวนานเกินไป จะทำให้เกิด
เกิดโรคทางระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ทำให้เกิดโรค
เรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ไขข้ออักเสบ (Rheumatoid arthritis)¹

ฮอปปีง (Hopping) ได้สรุปถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีรวิทยา
ต่อความเครียดไว้ดังนี้คือ ²

1. ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากการกักตัวของน้ำ และเกลือโพแทสเซียม
ปริมาณเลือดในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ใช้ในการปรับตัวมากขึ้น
ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนอื่นลดน้อยลง มีการบีบของเส้นเลือด ปริมาณเลือดที่ออก
จากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มขึ้น (Cardiac Output)

¹ Betty Hopping, "Physiological response to Stress"
Nursing Forum, Vol 19, No.3 (1980) 258 - 269.

² Ibid.

2. ระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสร้าง Insulin น้อยลง มีการหลั่ง glucagon เพิ่มขึ้น กรดไขมันถูกขับออกมาเพิ่มขึ้น มีการสลายตัวของ glycogen ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น มีการสร้างกลูโคสจากโปรตีนไขมัน และไกลโคเจนเพิ่มขึ้น มีการหลั่งกรดแลคติก (Lactic acid) เพิ่มขึ้น

3. มีปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการขยายตัวของแขนงหลอดเลือด อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดแดง

4. ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจากการกดภูมิคุ้มกัน และเนื้อเยื่อจำนวนมาก Lymphoid ลดลง มีการทำลายของเซลล์ลิมโฟไซต์ (Lymphocytes) ความสามารถยอมให้สารผ่านเข้า (Permeability) ไปในเซลล์เกิดการอักเสบลดลง

5. เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เนื่องจากการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น และเนื่องจากมีปริมาณของเซลล์เม็ดเลือดแดงมากขึ้นทำให้ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น

6. ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการตื่นตัว กระฉับกระเฉง เนื่องจากการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก มีอัตราการเผาผลาญในร่างกายสูง วงจรไคยวัน (diurnal cycle) ของการสร้างฮอร์โมนคอร์ติซอลเสียไป

เมอเรย์ (Murray) ¹ ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาเมื่อมีความเครียดทางจิตใจ ดังนี้คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมถอยหลัง แยกตัวเอง เฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวนเสมอ ๆ หรือพูดถึงความตายบ่อย ๆ

2. มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ไปในทางไม่เหมาะสม เช่น โกรธ ร้องไห้ หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล บ่นโดยไม่มีความเจ็บปวด มีอารมณ์หงุดหงิด

¹Ruth L.E. Murray. "Assessment of Psychologic Status in the Surgical I.C.U. Patient" The Nursing Clinics of North America, Vol.10, No.1 (March, 1975) 69 - 81.

3. สูญเสียระดับความรู้สึกรู้สึก ความจำ และสมาธิ ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะไม่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึกรู้สึก

4. ขบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน กลัว กังวลใจไม่ได้

5. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เช่น มองเห็นภาพหลอน การรับรู้ของประสาทสัมผัสผิดปกติ

6. สูญเสียความสนใจ ไม่มีความสนใจที่จะพูดคุย จะถูกเบนความสนใจไปยังสิ่งแวกล้อม เช่น ไวต่อเสียงรบกวน เป็นผลให้ความสนใจเสียไป

7. มีความผิดปกติในการใช้ภาษา หรือสื่อภาษา เช่น พูดซ้ำ ๆ กัน พูดในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับเสียง แบบแผนการพูด และการออกเสียงเปลี่ยนไป

8. ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น มีพฤติกรรมย้อนหลังให้เหตุผลตนเอง ผันกลางวัน การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น

9. ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self Image) เปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงออกโดยพูดกับคนอื่น ห่ำท้าวเป็นเด็กเล็ก ๆ แยกตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้อื่น อาจมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ตัวเองต่ำต้อย เรียบรองความต้องการของตนเองมากเกินไป

สรุปได้ว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีการตอบสนองต่อความเครียดได้มากมายทั้งทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้¹



1. อารมณ์จะเปลี่ยนแปลง เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า
รู้สึกผิด

2. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกาย
ทำให้มีการเตรียมพร้อมหรือถอยหนี ดังนั้นจะมีการแสดงพฤติกรรมออกมา ทางท่าทาง
สีหน้า พูดจาผิดปกติไป มีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สัมพันธ์กับอารมณ์ เช่น มีการเพิ่ม
ฮอโมนของต่อมหมวกไต คือ อีพิเนฟริน, นอร์อีพิเนฟริน, ไฮโดรโคर्टิโซน
ประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น การนำคลื่นไฟฟ้าบริเวณผิวหนังสูงขึ้น อัตราชีพจร หายใจ
เร็วขึ้น ความดันโลหิตและอุณหภูมิสูงขึ้น

4. มีความผิดปกติในการรับรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ ตลอดจน
การตัดสินใจเสียไป แต่สิ่งเหล่านี้ขึ้นกับลักษณะงาน ความแตกต่างระหว่างบุคคล และ
ความรุนแรงของความเครียด

ภาวะเครียดในผู้ป่วยศัลยกรรม

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะเครียดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งถ้าการเจ็บป่วยนั้น จำเป็นต้องเข้ามารักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาล จะเป็น
การเพิ่มภาวะเครียดให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เพราะผู้ป่วยจะต้องเผชิญภาวะเครียดอันเนื่องมาจาก
ความเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และความรู้สึกเกี่ยวกับการผ่าตัด¹

ภาวะเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ขณะเจ็บป่วย บุคคลจะรู้สึกว่าคุณเองถูกคุกคามและจะต้องสูญเสีย
บางสิ่งที่มีค่าสำหรับตัวเขา จะกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น และจะคาดหวังในสิ่งที่เขาไม่รู้ไป
ในทางเลวร้าย² ความเจ็บป่วยจะทำให้หมดโน้ตที่ตนเอง (Self Concept)
เสียไป เนื่องจากสภาพร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเปลี่ยนจากภาวะ

¹ Beland, Op.cit., p. 914.

² Beland, Op.cit., p. 362.

พึ่งตนเอง (Self directed) ไปสู่ภาวะทองอาศัย และรอคอยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในขณะที่เจ็บป่วย ¹ ผู้ป่วยมักเกิดความขัดแย้งในตัวเอง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่แท้จริงของเขาจากขณะที่ร่างกายปกติไปสู่บทบาทที่ตนเองเป็นในขณะที่เจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยมีการยอมรับในบทบาทที่ตนเองเจ็บป่วยได้ ก็ จะแสดงออกโดยยอมรับในความจำเป็นที่เขาจะต้องให้ผู้อื่นเป็นผู้ช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ²

ภาวะเครียดอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

การที่ผู้ป่วยต้องมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องถูกแยกครอบครัวมาประสมกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น บุคลากร สถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเจ้าหน้าที่พยาบาล วิธีการปฏิบัติและกิจกรรมประจำวันที่ผู้ป่วยจะต้องทำและได้รับ ³ ตลอดจนองค์ประกอบที่ทางบ้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากคนเป็นสัตว์สังคมย่อมต้องพึ่งพาอาศัยกัน ผู้ป่วยก็เป็นบุคคลที่อยู่ในสังคม ย่อมไม่สามารถแยกตัวออกจากสังคม และสิ่งแวดล้อมได้เมื่อต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากต้องจากบ้าน ครอบครัว เพื่อนฝูง และเป็นห่วงใยบุคคลใกล้ชิดซึ่งอยู่บ้านว่าจะต้องเคืองร้อน และยังกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

¹ Ibid.

² Beland, Op.cit., p. 364.

³ Carnevali, Op.cit., p. 1536 - 1538.

ในการรักษาพยาบาล¹ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลได้
ภาวะเครียดอันเนื่องมาจากความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด

ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยย่อมจะมีความเครียดทางด้านจิตใจ
เนื่องจากมีความวิตกกังวล และความกลัวสูง จากประสบการณ์เดิม หรือความนึกคิด
และคาดหวังในทางที่ผิดเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยเฉพาะถ้าเป็นการผ่าตัดอวัยวะที่สำคัญ
ในชีวิต เช่น หัวใจ อวัยวะสืบพันธุ์² ผู้ป่วยจะกลัวการพลัดพราก กลัวความเจ็บปวด
ในระยะหลังผ่าตัด กลัวการพยากรณ์โรค กลัวสภาพภายหลังผ่าตัด กลัวและไม่แน่ใจใน
ผลของการผ่าตัด กลัวผ่าตัดแล้วจะไม่หาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากความเข้าใจไม่ถูกต้อง
เกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ตนกำลังประสบอยู่ ทำให้ผู้ป่วย
เกิดความไม่แน่ใจ และกลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลัง
ผ่าตัด 3,4

¹ ประคอง อินทรสมบัติ, "ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อรับการรักษาใน
โรงพยาบาล" การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3 เรียบเรียงโดยสมจิต หนูเจริญกุล
(กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สุวรรณภูมิ, 12524) หน้า 6.

² Maurice Levine and James L. Titcheman, Surgery as
A Human Experiences (New York : Oxford University Press, 1960)
pp 85 - 86.

³ Beland, Op.cit., p. 914.

⁴ Watson, Op.cit., p. 165.

นอกจากสาเหตุดังกล่าวมานี้ ยังมีสาเหตุจากตัวพยาบาลเองที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางจิตใจ เนื่องจากขาดการเตรียมผู้ป่วยทางจิตใจอย่างเพียงพอ ไม่สามารถประคับประคองสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยได้ ขาดการดูแลที่สม่ำเสมอ ขาดทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยรวมทั้งการใช้เครื่องมือต่าง ๆ พยาบาลไม่มีการวางแผนล่วงหน้า เมื่อจะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ ตลอดจนขาดความระมัดระวัง หรือละเลยที่จะสังเกตถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ละเลยพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจตกอยู่ในภาวะอันตราย¹

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในระหว่างความเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ความขัดแย้งทางจิตใจจะมีมากขึ้น ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง จะทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และเพื่อที่จะรักษาสภาวะสมดุลทางจิตใจ (Emotional Homeostasis) คนเราจะใช้กลไกป้องกันตัวเองที่เคยใช้ได้จนมาแล้วมาแก้ปัญหา เช่นการอ้วกเหือด การก้าวร้าว การชกเซย เป็นต้น เมื่อใช้กลไกในการปรับตัวเหล่านี้ไม่ได้ผล ก็จะไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลทางจิตใจได้ ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมตามมา²

¹ Beland, Op.cit1, p. 366.

² Beland, Op.cit., p. 362.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลินดีแมน และ ออแนม (Lindeman and Aurnam) ¹ ได้ทำการวิจัยในปี 1970 โดยเปรียบเทียบการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างมีแบบแผนเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการหายใจลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารที่เตียง (Bed exercise) กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจะมีความสามารถในการหายใจลึก ๆ และการไอได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน จะมีจำนวนครั้งเฉลี่ยขอขยายแกว่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และพบว่าไม่มีความแตกต่างในจำนวนวันเฉลี่ยที่มารอยู่โรงพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการสอน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน

แมสซานอท (Mezzanotte) ² ได้ทำการศึกษาถึงผลการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย เนื่องจากเขาเชื่อว่าการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นกลุ่มจะได้ผลมากกว่าการสอนเป็นรายบุคคล เขาทำการศึกษาในผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดของท้อง จำนวน 24 คน

¹ Betty Van Aurnam and Carol A. Lindeman "Nursing Intervention with the presurgical patient - the effects of structured and Unstructured preoperative Teaching." Nursing research, Vol.20, No.4 (July - August, 1971) 319 - 332.

² Elizabeth Jane Mezzanotte, "Group Instruction in Preperation for Surgery" American Journal of Nursing, Vol.70 No.1 (January, 1970) 89 - 91.

โดยสอนผู้ป่วยในเย็นวันก่อนผ่าตัด แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มละประมาณ 4 คน ทำการสอนในเรื่อง การเตรียมตัวทั่ว ๆ ไป ก่อนผ่าตัด กฎระเบียบของโรงพยาบาลวิธีควบคุมและลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และสอนเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด ใช้เวลาในการสอนกลุ่มละประมาณ 30 นาที ในระหว่างการสอน จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามและเข้าร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ภายหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้วประมาณ 5 - 7 วัน จึงสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการสอนก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นความสำคัญ และชอบวิธีการสอนเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถจดจำและปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการหายใจ การไอ การออกกำลังกายหลังผ่าตัดได้

ลินดีแมน (Lindeman)¹ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นกลุ่มและการสอนเป็นรายบุคคล ทำการศึกษาในผู้ป่วย 351 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสอนเป็นกลุ่ม 173 คน สอนเป็นรายบุคคล 178 คน ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือต้องอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่ใช่ผู้ป่วยที่จะต้องผ่าตัดฉุกเฉิน จะต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป (general anaesthesia) สามารถให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าได้ ก่อนผ่าตัดต้องไม่ได้รับการรักษาด้วยการให้เครื่องช่วยหายใจ IPPB มาก่อน และจะต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 2 วัน ก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ที่ทำการสอนเป็นพยาบาลของแผนกศัลยกรรมจำนวน 31 คน จะสอนในเนื้อหาเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม เกี่ยวกับเรื่อง การไอ การหายใจ และการออกกำลังกายในระยะหลังผ่าตัด ในการสอนเป็นกลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วย

¹ Carol A. Lindeman, "Effectiveness and Efficiency of Group and Individual Preoperative Teaching - phase Two." Nursing research, Vol.21, No.3 (May - June, 1972) 196 - 209.

ประมาณ 2 - 10 คน ผู้ป่วยจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการสอนเป็นกลุ่ม และได้รับหนังสือคู่มือการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านก่อนจะเข้ารับการสอน ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการสอน ผู้วิจัยจะชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการสอนเป็นกลุ่ม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการไอ หายใจ และการออกกำลังกายหลังผ่าตัด โดยมีการสาธิตให้ดูทางภาพสไลด์ประกอบเสียง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนกว่าจะทำได้ถูกต้อง พยาบาลผู้สอนจะพบผู้ป่วยอีกครั้งในเย็นวันก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติให้ถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ส่วนการสอนเป็นรายบุคคลจะทำการสอนโดยวิธีการ และขั้นตอนเดียวกัน แต่ทำการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แล้วทำการวัดผลของการสอนจาก 1) ความสามารถในการไอ หายใจ ซึ่งวัดจากสภาพการทำงานของปอด (Ventilatory function) 2) จำนวนยาแก้ปวดภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 3) จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล 4) ระยะเวลาที่ใช้ในการสอนให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการไอ หายใจ และออกกำลังกายได้ถูกต้อง

ผลการวิจัย สรุปว่า การสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มจะให้ผลเท่ากับการสอนเป็นรายบุคคล แต่การสอนเป็นกลุ่มจะช่วยประหยัดเวลาในการสอนของพยาบาลได้ดีกว่า

สมิท และวูลดริจ (Schmitt and Wooldridge) ได้ศึกษาผลของการเตรียมคำจูงใจในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อการลดภาวะเครียด ซึ่งวัดได้จากการตอบสนองทางสรีรวิทยาภายหลังผ่าตัดต่อความเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก (Systolic and Diastolic Pressure) อัตราการเต้นของชีพจร อุณหภูมิ การคลื่นไส้อาเจียน และการคันของปัสสาวะ โดยมี

¹ Forence E. Schmitte and Powhatton J. Wooldridge, "Psychological Preparation of Surgical Patients" Nursing research, Vol.22, No.2 (March - April, 1973) 109 - 115.

สมมุติฐานของการวิจัยว่า การเตรียมแบบพิเศษ จะสามารถลดความเครียดอันเนื่องมาจากความวิตกกังวล และความตึงเครียด และช่วยให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดเป็นไปได้รวดเร็ว หากการศึกษาในผู้ป่วยชายที่จะได้รับการผ่าตัด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 25 คน โดยวิธีจับคู่ (Match pair) ทั้ง 2 กลุ่มจะไม่มี ความแตกต่างกันในเรื่องอายุ อาชีพ สถานะทางการงาน ศาสนา และวิธีการที่จะผ่าตัด ในกลุ่มทดลอง จะจัดให้ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายเกี่ยวกับปัญหา ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวล และความกลัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำอภิปราย คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ช่วยตอบข้อสงสัยที่ผิของผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยดำเนินการอภิปรายปัญหาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้นำอภิปรายจะสอนวิธีการปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด การทำกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองประมาณ 2 - 3 คน นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ทำ การผ่าตัดแล้ว ซึ่งได้ผลดีและมีสภาพจิตใจพอสมควรมารวมแสดงความคิดเห็นและเล่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดอีก 1 คน รวมทั้งผู้วิจัยร่วมด้วยอีก 1 คน การทำกลุ่มจะ ทำในเย็นวันก่อนผ่าตัด ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 60 นาที และผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วย อีกเป็นรายบุคคลในเช้าวันก่อนไปผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยบรรยายถึงความวิตกกังวล โดยมี ผู้วิจัยคอยให้ข้อมูลบางอย่างเพิ่มเติม ส่วนในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามกิจวัตรประจำวัน จากพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจะมีความวิตกกังวล และ มีความต้องการยาแก้ปวดน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจากพยาบาลประจำการ และภายหลังผ่าตัด สามารถนอนหลับได้มากกว่า มีการคั่งของน้ำมูกใสระน้อย สามารถรับประทานอาหารทางปาก ได้เร็วกว่า และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร ประจำวันจากพยาบาลประจำการ

เฟลตัน (Felton) ฮัส (Huss) และ เพน (Payne)¹

ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสามวิธีต่อระดับความวิตกกังวล
ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะกดดัน และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยศึกษาใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกจำนวน 62 คน เป็นเพศชาย 49 คน เพศหญิง
13 คน อายุระหว่าง 19 - 71 ปี แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการสอนตามแบบการสอนเป็นรายบุคคล
โดยมีพยาบาลเป็นผู้ซักถามปัญหา และให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ เกี่ยวกับเรื่องสภาพ
แวดล้อมในห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น สภาพของผู้ป่วยที่ต้องประสบหลังผ่าตัด และสิ่งที่คุณป่วย
จะได้รับการรักษาพยาบาลจากพยาบาลและแพทย์ภายหลังผ่าตัด มีอุปกรณ์ในการประกอบ
การสอนคือ รูปภาพ และภาพยนตร์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ทางระบบหายใจ และไหลเวียนโลหิต

2. กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรประจำวันจาก
พยาบาลประจำการ

3. กลุ่มที่ได้รับการหาลูบนวด โดยพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการ
บรรยายถึงความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวล ความกลัว เกี่ยวกับการผ่าตัด พยายามช่วย
ให้ผู้ป่วยตัดสินใจหาสาเหตุตนเองว่าจะควรถามหรือปรึกษาจากใคร

¹ Elizabeth Ann Payne, Geraldene Felton and Karen
Huss, "Preoperative Nursing Intervention with the patient for
Surgery : Outcomes of three alternative Approach" International
Journal of Nursing Studies, Vol.13, (1975) 83 - 96.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วัดระดับความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (MAACL) ซึ่งประกอบด้วย 132 ข้อ วัดความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะกดดันโดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (POI) ซึ่งมี 150 ข้อ และวัดสภาพของปอดจาก Vital Capacity ซึ่งแสดงถึงภาวะของปอดภายหลังผ่าตัด เพื่อผลการฝึกปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด

ผลการวิจัยสรุปว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแบบการสอนสามารถปรับตัวตามแบบประเมิน POI ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มบำบัดมีความวิตกกังวลตามแบบประเมิน MAACL น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนปฏิบัติการในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม

คินนี (Kinney)¹ ได้ทำการศึกษาเรื่องผลการสอนก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับของการตอบสนองต่อสิ่งที่มีลักษณะต่างกัน ศึกษาในผู้ป่วยชาย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถาม Repression Sensitization Scale แบบผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มกดเก็บ (Repressor) จำนวน 9 คน กลุ่มไวต่อสิ่งกระตุ้น จำนวน 8 คน และกลุ่มที่อยู่ระหว่างปานกลาง (Neutral) จำนวน 13 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะต้องถูกวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ จำนวนลิมโฟไซต์ (Lymphocytes) และ อีโอซิโนฟิล (Eosinophil) ในกระแสเลือด ทุก 4 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด และนำมาหาค่าเฉลี่ยไว้ ผู้ป่วยจะต้องตอบแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลก่อนประมาณ 30 นาที จึงจะได้รับการสอนตามแผนการสอนที่เตรียมไว้ ภายหลังการสอน 15 นาที ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลอีกครั้งหนึ่ง และวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ 3 ครั้ง คือหลังสอนทันที ภายหลังการสอน 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมง ตามลำดับ แล้วหาค่าเฉลี่ยไว้ จะหาค่าลิมโฟไซต์ และอีโอซิโนฟิลภายหลังการสอน 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมง ตามลำดับ

¹M.R. Kinney, "Effects of Preoperative Teaching Upon Patients with Differing Modes of Response to threatening Stimuli" International Journal of Nursing Studies, Vol.14, (January, 1977) 49-59.



ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังสอนในแต่ละกลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังสอนจะลดลง ในทุกกลุ่ม และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังสอนในระหว่างกลุ่ม ทั้งสาม ก็ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของความกังวลใจ อึดอัด การเต้นของหัวใจ ค่าไอสิโนฟิลในกระแสเลือด ก่อนและหลังสอนในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกันในทาง สถิติ ยกเว้นค่าลิ้มพโซทัยพบวาก่อนและหลังสอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าลิ้มพโซทัยที่สูงขึ้นในแต่ละกลุ่มภายหลังสอนแสดงว่าระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น น้อยลง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยลง

โวลีเซอร์ และเบิร์นส์ (Volicer and Burns)¹

ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมี ส่วนทำให้เกิดความเครียดขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทาง อายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 468 คน ผลการศึกษาพบว่า อาชีพที่แตกต่างกันจะ ไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเครียดในการมาอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ามารักษากัน ในโรงพยาบาลทางแผนกศัลยกรรมมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวในแผนก อายุรกรรม ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีภาวะเครียดในการมาอยู่ในโรงพยาบาลลดลง เพศชายมีความเครียดจากการมาอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่เคยเข้า มาพักรักษาในโรงพยาบาลและมีระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย นานขึ้นจะทำให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น

¹ Beverly J. Volicer and Mary W. Burns, "Preexisting Correlates of Hospital stress" Nursing research, Vo., 26, No. 6 (November - December, 1977) 408 - 415.

สำหรับผลการศึกษาดังความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของชีวิตก่อน
เข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและความเครียดเมื่อมาอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า
ภาวะเครียดในชีวิตก่อนเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อระดับความเครียด
เมื่อมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อภาวะเครียดในชีวิตเพิ่มขึ้น จะทำให้ความเครียด
ของการมาอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและเกิดเร็วขึ้นด้วย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางช่องท้อง (ยกเว้นระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ชาย) ณ โรงพยาบาลศิริราช การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา ณ คีต 72 ปี ขึ้น 7 ชาย และหญิงจำนวน 60 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 30 ราย ผู้ป่วยหญิง 30 ราย ตั้งแต่เดือนเมษายน - สิงหาคม 2525 และจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี
2. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล. ไม่ต่ำกว่า 2 วัน
ก่อนเข้ารับการผ่าตัด
3. เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใต้การใช้ยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไป
4. รู้สึกตัวดี รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคลเป็นอย่างดี
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคหัวใจ ความดันโลหิต หรือโรคจิต โรคประสาท
6. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน และการใช้ภาษาพูด
7. เป็นผู้ที่เต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคำราและเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผนการสอนอย่างมีระบบแบบแผน และเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทางจิตกรรม และจากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตกรรมของผู้วิจัยเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. เกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วยทางจิตกรรม

1. แบบแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 แผนการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการสอนแบบกลุ่มย่อยและการสอนแบบรายบุคคล
- ส่วนที่ 2 แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบกลุ่มย่อย
- ส่วนที่ 3 แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล

2. เกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วยทางจิตกรรม ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือวัดความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอัตราการชีพจร ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) หูฟัง (stethoscope) และนาฬิกาที่มีเข็มวินาที

2.2 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วย จำนวน 32 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้



ไม่มีเลย	= 0	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงพฤติกรรมนั้นเลย
เป็นบางเวลาหรือเล็กน้อย	= 1	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยเคยแสดงพฤติกรรมนั้นเพียงเล็กน้อย หรือมีเป็นบางเวลา
เป็นเวลานานพอสมควร	= 2	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยเคยแสดงพฤติกรรมนั้นมากปานกลาง หรือเป็นเวลานานพอสมควร
เป็นมากเกือบตลอดเวลา	= 3	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยเคยแสดงพฤติกรรมนั้นมากเกือบตลอดเวลา

ส่วนที่ 3 ความเครียดของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องมารับการรักษาค่ายการผ่าตัดในโรงพยาบาล จำนวน 59 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่มี	= 0	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกถึงหรือไม่มีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้น
น้อย	= 1	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงหรือมีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นว่าทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือไม่สบายใจเพียงเล็กน้อย
มากปานกลาง	= 2	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงหรือมีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์หรือ สถานการณ์นั้นว่าทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือไม่สบายใจมากปานกลาง
มากที่สุด	= 3	คะแนน หมายถึง	การที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงหรือมีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์นั้น ว่าทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือไม่สบายใจมากที่สุด

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วยคัดยกรรรม จำนวน 23 ข้อ
ลักษณะของแบบสังเกตเป็นแบบบันทึกตรวจสอบ (check list) โดยกำหนดว่า

ไม่มี = 0 คะแนน

มี = 1 คะแนน

การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย มีความเที่ยงตรง
ค่านี้อาจ เนื่องจากผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยจากตำรา และเอกสารเกี่ยวกับการวางแผนการสอน
ผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน แล้วนำแผนการสอนไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และการจัดประสบการณ์
การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ช่วยพิจารณาแก้ไข

2. เกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วยทางคัดยกรรรม ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการหา
ความเที่ยงตรงดังนี้

2.1 เลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องความเครียด และมีประสบการณ์
ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำแก้ไขแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรม
ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

จิตแพทย์	จำนวน	3	ท่าน
พยาบาลจิตเวช	จำนวน	3	ท่าน
นักจิตวิทยาคลินิก	จำนวน	1	ท่าน
พยาบาลคัดยกรรรม	จำนวน	3	ท่าน

2.2 นำแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ()

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการหาความเชื่อมั่นของเกณฑ์ประเมินความเครียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะเครียดของผู้ป่วยอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล และลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ หาความเชื่อมั่นโดยการนำไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ณ คีต 72 ปี ชั้น 7 ชาย และหญิง จำนวน 10 ราย ในช่วงเดือนมีนาคม 2525 แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นอัลฟา (Alpha) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 โดยคำนวณจากสูตร ¹

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right]$$

n = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบสอบถาม
 $\sum \sigma_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนในแบบสอบถามแต่ละข้อ
 σ_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนในแบบสอบถามทั้งฉบับ

2. แบบสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในภาวะเครียด หาความเชื่อมั่นโดยใช้ผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัย และพยาบาลทางศัลยกรรมไปสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ณ คีต 72 ปี ชั้น 7 ชายและหญิง จำนวน 10 ราย ในเวลาเดียวกัน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นแบบ Introbserver Reliability โดยคำนวณตามวิธีของ William A. Scott ²

¹อนันต์ ศรีโสภ การวัดและประเมินผลการศึกษา (กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2520) หน้า 55 - 56.

²เชิดศักดิ์ โสวาสินธุ์ การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์ (กรุงเทพฯ : พีระพนา, 2522) หน้า 84 - 85.

$$\text{Reliability} = \frac{Po - Pe}{1.00 - Pe}$$

Po แทนอัตราส่วนของความน่าจะเป็น (Probability) ของการสังเกตพฤติกรรมได้ตรงกันของผู้สังเกต 2 คน คิ่จาก Po = 1 - (ผลรวมของความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตของผู้สังเกตทั้ง 2 คน

Pe แทนอัตราส่วนของความน่าจะเป็นของการสังเกตพฤติกรรมได้ตรงกันที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญคิ่จาก $Pe = (\text{สัดส่วนของความถี่ของพฤติกรรมที่มีจำนวนสูงสุด})^2 + (\text{สัดส่วนของความถี่ของพฤติกรรมที่มีจำนวนรองลงมา})^2$ โดยเลือกจากผลการสังเกตของผู้สังเกตคนใดคนหนึ่งก็ได้

ผลการคำนวณได้ค่าความเชื่อมั่น = .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วันก่อนมาตัด 2 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 จดบันทึกความคันโลหิต อัตราชีพจร และวัดระดับความเครียดของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมคะแนนความเครียดที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรม เป็นคะแนนความเครียดของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนการสอน

1.2 แจกจุลประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ป่วยทราบ ชักถามความรู้สึของผู้ป่วย ขณะมาพักรักษาเพื่อการผ่าตัด ชักถามความสบาย ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

1.3 จัดผู้ช่วยเข้ากลุ่ม 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย กลุ่มละ 30 ราย โดยการสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ ๆ แต่ละคู่จะต้องเป็นเพศเดียวกัน มีประสบการณ์ในการผ่าตัดเหมือนกัน และมีระดับความเครียดเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งการจัดระดับความเครียดนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error of Measurment) ของแบบวัดวัดความเครียด เป็นตัวกำหนดระดับความเครียดที่ใกล้เคียงกันของผู้ป่วย ¹

$$SE \text{ ของการวัด} = S \sqrt{1 - r_{tt}}$$

SE คือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด

S คือ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียด

r_{tt} คือ ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด

จากการคำนวณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของแบบสัมภาษณ์ = 6.5 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของแบบสังเกต = 0.52

2. วันก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยตามแบบแผนการสอนโดย

2.1 ในการสอนแบบรายบุคคล ผู้วิจัยทำการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วยตามแบบแผนการสอนแบบรายบุคคล (ดูจากภาคผนวก) โดยใช้เวลาในการสอนประมาณ 45 - 60 นาที

2.2 ในการสอนแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 3 - 4 คน ทำการสอนโดยวิธีอภิปรายกลุ่มตามแบบแผนการสอนผู้ป่วยแบบกลุ่มย่อย โดยใช้เวลาในการสอนประมาณ 60 - 90 นาที

¹ ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ สติศึกษาทางการศึกษา (กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิชสารานุกรม, 2522) หน้า 179 - 180.

3. เข้าวันผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วย เป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาข้อข้องใจอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยและให้คำแนะนำบางอย่างเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความเครียดของผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ประเมิน อันเกิม จดบันทึกความกังวลโลหิต อัตราการเต้นชีพจรอีกครั้งหนึ่ง รวมคะแนนความเครียดที่ได้จาก แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรมความเครียด แล้วนำไปเปรียบเทียบกับคะแนนความเครียด ก่อนสอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอน ในกลุ่มที่ได้รับ การสอนแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย โดยใช้ t - test แบบทดสอบเป็น คู่ (pair comparison) ซึ่งมีขั้นตอนการคำนวณดังนี้

1.1 หาค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนการสอน และ ภายหลังการสอน

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{n}$$

$\bar{D}$ = ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนการสอน และภายหลัง การสอน

D = ผลรวมของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนการสอนและภายหลัง การสอน

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียด
ก่อนการสอนและหลังการสอน

$$S_D = \sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2/n}{n - 1}}$$

S_D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียด
ก่อนการสอนและภายหลังการสอน

$\sum D^2$ = ผลรวมกำลังสองของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนการสอน
และภายหลังการสอน

$\sum D$ = ผลรวมของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนการสอน และ
ภายหลังการสอน

1.3 ทดสอบความมีนัยสำคัญของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อน
การสอนและหลังการสอน โดยใช้ t - test ซึ่งมีสูตรดังนี้^{1,2}

¹อนันต์ ศรีโสภณ เรื่องเดิม หน้า 276.

²จรัญ จันทลักขณา สถิติชีวเคราะห์และวางแผนงานวิจัย (กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, 2519) หน้า 55.

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}$$

H_0 : ไม่มีความแตกต่างของคะแนนความเครียดก่อนการสอน และ
ภายหลังการสอน

H_1 : คะแนนความเครียดภายหลังการสอนจะลดลง

ระดับความมีนัยสำคัญ = 0.1

2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลงของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนระหว่าง
กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย โดยใช้ t -test แบบทดสอบเป็นคู่ ซึ่งมี
ขั้นตอนการคำนวณเช่นเดียวกับข้อ 1

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}$$

$\bar{D}$ = ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดที่ลดลงภายหลัง
การสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย

S_D ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียดที่ลดลง
ภายหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และแบบ
กลุ่มย่อย

ระดับความมีนัยสำคัญ = .05

3. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท และอัตราชีพจรที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที ภายหลังจากการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย โดยใช้ไคสแควร์ ตารางการแจกแจงแบบ 2×2 โดยใช้สูตร¹

$$\chi^2 = \frac{(|ad - bc| - \frac{1}{2} N)^2 N}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

$$df = (r - 1)(c - 1)$$

a = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตซิสโตลิกเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท หรือ อัตราชีพจรเกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที

b = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตซิสโตลิกเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราชีพจรเกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที

c = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล ที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตซิสโตลิกเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราชีพจรเกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที

¹ จริญ จันทลักขณา และอนันต์ชัย เชื้อนธรรม สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์ กรุงเทพฯ : ไทวันพานิช, 2523) หน้า 244.

d = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
ความดันโลหิตซิสโตลิกเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการชีพจร
เกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที

r = จำนวนกลุ่มชั้นของตัวแปรที่อยู่ในแถวนอน = 2

c = จำนวนกลุ่มชั้นของตัวแปรที่อยู่ในแถวตั้ง = 2

การเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ประกอบการบรรยาย และเพื่อความสะดวกในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่าง ๆ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ดังต่อไปนี้

- $\bar{d}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน
- S_d หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังสอน
- $\bar{D}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย
- S_D หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย
- $t - test$ หมายถึง ค่าทดสอบโดยใช้ $t - test$ แบบทดสอบเป็นคู่
- χ^2 หมายถึง ค่าทดสอบโดยใช้ไคสแควร์ ตารางการแจกแจงแบบ 2×2
- รายบุคคล หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล
- กลุ่มย่อย หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้อะจากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังการนอนในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนไปภายหลังการนอนในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	sd	t
รายบุคคล	15.433	5.870	14.399 **
กลุ่มย่อย	15.733	5.098	16.902 **

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1

กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2

2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลงของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลงของผู้ป่วย ภายหลังการสัอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{d}$	s_d
รายบุคคล	15.433	5.870
กลุ่มย่อย	15.733	5.098
$\bar{D}$	0.267	
s_D	3.393	
t	6431 ^{NS}	

NS = ไม่นัยสำคัญทางสถิติ (P .05)

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มซึ่งได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีคะแนนความเครียดลดลง ภายหลังการสอนมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 แต่เมื่อพิจารณาถึงคะแนนความเครียดที่ลดลงเฉลี่ยในแต่ละกลุ่ม จะเห็นได้ว่ากลุ่ม ที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดที่ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดที่ลดลงในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลคือ $\bar{d}$ ของกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีค่า = 15.733 ส่วน $\bar{d}$ ของกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีค่า = 15.433

3. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราชีพจรภายหลังการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิก ที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

กลุ่มตัวอย่าง	ความดันโลหิตซิสโตลิก		รวม
	มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	
รายบุคคล	15	15	30
กลุ่มย่อย	9	21	30
รวม	24	36	60
17.36 NS			

$$NS = \text{ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ} (P > .05), \chi^2_{(1)} = 3.841$$

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีเพียง 9 คนใน 30 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีถึง 15 คน ใน 30 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจรที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 ครั้ง/
นาที ภายหลังการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

กลุ่มตัวอย่าง	อัตราชีพจร		รวม
	มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	
รายบุคคล	10	20	30
กลุ่มย่อย	6	24	30
รวม	16	44	60
χ^2	0.767 NS		

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$), $\chi^2_{(1)} = 3.841$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มซึ่งได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจรน้อยกว่ากลุ่มซึ่งได้รับการสอนแบบรายบุคคล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มซึ่งได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีเพียง 6 คนใน 30 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจร ส่วนในกลุ่มซึ่งได้รับการสอนแบบรายบุคคล มีถึง 10 คนใน 30 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจร

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการสอนแบบรายบุคคล และการสอนแบบกลุ่มย่อย ต่อการลดภาวะเครียดในระยะก่อนผ่าตัด และเพื่อเปรียบเทียบ ผลของการสอนทั้ง 2 วิธี ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลได้ทั่วทุกตัว พยาบาลสามารถให้ความสนใจผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างดี และทำการสอนได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนในมากที่สุด วาสเนอร์ (Wassner) ได้กล่าวว่า¹ ผู้ป่วยที่กำลังรอรับการผ่าตัดย่อมมีความวิตกกังวล และความกลัวที่จะต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพียงลำพัง ในระยะก่อนผ่าตัดนี้ เขาจึงต้องการใครสักคนที่จะมาช่วยขจัดความหวาดกลัวเหล่านี้ ดังนั้น ในระยะนี้ พยาบาลควรจะสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยพยาบาลจะต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในทำนองเดียวกันนี้ โจนส์ (Jones) และคณะ² ได้ให้ความเห็นว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นในชีวิต

¹ Adelheid Wassner "Patient Care for Safety" International Nursing Review. Vol.23, No.5 (September - October, 1976) 144 - 147.

² Kenneth L. Jones, Louis W. Shainbery and Curtis O. Bayer Dimensions : A changing Concept of Health (2nd.ed.; Sanfrancisco Canfield Press, 1974) pp. 76 - 77.



บุคคลจะต้องพยายามหาวิธีที่จะปรับตัวต่อภาวะเครียด วิธีหนึ่งที่จะลดความตึงเครียด (Coping devices) ก็คือ การพูดระบายปัญหา ความไม่สบายใจให้ผู้คนที่ตนไว้วางใจ ฟัง ซึ่งเป็นวิธีที่จะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้วิธีหนึ่ง¹ เมื่อบุคคลมีภาวะเจ็บป่วย เกิดขึ้น ย่อมจะมีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา ในบางครั้งผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งตนเองก็ไม่เข้าใจ ไม่สามารถพูดออกมาได้ หรือไม่กล้าเปิดเผยปัญหายังไม่กล้าซักถามในสิ่งที่ตนต้องการทราบ เพราะคิดว่าคำถามของตนเองเป็นคำถามซึ่งไม่ฉลาดในสายตาของพยาบาล ดังนั้นเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพูดแสดงถึงปัญหานั้นออกมา² ซึ่งในการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลสามารถค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้ก็ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจน³ กร็อช (Groach)⁴ ได้รายงานไว้ว่ามีผู้ป่วย 98.8 % ที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย มีความประสงค์จะใช้บริการพบปะและสัมภาษณ์ก่อนผ่าตัดโดยยินดีจ่ายเงินเพื่อบริการนี้ด้วย ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดย่อมมีความต้องการที่จะรู้เรื่องเกี่ยวกับ

¹ Jerry W. Johnson "More About Stress and some Management Techniques" Journal of School Health Vol.51,,No.1 (January,1981) 36 - 42.

² Godfrey M. Hochbaum "Patient Counseling V.S. Patient Teaching" Topics in clinical Nursing Vol.2, No.2 (July,1980) .1-8.

³ สุนทรี ภาพทัก. เรื่องเดิม หน้า 16.

⁴ Linda Groach "Do Patients Value Pre - Operative Assessments" AORN Vol.29, No. 6 (June,1979) p. 1250.

ความเจ็บป่วยของตนเองอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจ (Theories of Motivation) ที่กล่าวว่า ¹ มนุษย์ทุกคนต้องการความปลอดภัย และต้องการได้รับการป้องกันให้พ้นจากความกลัวทั้งหลาย นั่นคือ ความต้องการความปลอดภัยจากการผัดตดนั้นเอง เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่พยาบาลจะสอน เมื่อผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้องตามความเป็นจริง อันจะช่วยลดความเครียดในระยะก่อนผัดตดได้

2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และไต่ถามปัญหาของผู้ป่วยด้วยกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นช่วยตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ดังนั้นภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการสอนแบบกลุ่มจึงมีความเครียดลดน้อยลง

แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย พบว่าการสอนแบบกลุ่มย่อย สามารถลดความเครียดของผู้ป่วยได้มากกว่าการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ

¹ Charles Galloway Psychology for Learning and Teaching (NY : McGraw - Hill book Co., 1976) p. 257.

ก. ลักษณะธรรมชาติ และพื้นฐานทางวัฒนธรรมของคนไทย คนไทยส่วนมากไม่ค่อยแสดงความรู้สึก หรือพูดถึงปัญหาของตนเองให้แก่คนแปลกหน้าหรือผู้ที่ไม่ใช่ไว้วางใจพังค์เซน ชูบิน (Shubin) ได้กล่าวว่า¹ การให้การพยาบาลทางคำวินิจฉัยที่จะได้ผลดีนั้น พยาบาลจะต้องคำนึงถึงพื้นฐานทางวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวในขณะที่เจ็บป่วย และการดำรงชีวิตในภาวะปกติของผู้ป่วย จากการสอนเป็นกลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมักจะถามคำถามที่เกี่ยวกับปัญหาของตนเองกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยสนใจในปัญหาของผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม อาจเนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยเกี่ยวกับตัวใครตัวมัน ซึ่ง อานนท์ อภาภิรมณ์ ได้กล่าวว่า² คนไทยเป็นจำนวนไม่น้อยในปัจจุบันที่มีค่านิยม "ตัวใครตัวมัน" ทั้งนี้อาจเป็นผลจากภาวะเศรษฐกิจอันฝืดเคือง และสิ่งแวดล้อมอันสับสน ทำให้คนไทยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกว่า ถ้าัวไปนึกถึงคนอื่นตัวเราก็กะยี้ ค่านิยมอันนี้มีผลกระทบให้คนส่วนใหญ่นึกถึง "ตัวเอง" ก่อนคนอื่นทั้งหมด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าปัญหาของตนเองที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข จึงทำให้ความสนใจในปัญหาของคนอื่นลดน้อยลง นอกจากนี้ในสังคมไทยยังมีการแบ่งชนชั้นในสังคม โดยมีปัจจัยที่ใช้ในการกำหนดชนชั้นของสังคมไทยกันนี้คือ วงศ์ตระกูล ตำแหน่งราชการ อำนาจเศรษฐกิจ และการเมือง ความมั่งคั่ง ระดับการศึกษา และ ประเภทอาชีพ³ จากการศึกษาครั้งนี้

¹ Seymour Shubin "Nursing Patients from different Culture" Nursing 80 Vol.10, No.6 (June,1980) 26 - 29.

² อานนท์ อภาภิรมณ์, มนุษย์กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3; กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บำรุงนุกูลกิจ, 2515) หน้า 95.

³ เรื่องเดียวกัน หน้า 165 - 166.

สมาชิกในบางกลุ่มมีความแตกต่างกันในระดับการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ความแตกต่างเหล่านี้เป็นเหตุให้สมาชิกไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กัน

ข. ระยะเวลาของการทำกลุ่ม ในระยะครั้งแรกของการทำกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างผู้ช่วยด้วยกันเองน้อย ผู้ช่วยไม่ค่อยพูดหรือแสดงความคิดเห็น ต่อปัญหาของผู้ช่วยอื่นมากนัก อาจเนื่องมาจากผู้ช่วยยังไม่เกิดความไว้วางใจ (trust) ในกลุ่ม ดังเช่น แมคลิช และคณะ (McLeish and et al.)¹ ได้กล่าวถึงสาเหตุของการที่มีสมาชิกในกลุ่มไม่ค่อยพูดแสดงความคิดเห็นไว้วางใจ อาจเป็นเพราะสมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่ามีกฎเกณฑ์ควบคุมที่เคร่งครัดเกินไป หรือสมาชิกในกลุ่มมีการแข่งขัน ซึ่งก็ขึ้นในสถานะภาพของตนเอง หรือสมาชิกในกลุ่มขาดความไว้วางใจในกลุ่ม นอกจากนี้ธรรมชาติโดยทั่วไปของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่จะต้องเปลี่ยนบทบาทจากคนปกติมาเป็นบทบาทที่จะต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นนั้น บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาก็คือ แพทย์ และพยาบาล² และผู้ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเป็นผู้ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อตัวเขามากที่สุดก็คือพยาบาล³ ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยสนใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์ หรือรับฟังปัญหา และข้อคิดเห็นจากผู้ช่วยด้วยกันใน

¹ John McLeish, Wayne Matheson and James Park, The Psychology of the Learning Group, (London : Hutchinson University Library, 1973) p.205.

² Beland, Op.cit., p. 364.

³ Winslow, Op.cit., p.215.

ระยะแรกของการทำกลุ่ม ต่อเมื่อมีการดำเนินการกลุ่มต่อไปสักระยะหนึ่ง คือในช่วงหลังของการทำกลุ่มสมาชิกจึงเริ่มคุ้นเคยและเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างผู้ช่วยด้วยกันมากขึ้น แต่เนื่องจากระยะเวลาในการทำกลุ่มมีจำกัดเพียง 60 - 90 นาที จึงทำให้ผู้ช่วยได้รับประโยชน์จากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ช่วยด้วยกันไม่เต็มที่

ค. ธรรมชาติของผู้ช่วยแต่ละราย ในการทำกลุ่มบางกลุ่มมีสมาชิกบางคนผูกขาดการพูดในกลุ่ม ทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อสงสัยในปัญหาและความต้องการของตนเองได้ไม่ครบถ้วน แมคคิช และคณะ¹ ได้ให้ความคิดเห็นว่า ถ้าในกลุ่มมีสมาชิกบางคนหรือบางกลุ่มผูกขาดในการพูดจะทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้สึกต่ำต้อย ขาดความสนใจและเบื่อหน่ายต่อการทำกลุ่ม ถึงแม้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มพยายามควบคุมการผูกขาดในการพูดของสมาชิกบางคนแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากมีเวลาในการทำกลุ่มจำกัดดังกล่าวมาแล้ว ทำให้สมาชิกบางคนไม่สามารถพูดหรือซักถามได้ตามที่ควรจะเป็น

ง. สภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในการทำกลุ่มบางกลุ่ม ผู้ป่วยอยู่ในสภาพต้องให้น้ำเกลือทางเส้นโลหิตดำ หรือมีผู้ป่วยที่ต้องใส่สายทางจมูก ซึ่งต่อกับเครื่องดูด (N - G tube & Continuous suction) ต้องปิดเครื่องดูดไว้ชั่วคราวในขณะที่ผู้ป่วย

¹ Mcleish and et al. Op.cit., p. 206.

มาเข้ากลุ่ม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยินดีและพอใจที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มก็ตาม แต่ต้องมีข้อจำกัดใน เวลาทำกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยมีอุปสรรคทางกายไม่สามารถจะบิดเครื่องทูกไว้นานได้

จ. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ในแต่ละวิธีการสอนใน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งอาจน้อยเกินไป จึงทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถแสดงถึงความ แตกต่างของความเครียดที่ลดลงภายหลังการสอนทั้ง 2 วิธีได้ชัดเจน เนื่องจากความเครียด ของแต่ละบุคคลมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันหลายอย่าง

ด้วยเหตุดังกล่าวมานี้ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีความเครียดลดลง เนื่องจาก

1. ได้มีการซักถาม และได้รับการแก้ไขข้อข้องใจ หรือสิ่งที่ยังเข้าใจผิดพลาด จากพยาบาลผู้นำกลุ่มเช่นเดียวกับ การสอนแบบรายบุคคลนั่นเอง

2. ได้รับการเรียนรู้จากคำถาม หรือปัญหาที่ผู้ป่วยอื่นซักถามผู้นำกลุ่ม

3. ได้เข้าใจความรู้สึกที่ว่า ตนเองถูกทอดทิ้ง หรืออยู่โดดเดี่ยว

ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าถ้าจะให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มอย่างเต็มที่ ควรมีการทำกลุ่มหลาย ๆ ครั้ง และเป็นระยะ ๆ แต่เนื่องจากผู้ป่วยทางศัลยกรรม ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัด เป็นระยะเวลาช่วงสั้น ทำให้ไม่สามารถจัดการการสอนในระยะก่อนผ่าตัดเป็นกลุ่มได้หลายครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มไม่เต็มที่ดังกล่าวนั้นแล้ว

3. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีการเปลี่ยนแปลง ของความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราชีพจรเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท และ 10 ครั้งต่อนาที น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 และ 4 แต่เมื่อนำมา ทดสอบทางสถิติพบว่า การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราชีพจรระหว่าง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้เป็นการยืนยัน

ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจากทั้ง 2 วิธี มีความเครียดลดลงได้ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการชีพจร เป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาอย่างหนึ่ง เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) ผลิตฮอร์โมนส์ 2 ชนิด คือ อีพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (Nor - Epinephrine) ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด คือ อีพิเนฟริน จะทำให้เส้นโลหิตบริเวณพื้นผิวหดตัว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและเพิ่มปริมาณของโลหิตที่สูบฉีดออกจากหัวใจ ส่วนนอร์อีพิเนฟริน ทำให้เส้นโลหิตทั่วร่างกายหดตัว โดยเฉพาะส่วนปลาย เพิ่มแรงต้านทานของเส้นเลือด จึงทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ปริมาณเลือดที่ส่งออกไปจากหัวใจมากขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราการชีพจรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน 1, 2, 3 ดังนั้นจากการศึกษาวิจัยของเกรแฮม (Graham) 4 เขาพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต เพิ่มขึ้นมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการชีพจรเพิ่มขึ้นมากกว่า 10 ครั้งต่อนาที จากอัตราปกติ

¹ Luckman and Sorensen, Op.cit., p. 1366.

² Ernest R. Hilgard, Introduction to Psychology (5th.ed.), New York : Harcourt Brace & Co., 1975) p.41.

³ ชูศักดิ์ เวชแพศย์, สรีรวิทยา (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2520) หน้า 91.

⁴ Graham, Op.cit., p. 113 - 120.

จากผลของการวิจัยครั้งนี้พอสรุปได้ว่า การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้ง 2 วิธี จะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดได้ค่อนข้างแน่นอน การจะเลือกวิธีการสอนแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่มนั้น อาจพิจารณาพร้อมกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการสอนว่าควรจะสอนด้วยวิธีใดจึงจะได้ผลดีที่สุด¹ สำหรับผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าควรจะนำเอาวิธีการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพราะวิธีการนี้สามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดีกว่า หรืออย่างน้อยเท่ากับการสอนเป็นรายบุคคล อีกทั้งการสอนแบบกลุ่มยังช่วยประหยัดเวลามากกว่าการสอนผู้ป่วยทีละคน และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังการสอนแบบกลุ่มผู้วิจัยได้สัมผัสทัศนคติความรู้สึกของผู้ป่วยที่นำมาเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยทุกคนตอบว่ารู้สึกชอบและสนุกสนานในการที่ได้พบปะกับผู้ป่วยอื่น ๆ

¹ Joan B. Kratzer "What Does Your Patient Need to Know"
Nursing 77 Vol.7, No.2 (December, 1977) .82-83.

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบผลการสอนผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อยต่อการลดภาวะเครียดในผู้ป่วยทางศัลยกรรมของห้อง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางช่องท้อง (ยกเว้นระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ) ณ คึก 72 ปี ชั้น 7 ชายและหญิง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 30 ราย ผู้ป่วยหญิง 30 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ไม่ต่ำกว่า 2 วัน ก่อนรับการผ่าตัด, รู้สึกตัวดี รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล เป็นอย่างดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคหัวใจ ความดันโลหิต หรือโรคจิต โรคประสาท ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการใช้ภาษาพูด และเป็นผู้ที่เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา และเอกสารเกี่ยวกับการวางแผนการสอนอย่างมีแบบแผน แล้วนำแผนการสอนนี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ช่วยพิจารณาแก้ไข

2. เกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วยทางศัลยกรรม ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของความเครียดที่แสดงออกทางสรีรวิทยา แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 2 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อจกบันทึกความทันโลหิต อัตรชีพจร ประเมินความเครียดผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ประเมินความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย โดยการสุ่มเป็นคู่ ๆ แต่ละคู่จะต้องเป็นเพศเดียวกัน มีประสบการณ์ในการผ่าตัดเหมือนกัน และมีระดับความเครียดก่อนการสอนเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน การดำเนินการสอนผู้ป่วยทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยได้กระทำในวันรุ่งขึ้นซึ่งเป็นวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ภายหลังการสอนผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อีกครั้งหนึ่งในเช้าวันผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด เพื่อประเมินความเครียดภายหลังการสอน

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอนในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย โดยใช้ $t - test$ แบบทดสอบเป็นคู่
2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลง ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย โดยใช้ $t - test$ แบบทดสอบเป็นคู่
3. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความทันโลหิต และอัตรชีพจรของผู้ป่วย ภายหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยโดยใช้ ไคสแควร์ ตารางการแจกแจงแบบ 2×2

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล มีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1
2. กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีคะแนนความเครียดลดลงจากคะแนนความเครียดก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2
3. กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยมีคะแนนความเครียดลดลง ภายหลังการสอนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 แต่เมื่อพิจารณาถึงคะแนนความเครียดที่ลดลงเฉลี่ยในแต่ละกลุ่ม จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีค่าเฉลี่ยของความเครียดที่ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยของความเครียดที่ลดลง ในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล
4. กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีเพียง 8 คน ใน 30 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีถึง 15 คนใน 30 คน
5. กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการชีพจรเกินกว่า 10 ครั้ง ต่อนาที น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย มีเพียง 6 คน ใน 30 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการชีพจรเกินกว่า 10 ครั้ง ต่อนาที ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีถึง 10 คน ใน 30 คน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในอันที่จะช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และควรมีการปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งภายในโรงพยาบาลควรมีการวางแผนร่วมกันในระหว่างพยาบาลประจำการ แพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อสร้างแบบแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยมีพยาบาลประจำการเป็นผู้สอนผู้ป่วย และควรมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการจัดเตรียมการสอน เกี่ยวกับการเลือกเนื้อหาวิธีการสอน การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการสอน เช่น สไลด์ รูปภาพ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน เพื่อเป็นการเตรียมให้พยาบาลประจำการมีความรู้ความเข้าใจในหลักการของวิธีการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลประจำการมีความมั่นใจในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง

3. ในการนำเอาแผนการสอนไปปฏิบัติจริง พยาบาลผู้สอนควรมีการรวบรวมข้อมูล และประเมินผลการสอน ว่ามีปัญหาหรือข้อบกพร่องอะไรบ้างในการสอนแต่ละวิธี เพื่อนำมาปรับปรุงแผนการสอนในครั้งต่อไปให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ครูพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้วางแผนการจัดการเรียนการสอนในคลินิกเกี่ยวกับเรื่องการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยทางจิตใจให้พร้อมก่อนผ่าตัด

2. ครูพยาบาลควรจัดให้นักศึกษาได้มีโอกาสสอนผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสอน ทั้ง 2 วิธี เพื่อให้นักศึกษาเกิดความสามารถในการสอนผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะ ในการสอนผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

คำถามวิจัยครั้งที่ต่อไป

1. ควรจะได้มีการวิจัยซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากกว่านี้ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถแสดงถึงความแตกต่างของความเครียดที่ลดลงภายหลังการสอน ทั้ง 2 วิธี ได้อย่างชัดเจน

2. การวิจัยที่จะกระทำโดยใช้วิธีการสอนแบบเดียวกันนี้ ควรใช้คำว่า การสอนแบบกลุ่มบำบัด แทนคำว่า การสอนแบบกลุ่มย่อย ในชื่อหัวข้อการวิจัย เพื่อให้เกิดความกระจ่าง ในหัวข้อการวิจัย เนื่องจากในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้หลักและวิธีการของการการ ทำกลุ่มบำบัด ซึ่งต่างต่างจากการสอนแบบกลุ่มทั่ว ๆ ไป ที่อาจหมายถึงการสอนที่มีผู้เรียน มากกว่าสองคนขึ้นไปเท่านั้น

3. ควรศึกษาผลของการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อยในผู้ป่วยสัลยกรรม แขนกอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

4. การศึกษาถึงผลของการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยในผู้ป่วยสัลยกรรม เรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก โดยทำการสอนในช่วงระยะหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้อาการผู้ป่วย ฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

5. ควรศึกษาถึงผลของการสอนต่อภาวะเครียดในระยะหลังผ่าตัด การสนองตอบต่อความเจ็บปวด และการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด

6. ในการศึกษาครั้งต่อไป ถ้านำเอาแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตพฤติกรรม ความเครียดมาใช้เป็นเกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วย สิ่งที่จะควรเพิ่มเติมในแบบสัมภาษณ์ ก็คือ การที่ผู้ป่วยกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง และพฤติกรรมที่จะเพิ่มเติมในแบบสังเกต ก็คือ การร้องไห้

หนังสือ

จรัญ จันทลักขณา. สถิติวิธีวิเคราะห์และวางแผนงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๑๔.

จรัญ จันทลักขณา และอนันต์ชัย เชื้อนครธรรม สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๓.

ชูศักดิ์ เวชแพทย. สรีรวิทยา กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, ๒๕๒๐.

เชิดศักดิ์ ไชวสินธุ์, การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา,
๒๕๒๒.

พิศนา แหมมณีและคณะ. กลุ่มสัมพันธ์ : ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. เล่ม ๑, กรุงเทพฯ : บุรพาศิลป์
การพิมพ์, ๒๕๒๒.

ประคอง อินทรสมบัติ. "ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล" การพยาบาล
อายุรศาสตร์. เล่ม ๓ เรียบเรียงโดย สมจิต หุ่นเจริญกุล กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์สุวรรณหงษ์, ๒๕๒๔.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. สถิติวิทยาทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิชจำกัด,
๒๕๒๒.

สุวัฒนา อารีพรหม, ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
๒๕๒๔.

อนันต์ ศรีโสภณ. การวัดและประเมินผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๐.

อานนท์ อาภาภิรมณ์. มนุษย์กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ, ๒๕๑๕.



- Aguilera, Donna C and Messich Janice M. Crisis Intervention. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.
- Beland, Irene L and Passon Joyce Y. Clinical Nursing Pathophysiological and Psychological Approach. 3rd ed. New York : Memillan Publishing, Co., 1975.
- Engel, George L. Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia : W.B. saunders Co., 1962.
- Galloway, Charles. Psychology for Learning and Teaching. NY : Mc Graw-Hill book Co., 1976.
- Johnson, Dorothy F., and Hood, Gail H. Total Patient Care Foundation and Practice. 4th ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1976.
- Jones, Kenneth L, Shainberg, Louis W. and Bayer, Curtis O. Dimensions : A changing Concept of Health, 2nd ed. Sanfrancisco : Canfield Press, 1974.
- Kahn, J.H. and Thompson, Sheila. The Group process as a Helping Technique. New York : Pergamon Press, 1973.
- Klein, Alan F. Effective Group Work, An Introduction to Principle and Method. New York : Association Press, 1972.
- Lemaitre, George D., and Finegan, Janet. The Patient in Surgery : A Guide for Nurse. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1980.



Levine, Maurice and Titcheman James L. Surgery as a Human Experience.

New York : Oxford University Press, 1960.

Luckman, Joon and Sorensen Karen Creason. Medical-Surgical Nursing.

Philadelphia : W.B. Saunders Comany, 1976.

Marram, Gwen D. The Group Approach in Nursing Practice. 2nd ed.

Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.

Mcleish, John, Matheson Wayne and Park James. The Psychology of the Learning Group. London : Hutchinson University Library, 1973.

Miller, Benjamin F. Encyclopedia and Dictionary of Medical and Nursing. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1972.

Pohl, Margaret L. The Teaching Function of the Nursing Practitioner. 2nd ed. Dubuque ; Iowa : WM.C. Brown Company Publishers, 1973.

Redman, Barbara Klug. The Process of patient Teaching in Nursing. 3rd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1974.

Sampson, Edward E., and Marthas, Marya Sampson. Group Process for the Health Professions. New York : Association Press, 1972.

Sander, Karen S, and orthers. Practical Manaul For Patient-Teaching Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.

Selye, Hans, The Stress of Life. New York : Mc Graw-Hill Book Co., 1956.

Stills, Davis L. International Encyclopedia of Social Sciences Vol.15
New York : Mcmillan, Publishing Co., 1968.

Watson, Jeanette E. Medical-Surgical Nursing and Related Physiology.
Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1979.

Withhall, John and Lewis, W.W. Handbook of reserch on Teaching
education. Chicogo : Rand McNally and Company, 1963.

วารสาร

พาทินี สุระเนนย์. "การสอนสุขภาพอนามัย. บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งในการเป็นพยาบาล"
วารสารพยาบาล, ปี ๒๑, น.๖ (เมษายน, ๒๕๑๕) ๔๖ - ๔๗.

วิเชียร ทวีลาภ "การศึกษานักใหญ่" วารสารพยาบาล, ปีที่ ๒๖, ฉบับที่ ๑ (มกราคม, ๒๕๒๐)
๒๕ - ๓๕.

.Baor, Jennifer. "Pre-Operative Care of Patients" Nursing Time,
(March, 1977) 409-411.

Boward, Evrette W. Jr. "The Psychology of Classroom Interaction"
Journal of Educational Reserch, Vol.45, (November, 1951)
215-224.

Carnevale, Doris L. "Preoperative Anxiety" American Journal of
Nursing, Vol.7 No.1 (July, 1966), 1538.

Dodge, Joan S. "Factor Related to patients Perception of their
Cognitive needs" Nursing reserch, Vol.18, No.6
(November - December, 1969) 505-507.

- Felton, Geraldene, et. al. "Preoperative Nursing Intervention with the Patient for Surgery : Outcomes of three alternative Approach." International Journal of Nursing Studies, Vol.13, (1975) 83-96.
- Graham, Louis E., and Conley, Elizabeth Mayers. "Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients" Nursing Reserch, Vol.20, No.2 (March - April, 1971) 113-120.
- Groach, Linda "Do Patients Value Pre-Operative Assessments" AORN, Vol.29, No. (June, 1979) 1250.
- Hochbaum, Godfrey M. "Patient Counseling Vs. Patient Teaching" Topics in Clinical Nursing, Vol. 2, No.2 (July, 1980) 1 - 8.
- Hopping, Betty. "Physiological reoponse to Stress." Nursing Forum, Vol.19, No.3 (1980) 258-269.
- Johnson, Jerry W. "More About Stress and Some Management Techniques." Journal of School Health, Vol.51, No.1 (January, 1981) 36 - 42.
- Kelly, Patrieia Paul, and Asbly, Gloria Coats. "Group Approach For Cancer Patients : Establishing a Group" American Journal of Nursing, Vol.74, No.5 (May, 1979) 914-915.
- Kinney, M.R. "Effects of Preoperative Teaching Upon Patients with differing Modes of Response to threatening Stimuli" International Journal of Nursing Studies, Vol.14, (January, 1977) 49 - 59.

- Kratzer, Joan B. "What Does Your Patient Need to Know" Nursing 77, Vol.7, No.2 (December, 1977) 82 - 83.
- Lindeman, Carol A. "Effectiveness and Efficiency of Group and Individual Preoperative Teaching-Phase Two." Nursing Research Vol.21, No.3 (May - June, 1972) 196-209.
- Lindeman, Carol A., and Aurnam, Betty Van. "Nursing Intervention with the Presurgical patient-the Effects of Structured and Unstructured Preoperative Teaching" Nursing Research, Vol.20, No.4 (July-August, 1971) 319-332.
- Marcinek, Margaret Boye. "Stress in the surgical Patient" American Journal of Nursing, Vol.77, No.11 (November, 1977) 1809-1811.
- Mezzanotte, Elizabeth Jane "Group Instruction in Preparation For Surgery." American Journal of Nursing, Vol.70, No.1 (January, 1970) 89 - 91.
- Murray, Ruth L.E. "Assessment of Psychologic Status in the Surgical I.C.U. Patient" The Nursing Clinics of North America, Vol.10, No.1 (March, 1975) 69 - 81.
- Reader, George E. "Developing Patient's knowledge of Health." Hospital J.A.H.A. Vol.47, (March, 1, 1973) 111-114.
- Redman, Barbara KluG. "Guideline For Quality Care in Patient Education" Canadian Nurse, Vol.71, No.2 (February, 1975) 19 - 21.

Salsmond, Susan Warner. "Inservice and Patient education"
Supervisor Nurse, Vol.9, No.5 (May, 1978) 95 - 101.

Sanders, Judith, Krum, Sharon and Vannatta Patricia. "Group
Approaches For Cancer Patients. A Group For Teaching
Chemotherapy" American Journal of Nursing, Vol.79,
No.5 (May, 1979) 916.

Schmitte, Forence E. and Wooldridge, Powhatton J. "Psychological
Preparation of Surgical Patients" Nursing reserch,
Vol.22, No.2 (March - April, 1973) 109 - 115.

Schrankel, Dawn P. "Pre-Operative Teaching" Supervisor Nurse,
Vol.9, No.5 (May, 1978) 82 - 90.

Shubin, Seymour "Nursing Patients from different Culture."
Nursing 80. Vol.10, No.6 (June, 1980) 26 - 29.

Smith, Carol B. "Patient Education in Ambulatory Care" The Nursing
Clinics of North America, Vol.12, No.9 (December, 1977)
595-608.

Smith, Marcy J. T., and Selye, Hans "Reducing the negative
Effects of Stress" American Journal of Nursing, Vol.79,
No.11 (November, 1977) 1953-1955.

Skiff, Anna "Hospital office promotes Health Education" Hospital
J.A.H.A., Vol.47, (March 1, 1973) 117-120.

Stephenson, Carol A. "Stress in Critical ill Patient." American
Journal of Nursing, Vol77, No.11 (November, 1977)
1806-1808.

Volicer, Beverly J., and Burns, Mary W., "Preexisting Correlates of Hospital Stress" Nursing Research, Vol.26, No.6 (November-December, 1977) 408-415.

Walter, Jean "Four Practical Question to ask when Organizing Preoperation Class." American Journal of Nursing, Vol.10, Vol.19, No.6 (June, 1979) 1090-1091.

Wassner, Adelheid. "Patient Care for Safety." International Nursing Review, Vol.23, No.5 (September-October, 1976) 144-147.

Whitman, Helen H., Gustafson, James P., and Coleman, Frederick W. "Group Approaches For Cancer Patients : Leaders and Members." American Journal of Nursing, Vol.79, No.5 (May, 1979) 910-913.

Winslow, Elizabeth Halm. "The role of the Nurse in Patient Education." The Nursing Clinics of North America, Vol.11, No.2 (June, 1976) 213-223.

วิทยานิพนธ์

พนารัตน์ โพธาเจริญ. "การแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องเพื่อความวิตกกังวล" วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๑๕.

สุนทร ภาณุทัต และคณะ "ผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล" รายงานการวิจัยของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, ๒๕๒๔.

Chawmathagit, Chuleporn. "Effect of Preoperative Psychological Approach on the Post operative Pain Response in Surgical Patient." Unpublished Master of Science Degree thesis, The Faculty of Graduate Studies Mahidol Universities, 1979.





เกณฑ์ประเมินความเครียด

เกณฑ์ประเมินความเครียดของผู้ป่วยทางจิตเวชกรรม ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรมความเครียด

1. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิตและลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วย จำนวน 32 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ความเครียดของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องมาับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาล จำนวน 59 ข้อ

2. แบบสังเกตพฤติกรรมความเครียด จำนวน 23 ข้อ

แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1

ข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของผู้ป่วย

- 1 . ชื่อ นามสกุล
- 2 . เพศ
- 3 . อายุ
- 4 . ศาสนา
- 5 . เชื้อชาติ
- 6 . สัญชาติ
- 7 . อาชีพ
- 8 . การศึกษา
- 9 . สภาพการสมรส
- 10 . รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
- 11 . ความสนใจโรค (ก่อนการสอน) เข้าวันผ่าตัด.....
อัตราชีพจรก่อนการสอน เข้าวันผ่าตัด.....
- 12 . การวินิจฉัยโรค

แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2

คำชี้แจง

ลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วย
 ส่วนซ้ายมือเป็นข้อคำถาม ซึ่งแสดงถึงลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต และ
 พื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วย ส่วนขวามือ เป็นมาตราการประเมินค่า
 (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะต้องทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่
 ต้องการตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ไม่เลย หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงพฤติกรรมนั้น ให้คะแนน = 0
 เป็นบางครั้งหรือเล็กน้อย หมายถึงการที่ผู้ป่วยเคยแสดงพฤติกรรมนั้นเพียงเล็กน้อย
 หรือมีเป็นบางครั้ง ให้คะแนน = 1
 เป็นเวลานานพอสมควร หมายถึง การที่ผู้ป่วยเคยแสดงพฤติกรรมนั้นค่อนข้างมาก
 หรือมีเป็นเวลานานพอสมควร ให้คะแนน = 2
 เป็นมากเกือบตลอดเวลา หมายถึง การที่ผู้ป่วยเคยแสดงพฤติกรรมนั้นมาก หรือ
 มีเกือบตลอดเวลา ให้คะแนน = 3

สุขภาพจิตและลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์

0 1 2 3

1. ท่านมักรู้สึกตกใจง่ายหรือรู้สึกตื่นตระหนกง่าย
2. ท่านมักรู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวายมากกว่าปกติ เมื่อจะต้องพบกับเหตุการณ์บางอย่าง
3. ท่านมักรู้สึกสะเทือนใจง่ายต่อเหตุการณ์ที่น่าสงสาร, น่ากลัว
4. ท่านมักรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล
5. ท่านมักคิดถึงเรื่องที่น่ากลัวอยู่เสมอ
6. เวลากลัวท่านมักจะกลัวจนตัวสั่นทุกครั้ง
7. ท่านมักจะตกใจกลัวจนเหงื่อแตกบ่อย ๆ

สุขภาพจิตและลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์	0	1	2	3
8. ท่านนอนหลับยาก หรือหลับได้ไม่เต็มที่				
9. ท่านมักฝันร้ายและตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืน				
10. ท่านมักหงุดหงิดด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ				
11. ท่านรู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้อะไรที่ต้องการในทันทีทันใด				
12. ท่านมักจะปี้อารมณ์เกรี้ยวกราดได้ง่าย				
13. ท่านมักรู้สึกหงุดหงิดใจเร็ว				
14. ท่านมักรู้สึกไม่สบาย เวียนศีรษะ				
15. ท่านมักรู้สึกจะเป็นลม หรือเป็นลมบ่อย ๆ				
16. ท่านมักรู้สึกไม่สบายปวดท้อง อาหารไม่ย่อย				
17. ท่านมักรู้สึกอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย				
18. ท่านมักรู้สึกว่าไม่หนาวร้อนและแฉะ				
19. ท่านมักรู้สึกชา หรือร้อนช้ำตามตัว				
20. ท่านเป็นคนขี้อาย				
21. ท่านมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย				
22. ท่านมักรู้สึกกังวลต่อความรู้สึกของผู้อื่นเสมอ				
23. รู้สึกสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต				
24. รู้สึกกระวนกระวาย เมื่อถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว				
25. ท่านรู้สึกเหมือนว่าอยู่คนเดียว และว่าเหวอแม้จะอยู่ในกลุ่มคนรู้จัก				
26. ท่านรู้สึกลำบากใจ เมื่อต้องเปลี่ยนสถานที่อยู่ใหม่				
27. ท่านหวาดกลัวคนแปลกหน้า หรือสถานที่อยู่ใหม่				
28. ท่านปรารถนาที่จะให้ใครอยู่ใกล้ ๆ เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำแก่ท่านอยู่เสมอ				

สุขภาพจิตและลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์	0	1	2	3
29. เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเป็นผลจากขาปกรรม ที่ท่านเคยกระทำไว้				
30. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า				
31. ท่านไม่สบายใจ เนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นโรคประสาท หรือประสาทเครียด				
32. รู้สึกว่าคาญ เนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวของท่าน หงุดหงิดง่าย				



ความเครียดของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องมารับการรักษาศูนย์การผ่าตัดใน
โรงพยาบาล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์จะกระตุ้นโดยการพูดนำถึงเหตุการณ์ และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยพรรณนาถึงความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ความวิตกกังวล และความคาดหวังของผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดในโรงพยาบาล ส่วนซ้ายมือเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่วนขวามือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องทำเครื่องหมายลงในช่องที่ต้องการ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| ไม่มี | หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ได้พูดถึง หรือไม่มีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ให้คะแนน = 0 |
| น้อย | หมายถึง การที่ผู้ป่วยพูดถึง หรือมีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นว่าทำให้เกิดความกังวลหรือไม่สบายใจเพียงเล็กน้อยให้คะแนน = 1 |
| ปานกลาง | หมายถึง การที่ผู้ป่วยพูดถึง หรือมีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์นั้นว่าก่อให้เกิดความกังวล หรือไม่สบายใจมากปานกลาง ให้คะแนน = 2 |
| มากที่สุด | หมายถึง การที่ผู้ป่วยพูดถึงหรือมีพฤติกรรมบ่งชี้ถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นว่าทำให้เกิดความกังวล หรือไม่สบายใจมากที่สุด ให้คะแนน = 3 |

เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	ไม่มี (0)	มี		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มากที่สุด (3)
ก. ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม 1. เป็นห่วงบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร 2. เกรงว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะทำให้คู่สมรส นอกใจ 3. เกรงว่าตนเองจะเป็นภาวะแก่ญาติพี่น้อง 4. กังวลเรื่องงาน 5. เกรงว่าเมื่อออกจากโรงพยาบาลจะทำงาน เหมือนเดิมไม่ได้ 6. กังวลว่าจะคงสูญเสียรายได้ในระหว่าง เจ็บป่วย 7. กังวลถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 8. ญาติไม่มาเยี่ยม หรือเยี่ยมพอสบายเกินไป 9. เป็นห่วงทรัพย์สินในบ้าน เช่น สัตว์เลี้ยง บ้าน เครื่องมือประกอบอาชีพ 10. กลัวญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงรังเกียจ ไม่ยอม เข้าใกล้ 11. เกรงว่าไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทาง สังคมกับเพื่อนได้ดังแต่ก่อน ข. บรรยาการ และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 12. ลำบากใจที่ต้องสวมเสื้อผ้าของ โรงพยาบาล 13. รู้สึกลำบากใจในการนอนอยู่ท่ามกลาง คนแปลกหน้า				

เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	ไม่มี (0)	มี		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มากที่สุด (3)
14. กังวลว่าเตียงนอนเคยมีผู้เสียชีวิต				
15. รู้สึกลำบากใจในการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ของโรงพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยอื่น				
16. รู้สึกว่าเคยเสี่ยงรบกวน เช่น เสียงคุย เสียงร้อง ของผู้ป่วยอื่น ๆ เสียงโทรศัพท์ เสียงล้างเครื่องมือ ฯลฯ				
17. รู้สึกกลัวเมื่อเห็นผู้ป่วยอื่นมีอาการหนัก หรือ ต้องใช้เครื่องมือที่กลัว เช่น เครื่องช่วย หายใจ เครื่องดูดเสมหะ ฯลฯ				
18. เกรงว่าจะติดโรคจากผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล				
19. ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้สะดวกเหมือน เคยปฏิบัติที่บ้าน เช่น ไม่ได้อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์				
20. ไม่สบายใจที่มีผู้ป่วยหนัก หรือพูดไม่ได้นอน อยู่ใกล้ ๆ				
21. รู้สึกกลัวที่ผู้ป่วยใกล้เตียงเสียชีวิต				
22. รู้สึกไม่พอใจเมื่อแพทย์หรือพยาบาลมาสั่ง ให้ทานทำบางสิ่งบางอย่าง เช่น การ รับประทานอาหาร การทงน้ำ ทงบัสสาวะ				
23. รู้สึกลำบากใจที่ต้องรับประทานอาหารตาม เวลาของโรงพยาบาล				
24. รู้สึกอึดอัดที่ไม่ได้รับประทานอาหารที่ตนชอบ				
25. รู้สึกอึดอัดที่ไฟในห้องผู้ป่วยเปิดสว่างเมื่อ เวลานอน				

เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	ไม่มี (0)	มี		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มากที่สุด (3)
26. รู้สึกลำบากใจในการจำกัดเวลาเยี่ยมของญาติ				
27. รู้สึกโกรธเมื่อถูกปลุกขึ้นมาเพื่อการรักษาพยาบาล				
28. รู้สึกรำคาญที่แพทย์หลายคนมาตรวจร่างกายหลายครั้ง				
29. รู้สึกกังวลที่แพทย์และพยาบาลมาซักประวัติส่วนตัวและความเจ็บป่วย				
30. รู้สึกไม่สบายใจ และอับอายที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงความมิดชิด เช่น ก้นบาน เปิดเผยอวัยวะที่ควรปกปิด				
31. รู้สึกว่าแพทย์และพยาบาลพูดเร็วมาก หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ				
32. รู้สึกกังวลใจเมื่อแพทย์และพยาบาลมาตรวจเฝ้าปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย				
33. รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยกย่องจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในฐานะบุคคล				
ก. การเจ็บป่วยและการผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด				
34. ไม่ได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค				
35. ไม่ได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผ่านมา เช่น เอกซเรย์ เจาะเลือด ขึ้นเนื้อ				

เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	ไม่มี (0)	มี		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มากที่สุด (3)
36. ไม่เข้าใจถึงเหตุผลในการตรวจรักษาพยาบาล บางอย่างและไม่มีผู้คอยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ				
37. รู้สึกอึดอัดใจที่ไม่สามารถพูดคุยซักถามข้อ สงสัยจากแพทย์และพยาบาลได้				
38. กังวลว่าการผ่าตัดครั้งนี้จะทำให้ร่างกาย พิการ หรือเกิดอันตรายได้				
39. กังวลว่าโรคที่เป็นอยู่จะรักษาไม่หาย แม้ว่า จะได้รับการผ่าตัดแล้ว หรือกลายเป็นโรค เรื้อรัง				
ระยะผ่าตัด				
40. รู้สึกว่าห้องผ่าตัดเป็นสถานที่น่ากลัวหรือ รู้สึกหวาดกลัวเมื่อจะต้องเข้าไปในนั้น				
41. กังวลว่าจะไม่ได้รับการผ่าตัดจากศัลยแพทย์ ที่ตนต้องการ				
42. กลัวว่าจะเกิดความเจ็บปวดในขณะผ่าตัด				
43. กลัวว่าจะไม่ฟื้นจากยาสลบ				
44. กลัวว่าจะเสียเลือดจากการผ่าตัด				
45. กลัวว่าแพทย์ทำการผ่าตัดผิดพลาด				
46. กลัวว่าแพทย์จะลืมเครื่องมือตกค้างอยู่ ในตัวผู้ป่วย				
47. กลัวว่าจะสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง ของร่างกาย				
48. การผ่าตัดครั้งนี้อาจทำให้เสียชีวิต				

เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	ไม่มี (0)	มี		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มากที่สุด (3)
ระยะหลังผ่าตัด				
49. กังวลว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้หลัง ผ่าตัดใหม่ ๆ เช่น พลิกตะแคง การลุกนั่ง				
50. กังวลว่าไม่มีแพทย์หรือพยาบาลดูแล เอาใจใส่ ขณะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัว หรือ ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้				
51. กังวลว่าจะผูกเรื่องความลับของตนเองในขณะ ไม่รู้สึกรู้สึกตัว หลังผ่าตัดใหม่ ๆ				
52. กลัวว่าจะเจ็บปวดแผลผ่าตัด				
53. กังวลว่าแผลจะไม่ติด				
54. กังวลว่าแผลจะวิ่นหนอง				
55. กังวลว่าจะเกิดความเจ็บปวดในขณะพักใหม่				
56. กังวลว่าจะมีรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด				
57. กังวลว่าหลังผ่าตัดจะหมดสมรรถภาพทางเพศ				
58. กังวลว่าหลังผ่าตัดจะทำงานหนักไม่ได้				
59. กังวลว่าหลังผ่าตัดจะรับประทานอาหาร บางอย่างไม่ได้				

แบบสังเกต

แบบสังเกตพฤติกรรมความเกรียก

หมายเหตุ ลักษณะของแบบสังเกตเป็นแบบบันทึกตรวจสอบ (check lists) จำนวน

23 ข้อ โดยกำหนดว่า ไม่มี = 0

มี = 1

พฤติกรรมที่ผู้วิจัยแสดงออก	ไม่มี (0)	มี (1)
1. อัตราความดันโลหิตซิสโตลิก เพิ่มจากระดับปกติ ๑๐ มิลลิเมตร- ปรอทขึ้นไป		
2. อัตราชีพจรเพิ่มจากปกติ ๑๐ ครั้ง/นาทีขึ้นไป		
3. หน้าซีด หรือแดง		
4. หน้าตาเกรงเกรี้ยว		
5. ปากและคอแห้ง (การกลืน การเสียน้ำปาก)		
6. ผิวหนังเย็นหรือร้อนกว่าปกติ		
7. หายใจลึกและเร็ว		
8. หัวใจเต้นแรง		
9. พุทรวูเร็ว หรือพูดตะกุกตะกัก		
10. พุกเสียงดัง หรือเสียงแหลมมากกว่าปกติ		
11. อาการดังเลออนจะตอบคำถามหรือต้องให้ตามซ้ำ ๆ		
12. ไม่มีสมาธิในการฟังหรือไม่สามารถจำประโยคหรือคำถามง่าย ๆ		
13. ไม่พยายามซักถามข้อมูลอะไรเลย แม้จะเปิดโอกาสให้ถาม หรือซักถามมากนิยปกติ		
14. หลบตาขณะพูด		
15. หงุดหงิดโมโหง่าย		
16. มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น เช่น กระสับกระส่าย		

พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก	ไม่มี (0.)	มี (1)
17. ท้องอืดแน่น 18. ท้องเสีย หรือผูก 19. แสดงอาการไม่ไหว้นวิตกกังวลต่อการผ่าตัด ยิ้มแย้ม สนุกสนาน มากกว่าที่ควรจะเป็น 20. พูดเรื่องอื่นกลบเกลื่อนที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกป่วยของตน 21. เรียกร้องให้คนดูแลอยู่เสมอ 22. โทษว่าตนเป็นคนไม่ดี สมควรได้รับการลงโทษ 23. มีอาการซึมเศร้า		

แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

แผนการสอนก่อนผ่าตัดประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

แผนที่ 1 แผนการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการสอนแบบกลุ่มย่อยและ
การสอนแบบรายบุคคล

แผนที่ 2 แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบกลุ่มย่อย

แผนที่ 3 แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล

แผนที่ 1 แผนการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการสอนแบบกลุ่มย่อย และการสอนแบบรายบุคคล

แผนที่นี้ใช้กับผู้ป่วยในวันก่อนการสอน คือ วันก่อนผ่าตัด 2 วัน

ก. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พร้อมกับแนะนำตนเอง และซักถามความรู้สึก ขณะมานอนรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัด ซักถามความสบายทั่วไป พร้อมทั้งแจ้งจุดประสงค์ของผู้วิจัยว่าต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้คลายความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวในระยะก่อนผ่าตัด

ข. การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการสอนก่อนผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นคือ วันก่อนผ่าตัด 1 วัน

แผนที่ 2 แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบกลุ่มย่อย โดยประยุกต์วิธีการของกลุ่มบำบัด

ก. การเลือกประเภทและจำนวนของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม

ผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่มจะต้องมีคุณสมบัติ 6 ข้อ ตามคุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่างที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องไม่มีปัญหาทางสภาพร่างกายอันเป็นอุปสรรคต่อการทำกลุ่ม เช่น อ่อนเพลียมาก มีอุปสรรคทางการรักษาพยาบาลติดตัวที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มได้เป็นผู้ที่เต็มใจ และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี โดยผู้วิจัยจะต้องทำการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล



ในวันก่อนการทำกลุ่ม 1 วัน เมื่อได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวแล้ว จึงจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม กลุ่มละ 3 - 4 คน โดยที่ในแต่ละกลุ่มจะต้องเป็นผู้ป่วยเพศเดียวกัน และเป็นผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดวันเดียวกัน

ข. เวลาและสถานที่สำหรับทำกลุ่ม

เวลา ทำการสอนในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกที่สุด ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับกิจกรรมทางการแพทย์ และไม่ใช่วิชาเรียนของญาติ

สถานที่ ใช้ระเบียบของหอผู้ป่วยเป็นที่ทำการสอนแบบกลุ่มย่อย ซึ่งบริเวณนี้มีความเป็นสัดส่วนไม่มีสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยในการทำกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถบรรยายปัญหา ความวิตกกังวลของตนให้สมาชิกในกลุ่มฟังได้อย่างเต็มที่ การจัดสถานที่ให้จัดเก้าอี้เป็นวงกลมให้สมาชิกทุกคน : ในกลุ่มรวมทั้งผู้วิจัยหันหน้าเข้าหากัน และมองเห็นกันได้ทั่วถึง

ค. วิธีดำเนินการในการทำกลุ่ม

1. การแนะนำตัว เมื่อนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมทั้งบอกจุดประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการสอนแบบกลุ่ม และให้ผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำชื่อและนามสกุลของตนเอง

2. การเข้าสู่การอภิปรายกลุ่ม หลังจากแนะนำตัวของผู้ป่วยทุกคนแล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้นำเข้าสู่การอภิปรายกลุ่ม โดยกล่าวนำให้ผู้ป่วยทุกคนทราบว่า ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มเป็นผู้ที่จะต้องรับการผ่าตัดทางช่องท้อง ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนย่อมมีปัญหา และความต้องการคล้าย ๆ กัน และกล่าวนำให้ผู้ป่วยทุกคนบอกถึงอาการที่เป็นสาเหตุให้มาโรงพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการซักถามปัญหา อาการ และการแสดงของผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เชื่อมโยงการอภิปรายของผู้ป่วยในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและฟังปัญหาของกันและกันอย่างทั่วถึงทุกคน และผู้วิจัยจะเป็นผู้คอยตอบคำถาม และแก้ไขข้อสงสัยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังไปในทางที่ยังไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง พร้อมทั้งผู้วิจัยจะสอนวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจเข้าออกลึก ๆ และการออกกำลังกายแขนขา ซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาและวิธีการสอนแบบกลุ่มย่อยได้แสดงไว้ในหน้าถัดไป

แบบแผนการสอนผู้ป่วยกลุ่มย่อย
(ประกอบด้วยการสอนผู้ป่วยกลุ่มละ 3-4 คน)
สถานที่ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช
เวลาที่ใช้ในการสอน 60 - 90 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนำอภิปราย	อุปกรณ์ประกอบ การอภิปราย	การสนองตอบ ของผู้ป่วย
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บรรยายด้วยกัน	ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มเป็นผู้ที่จะรับการผ่าตัดทางของท้อง ดังนั้นทุกคนจะมีปัญหาและความต้องการคล้ายกัน	เข้านก่อนนัดนำผู้ป่วยซึ่งจัดกลุ่มแล้วมาเข้าร่วมอภิปราย โดยจัดเก้าอี้เป็นวงกลม ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมทั้งแนะนำความต้องการของผู้วิจัยในการจัดการสอนอย่างมีแบบแผนอีกครั้งหนึ่งและให้ผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำชื่อของตนเอง	เก้าอี้สำหรับผู้ป่วยและผู้วิจัย โดยจัดเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน	ผู้ป่วยแนะนำชื่อตนเองให้ผู้ป่วยในกลุ่มทราบด้วยความเต็มใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการสอนเป็นกลุ่มย่อยมีแบบแผน	การแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอนเป็นกลุ่มย่อยแก่ผู้ป่วย 1. เพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อการศึกษาเพื่อทำการผ่าตัดในโรงพยาบาล 2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับการมาอยู่ในโรงพยาบาล การเจ็บป่วย และการรักษาด้วยการผ่าตัดไปในทางที่ดี และถูกต้องตามความเป็นจริง	อธิบายถึงวัตถุประสงค์และการดำเนินการสอนเป็นกลุ่มย่อยและให้ผู้ป่วยซักถาม หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม	แสดงความสนใจ	คำถามหรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนำอภิปราย	อุปกรณ์ประกอบ การอภิปราย	การสังเกตของ ผู้ช่วย
	3. เพื่อเสนอความคิดเห็นของการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด ขั้นตอนการสอนเป็นกลุ่ม 1. ผู้ป่วยในกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในปัญหาที่พบร่วมกัน เกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง ความวิตกกังวล ความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยตอบคำถาม และนำข้อของใจเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังในทางที่ยังไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ปัญหาของผู้ป่วยอื่น ซึ่งคล้ายกับปัญหาของตนเอง 2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล โรคของผู้ป่วย วิธีการผ่าตัด วิธีการมาสอบ สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ห้องพักรับและสิ่งที่จะต้องประสบภายหลังผ่าตัด การเจ็บปวด		ภาพแสดงการอภิปรายกลุ่มย่อย แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างสมาชิกในกลุ่ม	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนำอภิปราย	อุปกรณ์ประกอบการอภิปราย	การสนับสนุนของศูนย์
3. เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นกันเองไว้วางใจในกันและกัน เกิดความรู้สึกปลอดภัยและความรู้สึกทุกคนเป็นสมาชิกในกลุ่ม	แนวคิดและวิธีบริหารความเจ็บปวด ตลอดจนใหญ่ป่วยฉีกปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ หายใจลึก ๆ การไอ การออกกำลังกาย เช่น ขา	หน้าที่ของผู้นำอภิปรายเป็นกันเอง กล่าวนำให้ผู้ป่วยทุกคนบอกถึงอาการที่เป็นสาเหตุให้มาโรงพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการซักถามถึงปัญหา อาการ และการแสดงที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน พบ ขาม เชื่อมโยงการอภิปรายของสมาชิก เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและฟังปัญหาของกันและกันอย่างเป็นกันเอง		ผู้ป่วยทุกคนตั้งใจที่จะกล่าวถึงอาการและการแสดงที่หาใหม่มาโรงพยาบาล และตั้งใจฟังปัญหาของผู้อื่น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนำอภิปราย	อุปกรณ์ประกอบ การอภิปราย	การเสนอตอบของ ผู้ช่วย
4. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ช่วย ได้แลกเปลี่ยนปัญหา ความคาดหวังเกี่ยวกับ การวัดผลและผลการ วัดผล		ผู้นำให้ช่วยทุกคนคิดเปรียบเทียบถึงปัญหา ความคิดเห็น และความคาดหวังของตนเอง และของผู้ช่วยอื่น		ผู้ช่วยต่างแสดงความ คิดเห็น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์หรือสิ่ง ที่พบทราบมา หรือ คาดหวังไว้
5. เพื่อให้ผู้ช่วยเข้าใจกฎ ระเบียบของโรงพยาบาล โรคของผู้ป่วย วิธีการวัดผล วิธีการคุม ยาสดม มาตรการลด ภายในห้องผ่าตัดของ พักฟื้น และสิ่งที่จะต้อง ประสบภายหลังผ่าตัด การเจ็บปวดแผลผ่าตัด และวิธีลดความเจ็บปวด	ตามเนื้อหาในข้อมูลที่จะสอนผู้ช่วย (ตามรายละเอียดของข้อมูล ที่จะสอนผู้ช่วยทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย ซึ่งแสดงไว้ใน ในหน้า 126)	กล่าวนำให้ผู้ช่วยแสดงความ คิดเห็นประสบการณ์ ความ คาดหวังในสิ่งที่ผู้ช่วยจะประสบ โดยมีผู้วิจัยคอยให้ข้อมูลถูกต้อง	ภาพแสดงภายใน ห้องผ่าตัด และ ห้องพักฟื้น	ผู้ช่วยทุกคนพูดแสดงความ คิดเห็นอย่างอิสระ และ สนใจฟังความคิดเห็น ของผู้ป่วยอื่น พร้อมทั้ง ซักถามของใจ หรือ สิ่งที่ตนยังไม่กระจ่าง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนำอภิปราย	อุปกรณ์ประกอบ การอภิปราย	การตอบสนองของ ผู้ ผู้
ภายหลังภาคที่ ๑ ซึ่งผู้บรรยายจะศึกษาวรรณคดีความเจ็บปวดได้ควยตนเอง 6. เพื่อให้ผู้บรรยายเข้าใจถึงความจำเป็นและสามารถ 1. ไอย่างมีประสิทธิภาพ 2. การหายใจลึก ๆ 3. การออกกำลังกาย กาย เช่น ว่ายน้ำ	ตามรายละเอียดของข้อมูลที่จะเสนอผู้บรรยาย	อธิบายและสาธิตการออกกำลังกายใจลึก ๆ และการออกกำลังกายกายเช่น ว่ายน้ำ	ภาพแสดงการหายใจลึก ๆ และการหายใจ และการหายใจลึก ๆ	ผู้บรรยายมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับการหายใจลึก ๆ การใจ และ การออกกำลังกาย เช่น ว่ายน้ำ ไอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการนำอภิปราย	อุปกรณ์ประกอบ การอภิปราย	การสนับสนุน ของครู
วัตถุประสงค์	บทสรุป การสอนผู้ช่วยยังมีแบบแผนเป็นกลุ่มย่อย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา ความรู้สึกต่าง ๆ ความวิตกกังวล ความกลัว และความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ตอบคำถาม แลกของใจ และให้เหตุผลถูกต้องพร้อมทั้งให้ผู้ช่วยได้ฝึกหัดการโอ การหายใจ ออกกำลังแขน ขา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว เพื่อเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจให้พร้อมก่อนผ่าตัด อันจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียด สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังผ่าตัด ช่วยเฝ้าระวังจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัด สามารถฟื้นฟูสภาพ กลับมาได้ในเวลาเร็ว			

แผนที่ 3 แผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล

วิธีดำเนินการสอน

ผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ข้างเตียงของผู้ป่วย ทำการสอนผู้ป่วยโดยวิธีอธิบาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา ข้อข้องใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ตลอดจนสิ่งคาดหวังเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยมีพยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้อธิบาย ตอบปัญหาข้อข้องใจต่าง ๆ แก่ความเข้าใจนิพจน์ของผู้ป่วยอื่นจะช่วยให้อาการป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัว ผู้วิจัยจะต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจในเรื่องกฎระเบียบของโรงพยาบาล สภาพการเจ็บป่วย ขั้นตอนการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดความคาดหวังในสิ่งที่จะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดไปในทางที่ถูกต้อง ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการให้อาหารมีประสิทธิภาพ การหายใจลึก ๆ และการออกกำลังกายแขน ขา โดยดำเนินการตามแบบแผนการสอนผู้ป่วยแบบรายบุคคลดังที่แสดงไว้ในหน้าถัดไป

แบบแผนการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบรายบุคคล
สถานที่ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช
เวลาที่ใช้ในการสอน 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน	อุปกรณ์การสอน	ประเมินผล
1. เพื่อให้เข้าใจภาวะเสี่ยงของโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อม ภัยในศัลยกรรม และการพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน	(ตามรายละเอียดที่แสดงไว้ในขอบเขตที่จะสอน ข้อที่ 1)	ซักถามเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ และแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบและให้ซักถามข้อสงสัย		ผู้ป่วยตั้งใจฟังและซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามที่ผู้วิจัยถาม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคของผู้ป่วย การรักษากาย การผ่าตัดและผลที่เกิดขึ้น ภายหลังผ่าตัด ตลอดจนการเฝ้าระวังความเสี่ยง	(ตามรายละเอียดที่แสดงไว้ในขอบเขตที่จะสอน ข้อที่ 2)	เช่นเดียวกับข้อ 1	ภาพแสดงอวัยวะภายในของท้อง	เช่นเดียวกับข้อ 1

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน	อุปกรณ์การสอน	ประเมินผล
3 . เพื่อให้เข้าใจถึงความจำเป็นและขั้นตอนการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด	(ตามรายละเอียดในข้อมูลที่ 5 ที่แสดงไว้แล้ว)	อธิบายและให้ผู้ช่วยซักถาม		ประเมินผล
4 . เพื่อให้เข้าใจและเกิดความตระหนักในสิ่งที่จะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ไปในทางที่ถูกของความจำเป็นจริง	ในข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น และสิ่งผู้ป่วยจะต้องประสบภายหลังผ่าตัด (ตามรายละเอียดในข้อมูลที่ 4)	ประเมินผลและให้ผู้ช่วยซักถาม	ภาพแสดงห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น	ประเมินผล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน	อุปกรณ์การสอน	ประเมินผล
5. เพื่อให้เข้าใจถึงกลไกและสาเหตุของความเจ็บปวดแสบปวดคัน สามารถวินิจฉัยบรรเทาความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง 6. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นและสามารถ	(ตามรายละเอียดในข้อ 5 ที่แสดงไว้แล้ว) (ตามรายละเอียดในข้อ 5 ที่แสดงไว้แล้ว)	เช่นเดียวกับข้อ 2 อธิบายถึงความจำเป็นและสำคัญของการหายใจลึกๆ และการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายแบบช้า	ภาพแสดงการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการหายใจและดี ๆ	เช่นเดียวกับข้อ 2 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการหายใจและการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบช้า โดยอย่างถูกต้อง
1. โดยอย่างมีประสิทธิภาพ 2. การหายใจลึก ๆ 3. การออกกำลังกายแบบช้า				

ข้อมูลที่จะสอนผู้ป่วยแบบรายบุคคล และการสอนแบบกลุ่มย่อย

1. กฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการพยาบาล
ตามกิจวัตรประจำวัน

1.1. บุคลากรประจำตึกผู้ป่วยได้แก่ หัวหน้าตึก พยาบาลประจำการ
ผู้ช่วยพยาบาล คนงาน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งการเปลี่ยนเวรของพยาบาล
ทุก 8 ชั่วโมง

1.2. เวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน เช่น
วัดปรอท ทวงน้ำ ทวงน้ำปัสสาวะ การรับประทานอาหาร ฯลฯ

1.3. สถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ประจำ
เช่น หอน้ำ ห้องส้วม โต๊ะข้างเตียงสำหรับเก็บของส่วนตัวบางอย่าง

1.4. การฝากของมีค่ากับพยาบาล โดยจะต้องมีการทำหลักฐานการฝาก

1.5. กฎระเบียบการเยี่ยมของญาติ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การรักษาด้วยการผ่าตัด และผลที่เกิดขึ้น
ภายหลังผ่าตัด ตลอดจนการไขยาระงับความรู้สึก

2.1. สาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้

2.2. ระดับความรุนแรงอันเนื่องมาจากโรคที่เป็น

2.3. การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่จะแก้ไขความผิดปกติ
และความรุนแรงของโรคได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตภายหลังผ่าตัด ได้อย่างปกติสุข

2.4. แจ้งถึงวันที่จะทำผ่าตัด โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภายใต้การค
ยาสลบ ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดตลอดระยะเวลาที่ทำผ่าตัด โดยเริ่มจากเช้าวันผ่าตัด
พยาบาลจะฉีดยานำสลบให้ก่อนไปผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอาจรู้สึกมีแรงเล็กน้อย และก่อนที่ศัลยแพทย์จะ
ทำการผ่าตัด วิสัญญีแพทย์จะฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าทางเส้นเลือดดำ พร้อมกับให้หมกษา
ที่ทำให้หมดความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึก ไม่เจ็บปวดขณะทำผ่าตัด

3. การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

3.1 เย็นวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยควรอาบน้ำ สระผมให้สะอาด ควรตัดเล็บให้สั้น และควรล้างสีทาเล็บออก (ถ้ามี) เพื่อการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในกรณีที่มีการเสียเลือด หรือชากออกซิเจน

3.2 เย็นวันก่อนผ่าตัด พยาบาลจะเป็นผู้เตรียมทำความสะอาด บริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด โดยโกนขนบริเวณที่จะผ่าตัด พร้อมทั้งทายาฆ่าเชื้อเพื่อลดภาวะการติดเชื้อบริเวณที่จะทำผ่าตัด

3.3 คืนวันก่อนผ่าตัด หลังเที่ยงคืน ผู้ป่วยจะต้องงดอาหาร และน้ำทางปาก เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

3.4 เช้าวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระทางทวารหนัก เพื่อไม่ให้มีเศษอุจจาระเหลืออยู่ในลำไส้ เพื่อป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด เนื่องจากขณะดมยาสมรรถภาพที่ปากทวารจะหย่อน ทำให้อุจจาระไหลออกได้ และเป็นการป้องกันการท้ออีกด้วย

3.5 เช้าวันผ่าตัดก่อนจะไปห้องผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีทันตกรรม จะต้องถอดออก เพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจ

4. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น และสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบภายหลังผ่าตัด

4.1 เช้าวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยอาจจะได้รับการนิยมนำสลับจากพยาบาล ประจำตึกผู้ป่วย และจะมีเจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดมานำผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด โดยทางเปลนอน

4.2. เมื่อไปถึงห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะพบกับบุคลากรในห้องผ่าตัด ซึ่งแต่งกายด้วยเสื้อผ้าชุดเขียว มีหมวก และผ้าปิดปากเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และจะมีผู้นำผู้ป่วยไปนอนรอที่หน้าห้องที่จะทำผ่าตัด

4.3. เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าไปในห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์จะให้ยาระดับความรู้สึก (ตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว) ศัลยแพทย์ก็จะเริ่มผ่าตัดให้ในระหว่างที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หาย

4.4. เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้ว ผู้ป่วยค่อย ๆ รู้สึกตัว และถูกนำมาที่ห้องพักรฟื้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในห้องพักรฟื้นจนกว่าจะรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกของการผ่าตัด จึงจะถูกนำกลับมาที่เตียงผู้ป่วย ในระหว่างที่อยู่ในห้องพักรฟื้นจะมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด

4.5. ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกจัดให้นอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักอาเจียนไปอุดกั้นทางเดินหายใจ

4.6. ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง (แล้วแต่เทคนิคของการผ่าตัด) และอาจมีสายยางท่อออกจากแผลผ่าตัดหรือข้างแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองที่คั่งค้างจากการผ่าตัด และอาจมีท่อระบายจากกระเพาะอาหารโดยผ่านออกมาทางจมูกต่อเข้ากับเครื่องดูดเพื่อดูดเอาสิ่งคั่งค้างจากการผ่าตัดออก เพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดอัดท้องภายหลังผ่าตัด (ในรายที่ผ่าตัดเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร)

4.7. ถ้าผู้ป่วยปวดแผล สามารถแจ้งกับพยาบาลเพื่อขอรับประทานยาทั้งในขณะที่อยู่ในห้องพักรฟื้น และเมื่อกลับมาที่เตียงผู้ป่วยแล้ว

4.8. แผลผ่าตัดปกติจะปิดไว้จนประมาณวันที่ 7 จึงจะทำการตัดไหม นอกจากในรายที่แผลมีการติดเชื้อ หรือแผลสกปรก จึงจะต้องได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวัน หรือบางรายอาจจะเปิดแผลในวันที่ 3 หรือวันที่ 4 และได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวัน จนถึงวันที่ 7 จึงจะตัดไหม

4.9. ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำ และอาหารทางปาก เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังไม่สามารถทำงานปกติ อันเนื่องจากการผ่าตัดและการดมยาสลบ ในระหว่างนี้ จะได้รับอาหารและน้ำทางเส้นเลือดดำ จนกว่าระบบทางเดินอาหารจะเริ่มทำงาน จึงสามารถเริ่มรับประทานอาหารเหลวก่อนแล้วจึงเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย จนถึงอาหารปกติในที่สุด

5. การเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

5.1 . ความเจ็บปวดเป็นกลไกป้องกันของร่างกายอย่างหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือกำลังได้รับความเสียหาย จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้น สาเหตุของความเจ็บปวด

ก. สาเหตุทางร่างกาย เนื่องจากการผ่าตัดย่อมมีการกระทบกระเทือน มีการทำลายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีสารเคมีบางชนิดถูกขับออกมาจากเซลล์ หรือสร้างขึ้นในเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งอยู่บริเวณผิวหนังของร่างกาย กล้ามเนื้อกระดูก เยื่อข้อต่อและอวัยวะภายใน

ข. สาเหตุทางกานจิตใจ ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ การรับรู้ที่ซับซ้อน ซึ่งมีสาเหตุจากองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความคาดหวังต่อความเจ็บปวด ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตอบสนอง และการรับรู้ของความเจ็บปวดอันเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดแผลมากขึ้น

5.2 . วิธีช่วยบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด

5.2.1 . การเปลี่ยนท่านอน จะช่วยลดแรงกดทับ และความตึงบริเวณที่เจ็บปวดได้ เพราะการนอนท่าเดียวกันนาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้า และตึง ซึ่งเป็นเหตุให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น

5.2.2 . การทำจิตใจให้สบาย พุทระบายปัญหา สิ่งที่ทำให้กังวลใจ จะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น

5.2.3 การใส่ใจต่อความเจ็บปวดจะทำให้บุคคลสามารถรับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้นได้ ดังนั้นควรเบนความสนใจจากความรู้สึกเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่น เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ และควรเลือกกิจกรรมที่ไม่ทำให้เหนื่อยล้าหลาย ๆ อย่าง ไม่ควรหมกมุ่นในกิจกรรมเพียงอย่างเดียว เพราะจะทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และครุ่นคิดถึงแต่ความปวด

5.2.4 ขณะลุกนั่ง เกิน ใช้มือช่วยประคองบริเวณแปลงผ่าตัดจะช่วยลดอาการปวดในขณะเคลื่อนไหว

5.2.5 การใช้ยาแก้ปวด ถ้าผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบ สามารถแจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อขอยาแก้ปวด

5. - มอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาระงับปวดที่ผู้ป่วยจะได้รับในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ให้โดยทางฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ยานี้เป็นยาระงับปวดชนิดรุนแรง และในขณะเดียวกันจะกดศูนย์หายใจ ถ้าผู้ป่วยไคยาเกินขนาดจะหยุดหายใจ และเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังกดการทำงานของสมอง ทำให้ผู้ป่วยง่วงนอน หรือหลับไป ทำให้เกิดอาการท้องอืด และทำให้เสพติดอีกด้วย ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยรู้สึกปวดเพียงเล็กน้อย ควรจะใช้วิธีบรรเทาการเจ็บปวดวิธีอื่น ๆ ก่อนเมื่อรู้สึกปวดจนทนไม่ไหว จึงจะแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อขอยาแก้ปวด

- Paracetamol เป็นยาระงับปวดชนิดรับประทาน จะออกฤทธิ์ภายใน $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง และมีฤทธิ์ระงับปวดประมาณ 1 - 4 ชั่วโมง ดังนั้นถ้ายังไม่บรรเทาอาการปวด สามารถขอยาได้อีกทุก 4 - 6 ชั่วโมง ในรายที่แพทย์จะพบผื่นขึ้นบริเวณผิวหนัง และมีไข้ ถ้าได้รับยาเกินขนาดมาก ๆ จะทำให้เกิดอาการ ไตเสียหายได้

6 . การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด และระบบไหลเวียนโลหิต

6.1 การหายใจลึก ๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มเนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น และเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดในปอด

การฝึกหายใจลึก ๆ

ก. ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ชันเข่าทั้งสองข้างขึ้น

ข. วางมือบนหน้าท้อง เพื่อตรวจสอบการหายใจว่าทั่วถูกต้องหรือไม่

ค. หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก จนหน้าท้องโป่ง ซึ่งจะช่วยให้กระบังลมให้ต่ำลงมา ปอดขยายได้เต็มที่

ง. หายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทำปากห่อคล้ายผิวปาก และในขณะที่หายใจออกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนออกจากปอดได้เต็มที่

จ. หายใจลึก ๆ เช่นนี้ ประมาณ 8 - 10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง
ภายหลังผ่าตัด

6.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องไออย่างถูกวิธี เพื่อขับเสมหะออกจากหลอดลม และปอด เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ ซึ่งทำให้ปอดแฟบ ปอดอักเสบได้ ดังนั้นถึงแม้ว่าหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแผล และกลัวแผลแยก ก็จำเป็นต้องไอเอาเสมหะออกมาอย่างถูกวิธี

การฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ

ก. ให้ผู้ป่วยนั่ง หรือครึ่งนั่งครึ่งนอน

ข. ก่อนไอ ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ประมาณ 4 - 5 ครั้ง แล้วจึงสูดหายใจเข้าเต็มที่ แล้วหายใจออกพร้อมกับไอออกมาแรง ๆ ขณะไอใช้มือพยุงและออกแรงกดบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อลดความเจ็บปวด และป้องกันแผลแยก

6.3 การพลิกตะแคงตัว เคลื่อนไหวร่างกาย

การนอนท่าเดียวนาน ๆ จะทำให้การเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกได้ไม่ดี การหมุนเวียนอากาศในปอดจึงลดลง ทำให้เสมหะคั่งค้างในปอด การระบายของเลือดน้ำเหลือง หรือสิ่งคั่งค้างทางท่อน้ำเหลืองที่ค่อจากตัวผู้ป่วยเป็นไปได้ไม่สะดวก ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดแผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นภายหลังผ่าตัดควรมีการเปลี่ยนท่านอน

พลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ทันทีที่รู้สึกตัว และควรลุกนั่ง ยืน เดิน ทันทีที่มี
อาการดีขึ้น

การฝึกหัดพลิกตะแคงและลุกนั่ง เดิน ยืน

ก. เมื่อจะพลิกตัวไปทางซ้าย ให้ใช้มือซ้ายจับที่กันเตียง แล้วค่อย ๆ ขยับตัว
ไปทางซ้ายจนใกล้ขอบเตียง แล้วจึงพลิกตัวมาทางขวา ถ้าต้องการพลิกตะแคงมา
ด้านซ้าย ก็ปฏิบัติเช่นเดียวกัน ควรเปลี่ยนท่านอนไปทางซ้าย และขวาสลับกับการนอนหงาย
ทุก 1 - 2 ชั่วโมง

ข. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรลุก
บนเตียง โดยพยายามลุกนั่งด้วยตนเอง โดยให้พยาบาลช่วยหิ้วขาขึ้น 45 - 60
ผู้ช่วยใช้มือนึงดันที่นอน เกร็งตัวขึ้นนั่งตรงบนที่นอน แล้วค่อย ๆ เลื่อนขา 2 ข้างมาข้างเตียง
ให้ลำตัวค่อย ๆ หมุนตาม โดยใช้มือนึงดันที่นอนจนขาทั้ง 2 ข้าง ห้อยลงข้างเตียง โดย
วางบนเก้าอี้รองปลายเท้าข้างเตียง

ค. ภายหลังจาก 48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรลุก
ยืน และเดิน

6.4 การออกกำลังกายแขน ขา

ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนาน ๆ โดยไม่มีการเคลื่อนไหว แขน ขา และเท้า
จะทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่เกิดการคั่งของเลือด เลือดรวมตัวจับกันเป็นก้อน ทำให้เกิดมี
การอักเสบของเส้นเลือด ร่วมกับมีก้อนเลือดอุดกั้นอยู่ในเส้นเลือด ถ้าก้อนเลือดนั้นหลุดไปอุดกั้น
อวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หัวใจ จะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อน
เหล่านี้ ผู้ป่วยจะต้องมีการออกกำลังกายแขน ขา

การฝึกหัดออกกำลังกายแขน ขา

ก. ยกแขนทั้ง 2 ข้าง ขึ้นทางคานหน้า แล้วยกเรื้อยขึ้นไปให้อยู่เหนือศีรษะ พร้อมหายใจลึก ๆ แล้วเอียงข้างลำตัว ทำท่านี้ 3 - 5 ครั้ง

ข. ยกแขนขึ้นทั้ง 2 ข้าง เหยียดตรงขึ้นคานหน้า แล้วหมุนแขนไปด้านหลัง แล้วหมุนเรื้อยมาถึงคานหน้า ทำท่านี้ 3 - 5 ครั้ง

ค. ยืน หรือนั่ง แล้วยกแขนขึ้นระดับไหล่ งอข้อศอกทั้ง 2 ข้างขึ้นให้ปลายนิ้วชนกันแล้วค้มศอกไปด้านหลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำ 3 - 5 ครั้ง แล้วหุบแขนลง

ง. นอนหงายราบ ปลายเท้าตั้งตรง ให้ผู้ป่วยพยายามกระดกนิ้วเท้า ให้ขึ้นมาทางหลังเท้าให้มากที่สุด แล้วชักกลับไปสู่ตำแหน่งเท้าให้มากที่สุด ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง เกร็งกล้ามเนื้อที่ขาไว้รวมควย

จ. นอนหงายราบ หมุนปลายเท้าให้เป็นวงกลมที่ละข้างกลับไปกลับมา คานละ 3 - 5 ครั้ง

ฉ. นอนหงายราบ ยกเข่าทั้งสองขึ้นลงครั้งละ 3 - 5 ครั้ง



ตารางที่ ก. แสดงคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน ของผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มย่อย

ผู้ ที่	กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย			กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคล		
	แบบสัมภาษณ์	แบบสังเกต	รวมคะแนน	แบบสัมภาษณ์	แบบสังเกต	รวมคะแนน
1 (ญ)	71	5	76	74	4	78
2 (ช)	43	1	44	47	1	48
3 (ญ)	44	0	44	47	1	48
* 4 (ช)	73	4	77	70	3	73
5 (ญ)	70	1	31	36	0	36
* 6 (ช)	60	3	63	54	4	58
7 (ญ)	76	2	78	74	3	77
* 8 (ช)	35	4	39	37	2	39
* 9 (ญ)	87	2	89	92	3	95
*10 (ญ)	76	2	78	75	3	78
**11 (ญ)	96	1	97	89	2	91
12 (ญ)	113	3	116	107	4	111
13 (ญ)	92	5	97	97	4	101
14 (ญ)	95	1	96	89	1	90
*15 (ช)	57	3	60	53	2	55
*16 (ญ)	58	0	58	63	1	64
17 (ญ)	50	1	51	52	0	52
18 (ช)	39	1	40	37	1	38
*19 (ช)	68	2	70	61	3	64
20 (ช)	88	4	92	83	3	86
21 (ช)	56	1	57	51	1	52
22 (ช)	63	2	65	66	1	67
23 (ช)	70	3	73	66	4	70
24 (ช)	55	1	56	52	2	54
25 (ญ)	88	2	90	85	1	86
*26 (ช)	42	1	43	45	0	45
27 (ญ)	57	4	61	61	4	65
**28 (ญ)	67	2	69	61	2	63
29 (ญ)	73	2	75	74	2	76
30 (ญ)	71	2	73	77	1	78

* ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว 1 ครั้ง

** ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว 2 ครั้ง

1. การคำนวณเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอนแบบรายบุคคล

1.1 หาค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน

$$\begin{aligned}\bar{D} &= \frac{\sum D}{n} \\ &= \frac{463}{30} \\ &= 15.433\end{aligned}$$

1.2 หาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน

$$\begin{aligned}SD &= \sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2/n}{n - 1}} \\ &= \sqrt{\frac{8145 - (463)^2/30}{29}} \\ &= 5.87\end{aligned}$$

1.3 ทดสอบความมีนัยสำคัญของผลต่างคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน

$$\begin{aligned}t &= \frac{\bar{D}}{\frac{SD}{\sqrt{n}}} \\ &= \frac{15.433}{\frac{5.87}{\sqrt{30}}} \\ &= 14.399^*\end{aligned}$$

$$t_{.01, 29} = 1.699$$

ค่า t จากการคำนวณมีค่ามากกว่า t ตาราง แสดงว่าคะแนนความเครียดภายหลังการสอนแบบรายบุคคลจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การคำนวณเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอนแบบกลุ่มย่อย

2.1 หาค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน

$$\begin{aligned}\bar{D} &= \frac{\sum D}{n} \\ &= \frac{472}{30} \\ &= 15.733\end{aligned}$$

2.2 หาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อน และหลังสอน

$$\begin{aligned}SD &= \sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2/n}{n - 1}} \\ &= \sqrt{\frac{8180 - (472)^2/30}{29}} \\ &= 5.098\end{aligned}$$

2.3 ทดสอบความมีนัยสำคัญ

$$\begin{aligned}t &= \frac{\bar{D}}{\frac{SD}{\sqrt{n}}} \\ &= \frac{15.733}{\frac{5.098}{\sqrt{30}}} \\ &= 16.902\end{aligned}$$

$$t_{.01, 29} = 2.462$$

ค่า t จากการคำนวณมากกว่า t ตาราง แสดงว่า คะแนนความเครียดภายหลังการสอนแบบกลุ่มย่อยจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การคำนวณเปรียบเทียบ คะแนนความเครียดที่ลดลงภายหลังการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย

3.1 หาค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความเครียดที่ลดลงของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

$$\begin{aligned}\bar{D} &= \frac{8}{30} \\ &= 0.267\end{aligned}$$

3.2 หาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนนความเครียดที่ลดลงในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

$$\begin{aligned}SD &= \sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2/n}{n - 1}} \\ &= \sqrt{\frac{336 - (8)^2/30}{29}} \\ &= 3.393\end{aligned}$$

3.3 ทดสอบความมีนัยสำคัญของผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการสอน

$$\begin{aligned}t &= \frac{\bar{D}}{\frac{SD}{\sqrt{n}}} \\ &= \frac{0.267}{\frac{3.393}{\sqrt{30}}} \\ &= 0.431\end{aligned}$$

$$t_{.05, 29} = 1.699$$

ค่า t จากการคำนวณน้อยกว่า t ตาราง แสดงว่า ภายหลังการสอนคะแนนความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยจะลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การคำนวณเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตซิสโตลิก ที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย

$$\chi^2 = \frac{(\sum ad - bc / - \frac{1}{2} n)^2 n}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

$$a = 9, b = 21, c = 15, d = 15, N = 60$$

$$df = (2 - 1)(2 - 1) = 1$$

$$\begin{aligned} \chi^2 &= \frac{\{1(9 \times 15) - (21 \times 15) / - 30\}^2 60}{(9 + 21)(9 + 15)(21 + 15)(15 + 15)} \\ &= \frac{\{135 - 351 / - 30\}^2 60}{30 \times 24 \times 36 \times 30} \end{aligned}$$

$$\chi^2_{(1)(.05)} = 1.736$$

$$\chi^2_{1,.05} = 3.841$$

ค่า χ^2 จากการคำนวณมีค่าน้อยกว่า χ จากตาราง แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การคำนวณเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจรที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 ครั้ง
ก่อนที่ ภายหลังจากสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย โดยใช้
ไคสแควร์ ตารางการแจกแจงแบบ 2×2

$$\chi^2 = \frac{(\sum ad - bc / - \frac{1}{2} N)^2 N}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

$$a = 9, \quad b = 21, \quad c = 15, \quad d = 15, \quad N = 60$$

$$df = (2-1)(2-1) = 1$$

$$\chi^2 = \frac{\{[(9 \times 15) - (21 \times 15)] / - 30\}^2 60}{(6+24)(6+10)(24+20)(10+20)}$$

$$= \frac{\{[-120 - 240] / - 30\}^2 60}{30 \times 16 \times 44 \times 30}$$

$$= 0.767$$

$$\chi^2_{(1)(.05)} = 3.841$$

ค่า χ^2 จากการคำนวณน้อยกว่าตาราง แสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบ
รายบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจรที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 10 ครั้งก่อนที่ แตกต่างจาก
ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มย่อย ไม่นับนัยสำคัญทางสถิติ



การคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตพฤติกรรม

1.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล และลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์หาความเชื่อมั่น โดยการนำไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นอัลฟา (Alpha) ของครอนบาค (Cronbach) โดยมีวิธีการคำนวณดังนี้

$$= \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right]$$

n = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบสอบถาม = 91 ข้อ

$\sum \sigma_i^2$ = ผลบวกของความแปรปรวนของคะแนนในแบบสอบแต่ละข้อ
= 44.64

σ_x^2 = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนในแบบสอบถาม
ทั้งหมด

$$= \frac{43868 - (648)^2/10}{10 - 1}$$

$$= \frac{1877.6}{9}$$

$$= 208.62$$

$$= \frac{91}{90} \left[1 - \frac{44.64}{208.62} \right]$$

$$= 1.01 \times 0.786$$

$$= 0.79$$

1.2 แบบสังเกตพฤติกรรมความเครียด หากความเชื่อมั่น โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน
ไปสังเกตพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วย ในระยะก่อนผ่าตัด แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่น
ตามวิธีของ William A. Scott ซึ่งมีการคำนวณดังนี้

$$\text{Reliability} = \frac{Po - Pe}{1.00 - Pe}$$

Po = อัตราส่วนของความน่าจะเป็นของการสังเกตพฤติกรรม
ได้ตรงกันของผู้สังเกต 2 คน

= 1 - (ผลรวมของความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของ
พฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตของผู้สังเกตทั้ง 2 คน)

Pe = อัตราส่วนของความน่าจะเป็นของการสังเกตพฤติกรรม
ได้ตรงกันที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ

= (สัดส่วนของความถี่ของพฤติกรรมที่มีจำนวนสูงสุด)² +
(สัดส่วนของความถี่ของพฤติกรรมที่มีจำนวนรองลงมา)²
โดยเลือกจากผลการสังเกตของผู้สังเกตคนใดคนหนึ่ง

$$Po = 1 - 0.066 = 0.934$$

$$Pe = (0.318)^2 + (0.227)^2$$

$$= 0.101 + 0.052$$

$$= 0.153$$

$$\text{Reliability} = \frac{0.934 - 0.153}{1 - 0.153}$$

$$= 0.92$$

การคำนวณความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของแบบสอวักความเครียด เพื่อใช้เป็นตัวกำหนดระดับความเครียดที่ใกล้เคียงกันของผู้ป่วยก่อนได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน

1. ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล และลักษณะประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิตและลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์

$$SE \text{ ของการวัด} = S \sqrt{1 - R_{tt}}$$

$$SE = \text{ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด}$$

$$S = \text{ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในแบบสัมภาษณ์}$$

$$= \sqrt{208.62} = 14.4$$

$$r_{tt} = \text{ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์} = 0.79$$

$$SE \text{ ของแบบสัมภาษณ์} = 14.4 \sqrt{1 - 0.79} = 6.5$$

2. ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของแบบสังเกตพฤติกรรมความเครียด

$$SE \text{ ของแบบสังเกต} = S \sqrt{1 - r_{tt}}$$

$$S = \text{ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนในแบบสังเกต} = 1.89$$

$$r_{tt} = \text{ความเชื่อมั่นของแบบสังเกต} = 0.92$$

$$SE \text{ ของแบบสังเกต} = 1.89 \sqrt{1 - .92} = 1.89 \times 0.28 = 0.52$$

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการวิจัย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมพร มุนราธิ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อรพรรณ ทองแดง

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กวี สุวรรณกิจ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงเพ็ญ เจียมบุญญารักษ์

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์า สมพงษ์

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์สุพร พลยานันท์

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณ เนาวรัตน์ ศิริกุล

หัวหน้าศึกษาศิลยกรรม 72 ปี ชั้น 7 ขวบ

โรงพยาบาลศิริราช

คุณ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ

นักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศิริราช

0013

