

ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุน
ของคู่สมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก



นางสาววิภาจรรย์ ศิริโชติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROVIDING HEALTH INFORMATION
AND HUSBAND SUPPORT ON ADAPTATION
OF WOMEN WITH HYSTERECTOMY



MissWipajaree Sirichote

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

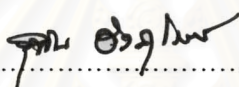
Faculty of Nursing

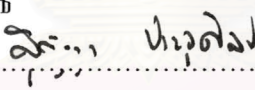
Chulalongkorn University


Academic Year 2006

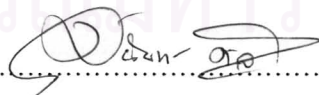
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุน
ของคู่สมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการรักษา
โดย นางสาววิภาจรรย์ ศิริโชติ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สลโกสม)

วิภาจรรย์ สิริโชติ : ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก (THE EFFECT OF PROVIDING HEALTH INFORMATION WITH MULTIMEDIA APPLICATION AND HUSBAND SUPPORT ON ADAPTATION OF WOMEN WITH HYSTERECTOMY) อบรมที่ปรึกษา: ผศ.ดร. ทนกรพร จิตปัญญา, 139 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กำหนดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยดัดแปลงตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House(1981) และแนวคิดการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และแบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วย ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านและทดสอบค่าความเที่ยงของแบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที(t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สตรีตัดมดลูกกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติศ.....
ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777646036 : MAJOR : NURSING SCIENCE

KEY WORDS : HEALTH INFORMATION / HUSBAND SUPPORT / ADAPTATION
/HYSTERECTOMY

WIPAJAREE SIRICHOTE : THE EFFECT OF HEALTH INFORMATION AND
HUSBAND SUPPORT ON ADAPTATION OF WOMEN WITH HYSTERECTOMY.

THESIS ADVISOR : ASST.PROF.CHANOKPORN JITPANYA,Ph.D., 139 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to compare adaptation of women with hysterectomy between the group receiving health information via multimedia application and husband support and the group receiving conventional care. Research samples consisted of 40 hysterectomy patients admitted at Suratthani Hospital. Participants were matched by age, education level. The first 20 subjects were assigned to a control group, and the later 20 subjects were assigned to an experimental group. The control group received routine nursing care whereas the experimental group received the health information program emphasizing husband support. The program was developed based on House's concept (1981), Lazarus and Folkman's concept (1984). The research instruments were a demographic data, Husband support and Adaptation questionnaires. The instruments were tested for the content validity by 6 experts. The reliability with alpha of Cronbach's 0.88 in Adaptation questionnaires. The data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test.

The research findings were as follows :

The adaptation of women with hysterectomy receiving health information and husband support was significantly higher than those who receiving conventional care at the 0.05 level.

Field of study Nursing Science

Academic year 2006

Student's signature..... *Wipajaree S.*

Advisor's signature *Ch. J.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยได้ก็ด้วยความเสียสละ และความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ความรู้ คำแนะนำที่ดี ตลอดจนแนวความคิด ต่างๆ รวมทั้ง ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และช่วยตรวจแก้ไขในส่วนที่บกพร่องต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งสำเร็จเป็นรูปเล่ม ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้การสอบวิทยานิพนธ์ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุกสิปป ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำ และร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย นรีเวช บุคลากรพยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกนรีเวชของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณา และความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณพี่ น้อง และเพื่อนๆที่สนับสนุนในด้านต่างๆตลอดการศึกษา เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เสียสละเวลาทำงานแทนผู้วิจัยเพิ่มขึ้น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่ออภิ- คุณแม่ประทุม ศิริโชติ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนด้วยความรักความห่วงใย ขอขอบคุณนายเชษฐ ศิริโชติ น้องชาย และนางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ นางสาววิมลรัตน์ ผลงาม เพื่อนที่ได้คอยให้กำลังใจและร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดมดลูกทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่.....	13
มโนทัศน์การปรับตัว.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล.....	36
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	67
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	73

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผล.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	89
รายการอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก.....	105
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมเครื่องมือวิจัย.....	108
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย.....	111
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	115
ภาคผนวก จ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ของสตรีตัดมดลูก.....	58
2	จำนวนและร้อยละของสตรีตัดมดลูก จำแนกตาม อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา.....	59
3	ขั้นตอนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ และการเก็บข้อมูล.....	69
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของ สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส แยกเป็นรายด้าน.....	75
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทาง สุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส.....	76
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีตัดมดลูก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการ การสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	78
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปรับตัวของสตรีตัดมดลูกระหว่าง กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการ สนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกเป็นรายข้อ.....	79
8	จำนวน และร้อยละของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ใน สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	134
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสใน สตรีตัดมดลูกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	135

ตารางที่		หน้า
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของคู่สมรสใน สตรีตัดมดลูกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	136
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนของคู่สมรสระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการ สนับสนุนของคู่สมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติแยกเป็นรายชื่อ.....	138



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	81
2	82



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดทางนรีเวชที่พบได้บ่อยที่สุดของสตรีทั่วโลก (Dennerstein, Wood, and Westmore, 1995) เนื่องจากมดลูกเป็นสัญลักษณ์ของการเป็นสตรีเพศ และเป็นอวัยวะที่มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ (Williamson, 1992) โดยในแต่ละปีมีสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกเป็นจำนวนไม่น้อย จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามากกว่า 600,000 คนต่อปี และเป็นสตรีที่มีอายุอยู่ในระหว่าง 40-44 ปี (Wade et al., 2000) ข้อบ่งชี้ของการตัดมดลูกเพื่อรักษาปัญหาโรคทางนรีเวช ได้แก่ มะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เช่นมะเร็งมดลูก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Hillard, 1992; Dennerstein, Wood et al., 1995) แต่พบว่ามีมากกว่าร้อยละ 80 ที่ได้รับการตัดมดลูกเพื่อรักษาปัญหาโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง ได้แก่ การมีเนื้องอกในมดลูก ภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ภาวะมดลูกหย่อน และอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน (Carlson, 1995) การตัดมดลูกดังกล่าวพบว่าร้อยละ 52 ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย และเป็นการตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องมากที่สุด (Thakar, Ayers et al., 2004) สำหรับประเทศไทย ผลการศึกษาในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 พบว่า มีจำนวนสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่จำนวน 1,675 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 50 ปี และข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ของการตัดมดลูก คือ โรคนีื้องอกในมดลูก (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี,งานสถิติและเวชระเบียน 2547)

แม้ว่าการผ่าตัดมดลูกและรังไข่จะเป็นการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาโรคทางนรีเวชให้แก่สตรี ช่วยให้สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกหายจากการเป็นโรคทางนรีเวช ลดอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ (Parazzini et al., 1993) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kjerulff et al., 2000) ก็ตาม แต่การตัดมดลูกและรังไข่เป็นการผ่าตัดใหญ่ (Dennerstien, Shelley et al., 1994) ที่อาจมีผลกระทบต่อสตรีทางด้านร่างกาย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด เช่นการตกเลือด การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ ระบบสืบพันธุ์ (McPherson et al., 2004; Stovall, 1996; Thakar, Ayers et al., 2004) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การปัสสาวะลำบาก การกลืนปัสสาวะไม่ได้จากการถูกทำลายของเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ไปเลี้ยง การบีบตัวของลำไส้ในการขับถ่ายเพิ่มมากขึ้น (Prior et al., 1992; Thakar, Manyonda et al., 1997) การมีแผลอักเสบ การมีแผลทะลุระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ (Vesicovaginal fistula) อาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน ท้องผูก ปวดหลัง อ่อนเพลีย (Carlson, 1995; Dennerstein, Wood et al.,

1995) ระยะเวลาที่มีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อาการเส้นโลหิตในสมองแตก หรืออุดตัน ซึ่งจะพบได้ 3 เท่าของสตรียังไม่หมดประจำเดือน (อานวย ลอยกุลนันท์, 2542) และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของสตรีวัยหมดประจำเดือนในสหรัฐอเมริกา (วารกรณ์ จันทรวาส, 2541) สตรีที่ตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงกว่าสตรีที่มีรังไข่อยู่ถึง 7 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีระยะเวลาที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งสร้างโดยรังไข่ยาวนานกว่าปกติ (Wasaha and Angelopoulos, 1996) จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด พบว่าการตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมากกว่า การตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (Phipps, John, and Nayak, 1993) โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังการตัดมดลูกทางหน้าท้องได้แก่ ไข้จากการติดเชื้อ ตกเลือด การได้รับการผ่าตัดซ้ำ การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ (อัญชลี ตาบุรี, 2543) จากการสำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ของพรรณนิภา ธรรมวิรัช, ประอรณุช ตูลยาทร และจินดา อุไรรัตน์ (2540) ในสตรีที่เคยมารักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีปัญหาด้านร่างกายภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ คือ ท้องเสีย อาการอักเสบของช่องคลอด อาการคัน และตกขาวทางช่องคลอด และรู้สึกแสบขัดขณะถ่ายปัสสาวะ

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจนั้น เนื่องจกมดลูกและรังไข่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์ของสตรีโดยตรง รวมทั้งการสร้างฮอร์โมนเพศในสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (Dennerstein, Wood et al., 1995; Williamson, 1992) เมื่อถูกตัดมดลูกจึงมีผลทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ยังรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพทางเพศ (Carlson et al., 1994; Gath, Cooper, & Day, 1982; Williamson, 1992) การตัดมดลูกและรังไข่ยังมีผลทำให้การสร้างฮอร์โมนเพศในสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ลดลง และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด เกิดกลุ่มอาการของการหมดประจำเดือนรุนแรงกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (อัญชลี ตาบุรี, 2543) บางรายอาจมีความรู้สึกเศร้าจากการไม่มีระดู และไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป (ปริญญา พุฒประเสริฐศักดิ์, 2546; พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540; ยวดี ฤชา, 2524; อัญชลี ตาบุรี, 2543) สตรีที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก มักมีความวิตกกังวลสูง เกิดความกลัวต่อผลการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด พบว่าสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่นๆ (ขนิษฐา นาคะ, 2534; Long 1987: 443; Wiens, 1998) เนื่องจากเกรงว่า ตนจะมีความผิดปกติทางเพศภายหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ความเชื่อยังมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่ต้องถูกตัดมดลูก และรังไข่ว่าจะทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถทำงานหนักได้ ความต้องการทางเพศลดลง ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ (พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540; Barry, 1984) ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับมดลูกของสตรี ได้แก่ ความเชื่อว่ามีมดลูกเป็นอวัยวะที่ขับของเสียจากร่างกายออกมากับระดู การ

แสดงถึงความแข็งแรง หรือความเชื่อว่ามดลูกเป็นสิ่งสำคัญต่อการถึงจุดสุดยอดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Willamson, 1992) ทำให้สตรีเกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้นได้

นอกจากนี้การตัดมดลูกยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม ความสัมพันธ์กับคู่สมรส สัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกยังส่งผลต่ออวัยวะต่างๆภายในร่างกาย โดยเฉพาะการไหลเวียนเลือด เส้นประสาทของระบบสืบพันธุ์ให้ฉีกขาดได้ ซึ่งอาจทำให้สตรีมีความรู้สึกทางเพศลดลง รวมทั้งการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน จากการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้เยื่อในช่องคลอดแห้งเป็นค่า น้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลงทำให้เกิดช่องคลอดอักเสบ และเจ็บเวลาร่วมเพศได้ (Maas et al., 2004; Rhodes et al., 1999; Thakar, Manyonda et al., 1997) ผลกระทบเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้สตรีเกิดความวิตกกังวลต่อสัมพันธภาพ กลัวเจ็บ กลัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้เหมาะสม กลัวการทำให้ความสุขทางเพศลดลง ความกลัวการนอกใจของคู่สมรส ทำให้มีผลต่อภาวะอารมณ์รวมทั้งพฤติกรรมในการแสดงออกของสตรีได้ (อัญชลีตาบุรี, 2543) จึงอาจกล่าวได้ว่า การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อสตรีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการที่สตรีตัดมดลูกจะสามารถยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ หาทางที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเอง และสังคม เพื่อสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม (อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2548)

การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Pollock, 1986) การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม (Luckmann and Sorensen, 1987) Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคมและจากสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984: 223-225) มองผลลัพธ์การปรับตัวใน 3 ด้าน คือ 1) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นความสามารถในการดำเนินชีวิตตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน 2) ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ชีวิต เป็นความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก หรือมีความสุข เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลระยะสั้นคือ อารมณ์

ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ 3) ภาวะสุขภาพ (Somatic health)

การที่จะทำให้สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกมีชีวิตที่สมดุล และสามารถเผชิญต่อโรคหรือสถานการณ์ที่คุกคามได้ สตรีจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้นๆ ในภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความสูญเสีย เช่น สูญเสียภาพลักษณ์ของสตรีเพศ การสูญเสียโอกาสในการมีบุตร แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพในการปรับตัวของสตรีที่ตัดมดลูก โดยเฉพาะการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เนื่องจากครอบครัวจะมีบทบาทในฐานะที่เป็นเครือข่ายสังคมทางด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ เป็นกลไกในการดูแลเบื้องต้นในระยะยาว เป็นกลไกประสานการรักษา พบว่าสตรีที่สมรสแล้วและมีสถานภาพสมรสจะได้รับความสนับสนุนทางสังคมมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ การประเมินคุณค่าตนเอง ด้านวัตถุสิ่งของ รวมถึงทางด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกในการปรับตัวให้เข้ากับภาวะความเจ็บป่วยได้ดี เนื่องจากสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีการต้องการความช่วยเหลือ และสนับสนุนจากสามีในด้านต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (สุมาพร บรรณสาร, 2545) โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากสามีจะทำให้สตรีเหล่านี้ มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น สามารถลดความรุนแรงของปัญหา มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่ตัดมดลูก โดยเฉพาะจากคู่สมรส ซึ่งมีความใกล้ชิดด้านอารมณ์มากที่สุด (Stewart, 1993) จึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง คู่สมรสจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือสตรี ทำให้สตรีมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บ อันจะส่งเสริมให้มีการดำรงชีวิต และสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้ (คาริกา ธารบัวสวรรค์, 2542; Cohen and Wills, 1985) กำลังใจ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์/จิตใจ จึงเปรียบเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและเป็นแรงผลักดันให้สตรีสามารถปรับตัวได้ถูกต้อง สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

การให้ข้อมูลทางสุขภาพ หมายถึง การให้รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ การกระทำ ผลที่คาดหวังว่าจะได้รับจากการรักษาและบริการพยาบาล ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาล (รัตนา อยู่เปลว, 2543; สุกนธ์ ไข่แก้ว, เรือนทอง เรื่องวิทยากรณ์ และจิราภรณ์ กุวลัยรัตน์, 2545; อกันตรี กองทอง, 2544) สตรีจะเป็นผู้ที่กำหนดความต้องการและปฏิบัติการในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลต้องเป็นผู้สอน แนะนำ และ

กระตุ้น ให้กำลังใจ และเป็นวิธีการหนึ่งในการลดความวิตกกังวลของสตรีตัดมดลูก เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยลดความกลัว ความเครียด การประเมินสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงแล้ว ยังทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาของโกลดิน(Glodin, 1981: 220) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการเตรียมตัวและ การปฏิบัติตัวใน ระยะหลังผ่าตัด การเตรียมผ่าตัดที่สมบูรณ์จะต้องเตรียมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพราะการปฏิบัติ ตนที่ไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ การให้ข้อมูลเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ ความเข้าใจของบุคคล การถ่ายทอดข้อมูลโดยใช้สื่อการสอนจึงเป็น สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับเนื้อหาการสอน เพื่อให้สตรีเกิดการเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจ สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ และสามารถเผชิญกับ เหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามได้อย่างเหมาะสม (Leventhal and Johnson, 1983) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ อย่างหนึ่งที่จะช่วยให้สตรีตัดมดลูก สามารถปรับตัวเพื่อต่อสู้กับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม (ศิริพร ปทุมมุษย์, 2541) โดยเนื้อหาของข้อมูลที่จะให้ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการ ตัดมดลูก สาเหตุ ขั้นตอน และวิธีการในการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก ให้ข้อมูลในการปฏิบัติ ตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ผลกระทบที่อาจ เกิดขึ้น การสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ รวมทั้งการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับความรู้สึก และ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การจัดการกับความเจ็บปวด การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟู สภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรับประทานอาหารมีประโยชน์ ให้สตรีเกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงวิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อกระตุ้นให้สตรีมีกำลังใจ และรู้สึกถึงความมีคุณค่าใน ตัวเอง โดยการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรีและคู่สมรส ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลร่วมกับเปิดโอกาสให้ ซักถาม ตอบข้อสงสัย เพื่อให้สตรีเกิดการเรียนรู้ มีแบบแผนทางความคิด สามารถประเมิน และ จัดการเผชิญกับปัญหาที่มากกระทบ ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม วัดการปรับตัวจาก แบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก หนังสือ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวตามแนวคิด ของ Lazarus and Folkman (1984) โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญ และกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยตัดมดลูกก่อนการผ่าตัด หากไม่ได้รับข้อมูล หรือคำแนะนำที่ถูกต้อง เหมาะสม มักมีความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม สุขศึกษาจะมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และมีระดับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ (กุลอนงค์ นัทรทอง, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์ (2543) ที่ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลาย ต่อความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกพบว่าความวิตก กังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันของสุคนธ์ ไข่มุก และคณะ (2545) จะมีผลในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างดีกว่า ส่วนการศึกษาผลของการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาของ บุญช่วย พึ่งจีน (2541) ในการเตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วย ฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองด้านโภชนาการ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ กับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอัญชลี ตาบุรี (2543) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ เปรียบเทียบโดยรวมและรายด้าน ในกลุ่มสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นเนื้องอกในมดลูก พบว่าหลังการผ่าตัดเนื้องอกกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

ดังนั้นจะพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาโปรแกรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับตัวในสตรีกลุ่มนี้เลย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยในการทดสอบผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการปรับตัวของสตรีกลุ่มนี้

คำถามการวิจัย

สตรีตัดมดลูกกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาผลของการให้ข้อมูลสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ใช้กรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคมและจากสิ่งที่เกิดขึ้น โดยมีผลลัพธ์ในการปรับตัว คือ 1) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นความสามารถในการดำเนินชีวิตตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี

ประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน 2) ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ชีวิต เป็นความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก หรือมีความสุข เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลระยะสั้นคือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ 3) ภาวะสุขภาพ (Somatic health) โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ (Assistance) และให้ข้อมูลทางสุขภาพ การสอน แนะนำ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ตามแนวคิดทฤษฎีของ House(1981) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร เนื่องจากกลุ่มสมรสจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญแก่สตรี เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยกระตุ้น ให้กำลังใจสตรีให้สามารถปรับตัว และสามารถเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตรงกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self regulatory model) ของ Leventhal และ Johnson (1983) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ค่อนข้างรุนแรง ถ้าบุคคลนั้นไม่เคยมีประสบการณ์การรับรู้ ความเข้าใจถึงเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น หรือไม่มีแบบแผนการรับรู้ที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่จะเผชิญมาก่อน ทำให้มีผลต่อภาพรวมของความคิด (Mental image) คือ การรับรู้ การแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ถูกต้อง ชัดเจน สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คุกคาม และเกิดการควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) ในการเผชิญกับความเครียด

ทฤษฎีดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปัญหาด้านการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการคัดหมดลูก จากผลกระทบทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในสตรีที่ต้องเข้ารับการคัดหมดลูกซึ่งเป็นอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ของสตรีเพศ การรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ และการกระตุ้นที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์จากการเรียนรู้ สามารถเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างสอดคล้องกับเหตุการณ์นั้นๆ และมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลเพิ่มขึ้นได้ การรับรู้ถึงข้อมูลสุขภาพตามแบบแผนจะเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติตน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมในการดำรงชีวิตของบุคคลได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในสตรีที่เข้ารับการคัดหมดลูก

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

สตรีคัดหมดลูกกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก โดยมี

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนิเวศในช่วงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การให้ข้อมูลสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส หมายถึง การให้คำแนะนำ การบอก อธิบาย และตอบข้อซักถามแก่สตรีที่ต้องได้รับการตัดมดลูกและกลุ่มสมรส เกี่ยวกับขั้นตอนรายละเอียดต่างๆ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมถึง แนวทางการรักษา การเตรียมตัว การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ในขณะที่ผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงความรู้สึก หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การให้ข้อมูลทางสุขภาพผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยการรวบรวมเนื้อหาที่จะให้ และใช้เทคนิคคอมพิวเตอร์นำเสนอสื่อประสมในรูปแบบวีดิทัศน์ และการแจกเอกสารประกอบคำบรรยาย ตอบข้อซักถามให้ ในสตรีก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 3 และก่อนกลับบ้าน โดยเป็นการให้ข้อมูลสุขภาพแก่สตรีร่วมกับกลุ่มสมรส ถึงรายละเอียดที่จำเป็นต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยตัดมดลูก การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด กระตุ้น ให้กำลังใจเพื่อให้สตรีรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถในการปรับตัวที่ดีขึ้น ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นกลุ่มสมรส ให้กำลังใจ และเน้นถึงความสำคัญของบทบาท การช่วยเหลือและการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในด้านต่างๆ ตามแนวความคิดของ House(1981) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่กลุ่มสมรสให้ความรักแก่สตรี การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแล ไว้วางใจ รู้สึกเป็นห่วง และการยอมรับฟังความคิดเห็นจากสตรีในภาวะที่ได้รับความเจ็บป่วย ทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และในการฟื้นฟูสภาพ

1.2 การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การที่กลุ่มสมรสมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สตรี การให้การรับรองเพื่อการประเมินตนเอง และการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

1.3 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง

การที่คู่สมรสให้ความช่วยเหลือสตรีในรูปแบบต่างๆในด้านการให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูล พุดคุย หาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสตรีจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการรักษามาเล่าให้ฟัง และการชี้แนวทางให้ การกระตุ้นการปฏิบัติตัวแก่สตรีในระยะเจ็บป่วย และภายหลังการฟื้นฟูสภาพ

1.4 การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental support) หมายถึง การที่คู่สมรสของสตรีสนับสนุนในการให้การช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา และการจัดสิ่งแวดล้อมในภาวะที่สตรีเจ็บป่วย

2. การปรับตัว หมายถึง การแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกที่เป็นผลมาจากกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องของสตรีในการประเมิน การวางแผน หรือหาทางเลือกโดยใช้ทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่ในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยแบ่งผลลัพธ์การปรับตัวเป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การทำหน้าที่ทางสังคมของสตรีในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม รวมถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของสตรี ประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินใจ เหตุการณ์ต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมในระยะเจ็บป่วย และในระยะฟื้นฟูสภาพ

2.2 ด้านขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ทั้งทางด้านบวก และด้านลบของสตรีที่เกิดเนื่องจากการรับรู้ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ภายหลังจากการที่สตรีต้องเข้ารับการรักษาภาวะความเจ็บป่วย

2.3 ด้านภาวะสุขภาพ (Somatic health) หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจของสตรีต่อภาวะความเจ็บป่วย เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงาน และควบคุมการทำงานของร่างกาย

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการให้การพยาบาลสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก ในเรื่องดังต่อไปนี้

3.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ และข้อปฏิบัติของหอผู้ป่วย และของโรงพยาบาล

3.2 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ การแนะนำให้เตรียมท่าความสะอาดร่างกาย การสระผม การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การแนะนำให้ดื่มน้ำ และอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนวันผ่าตัด

3.3 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลสายให้สารน้ำทางหลอดเลือด การดูแล

เรื่องการควบคุมยาระงับปวด การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสังเกตแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

3.4 การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่ การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ภายหลังการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์

4. สตรีตัดมดลูก หมายถึง ผู้ป่วยในวัยในช่วงอายุ 20-59 ปีและมีคู่สมรส ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ การปฏิบัติตัว เจตคติที่ดีต่อการผ่าตัด และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

2. เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการเรียน การสอน เพื่อค้นหารูปแบบ และการพยาบาลที่เหมาะสม โดยใช้แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่
 - 1.1 การตัดมดลูก
 - 1.2 ประเภทของการตัดมดลูก
 - 1.3 วิธีการตัดมดลูก
 - 1.4 ผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูกและรังไข่
 - 1.5 บทบาทของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง
2. มโนทัศน์การปรับตัว
 - 2.1 ความหมายของการปรับตัว
 - 2.2 สาเหตุของการปรับตัว
 - 2.3 ผลของการปรับตัว
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซาลัสและโพลคแมน
 - 2.6 การประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย
 - 2.7 บทบาทของพยาบาลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก
3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายของข้อมูล
 - 3.2 ประเภทของข้อมูล
 - 3.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล
 - 3.4 ลักษณะของข้อมูลที่ดี
 - 3.5 หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล
 - 3.6 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล
 - 3.7 ข้อมูลจำเป็นของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก
4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส
 - 4.1 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

- 4.2 การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสตามแนวคิดของเฮาส์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่

1.1 การตัดมดลูก (hysterectomy)

การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในสตรี โดยทั่วไปเป็นการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาโรคทางนรีเวชให้แก่สตรี ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเอามดลูกออกที่พบบ่อย ได้แก่ เนื้องอกในกล้ามเนื้อมดลูก(uterine leiomyomas) ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ภาวะมดลูกโตผิดปกติ โรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี ภาวะปวดในอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง ภาวะเยื่อโพรงมดลูกชั้นผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด เช่น ครรภ์ไข่ปลาอุก การตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกแตก ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (Pokras, & Hufnagel, 1988; Carlson, 1995; Stovall, 1996)

1.2 ประเภทของการตัดมดลูก

การตัดมดลูก สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1) การตัดมดลูกบางส่วน (subtotal hysterectomy) เป็นการตัดเอามดลูกออก ประมาณสองในสามของมดลูกส่วนบน แต่ยังคงเหลือส่วนของปากมดลูกไว้ แต่ถ้าหากการผ่าตัดนั้นมีการตัดเอาเนื้อเยื่อที่หุ้มล้อมรอบปากมดลูกออกด้วย (endopelvic fascia) จะเรียกว่า Extradiscal hysterectomy ถ้าไม่เอาเนื้อเยื่อที่หุ้มล้อมรอบปากมดลูกออกจะเรียกว่า intradiscal hysterectomy (จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย, และชเนนทร์ วานาภิรักษ์, 2528; Haslett, 1988a)

2) การตัดมดลูกออกทั้งหมด (total hysterectomy) เป็นการตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งส่วนบนของปากมดลูกด้วย แต่ยังคงเหลือท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง แล้วเย็บส่วนบนของช่องคลอดบริเวณฟอร์นิซ (fornix) การตัดมดลูกประเภทนี้ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และสตรียังคงมีฮอร์โมนเพศซึ่งได้จากรังไข่ที่ไม่ถูกตัดออกไปด้วย (Haslett, 1988a)

3) การตัดมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ต่อมม้ามและเนื้อเยื่อบริเวณด้านข้างของมดลูกออกทั้งหมด (radical hysterectomy) เป็นการเอามดลูก ปากมดลูก ช่องคลอดส่วนบน ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง รวมทั้งเนื้อเยื่อด้านข้างของมดลูก (parametrium) และเอ็นยึดรอบมดลูก (uterosacral ligaments) ออกทั้งหมด การผ่าตัดประเภทนี้จะพยายามแกะแยกออกจากท่อไตและเส้นเลือดใหญ่ที่มาเลี้ยงมดลูก การผ่าตัดนี้มักทำพร้อมกับการตัดท่อนำไข่ รังไข่ทั้งสองข้าง รวมทั้งแกะเอาต่อมม้ามและต่อมในอุ้งเชิงกรานกลุ่มใหญ่ ๆ ออกด้วย (pelvic lymphadenectomy) ได้แก่ กลุ่ม common iliac และ obturator ออกให้หมด การที่แกะเอาต่อมม้ามและต่อมในอุ้งเชิงกรานด้วยนี้เรียกว่า “Werthiem’s operation” ส่วนใหญ่จะกระทำการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ในระยะ Ib และ IIa (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539)

4) การตัดมดลูกและรังไข่ออกข้างเดียวหรือสองข้าง (hysterosalpingo - oophorectomy หรือ hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy) เป็นการตัดเอาส่วนบนของปากมดลูก ท่อนำ

ไข่ และรังไข่ออก อาจเอารังไข่ออกข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ ขึ้นกับอายุของสตรี ได้แก่ สตรีวัยก่อนหรือหลังหมดประจำเดือน (Haslett,1988a) การผ่าตัดนี้มักพบในสตรีที่มีภาวะการเจ็บป่วย เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะเยื่อมดลูกเจริญผิดที่ หรือการอักเสบของอุ้งเชิงกราน เป็นต้น (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการตัดมดลูก หมายถึง การตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งส่วนบนของปากมดลูกด้วยอาจเอารังไข่ออกข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ขึ้นอยู่กับอายุของสตรี และสาเหตุของตัดมดลูกเป็นปัญหาโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่สาเหตุจากโรคมะเร็ง และผู้วิจัยสนใจศึกษาในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกออกทั้งหมด เนื่องจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า สตรีเหล่านี้ก่อนและภายหลังการตัดมดลูกมักมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงบทบาทความสามารถทางการเจริญพันธุ์ และเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีเกิดความวิตกกังวลได้

1.3 วิธีการตัดมดลูก

วิธีการตัดมดลูกที่นิยมในปัจจุบันมี 3 วิธี (Meeks&Harris,1997; Dennersteinetal,1995) ดังนี้

1.3.1 การตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (abdominal hysterectomy) เป็นวิธีการตัดมดลูกที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่จะตัดมดลูกรวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องผ่านทางหน้าท้อง ได้แก่ ท่อนำไข่ รังไข่ข้างเดียวหรือสองข้าง วิธีการนี้ส่วนมากจะทำในกรณีมีพยาธิสภาพที่มดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ และอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เช่น เนื้องอกในมดลูก ภาวะเยื่อมดลูกเจริญผิดที่ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

1.3.2 การตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด(vaginal hysterectomy) เป็นวิธีการตัดมดลูกออกทางช่องคลอด โดยทั่วไปมักไม่เอาท่อนำไข่และรังไข่ออกด้วย ข้อดีของวิธีนี้ ได้แก่ ไม่มีรอยแผลเป็นบริเวณหน้าท้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย (Kovac,2000) ใช้เวลาในการรักษาพยาบาล และระยะเวลาในการพักฟื้นน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง ส่วนใหญ่ทำในกรณีที่สตรีมีพยาธิสภาพ ได้แก่ เนื้องอกในมดลูกที่มีขนาดเล็ก และภาวะมดลูกหย่อน (prolapsed uteri) จะทำร่วมกับการเย็บซ่อมแซมบริเวณผนังช่องคลอดด้านหน้าและด้านหลังที่หย่อนให้กลับเข้าสู่สภาพปกติ (pelvic repair)

1.3.3 การตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องทางหน้าท้อง (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy [LAVH] หรือ laparovaginal hysterectomy) เป็นวิธีการตัดมดลูกออกโดยใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในช่องท้อง วิธีนี้ต้องอาศัยแพทย์ที่มีทักษะในการใช้กล้องส่องทางนรีเวชโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่จะทำในสตรีที่มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ภาวะเยื่อมดลูกเจริญผิดที่ ภาวะตกเลือด (bleeding disorder) และการเจ็บปวดในอุ้งเชิงกราน (pelvic pain) ข้อดีของวิธีนี้คือ แผลบริเวณผ่าตัดมีขนาดเล็ก เวลาในการรักษาที่โรงพยาบาลและระยะเวลาในการพัก

พื้นน้อย ทำให้ลดการมีภาวะแทรกซ้อน (Farguhar&Steiner,2002) แต่วิธีนี้อาจจะเสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน จากการศึกษาพบว่าใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 115 นาที ซึ่งมากกว่า การผ่าตัดทางหน้าท้องที่ใช้เวลาประมาณ 87 นาที (Lipscomb,1997)

จะเห็นได้ว่า สตรีแต่ละคนอาจได้รับการตัดมดลูกด้วยวิธีที่แตกต่างกัน การตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องจะพบบ่อยและนิยมทำมากกว่าสองวิธี เนื่องจากสามารถนำเอาอวัยวะออกได้มากใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดไม่นาน เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ถึงแม้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องเนื่องจากมีสตรีที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เป็นจำนวนมาก และพบได้บ่อยในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกออกทั้งหมด

1.4 ผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูกและรังไข่

การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ส่วนใหญ่ทำเพื่อการรักษาโรคทางนรีเวช และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดตั้งได้กล่าวไว้แล้ว ซึ่งผลของการผ่าตัดมดลูกและรังไข่นั้นมีทั้งผลดีในด้านการรักษาโรคหรือความเจ็บปวดที่สตรีเป็นอยู่ก่อนได้รับการผ่าตัด แต่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสตรีภายหลังการผ่าตัด ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะได้กล่าวถึงดังต่อไปนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

การผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด พบว่า ร้อยละ 25-50 ของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด จะมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อาการ (Hillard, 1992; Dennerstein et al., 1995) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบนแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Newton, 1988; Stivall 1996)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในระหว่างการผ่าตัด (intraoperative complications) ได้แก่

1.1 ภัยอันตรายต่อลำไส้ พบได้บ่อยบริเวณลำไส้ใหญ่ เนื่องจากเป็นอวัยวะที่อยู่ใกล้กับมดลูก

1.2 ภาวะตกเลือด ภาวะตกเลือดในระหว่างผ่าตัดนั้น ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการผูกยึดเส้นเลือดบริเวณมดลูก การได้รับบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัดหรือจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณเนื้องอกมดลูก

1.3 ภัยอันตรายต่ออวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ภัยอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในระหว่างการผ่าตัดมดลูก นอกจากนี้ยังพบภัยอันตรายบริเวณท่อไต ซึ่งมีสาเหตุจากการเย็บ การผูก หรือตัดบริเวณท่อไตโดยบังเอิญ ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของการผ่าตัดมดลูกอย่างหนึ่ง (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาทจากการทำผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ขา (femoral nerve) เนื่องจากถูกกดเป็นระยะเวลานานในระหว่างการผ่าตัด

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องของ ชาน โฮ และ เซน (Chan, Ho&Chen, 1993) ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก จำนวน 176 คน พบว่า ภาวะตกเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะผ่าตัด ซึ่งพบถึงร้อยละ 3 ของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ทั้งหมด

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดระยะแรก (early postoperative complications)

2.1 ภาวะตกเลือด การตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจาก เส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูก เส้นเลือดดำบริเวณมดลูก เส้นเลือดบริเวณรังไข่ เส้นเลือดในช่องคลอด กระเพาะปัสสาวะ หรือบริเวณในเชิงกรานถูกตัดออกพร้อมมดลูก แพทย์จะทำการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อค้นหาตำแหน่งที่มีเลือดออก และให้การช่วยเหลือโดยการเย็บซ่อมแซมหรือผูก ยึดเส้นเลือดในบริเวณนั้น

2.2 ภาวะติดเชื้อ การติดเชื้อของแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง พบได้ร้อยละ 4-6 ของการผ่าตัดมดลูก เกิดจากมีการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัด มักเกิดภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัดและภาวะแผลแตก มักเกิด 4-8 วันหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538)

2.3 ระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ภายในสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ได้แก่ การทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เยื่อช่องท้องอักเสบ มีอากาศในช่องท้องภาวะขยายตัวของกระเพาะอาหารทันที และการอุดตันของลำไส้

2.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังผ่าตัดมดลูกในระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ภาวะมีปัสสาวะคั่ง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดและไม่ถ่ายปัสสาวะภายหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกใน 24 ชั่วโมง ทำให้ท่อปัสสาวะมีการหดเกร็งตัว จึงไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ และเนื่องจากกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะไม่มีการหดตัวจากการได้รับยาสงบ

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดในระยะหลัง (late postoperative complications) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมง ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวเพิ่ม อาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกรานภายหลังการผ่าตัด (Carlson, 1995; Dennerstein et al, 1995) ภาวะมีแผลทะลุระหว่างช่องคลอดกับปัสสาวะ (vesicovaginal fistula) ภาวะท่อไข่หย่อน (prolapse of fallopian tube) และก้อนอันตรายเป็นบริเวณท่อปัสสาวะจากการผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันของท่อปัสสาวะ และมีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอวหลังการผ่าตัดในภายหลัง (Stovall, 1996)

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการตัดมดลูกทางหน้าท้อง และทางช่องคลอดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ของ ดิกเกอร์ และคณะ (Dicker et al., 1982) พบว่าการตัดมดลูกออกทางช่องคลอดมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยพบ

ภาวะแทรกซ้อนจากการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ร้อยละ 42.8 และทางช่องคลอด ร้อยละ 24.5 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการตัดมดลูกทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ได้แก่ ไข้จากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ 7.2 ตามลำดับ การตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 15.4 และ 8.3 ตามลำดับ การได้รับการผ่าตัดซ้ำ เช่น การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 1.7 และ 5.1 ตามลำดับ และการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการตัดมดลูก ในสตรีชายแดนใต้ได้รับการตัดมดลูก จำนวน 23,386 คน ตั้งแต่ปี 1978-1981 พบว่ามีภาวะแผลอักเสบติดเชื้อ ร้อยละ 2 และภาวะมีเลือดออก ร้อยละ 2 ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกทั้งหมด (Andersen, Loft, Brannum-Hansen, Roepstorff, & Madsen, 1993)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ของ พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ(2540) ในสตรีจำนวน 93 คน ที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โดยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ พบว่า ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ คือ ปัญหาคันและตกขาวทางช่องคลอด อาการอักเสบของช่องคลอด ท้องเสียและอาการเสกขณะปัสสาวะ

นอกจากนี้การตัดมดลูกร่วมกับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง มีผลทำให้สตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด โดยเฉพาะในสตรีที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ทำให้เกิดกลุ่มของอาการหมดประจำเดือนรุนแรงมากกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งผลิตจากรังไข่ลดลงอย่างทันทีทันใด (Lowdermilk, 1995; Wasaha & Angelopoulos, 1996) และขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนนั้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

1. ผลกระทบในระยะสั้น (short-term effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการร้อนวูบวาบในสตรี สตรีจะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ เกิดผื่นแดงทันทีทันใดบริเวณผิวหนังที่ศีรษะ คอ หน้าอก อาจมีเหงื่อออกร่วมด้วย ระยะเวลาที่เกิดประมาณ 2-3 วินาที ไปจนถึง 10 นาที โดยเฉลี่ยประมาณ 4 นาที และอาจเกิดทุก 1-2 ชั่วโมง ถึง 1-2 สัปดาห์ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจเกิดทุก 10-30 วินาที โดยทั่วไปจะเป็นนานประมาณ 1-2 ปี แต่บางรายอาจเป็นนานถึง 5 ปี ซึ่งอาการนี้ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นบ่อยในเวลากลางคืน จนทำให้รบกวนการนอนหลับของสตรี ก่อให้เกิดความเครียด ปวดศีรษะ หรือมีอาการหงุดหงิด นอกจากนี้ยังทำให้สตรีมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการเหนื่อยอ่อนได้ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภาวะโภชนาการ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นของสตรีด้วย (ธีระทองสง และคณะ, 2539; Newton, 1988; Wasaha & Angelopoulos, 1996)

2. ผลกระทบในระยะยาว (long-term effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่างๆ ดังนี้ (ธีระทองสง และคณะ, 2539; Newton, 1988; Wasaha & Angelopoulos, 1996)

2.1 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยมีขนาดเล็กลงและแบนราบ ผิวหนังบริเวณหัวหน่าวเปียกและแฉะ ไขมันใต้ผิวหนังหมดไป คลิตอริส (clitoris) มีขนาดเล็กลง แคมเล็กที่ขั้วเล็กลง ช่องคลอดสั้นตีบ แคบผนังช่องคลอดหยาบ เยื่อบุผนังช่องคลอดบางลง มีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง มีสภาพเป็นค่างมากขึ้นเกิดการอักเสบได้ง่าย อาจทำให้เกิดอาการคัน ช่องคลอดอักเสบและเจ็บขณะร่วมเพศได้ นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะรูปร่าง และขนาดของเต้านมในทางเสื่อมด้วย

2.2 ผิวหนังและขน การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่วนช่วยในการกักเก็บโซเดียม โปแตสเซียม คลอไรด์ และน้ำในร่างกาย ทำให้มีความเสื่อมของผิวหนัง ผิวหนังขาดความตึงตัว มีรอยข่น ความสามารถในการยืดและหดตัวของเนื้อเยื่อบริเวณผิวหนังลง และมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง

2.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดการเสื่อมสภาพและมีขนาดเล็กลง และมีอาการอักเสบ ติดเชื้อได้บ่อยบริเวณกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อในกระเพาะปัสสาวะเสื่อมลง ทำให้การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และปัสสาวะบ่อยขึ้น

2.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ระดับไขมันที่มีความอิ่มตัวสูงลดลง (high density lipoprotein: HDL) และไขมันที่มีความอิ่มตัวต่ำเพิ่มขึ้น (low density lipoprotein:LDL) ทำให้ระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) ไลโปโปรตีน (lipoprotein) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ในร่างกายสูงขึ้น จึงทำให้สตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างก่อนอายุ 40 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันสูงกว่าสตรีที่รังไข่ยังทำงานอยู่ถึง 7 เท่า (Wasaha,&Angelopoulos,1996)

2.5 การเปลี่ยนแปลงของกระดูก เอสโตรเจนมีส่วนในการสร้างความแข็งแรงให้กระดูก กล่าวคือ เป็นตัวเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมแคลเซียม โดยเพิ่มการเผาผลาญวิตามินดี ส่งเสริมการสร้างแคลซิโทนิน (calcitonin) ซึ่งช่วยยับยั้งการสลายของเนื้อกระดูก นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์โดยตรงต่อออสติโอเบลาสต์ (osteoblast) โดยกระตุ้นการสร้างออสติโอเบลาสต์ซึ่งช่วยสร้างเนื้อกระดูก และยับยั้งการทำงานของออสติโอเบลาสต์ (osteoporosis) และกระดูกหักได้ง่าย

อาการหรืออาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ในสตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างในวัยเจริญพันธุ์นั้น ปัจจุบันสามารถรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทนตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัด จนถึงหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ คือ อายุประมาณ 50 ปี ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบได้ผลดี และยังเป็น การลดภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และภาวะกระดูกพรุนได้ด้วย (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539; Lowdermilk, 1995; Wasaha,&Angelopoulos, 1996) แต่การรับฮอร์โมนทดแทนในการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน 15 ปีขึ้นไป จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้น

(Griffiths, Murray, & Russo, 1984) ทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสตรีที่มีประวัติของโรคมะเร็งในครอบครัว (Dennerstein et al., 1995; Wasaha, & Angelopoulos, 1996) นอกจากนี้ ยังพบอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยฮอร์โมน ได้แก่ อาการเจ็บเต้านม อาการบวม เป็นสิว อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ เป็นนิ่วในถุงน้ำดี และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539; Wheller, 1994)

ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม

การตัดมดลูกและรังไข่ ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรี เนื่องจากมดลูกและรังไข่ ถือเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี ในด้านความเป็นเอกลักษณ์และสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นหญิง และมีหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ (Dennerstein et al., 1995; Williamson, 1992) เมื่อถูกตัดมดลูก จึงทำให้ความรู้สึกที่สตรีมีต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียภาพลักษณ์ในตัวเอง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพ รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลและความโศกเศร้า นอกจากนี้ในสตรีที่มีการรับรู้ว่าเป็นเพศหญิงมาจากการที่ได้ทำหน้าที่ด้านการเจริญพันธุ์ เมื่อถูกตัดมดลูกและรังไข่จึงมีผลทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ และบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งความรู้สึกสูญเสียดังกล่าวในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ จะมีมากกว่าความรู้สึกสูญเสียบทบาทในการเจริญพันธุ์จากภาวะมีบุตรยาก (Dupuis, 1997) ซึ่งปัญหาด้านจิตใจดังกล่าวมักมีผลมาจากรับรู้ที่เบี่ยงเบนไปของสตรีที่เกี่ยวกับมดลูก ได้แก่ มดลูกเป็นอวัยวะที่แสดงถึงความเป็นหญิง ถ้าไม่มีมดลูกก็ทำให้ไม่แน่ใจในความเป็นหญิงของตน มดลูกเป็นสิ่งสำคัญต่อการถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ และมดลูกเป็นอวัยวะที่ใช้กำจัดของเสียออกจากร่างกายในช่วงที่มีประจำเดือน ดังนั้นการตัดมดลูกจึงทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโศกเศร้าภายหลังการตัดมดลูกได้ (Williamson, 1992)

นอกจากนี้การตัดมดลูก ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม โดยเฉพาะต่อครอบครัวของสตรีในด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจทางเพศ เนื่องจากคู่สมรสมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์จากการบีบรัดตัวและการเคลื่อนไหวของมดลูกในระยะเล้าโลม รวมทั้งขณะถึงจุดสุดยอด หรือจากการที่อวัยวะเพศฝ่ายชายได้สัมผัสปากมดลูกในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเมื่อตัดมดลูกออกจึงทำให้คู่สมรสมีความพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Dennerstein et al., 1995) นอกจากนี้การตัดมดลูกออกยังทำให้เกิดแผลเป็นในบริเวณช่องเชิงกรานหรือในช่องคลอด ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและขนาดของช่องคลอด ส่งผลให้สตรีเกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งผลจากความรู้สึกสูญเสียมดลูก ทำให้คู่สมรสมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงด้วย นอกจากนี้การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้ช่อง

คลอดแห้งและผนังช่องคลอดบางลง สตรีจะเกิดความเจ็บปวดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ และการตัดรังไข่ก็ยังทำให้ขาดฮอร์โมนแอนโดรเจนที่ผลิตจากรังไข่ ซึ่งฮอร์โมนแอนโดรเจนนี้เป็นฮอร์โมนที่ช่วยทำให้เกิดความต้องการทางเพศในสตรี ดังนั้นเมื่อขาดฮอร์โมนนี้จึงทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลงอีกด้วย (Dennerstein et al., 1995) ผลกระทบดังกล่าวทำให้สตรีมีความกังวล และเกิดความกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทำให้มีผลต่อภาวะอารมณ์รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกของสตรี เช่น มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส รวมทั้งบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ของเคนเนอ์สเดน วูด และเบอร์โรวส์ (Dennerstein, Wood, & Burrows, 1977) ในสตรีจำนวน 89 คน โดยการสัมภาษณ์การเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศ ความสุขทางเพศ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด และอาการเจ็บปวดในขณะที่ร่วมเพศ พบว่าสตรีร้อยละ 37 ของกลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ สตรีร้อยละ 34 มีเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด และสตรีร้อยละ 29 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในกลุ่มสตรีที่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ดังกล่าว อาจเกิดปัญหาด้านสังคมเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และอาจรุนแรงจนทำให้ครอบครัวแตกแยกมีการหย่าร้างเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้การตัดมดลูกอาจมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อสตรีภายหลังการตัดมดลูก ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายภายหลังการตัดมดลูก ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปมักจะได้รับติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ถ้ามีอาการร้อนวูบวาบ และอาการนอนไม่หลับ สตรีจะได้รับฮอร์โมนทดแทนในการรักษาประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539) ส่วนการป้องกันภาวะกระดูกพรุนนั้น สตรีอาจได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนไปตลอดหรืออย่างน้อย 10 ปี (Lichtman, 1991 cited in Fogel & Woods, 1995) เพราะถ้าหยุดจะทำให้มีการสลายกระดูกอย่างรวดเร็ว ฉะนั้นจึงทำให้สตรีต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมาก เพราะราคาของฮอร์โมนค่อนข้างแพง และต้องรับติดต่อกันเป็นเวลานาน นอกจากนี้การมารับการรักษาภายหลังการผ่าตัดอาจทำให้สตรีต้องหยุดงานบ่อย ทำให้ขาดรายได้ และอาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการตัดมดลูกและรังไข่มีทั้งผลดีในด้านการรักษาโรคที่สตรีเป็นอยู่ก่อนได้รับการผ่าตัด และทำให้เกิดผลกระทบจากการผ่าตัดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อสตรี ผลกระทบภายหลังการตัดมดลูกนั้นหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรี ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ลดต่ำลงได้

ผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์

ความเกี่ยวข้องของการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ต่อเพศสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่เกิดเสมอทั้งก่อนและหลังผ่าตัดทางนรีเวช ซึ่งอาจจะแบ่งตามลักษณะของการผ่าตัดได้ดังนี้

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จะต้องงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ แต่บางชั่วคราว ซึ่งอาจทำให้รู้สึกว่าการชั่งคลอดแคบและสั้นขึ้นการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้ช่องคลอดยืดขยายขึ้น

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด การฟื้นฟูคืนสู่สภาพเดิมหลังผ่าตัดทางช่องคลอด เป็นไปได้เร็วกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง อาจมีเพศสัมพันธ์ได้ภายในเวลา 3 สัปดาห์

การผ่าตัดรังไข่ การตัดรังไข่ออกไปทั้งสองข้างทำให้ความต้องการทางเพศลดลง น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด และความรู้สึกบริเวณช่องคลอด และความรู้สึกบริเวณช่องคลอดส่วนล่างจะลดลง การทำให้เอสโตรเจนทดแทนจะช่วยให้เกิดความหล่อลื่น หรืออาจจะใช้ครีมหล่อลื่นช่วย

ความต้องการหรือการกระตุ้นทางเพศในคนนั้น เกิดขึ้นได้จากสิ่งกระตุ้นทางด้านจิตใจ ซึ่งได้แก่การกระตุ้นทางสายตาจากการสร้างจินตนาการ ทางด้านร่างกายได้แก่การสัมผัส กลิ่น และอิทธิพลของแอนโดรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้มีความรู้สึกและความต้องการทางเพศ (Sexual desire) และการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศในสตรี (Wallen 1990 อ้างถึงใน Marvell L. Williamson 1991 :44)

แหล่งสำคัญของร่างกายที่สร้างแอนโดรเจนก็คือรังไข่ ในสตรีวัยหมดประจำเดือนรังไข่ยังผลิตแอนโดรเจน ซึ่งช่วยให้ยังคงความต้องการทางเพศอยู่ และในสัตว์ทดลองที่ถูกตัดรังไข่ พบว่าพฤติกรรมทางเพศลดลงแสดงให้เห็นความต้องการทางเพศลดลง (Wallen 1990 อ้างถึงใน Marvell L. Williamson 1991 :44) ดังนั้นสตรีที่ถูกตัดรังไข่ฮอร์โมนก็จะลดลงเช่นเดียวกับเอสโตรเจน

แคทเธอริน (Catherine, 1981 อ้างถึงใน พรหมนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540) กล่าวว่าโดยทั่วไปคู่สามีภรรยาที่มีเพศสัมพันธ์กันน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง มักพบว่าสัมพันธ์ทางเพศหลังผ่าตัดลดลงมากกว่าคู่ที่มีเพศสัมพันธ์มากกว่าสัปดาห์ละครั้ง และความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ทางเพศที่ลดลงหลังผ่าตัด ซึ่ง Master และ Johnson ได้อธิบายถึงสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ไว้ดังนี้

ด้านจิตใจ สตรีที่มีความคาดหวังในทางลบจะมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด

1. ฮอร์โมน พบว่า ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ใช้ในการรักษาไม่ได้ช่วยแก้ไขเรื่องความต้องการทางเพศ

2. ด้านร่างกาย พบว่า 44 % ของสตรีเหล่านี้จะมีน้ำหล่อลื่นทางช่องคลอดลดลง ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือจิตใจก็ได้

1.5 บทบาทของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง

การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง เป็นการแก้ไขสาเหตุของโรคที่ได้ผลเป็นอย่างดี ซึ่งจะต้องผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบจากแพทย์ผู้ผ่าตัดแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดทางนรีเวชแพทย์จะคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ ความร้ายแรงของโรค อายุและการมีบุตร ถ้าโรคนั้นร้ายแรงมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย เช่น มะเร็งรังไข่ แพทย์ก็มักจะตัดมดลูกและรังไข่ ออกโดยไม่ต้องคำนึงถึงอายุและการมีบุตรเพราะชีวิตผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่า แต่ถ้าโรคไม่ร้ายแรงแพทย์จะพยายามเก็บมดลูกและรังไข่เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

ในขณะที่การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำ แต่ในขณะที่เดียวกันก็จะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาหลังผ่าตัดทั้งทางร่างกาย จิตใจและเพศสัมพันธ์ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น บทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส จึงควรจะต้องคำนึงถึงการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตลอดจนเพศสัมพันธ์ โดยมีเป้าหมายในการพยาบาลอยู่ 2 ประการด้วยกัน คือ เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยส่งเสริมกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันอันจะเกิดขึ้นต่อไป (พรธรรณิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540) ซึ่งพอจะสรุปแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูก และรังไข่ออกทั้งสองข้าง ได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. การประเมินปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลผู้ประเมินจะต้องมีทักษะและความรู้ในการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจได้อย่างถูกต้อง

1.1 พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง เพราะการผ่าตัดนี้เป็นการนำเอาอวัยวะแห่งเพศออกไป ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับด้านร่างกายของตนเองเป็นไปในทางลบ จึงเกิดความสูญเสียในเรื่องความสามารถในการมีบุตรซึ่งเป็นหน้าที่ทางเพศ กลัวขาดความดึงดูดทางเพศ กลัวสูญเสียความรักและการยอมรับจากสามี (Catherine, 1982 อ้างถึงใน พรธรรณิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า กลัว และวิตกกังวลได้

1.2 พยาบาลควรคำนึง และศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง องค์ประกอบเหล่านี้ได้แก่ อายุ ภูมิหลังของผู้ป่วย วัฒนธรรม ระดับการศึกษา ทักษะการตัดสินใจ สถานภาพของครอบครัว และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ Keaneny และคณะพบว่า สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จะปรับตัวได้ยากกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปี หรือในกรณีที่แบบแผนวัฒนธรรมของสังคมนั้นเน้นความสำคัญของบทบาทสตรีเพศมาก เมื่อสตรีในสังคมนั้นได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างสตรีผู้นั้นจะปรับตัวได้ยาก ทักษะการตัดสินใจ

สามีต่อการผ่าตัดมดลูกของภรรยา จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีผู้นั้นเช่นกัน ถ้าทัศนคติของสามีเป็นไปในทางลบการปรับตัวของสตรีผู้นั้นจะเป็นไปโดยลำบาก และสถานะของครอบครัวไม่อบอุ่นมั่นคงหรือการผ่าตัดนั้นเกิดจากสาเหตุของโรคมะเร็ง รวมทั้งไม่ได้มีการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นอย่างดีแล้ว สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยตั้งเครียดทางอารมณ์ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวได้ช้า (Keaneny, 1973 อ้างถึงในมาลัย แทนธานี 2528: 61)

2. การปฏิบัติพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง นอกจากจะต้องการความช่วยเหลือทางร่างกายทั้งก่อนและหลังผ่าตัดต่างๆ ไปแล้ว ยังมีความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ การประคับประคองจิตใจที่ดีและการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องกับความเป็นจริงอีกด้วย (Margaret, 1981 อ้างถึงในมาลัย แทนธานี 2528:61) การช่วยเหลือผู้ป่วยควรเป็นไปในลักษณะที่จะทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในภาวะที่สมดุลมากที่สุด เพื่อให้พ้นจากภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ และภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การปฏิบัติพยาบาลนอกจากให้ดูแลทางด้านร่างกายก่อนและหลังผ่าตัดแล้ว ควรคำนึงถึงการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

2.1 ให้การช่วยเหลือโดยการสร้างความมั่นใจ และให้การประคับประคองจิตใจที่ดีแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างจะเกิดความสูญเสียซึ่งความรู้สึกสูญเสียนี้จะเกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่น ดังนั้นพยาบาลจะต้องเข้าใจพื้นฐานจิตใจของผู้ป่วยก่อนว่ามีความมั่นคงในระดับใด มีความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด โดยพูดคุยและสังเกตอาการ อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ได้แก่ กระสับกระส่าย ซิพจรและหายใจเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ปากแห้ง นอนไม่หลับ ร้องไห้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร แยกตัว ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อนฝูงก็มีส่วนสำคัญในการดูแลด้านจิตใจ พยาบาลนอกจากจะเป็นผู้ดูแลโดยตรงแล้วยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยไปยังผู้ใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพจิตใจผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมสนับสนุนในด้านกำลังใจอีกทางหนึ่ง ซึ่งจะเป็นการช่วยทำให้ภาพลักษณ์ หรือ ความรู้สึกกับร่างกายตนเอง ตลอดจนอัตมโนทัศน์ในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

2.2 ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย Dossey (1996) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายวิตกกังวลเมื่อไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของตน เช่น การวินิจฉัย การผ่าตัด ฯลฯ (Dossey, 1996) ดังนั้นพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม หรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ตลอดจนความคาดหวังหลังผ่าตัด และจึงตอบคำถามหรือข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตลอดจนความคาดหวังหลังผ่าตัด แล้วจึงตอบคำถามหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สิ่งที่พยาบาลควรจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก็ได้แก่ ผลของการผ่าตัดต่อร่างกาย ความรู้เรื่องฮอร์โมนเพศ ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมด้านร่างกาย การเตรียมผิวหนังและ

ทางเดินอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพหลังผ่าตัด เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลผ่าตัด การสวนทวาร ปัสสาวะ การปวดแผลและยาแก้ปวด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ตลอดจนการดูแลที่จะได้รับหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ อย่างเพียงพอก็จะทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้

ส่วนคำแนะนำหลังผ่าตัดได้แก่ เรื่องเพศสัมพันธ์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสามีหรือคู่นอน จัดเวลาให้อยู่กับพยาบาลตามลำพังเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือความกังวลใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด Smith ได้กล่าวถึงเรื่องเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดไว้ว่า ผู้ป่วยโดยทั่วไปมักจะไม่เป็นฝ่ายเริ่มต้นพูดถึงเรื่องนี้ก่อน เขาอาจคิดว่าแพทย์พยาบาลคงมีงานมากจนไม่มีเวลาฟังปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนมากกว่าการผ่าตัดมดลูกซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากกว่า ผู้ป่วยมักแปลความหมายเอาเองว่าการเจ็บของพยาบาลในเรื่องนี้เป็นข้อบ่งชี้ให้ทราบว่าชีวิตเพศสัมพันธ์ของตนนั้นได้สิ้นสุดแล้วหลังผ่าตัด จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกล่าวถึงเรื่องนี้อีก (Smith 1989 อ้างถึงใน Williamson 1991:46) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักว่าการที่ผู้ป่วยไม่ถามถึงมิใช่หมายความว่าเขาไม่ได้สนใจหรือให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ แท้จริงแล้วเป็นสิ่งที่อยู่ในใจของผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นเหตุแห่งความวิตกกังวลอย่างหนึ่งด้วย

นอกจากนี้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน การสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด เป็นเรื่องที่จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้องช่วยให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็วอีกด้วย

2.3 ส่งเสริมพฤติกรรมในการปรับตัวช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบทบาทให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ได้มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ชี้นำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ และสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีอึดทนในทางบวก และสามารถปรับตัวได้ดีหลังผ่าตัดนั้นพยาบาลควรคำนึงถึงความประทับใจที่ติดตามที่ผู้ป่วยต้องการ การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยการส่งเสริมพฤติกรรมในการปรับตัวให้เป็นที่ไปในทางที่ดี นอกจากนี้ควรให้ความรู้และให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยการวางแผนให้มีการสอนและอภิปรายให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ที่ปกติ การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งข้าง ผลของการผ่าตัดต่อร่างกาย ปัญหาทางเพศที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนการปฏิบัติตน โดยทั่วไปหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติได้ผลดี พยาบาลจะต้องสร้างเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นก่อน ทั้งนี้เพื่อให้การให้คำแนะนำปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับความเป็นสตรีเพศ

และปัญหาทางเพศซึ่งเป็นปัญหาทางเพศซึ่งเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน ต้องอาศัยสัมพันธภาพและวิธีการที่เหมาะสมจึงจะเข้าถึงปัญหาเหล่านี้ได้ เมื่อพยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมแล้ว ก็จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว นับได้ว่าบรรลุถึงเป้าหมายการพยาบาลได้เป็นอย่างดี

2. มโนทัศน์การปรับตัว

2.1 ความหมายของการปรับตัว

การปรับตัว เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกตามการรับรู้ของบุคคลที่ใช้ต่อสู้และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ที่รบกวนหรือคุกคามการอยู่รอดของชีวิต ทำให้ต้องพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลและความปกติสุขของชีวิตไว้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการปรับตัวมากมาย ดังนี้

เดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ให้ความหมายการปรับตัวทางจิตสังคมว่า เป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม

Murray & Zentner (1975:46) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง กระบวนการปรับตัวของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์และความสุขสบายของบุคคล

Rambo (1984:3) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง การตอบสนองทางด้านบวกที่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในของบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์ต่อสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาหนทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ของตนเอง แสดงออกเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ

Mishel (1988:1990:257) ให้ความหมายการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายในภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมที่บรรลุความสมดุลหลังเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

Roy (1984) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง การตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อชีวภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อความอยู่รอดของชีวิต โดยอาศัยกลไกที่มีอยู่ในบุคคลนั้น ๆ

ละอ อุดอง (2534:88) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

อาร์คอฟ (Arkoff, 1968) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะพยายามต่อสู้เพื่อตอบสนองความต้องการและเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของตนอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันภายใต้แรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในแนวทางต่าง ๆ การปรับตัวจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประสาน (Reconciliation) ความต้องการของบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ไคส์และฮอลฟิง (Kyes & Holfing, 1974 อ้างถึงใน ภาวดี ทองเผือก, 2547) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นวิธีการหรือกระบวนการต่างๆ ซึ่งบุคคลใช้เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมของตน

นิภา นิชยาน (2530) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการวิธีต่างๆ ที่คนเราใช้ในการปรับตัวให้เป็นที่ไปตามความต้องการของตนเองในสภาพแวดล้อม ซึ่งบางครั้งส่งเสริม บางครั้งขัดขวางการปรับตัวหรือบางครั้งสร้างความทุกข์ทรมานแก่บุคคล กระบวนการปรับตัวเกิดจากความจริงที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จำเป็นแก่ชีวิตมากมายหลายอย่าง ซึ่งเป็นผลจากแรงผลักดันภายนอกและภายในตัวมนุษย์ และอาจใช้วิธีการแบบต่างๆ ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการเหล่านี้ในสภาพแวดล้อมที่ปกติธรรมดา หรือมีอุปสรรคขัดขวางมากน้อยต่าง ๆ กันไป

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่าการปรับตัวหมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลที่แสดงออกมา ซึ่งเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด และพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่จากบุคคลเอง หรือจากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น

2.2 สาเหตุของการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดันซึ่งนักจิตวิทยาเรียกว่าความต้องการหรือความจำเป็น (Need) ความต้องการเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาตอบโต้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กระบวนการปรับตัวทั้ง 3 ด้านนั้นดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัวมี 2 ประการซึ่งสอดคล้องกับกันยา สุวรรณแสง (2533) คือ

2.2.1 แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล เป็นความต้องการทางจิตใจและเกิดจากสภาพทางสรีระได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพเช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทาง

สังคมที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ในอดีต เรียกอีกนัยหนึ่งคือ “เหตุจูงใจทางสังคม” ได้แก่ ความต้องการมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการทางด้านจิตใจ เป็นที่ยกย่องนับถือ ยอมรับทางสังคม เพื่อให้ได้ความต้องการเหล่านี้ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว

2.2.2 แรงผลักดันภายนอก ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมและสภาพแวดล้อม และบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันซึ่งได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎหมาย ระเบียบวินัย ข้อบังคับ ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม เป็นต้น ทำให้คนเราต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบความต้องการต่าง ๆ และทำให้สามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่มี ความกดดันทางจิตใจ

2.3 ผลของการปรับตัว

การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Pollock, 1986) การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม (Luckmann & Sorensen, 1987) ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984: 223-225) มองผลลัพธ์การปรับตัวใน 3 ด้าน ดังนี้

2.3.1 การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติ ตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรง บทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการ กับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคล เหล่านั้น สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความล้มเหลวและไม่ใส่ใจและภาวะอารมณ์ ทุกข์โศกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2.3.2 ขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ ที่เกิดจากการรับรู้ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ที่มากระทบ โดยขวัญและกำลังใจ จะประเมินได้จากอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งหาก บุคคลมีความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและบรรลุ วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ก็จะเกิดอารมณ์ด้าน บวกได้และขวัญและกำลังใจจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งเป็น

1) ความผาสุกในระยะสั้น เป็นอารมณ์และความรู้สึกผาสุกชั่วขณะของ บุคคลในการเผชิญสิ่งที่ ทำให้เกิดความเครียด โดยจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายและมีความพึงพอใจในการกระทำของตนเองได้อย่างไร

2) ขวัญและกำลังใจในระยะยาว เป็นปฏิกริยาทางอารมณ์ที่ขึ้นอยู่กับแนว โนม์ในการประเมินสถานการณ์เป็นความท้อแท้ การเผชิญกับผลลัพธ์ด้านลบโดยการกระทำ ทางบวกและการจัดการกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.3 ภาวะสุขภาพ (Somatic health) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยแบ่งเป็น

1) กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) ตามแนวคิดของ Selye ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เป็นกลไกป้องกันที่เหมือนกันของบุคคลด้วยการหลั่งฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและการทำงานของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความไวหรือโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยได้

2) การปรับตัวที่เฉพาะ (Specific Adaptation) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจที่สิ่งแวดล้อมว่ามี อิทธิพลต่อสาเหตุการเกิดโรค โดยปัจจัยสำคัญของแนวคิดนี้ถูกค้นพบในศตวรรษที่ 19 เกี่ยวกับแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดนี้เชื่อว่าโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีเท่านั้นแต่ ยังขึ้นอยู่กับข้อจำกัดหรือสภาพของบุคคล เช่น การยับยั้งการต้านทานโฮสต์ แหล่งประโยชน์ในการต้านทานพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับกระบวนการและสภาพที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบทางอารมณ์ที่แตกต่าง และการเผชิญความเครียดของบุคคลที่เฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะ เช่น อารมณ์ ที่เฉพาะได้แก่ ความโกรธ ซึ่งเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

เซย์ (Selye,1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล,2534:114) ซึ่งให้เห็นถึง การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่าง ๆ ในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้ โดยความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น ซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจโดยที่

1. สุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอและหลัง มีอาการตื้นกระตุกของกล้ามเนื้อ ปัสสาวะบ่อย ท้องเสียนแน่นจุเสียดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติหรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ ฝันร้าย หงุดหงิด โกรธง่าย

2. พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมถดถอย แยกตัวเองเฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน

3. การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ขี้ใจหนา คำหยาบผู้อื่นกลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สติความจำหรือสมาธิเสียไป

4. กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้

5. การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง
6. การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำ ๆ คำพูดอาจเกี่ยวข้องกับหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการพูด นำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนไป
7. การใช้กลไกการป้องกันตัวโดยไม่รู้สึกรู้สึกรู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

2.4.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลเมื่อเกิดปัญหา เนื่องจากสามารถใช้ประสบการณ์เป็นฐานในการเรียนรู้ได้ Andreason (1980 อ้างใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) กล่าวว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น บุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิดวินิจฉัยได้ตรงและเลือกกลวิธีในการแก้ปัญหามากขึ้น และเป็นผลให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

2.4.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว (วิณา ลิ้มสกุล, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andreason (1980 อ้างใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) พบว่า เมื่อบุคคลมีความเครียด เพศชายจะมีแนวโน้มใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายจะมีความสามารถในการควบคุมตนเอง และเป็นเพศที่ถูกสังคมยกย่องว่าเป็นเพศที่แข็งแรงเป็นที่พึ่งของบุคคลอื่น ทำให้มีการประเมินเหตุการณ์ในด้านบวกมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง

2.4.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นตัวกำหนดความสามารถในการแก้ปัญหาสามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพอนามัย และป้องกันโรค บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ข้อมูล ความรู้และสถานการณ์รวมทั้งการใช้เหตุผลในการพิจารณาเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น ประกอบกับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นด้วย จึงเป็นแหล่งประโยชน์ของความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น (วิภาวรรณ ชุ่ม, 2536)

2.4.4 รายได้ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่มีความสามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เมื่อเป็นผู้ป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ผู้ที่มีรายจ่ายในเรื่องของค่ารักษา ค่ายา การเดินทาง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการปรับตัวได้ ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจอาจทำให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพได้ (วิณา ลิ้มสกุล, 2545)

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซาลัสและโพลคแมน

2.5.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factor) แบ่งออกเป็น

1) ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2) ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะต่อไปจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

3) ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอนบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นความเครียด เพราะเนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ๆ

2.5.2 ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factor)

1) ข้อผูกพัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

2) ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำทนาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

3) สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมินผู้ที่มีสถิติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง จึงอาจเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

2.5.3 การเผชิญความเครียด (Coping)

1) การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

2) การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5.4 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (Coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น ๆ

- 1) ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ คนที่มีสุขภาพดี มีพลังกำลัง จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี
- 2) ความเชื่อในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าเราสามารถควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวังว่าจะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น
- 3) ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี
- 4) ทักษะด้านสังคม ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
- 5) การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิดมีคนที่เขาารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ
- 6) แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น

2.6 การประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

เครื่องมือสำหรับการประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่มีการใช้อยู่ มีการประเมินโดยส่วนใหญ่เป็นแนวคิดของ Lazarus & Folkman(1984) และทฤษฎีทางการแพทย์ของ Roy (1984) ได้แก่

1. เครื่องมือวัดการปรับตัวตามแนวคิดของ Roy เครื่องมือนี้วัดการปรับ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านพึงพาอาศัยตนเองและผู้อื่น

ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์ (2541) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของจรรูวรรณ กฤตย์ประชา (2538) ซึ่งสร้างแบบสอบถามโดยใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวทางเพื่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านสรีรวิทยา การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาหว่ากัน ซึ่งผลลัพธ์การปรับตัวของรอย มีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การปรับตัวตามทฤษฎีของลาซารัส กล่าวคือ ผลลัพธ์การปรับตัวด้านสรีรวิทยาสอดคล้องกับการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สอดคล้องกับการปรับตัวด้านขวัญและความพึงพอใจในชีวิต ส่วนผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการปรับตัวด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาหว่ากันสอดคล้องกับ การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ดังนี้ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ด้านขวัญ

และกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านสุขภาพกายจำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีความหมายทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

ซูซัน ชิวพูนผล (2541) สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัวโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้วัดประสิทธิภาพในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งแบ่งออกเป็น การปรับตัวทางด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านละ 10 ข้อ รวมทั้งหมดเป็น 40 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 คะแนนของแบบวัดทั้งหมดอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลยังสามารถปรับตัวได้ดี กำหนดหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .91 และจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88

2. เครื่องมือวัดการปรับตัวตามแนวความคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เครื่องมือนี้วัดการปรับตัว 3 ด้าน ด้านการทำหน้าที่ในสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งมีนักวิชาการได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังนี้

เดอโรเกติส (1986) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมิน เรียกว่า แบบสอบถามการปรับทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 45 ข้อ โดยการประเมินการปรับทางจิตสังคม 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ

สุณี สุพรรณพสุ (2544) ได้สร้างแบบสอบถามการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัส และโฟลคแมน (1984) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และขวัญกำลังใจดัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษา ในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของ Meenan (The Arthritis Impact Measurement Scale, 1982) ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 33 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการปรับตัวใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ
2. ด้านขวัญและกำลังใจ มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ
3. ด้านภาวะสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ

คาราพรณ อุทัย (2545) สร้างแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยึดหลักแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ที่ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวและสังคม อาชีพการงาน จำนวน 10 ข้อ ด้านขวัญและกำลังใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ และด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ โดยข้อคำถามในด้านบวก จาก ไม่จริงที่สุด ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง จริงที่สุด ให้ 5 คะแนน มีจำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามในด้านลบ จาก ไม่จริงที่สุดให้ 5 คะแนน จนถึง จริงที่สุดให้ 1 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .84 และตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเท่ากับ .85

สรุปจะเห็นได้ว่าการประเมินการปรับตัวเท่าที่ทบทวนเครื่องมือการปรับตัวมี 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ แนวคิดของรอย (1984) และ Lazarus & Folkman (1984) การอธิบายความเกี่ยวข้องของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยมาจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel ซึ่งพัฒนาจากรากฐานมาจากทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) งานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)ซึ่งได้ให้ความหมายการปรับตัวว่า หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์ต่อสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาหนทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา โดยปกติบุคคล จะใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีผสมผสานกันในส่วนที่ไม่เท่ากันตามแต่สถานการณ์ โดยมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดคือ สุขภาพและพลังงาน (health and energy) ความเชื่อด้านบวก (positive beliefs) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ทักษะทางสังคม (social skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และทรัพยากรวัตถุ (material resources) จากนั้นจึงเกิดเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการคือ การปรับตัว (adaptation) ซึ่งมี 3 ชนิดคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ขวัญและกำลังใจ (morale) และสุขภาพทางกาย (somatic health) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปรับตัวในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกได้เหมาะสม และครอบคลุมถึงปัญหาทุกด้านในผู้ป่วยประเภทนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีเครื่องมือประเมินการปรับตัวในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกที่ใช้แนวคิดดังกล่าว คงพบแต่ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือขึ้น โดยศึกษาจาก

หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว โดยยึดหลักแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984)

2.7 บทบาทของพยาบาลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก

การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย เป็นความสามารถหรือพฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยทั้งภายในและภายนอกระบบทำให้เกิดความสมดุลของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ มีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการปรับตัว ตามแนวคิดเรื่องการปรับตัวของ Lazarus & Folkman (1984) แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

2.7.1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม และการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลสตรีที่ต้องผ่าตัดมดลูกนอกจากจะต้องแสดงบทบาทของผู้ป่วยแล้วยังต้องมีบทบาทอื่นๆ เช่น บทบาทในครอบครัว บทบาทในสังคม ความเจ็บป่วยจากการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแก่ผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

-ส่งเสริมความเป็นอิสระในผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลและดูแลตนเอง ลดผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สนับสนุนให้มีการพูดคุย สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยกัน

-การให้ข้อมูลสุขภาพ ส่งเสริมความเข้าใจด้านความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกที่ถูกต้อง สนับสนุนความสามารถ ความถนัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตนเอง เข้าใจตนเอง ค้นหาตนเอง และยอมรับตนเอง การที่สตรีมีความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพยากรณ์ความสามารถในการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

-แนะนำให้ผู้สมรสช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระความรับผิดชอบภายในครอบครัว การยอมรับฟังและสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับสตรี ส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม ห้ามการกระทำที่ไม่เหมาะสม อธิบายในสิ่งที่ควรทำ และไม่ควรทำ ใช้เหตุผลมากกว่าใช้อารมณ์

2.7.2 ด้านขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง ปฏิบัติทางอารมณ์ ที่เกิดจากการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ที่มากระทบ ในสตรีที่รับการตัดมดลูก จะทำให้ความรู้สึกที่สตรีมีต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียภาพลักษณ์

ในตัวเอง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพ รวมถึงการสูญเสียบทบาทในการเจริญพันธุ์ ทำให้สตรีเกิดความวิตกกังวลและความโศกเศร้าได้

บทบาทของพยาบาลในด้านขวัญและกำลังใจ

-สร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเอง และความไว้วางใจให้เกิดขึ้น เช่น การพูดคุย ทักทาย รับฟังสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า หรือระบายความรู้สึก ร่วมหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา กับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

-สื่อสารอย่างเปิดเผยและจริงใจ การปิดบังนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาและมีพฤติกรรม หลีกเลี่ยงความจริง พยาบาลควรตอบคำถามอย่างเปิดเผยและเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยพูดหรือซักถาม เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยลง ช่วยในการปรับตัว และเผชิญกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคตได้

-ส่งเสริมให้สตรียอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีชีวิตร่วมกับภาวะของโรค กระตุ้นให้พูดถึง แผนการอนาคต หรือเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆ พยาบาล และคู่สมรส ควรแสดงบทบาทเป็นเพื่อน ให้การประคับประคอง ยอมรับฟังและตอบคำถามในทุกเรื่อง ไม่ควรบังคับผู้ป่วยให้ทำในสิ่งที่ไม่สบายใจจนกว่าจะมีความเข้มแข็งทางด้านอารมณ์พอ หากผู้ป่วยแสดงอาการต่อต้าน พยาบาลไม่ควรตำหนิ หรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ ควรรับฟังอย่างสงบ ไม่ควรอธิบายหรือให้คำแนะนำในภาวะดังกล่าว (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545)

-การให้ข้อมูลสุขภาพในการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว

-สนับสนุนให้คู่สมรสให้ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การกระตุ้น ให้กำลังใจ ช่วยเหลือกิจกรรม และชดเชยบทบาทของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกถึงการมีความสำคัญต่อสังคม

2.7.3 ด้านภาวะสุขภาพ (Somatic health) หมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลต่อความเครียด และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงาน และควบคุมการทำงานของร่างกาย ในสตรีที่ผ่าตัดมดลูกมักเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายภายหลังการตัดมดลูกจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตฮอร์โมนได้ตามปกติ ส่งผลให้เข้าสู่อาการวัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปมักจะได้รับการติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ถ้ามีอาการร้อนวูบวาบ และอาการนอนไม่หลับ สตรีจะได้รับการฮอร์โมนทดแทนในการรักษาประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539) ส่วนการป้องกันภาวะกระดูกพรุนนั้น สตรีอาจได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนไปตลอดหรืออย่างน้อย 10 ปี (Lichtman, 1991 cited in Fogel & Woods, 1995)

บทบาทของพยาบาลในด้านภาวะสุขภาพ

-ให้ความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้น การรักษาและบรรเทาอาการ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตในสังคม การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เลียงแหบ คอแห้ง ซึ่งอาจเป็นผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การมีภาวะเลือดออกผิดปกติ การมีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัด

-แนะนำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารมีประโยชน์ และมีคุณค่าครบถ้วน เพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง และมีภูมิคุ้มกันโรค

-ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย สามีและพยาบาลควรสนับสนุนให้สตรีมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สร้างภาพลักษณ์ และสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง(Close, 1988) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและคงอยู่ถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542; Duffy, 1997)

การให้ข้อมูลผู้ป่วยถือว่าเป็นงานที่สำคัญและเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลซึ่งสามารถทำได้โดยอิสระและจะต้องกระทำให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังกลับบ้านของผู้ป่วยนั้น ถือเป็นความรับผิดชอบที่พยาบาลต้องปฏิบัติทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537)

วิธีการให้ข้อมูลจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับเนื้อหา เวลาและสถานการณ์ให้ได้ประโยชน์มากที่สุดซึ่งทุกวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีต้องอาศัยการสอนที่เหมาะสม การใช้นวัตกรรมทางเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการให้ข้อมูลก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม (Concrete) จากการได้รับข้อมูลที่จำเป็น เหมาะสม ในการปฏิบัติตัว การบูรณาการในการใช้สื่อ จะทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดความรู้ ความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น

3.1 ความหมายของข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริงสำหรับใช้เป็นหลัก
อนุมานหาความเป็นจริงหรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ
ผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาและการบริการพยาบาลรวมทั้งรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการ
รักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (อังคณา มนัสสนิท, 2548)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคลครอบคร้ว
หรือชุมชนได้รับความรู้เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) นั้นเป็นการเพิ่มพลัง
อำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผน
จัดการกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984)

กระบวนการให้ข้อมูลประยุกต์มาจากทฤษฎีของการติดต่อสื่อสารซึ่ง หมายถึง การส่งต่อ
ข้อมูลเพื่อให้ทราบว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้น มีสิ่งกระตุ้นที่แน่นอนและมีการตอบสนองคุณภาพของการ
ให้ข้อมูลไม่ได้เกิดขึ้นกับสิ่งกระตุ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้น
ด้วย การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสาร ซึ่งเป็นกระบวนการของการติดต่อสัมพันธ์กับ
ผู้อื่น พยาบาลต้องสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน รวมถึงประชาชนทั่วไป ลักษณะการสื่อสารของ
พยาบาลมีทั้งเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นกลุ่มใหญ่ สื่อสารในองค์กร และการ
สื่อสารมวลชน เป้าหมายของการสื่อสารมีทั้งที่เป็นการสอน การแนะนำ การโน้มน้าวใจ การ
แลกเปลี่ยนและการแสวงหาข้อมูลเพื่อเป็นการประสานงานการวางแผน การตัดสินใจและการ
สร้างความสัมพันธ์อันดี

3.2 ประเภทของข้อมูล

Leventhal and Johnson (1983) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นหลักการเตรียม
บุคคลที่ จะพบเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด โดยมีจุดเริ่มมาจากการงานของพยาบาลชื่อ Jean E. Johnson
และคณะ ที่ เป็นการอธิบายประสบการณ์เฉพาะเกี่ยวกับเหตุการณ์ เฉพาะของการรักษา มีจุดสำคัญ
คือการใช้คำที่เป็นนามธรรม ชัดเจนไม่คลุมเครือ ในการอธิบายทิศทางหรือลักษณะของเหตุการณ์

สามารถจำแนกประเภทของข้อมูลได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้

3.2.1 จำแนกเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1986)

1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (procedure information) เป็นข้อมูลที่
บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอนช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ
ต่อเหตุการณ์ (Cognitive control)

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบ (Sensory information) เป็น

ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (Response control)

3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control)

3.2.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach,1983)

1) ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2) ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะคุกคาม

3.2.3 จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิภาภัทร ชังขาว, 2544)

1) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหรือเหตุผลของการรักษา

2) ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ

3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา

4) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

3.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล

ในการสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz,1997)

3.3.1 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้ละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถทางสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

3.3.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงใน การรับรู้ ความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้

3.4 ลักษณะของข้อมูลที่ดี

ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้อง เทียบตรงและมีประโยชน์มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่ทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหาอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในภาวะต่างๆ ส่วนข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความเข้าใจ และความรู้สึกผิดๆ เมื่อนำมาใช้จะเกิดอันตรายมากกว่าการปล่อยให้ไม่ได้รับข้อมูลอะไรเลย

จากแนวคิดของ Thelma (1960) กล่าวว่า คุณลักษณะที่ดีของข้อมูลสำหรับผู้ป่วยควรมีลักษณะดังนี้ คือ

3.4.1 ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน เช่น การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตนในภาวะต่างๆ เป็นต้น

3.4.2 ข้อมูลที่สนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล คำแนะนำในปัญหาเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังมีปัญหา

การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีข้อควรคำนึงถึงในการให้ข้อมูล ดังนี้ (อังคณา มนัสสนิธ, 2548)

1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับรู้ข้อมูล ความต้องการข้อมูลและสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล

2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพแสดงความจริงใจ กริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตรและให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด

3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิดเกิดความวิตกกังวลได้และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

4) มีขั้นตอนการให้ข้อมูลเปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก

5) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัวหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล

3.5 หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล

หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูลของพยาบาล (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545) มีดังนี้

3.5.1 เป็นเรื่องเดียวกัน การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

3.5.2 ครอบคลุม ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นต้องใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย

3.5.3 ไม่คลุมเครือ มีความจำเพาะเจาะจง

3.5.4 กระชับ การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายที่ดีต้องมีความชัดเจนและกระชับเพราะคนเรามีความจำที่จำกัด

3.5.5 การควบคุมภาษาและความเร็ว การใช้ภาษาท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ

3.5.6 ความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ให้ต้องถูกต้อง เป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัว เป็นการสร้างความเชื่อถือ มั่นใจในการพยาบาล

3.5.7 การยกตัวอย่างประกอบ จะทำให้การให้ข้อมูลหรือการอธิบายนั้นง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

3.5.8 การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลหรือคำอธิบายได้มากน้อยเพียงใด เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกของท่าทาง การสบตา การแสดงออกของใบหน้าของผู้ป่วยประกอบ

3.6 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล

สกีปเปอร์ (Skipper,1975) กล่าวว่าประโยชน์ของการให้ข้อมูลไว้พอสรุปได้ดังนี้

3.6.1 ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจและรู้สึกสบายใจขึ้น

3.6.2 ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์ ต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

3.6.3 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

3.6.4 ผู้ป่วยสามารถประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

รายละเอียดเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลชนิดต่างๆ นี้ มีทั้งการศึกษาในห้องปฏิบัติการ และการศึกษาในคลินิก เพื่อศึกษาว่าการให้ข้อมูลชนิดใดจะช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งผลสรุปยังไม่แน่ชัด เพียงแต่ช่วยให้เก็บแนวทางว่าการให้ข้อมูลหลายชนิดร่วมกันอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ในการเผชิญภาวะวิตกกังวลได้ดีกับการให้ข้อมูลเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง อย่างเดียวและขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของสถานการณ์ที่มาคุกคาม ข้อมูลบางชนิด ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง แต่อาจใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยในอีกสถานการณ์หนึ่ง พุนศรี เหมือนคิด (2532 อ้างในอังคณา มนัสสนิธ, 2548) กล่าวว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลเป็นความกังวลที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น หรือไม่น่าจะทำให้เกิดขึ้น พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดและจะต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังนั้น พยาบาลจึงควรทราบถึงความต้องการของผู้รับบริการ

3.7 ข้อมูลที่จำเป็นของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกเพื่อรักษาโรคนิ่วเรื้อรังนั้น นอกจากจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจแล้ว การปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยยังเป็นสิ่งสำคัญในสตรีกลุ่มนี้ เนื่องจากผลกระทบของการขาดฮอร์โมนในระยะยาว การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้นการให้ข้อมูลที่จำเป็น

จะสามารถช่วยในการปรับตัวแก่สตรี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จำเป็นในสตรีกลุ่มนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

3.7.1 ระยะก่อนผ่าตัด เนื่องจากในสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกย่อมมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่นๆ (ขนิษฐา นาคะ, 2534; Long 1987: 443; Wiens, 1998) จากการศึกษา ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น เกรงว่าตนจะมีความผิดปกติทางเพศ ภายหลังจากการผ่าตัด ความต้องการทางเพศลดลง ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ (พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540; Barry, 1984) สตรีที่ได้รับการผ่าตัดจึงจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด การเตรียมผ่าตัดที่สมบูรณ์จะต้องเตรียมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพราะการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Glodin, 1981: 220) เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ ปวดหลังบริเวณบั้นเอว ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน (อัญชลี ตานบุรี, 2543) พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกาย การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ การให้ข้อมูลด้วยสื่อประสมจึงเป็นการให้ข้อมูลที่สตรีสามารถมองเห็นภาพ ชัดเจน ประเมินการรับรู้ได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง เตรียมตัวเผชิญกับปัญหาและความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

3.7.2 ระยะหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นระยะที่สตรีมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากที่สุด การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การคลื่อนไส้ อาเจียนซึ่งเป็นผลจากยาระงับความรู้สึก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอัตราการคลื่อนไส้ อาเจียนภายหลังผ่าตัดพบได้ถึง 70-80% ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในช่องท้อง และเป็นสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดทางสูตินรีเวชถึง 67-80% (Ashraf S. et al., 2006) ระยะนี้สตรีจะมีความต้องการการดูแลมากขึ้น การให้ข้อมูลจึงเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มสมรสช่วยเหลือสตรี การช่วยประคับประคองบาดแผล การช่วยในการเคลื่อนไหว หรือช่วยหยิบสิ่งของให้สตรี ข้อมูลที่ควรให้แก่สตรี และกลุ่มสมรสในระยะนี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังจากการผ่าตัด การหายใจเพื่อบริหารปอด การไอเพื่อขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ

3.7.3 ระยะก่อนการจำหน่าย เป็นระยะที่สตรีจะต้องปรับตัวในการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากความเจ็บป่วย การให้ข้อมูลในระยะนี้ควรเป็นการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปของสตรีภายหลังจากการจำหน่าย เช่น การปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพ การสังเกตภาวะแทรกซ้อน การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดการแช่น้ำในอ่าง รวมถึงการงดมีเพศสัมพันธ์ในระยะนี้ การสนับสนุนของกลุ่มสมรสจะมีส่วนช่วยในการให้ข้อมูล การปฏิบัติตัว การคลายความวิตกกังวลใจ การรับรู้ถึงคุณค่าในตัวเองของสตรี จากการศึกษาของสุคนธ์ ไช้แก้ว และคณะ (2545) ที่ศึกษาปัญหาการดูแลตนเองของสตรีตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างที่มาตรวจตามแพทย์นัดหลังทำผ่าตัด พบว่าสตรียังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปไม่ถูกต้อง เช่น การดื่มนมและโยเกิร์ตวันละ 1-2 แก้ว การอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนมาก มีควันบุหรี่หรือ

เสียงดัง การชอบกลิ่นปัสสาวะ การใช้ครีมทาผิวหน้า และการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ สุวรรณ ชีรนาธร (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่าด้านปัจจัยภายใน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ และความเชื่อมั่นในความสามารถตน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ และจำนวนบุตร มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่

4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส

การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย ความใส่ใจ และความช่วยเหลือของสามี หรือคู่สมรส ในระยะเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985: 310-313) ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

House (1981) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อใจไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Brown (1986) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยหลายมิติ ที่สำคัญคือแหล่งที่การสนับสนุน ชนิดของการสนับสนุน และจำนวนครั้งของการให้การสนับสนุน ในเรื่องของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา

Kahn และ Antonucci (1980 cited in Tilden, 1985: 200) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยที่แต่ละบุคคลมีความรักใคร่ผูกพัน เคารพนับถือกัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

Kaplan และ คณะ (1997) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสารของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ซึ่งมีความผูกพันกันตามธรรมชาติโดยแต่ละกลุ่มบุคคลมีการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังแต่ละคน เพื่อให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลเป็นจริงและให้การช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Thoits (1982: 145) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า คือได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านสังคม ช่วยเหลือให้สิ่งของ และการให้ข้อมูลในระหว่างเครือข่ายของสังคม ซึ่งการช่วยเหลือเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

โสมลิตี รอดพิพัฒน์ (2547) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม มาจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตามความต้องการที่จำเป็นของแต่ละบุคคล โดยที่แต่ละบุคคลมีบทบาทในการเลือกได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ และดำรงความสัมพันธ์กับการสนับสนุนที่เลือกนั้น

จากความหมายอาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มสมรส คือ ความดูแล เอาใจใส่ การช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ การบริการ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิด ผูกพันกันของกลุ่มสมรส เป็นการกระทำที่สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

4.1 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน คือ

Cobb(1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าในตัว
3. การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกัน

Weiss (1974) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความผูกพันใกล้ชิด ความผูกพันใกล้ชิดนี้ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และ โดดเดี่ยว
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. การได้รับโอกาสในการเลี้ยงดูผู้อื่น เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

4. การได้รับการอบรม เป็นการได้รับการยอมรับจากครอบครัว หรือเพื่อน ถ้าคนไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้แนะหรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

Kaplan (1977 อ้างถึงใน อังคณา นวलय, 2535) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย (Financial or Physical assistance)

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์

Kahn (1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

Thoits (1982) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pender (1996: 257) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน การมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไร ถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลลูก เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะ และศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับพฤติกรรม และการปฏิบัติของบุคคล

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของการให้บริการ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ให้ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่า มีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของคู่สมรส มีความสัมพันธ์แลกเปลี่ยนกัน รวมถึงการสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมในด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ การประเมิน

คุณค่าตนเอง รวมถึงทางด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสตรีที่เข้ารับ การผ่าตัดมดลูกในการปรับตัวให้เข้ากับภาวะความเจ็บป่วยได้ดี เนื่องจากสตรีที่ได้รับการผ่าตัด มดลูกจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีการต้องการความช่วยเหลือ และสนับสนุน จากสามีในด้านต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (สุมาพร บรรณสาร, 2545) โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากสามีจะทำให้สตรีเหล่านี้ มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้ การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น สามารถลดความรุนแรงของปัญหา มีการปฏิบัติตัวด้าน สุขภาพดีขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างเหมาะสม

4.2 การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสตามแนวคิดของเฮาส์

ในภาวะที่สตรีมีความเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการผ่าตัด มดลูกและรังไข่ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของสตรีเพศ คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่สุด เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดด้านอารมณ์มากที่สุด (Stewart, 1993) และเป็นผู้ที่ ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด เนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน บนพื้นฐานของความรัก ความผูกพัน มี การช่วยเหลือ แบ่งปันซึ่งกันและกัน ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ดังนั้นการสนับสนุนจากคู่สมรสจึงเป็นแรง สนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้ เจ็บ อันจะส่งเสริมให้มีการดำรงชีวิต และสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้ (คาริกา ธารบัวสวรรค์, 2542; Cohen & Wills, 1985) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) มี 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็น คุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความหวังใจ ความเอาใจใส่ รับผิดชอบ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ใน สตรีที่ผ่าตัดมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์จากการสูญเสียฮอร์โมน เพศ ทำให้สตรีมีความรู้สึกขาดความมั่นใจ วิตกกังวล หรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ขึ้น ได้ (อัญชลี ตาบุรี, 2543) ดังนั้นการสนับสนุนทางอารมณ์จึงมีความสำคัญ และจำเป็นมากที่จะช่วย ให้สตรีเกิดความมั่นใจว่ายังมีบุคคลคอยช่วยเหลือ เอาใจใส่ดูแล ได้รับความไว้วางใจ กำลังใจ (นวลจันทร์ บุญรัตน์, 2547; อรุณา สอนพา, 2547) เห็นคุณค่า ซึ่งล้วนแต่เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น ภายในจิตใจของแต่ละคน และสื่อได้ด้วยการกระทำ เพื่อให้ทราบว่ามีความสนใจในทุกข์สุข และ พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ส่วนมากจะได้รับจากความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความ ผูกพันลึกซึ้งซึ่งต่อกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางด้าน จิตใจ อารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น ช่วยไม่ให้รู้สึกเดียวดาย นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส จะช่วยในการลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกมั่นคงทำให้ตนเองได้รับความ รัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การยกย่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Wortman, 1984: 354) แรงสนับสนุนของสามีจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพและการปรับตัวเองของสตรี (นิษา วงษ์ชาญ, 2545; สุมาพร บรรณสาร, 2545; นวลจันทร์ บุญรัตน์, 2547; อรุณา สอนพา, 2547)

2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสตรีที่ผ่าตัดมดลูก การสูญเสียสัญลักษณ์ทางเพศ ผลกระทบจากการขาดฮอร์โมนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีผลต่อการปฏิบัติตนของสตรี ที่แตกต่างกันออกไป ทั้งในด้านที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม สามีเป็นผู้มีบทบาทในระบบสนับสนุนทางสังคมจึงต้องให้การช่วยเหลือโดยให้การยอมรับ เห็นคุณค่า เห็นความสามารถ ชมเชย และเห็นด้วยในความคิดหรือการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับในแง่ของพฤติกรรม ความคิด การปฏิบัติตัว ความรู้สึก ทำให้สตรีรู้สึกถึงความมีคุณค่า ความสามารถ รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คนมีประสบการณ์ที่ดี และมีอารมณ์ที่มั่นคง เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีขึ้นได้ (มาลัย สำราญจิต, 2540; อรุณา สอนพา, 2547)

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ให้ข้อชี้แนะ แนวทางและการให้ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นเสมือนแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับคำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม แก่สตรีผ่าตัดมดลูกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญ (Cronenwett, 1985) ความสัมพันธ์ของสามีจะเกิดขึ้นช่วงที่สตรีตกอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวล และสับสนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดที่ประสบอยู่ได้ ข้อมูลข่าวสารนี้ส่วนมากจะได้รับจากบุคคลที่เรารู้สึกสำคัญ มีคุณค่า เป็นที่ศรัทธาหรือมีอะไรเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง หรือจากแพทย์ พยาบาล บุคคลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และรู้จักวิธีในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ สิ่งของจำเป็น เงินทอง การให้แรงงาน รวมถึงการแบ่งเบาภาระงานต่างๆ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลนั้น สตรีที่ผ่าตัดมดลูกมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่เริ่มนอนโรงพยาบาล การเตรียมตัวผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยเฉพาะสตรีที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองนั้น จะต้องอาศัยการสนับสนุนแหล่งรายได้จากคู่สมรส การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแล โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางด้านนี้ จึงเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความต้องการของสตรี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรส เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย มีผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้นได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ นิษา วงษ์ชาญ (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดา ระยะเวลาที่แยกจากบุตร การสนับสนุนของสามี และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตรในภาวะที่ทารกแรกเกิดหายใจลำบากกับสัมพันธภาพของมารดาต่อทารกแรกเกิด ในกลุ่มตัวอย่างจากการคัดเลือกแบบบังเอิญ 110 คน โดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนของสามี แบบสอบถามความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตร และแบบสอบถามสัมพันธภาพของมารดาต่อทารกแรกเกิด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .83 .86 และ .79 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนของสามี และระยะเวลาที่แยกจากบุตรในภาวะที่ทารกแรกเกิดหายใจลำบากมีความสำคัญกับสัมพันธภาพของมารดาต่อทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของสุมาพร บรรณสาร (2545) ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของแบรนด์ และไวเนิร์ต (Brandt and Winert , 1985) ที่วัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ราย ด้าน และแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามความเจ็บป่วย แบบสอบถามการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของสุจินดา ตรีเนตร (2544) เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด ในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติจำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ดีกว่าที่ได้รับ การเตรียมตัวตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาของ โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่คัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังคลอด (Postpartum Support Questionnaire) ของ Logsdon (1994) สร้างโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และ Cronenwett (1985) สัมพันธภาพของคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 39.9

จากการศึกษาของ นวลจันทร์ บุญรัตน์ (2547) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากสามี และกิจกรรมทางกายของสตรีหลังคลอด โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) จากกรอบแนวคิดในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่ห้องตรวจหลังคลอด หน่วยงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะน้ำหนักเกินตามการรับรู้ของสตรีหลังคลอด แบบสอบถามภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายของสตรีหลังคลอด ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ อรุมา สอนพา (2547) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามี ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (cited in Bernard, 1972) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมในกระบวนการเรียนรู้กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 16-19 ปี จำนวน 40 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายและ การจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการกับความเครียด และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ ภาวดี ทองเผือก (2547) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการสนับสนุนจากสามีประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่ได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการสนับสนุนจากสามีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กนกพร ใจแก้ว (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอึดทนโน้ตทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบ เจาจง จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบวัดอึดทนโน้ตทัศน์ของอำไพ ศิริพิพัฒน์ และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของสมจิต หนูเจริญกุล พบว่า อึดทนโน้ตทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ปัจจัยพื้นฐานเรื่องอายุ, สถานภาพสมรส, ระยะของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับอึด ทนโน้ตทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาและสภาพที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอึดทนโน้ตทัศน์และ ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต

กุลอนงค์ นัทรทอง (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการ กลุ่มเพื่อลดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุข ศึกษิตามปกติ

เดือนเพ็ญ แสงดี และวันเพ็ญ แก้วปาน (2541) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในเขตเทศบาลพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงทำให้นुकคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง

บุญช่วย พิงเงิน (2541) ศึกษาผลของการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้าน โภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน ใช้เวลา 25 สัปดาห์ ในการเตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วย ฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลตนเองด้านโภชนาการ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ กับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์ (2543) ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลก่อนและ หลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยกลุ่มทดลอง จะได้รับการฝึกการผ่อนคลายแบบเบนสัน ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

ปริญญา พุประเสริฐศักดิ์ (2546) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีก่อนได้รับการตัดมดลูก ในกลุ่มสตรีที่แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการตัดมดลูก โดยวิธีการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง จากสาเหตุโรคทางนรีเวช ยกเว้นสาเหตุจากโรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่วัดจากแบบสอบถามความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กอร์แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ(STAI form Y-1) ซึ่งเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำการทดลอง และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง(STAI form Y-2) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสภาพการทั่วไป พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง น้อยกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ามีค่าคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .001$)

พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ (2540) ศึกษารายงานวิจัยเรื่อง การสำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน โดยเป็นสตรีหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่ามีปัญหาในระดับมากที่สุดในเรื่อง ท้องเสีย อาการอักเสบของช่องคลอด อาการคัน และตกขาวทางช่องคลอด และรู้สึกแสบขัดขณะถ่ายปัสสาวะ ($X = 3.68, 3.68, 3.70$ และ 3.66 ตามลำดับ) ปัญหาด้านจิตสังคมภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่า มีปัญหาในระดับมากที่สุดในเรื่อง เสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป และรู้สึกว่าความสำคัญของตนเองในครอบครัวลดลง ($X = 3.59, 3.52$) และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่า มีปัญหาในระดับมากที่สุด

มาลัย แทนธานี (2527) ได้ศึกษาถึงผลของการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อความรู้สึกซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และทางเพศ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง และมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ และการปฏิบัติตนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ยุวดี ฤชา และคณะ (2524) ศึกษางานวิจัยเรื่องการสูญเสียลักษณะความเป็นหญิงในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าสตรีที่มีอายุน้อยในช่วง 26-40 ปี มีลักษณะความเป็นหญิงน้อยกว่าสตรีที่มีอายุมาก (41-50ปี) และสตรีที่ยังเป็นโสดมีลักษณะความเป็นหญิงน้อยกว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว

วิสิษฐ์ศรี เฟื่องนุ่ม (2544) ศึกษาผลของการผ่อนคลายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ระดับคะแนนความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait Anxiety) ของนักศึกษาพยาบาลจำนวน 40 คน แล้วสุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการผ่อนคลายโดยใช้โปรแกรม

คอมพิวเตอร์ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการผ่อนคลาย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริทิพย์ โคนสันเทียะ (2541) ส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนครราชสีมา พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้ ความคิดเห็น และการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

สุคนธ์ ไช้แก้ว และคณะ (2545) ศึกษาปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยตัดมดลูกและรังไข่ ออกทั้งสองข้างเพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกที่มาตรวจตามแพทย์นัดหลังทำผ่าตัดของหน่วยตรวจโรคนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันพบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

สุวรรณ ชีรชนาธร (2544) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่ไม่ใช่สาเหตุจากมะเร็ง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตน์ โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลภูมิพล และมารับการตรวจรักษาตามนัดหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 เดือนเก็บข้อมูลทั้ง 3 ด้านแบ่งเป็น 4 ส่วน คือด้านชีวสังคม ด้านปัจจัยภายในความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ข้อมูลการสนับสนุนทางสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย การยอมรับและความเข้าใจของสามีและบุคคลในครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.7 พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ ปัจจัยภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ และตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถตน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังตัดมดลูกและรังไข่ และจำนวนบุตร ร้อยละ 43.3

อัญชติ ตานูรี(2543) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่เปรียบเทียบโดยรวมและรายด้าน ในกลุ่มสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นเนื้องอกในมดลูก พบว่าร้อยละ 60 ภายหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ ปวดหลัง บริเวณบั้นเอว ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน และพบว่าหลังการผ่าตัดเนื้องอกกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

การผ่าตัดมดลูกในสตรีนั้นเป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคที่มีข้อบ่งชี้ทางนิเวศ ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และเพศสัมพันธ์ ภายหลังการผ่าตัด

สำหรับวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมมานี้ เป็นการศึกษาในประเทศไทย กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก ซึ่งวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมมาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาถึงปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูก การสูญเสียลักษณะความเป็นหญิง ความรู้สึกซึมเศร้า ภาพลักษณ์ ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดมดลูก รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีการศึกษาถึงการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกซึมเศร้า การให้คำปรึกษา รวมถึงการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลก่อน และหลังผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดมดลูกก็มีปัญหาทั้งร่างกาย และจิตสังคม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกจะสามารถยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง หาทางที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเอง และสังคม เพื่อสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด วรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกมีการปรับตัวกับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ด้านขวัญและกำลังใจ (Morale) และด้านภาวะสุขภาพ (Somatic health) โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ป่วยและกลุ่มสมรส ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสัมภาษณ์ บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ขอความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและกลุ่มสมรสในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเน้นให้กลุ่มสมรสทราบว่าตนมีบทบาทสำคัญในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยจะต้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและกลุ่มสมรสในเรื่อง “เรื่องน่ารู้ เกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก” โดยผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมการใช้สื่อ บรรยายประกอบการนำเสนอ และเปิดโอกาสในการตอบข้อซักถามความต้องการของผู้ป่วยและกลุ่มสมรส โดยเนื้อหาของข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก ปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รายละเอียดที่จำเป็นต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและกลุ่มสมรสมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วันแรกก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและคู่สมรส ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ก่อนการให้ข้อมูลผู้วิจัยเตรียมคู่สมรสของผู้ป่วย กระตุ้นให้เข้าใจถึงแรงสนับสนุนของคู่สมรส และเต็มใจที่จะปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วยและคู่สมรส โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก ขั้นตอน วิธีการในการผ่าตัด การให้ยา ระวังความรู้สึก และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับความรู้สึก และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรส คลายความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัด คู่สมรสมีความเข้าใจในความเจ็บป่วย สามารถให้การช่วยเหลือ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดได้

วันที่ 1 หลังผ่าตัด พบผู้ป่วยและคู่สมรส เพื่อเยี่ยมอาการหลังผ่าตัด สอบถามถึงปัญหาความต้องการ การจัดการกับความเจ็บปวด การประคับประคองบาดแผลผ่าตัด กระตุ้นคู่สมรสให้เพิ่มการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากขึ้น อธิบายผู้ป่วยและคู่สมรสถึงความจำเป็นในการงดอาหารของผู้ป่วย 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาสลบ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ สอนการหายใจหลังผ่าตัดเพื่อการบริหารปอด การพักผ่อน การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูการหายของบาดแผล

วันที่ 3 หลังผ่าตัด เป็นการประเมินการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ การปฏิบัติตัวจากผู้ป่วยและคู่สมรส โดยการสอบถาม พูดคุย ให้กำลังใจ และให้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก อัตราการหาย การสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ การรับประทานอาหารมีประโยชน์

วันจำหน่ายผู้ป่วย ทบทวนความรู้เดิมที่ให้แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เสียงแหบ คอแห้ง ซึ่งอาจเป็นผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การมีภาวะเลือดออกผิดปกติ การมีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงการนัดมาพบแพทย์ตามเมื่อครบ 2 สัปดาห์ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง

ประมาณ 1 สัปดาห์หลังวันจำหน่าย ผู้วิจัยโทรศัพท์ เยี่ยมผู้ป่วยและคู่สมรส เพื่อประเมินปัญหา การปรับตัว การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยของคู่สมรส รวมถึงปัญหาความต้องการจากผู้ป่วย ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ และย้ำให้มาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อครบ 2 สัปดาห์

3. การประเมินผล ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถาม การสนับสนุนของคู่สมรสและแบบวัดการปรับตัว เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวภายหลังการได้รับข้อมูล และแรงสนับสนุนของคู่สมรสใน 2 สัปดาห์หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ขั้นตอนที่ 1. สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและคู่สมรส

วันแรกก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเตรียมคู่สมรสของผู้ป่วย กระตุ้นให้เข้าใจถึงแรงสนับสนุนของกลุ่มสมรส ให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สนับสนุนให้คู่สมรสเพิ่มการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

วันที่ 1 หลังผ่าตัด เพื่อเยี่ยมอาการหลังผ่าตัด สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ สอนการหายใจหลังผ่าตัดเพื่อการบริหารปอดภายหลังการผ่าตัด ที่ถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนคู่สมรสในการช่วยประคับประคอง บาดแผล

วันที่ 3 หลังผ่าตัด ประเมินการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ โดยการสอบถามปัญหา ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนคู่สมรสในการช่วยดูแล ให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

วันจำหน่ายผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสในการสังเกตอาการผิดปกติภายหลังจำหน่าย

ประมาณ 1 สัปดาห์หลังวันจำหน่าย โทรศัพท์ เยี่ยม ประเมินปัญหาการปรับตัว ความต้องการจากผู้ป่วย ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ

การปรับตัว
ของผู้ป่วย
ผ่าตัดมดลูก
โดยมีผลลัพธ์
3 ด้าน คือ
-ด้านการทำ
หน้าที่ทาง
สังคม
-ด้านขวัญ
และกำลังใจ
-ด้านสุขภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่ (Matched Pair) และเปรียบเทียบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ทำการวัดการปรับตัวภายหลังการตัดของทั้งสองกลุ่มหลังการทดลองครั้งเดียว (The Posttest-Only Design with Nonequivalent Groups) (ธวัชชัย วรพงศธร, 2543)

โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม	-	O ₁
กลุ่มทดลอง	X	O ₂

X แทน การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

O₁ แทน การปรับตัวของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกภายหลังได้รับการพยาบาล

ตามปกติ

O₂ แทน การปรับตัวของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกภายหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องตัดมดลูก ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ภายหลังเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยนิเวศกรรม ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นสตรีที่สมรส ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และคู่สมรสสามารถมาเฝ้าได้ทุกวัน
2. เป็นผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการตัดมดลูก รวมทั้งการตัดท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง โดยมีข้อบ่งชี้ของโรคนิเวศวิทยา และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยนิเวศกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

3. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น ความจำ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คู่ กำหนดผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องดังต่อไปนี้

1. อายุ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นิภา นิรชยาน, 2530)
2. ระดับการศึกษา (วิภาวรรณ ชุ่ม, 2536) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา และ ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า

แบ่งกลุ่มที่คัดเลือกให้เป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 คู่ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของคู่สมรส จำนวน 20 คู่ จากหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม

เกณฑ์ในการคัดออกจากงานวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่มาก่อน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการผ่าตัด เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะเสียเลือดมาก ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

ภายหลังการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ของสตรีตั้งครรภ์

คู่ที่	อายุ (ปี)		ระดับการศึกษา	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	32	34	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
2	35	37	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
3	38	37	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
4	39	38	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
5	42	40	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
6	43	41	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
7	45	41	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
8	45	42	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
9	45	42	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
10	46	42	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี
11	46	42	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
12	46	44	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
13	46	45	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
14	47	45	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
15	47	47	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
16	48	47	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
17	49	49	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
18	51	52	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
19	52	52	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
20	52	52	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสตรีตัดมดลูก จำแนกตาม อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	n=20		n=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ				
30-39 ปี	4	20	4	20
40-49 ปี	13	65	13	65
50-59 ปี	3	15	3	15
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	44.70		43.45	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	5.312		5.206	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	45	7	35
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	11	55	13	65
อาชีพ				
ใช้แรงงาน	13	65	10	50
ไม่ใช่แรงงาน	7	35	10	50
รายได้				
ต่ำกว่า 20,001 บาท	7	35	11	55
20,001 บาทขึ้นไป	13	65	9	45
สิทธิการรักษา				
เบิกต้นสังกัด	3	15	3	15
ประกันสุขภาพ	17	85	15	75
ประกันสังคม	0	0	2	10

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีดัดมดลูกทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จะมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี ซึ่งมากกว่าในช่วงอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 65 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.07 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 55 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน เป็นส่วนใหญ่และเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 65) และมากกว่าในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 45) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 85 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งมากกว่าใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 15) และสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 10) ในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรวบรวมจากการตอบแบบสอบถาม และจากรายงานประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ อาชีพ ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนาเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพเป็นข้อความให้เลือก 5 ข้อ รายได้ของครอบครัวเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ สิทธิในการรักษาเป็นข้อความให้เลือก 5 ข้อ

1.2 แบบวัดการปรับตัวของสตรี ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1.2.1 ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

1.2.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยอาศัยแนวคิดการปรับตัวของลาซารัส และ โพลคแมน (Lazarus & Folkman 1984: 223-225) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ การให้คะแนนจะเรียงลำดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด = 1 เห็นด้วยเล็กน้อย = 2 เห็นด้วยพอควร = 3 เห็นด้วยมาก = 4 เห็นด้วยมากที่สุด = 5 วัดการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ

ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 10 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,3,5,8,9,10

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 4,6,7

ด้านขวัญและกำลังใจ จำนวน 10 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,9,10

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 3,4,5,6,7,8

ด้านภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,7,8

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 5,6,9,10

โดยข้อคำถามในทางลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงข้ามแล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง การปรับตัวไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง การปรับตัวดีหรือเหมาะสม (อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2548)

ลักษณะเครื่องมือ

ลักษณะเครื่องมือวัดการปรับตัวของสตรีตัดมดลูก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูก ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญ และกำลังใจ ด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งในข้อคำถามมีทั้งข้อความหมายทางบวกและข้อความหมายทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ แต่ละข้อจะมี 5 ตัวเลือก

คำถามทางบวก	คำตอบ	คะแนน	คำถามทางลบ	คำตอบ	คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ได้คะแนน	= 1	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ได้คะแนน	= 5
เห็นด้วยเล็กน้อย	ได้คะแนน	= 2	เห็นด้วยเล็กน้อย	ได้คะแนน	= 4
เห็นด้วยพอควร	ได้คะแนน	= 3	เห็นด้วยพอควร	ได้คะแนน	= 3
เห็นด้วยมาก	ได้คะแนน	= 4	เห็นด้วยมาก	ได้คะแนน	= 2
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้คะแนน	= 5	เห็นด้วยมากที่สุด	ได้คะแนน	= 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

พิจารณาจากเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคะแนน (ประคอง กรรณสูต, 2538) โดยผู้วิจัยแปลความหมายของคะแนนการปรับตัว ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.80 - 5.00	การแปลความหมาย มีการปรับตัวในระดับดี
2.40 - 3.79	มีการปรับตัวในระดับปานกลาง
1.00 - 2.39	มีการปรับตัวน้อยที่สุด

1.3 แบบสอบถามการสนับสนุนของคู่สมรส โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1.3.1 ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย และ วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

1.3.2 ศึกษาเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเฮาส์ (House, 1981) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ การให้คะแนนจะเรียงลำดับ ดังนี้ เป็นจริงมากที่สุด = 4 เป็นจริงส่วนมาก = 3 เป็นจริงเล็กน้อย = 2 ไม่เป็นจริงเลย = 1

วัดการสนับสนุนเป็น 4 ด้านเช่นเดียวกัน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ จำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,6,7,8,11,12,14,15,16,17,18,19,20

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 5,9,10,13

ค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง การสนับสนุนของกลุ่มสมรสไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง การสนับสนุนของกลุ่มสมรสดีหรือเหมาะสม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการปรับตัวนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .82

ลักษณะเครื่องมือ

ลักษณะเครื่องมือวัดการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในด้านต่างๆ ที่มีต่อสตรีตัดมดลูก รวม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งในข้อคำถามมีทั้งข้อความหมายทางบวกและข้อความหมายทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ แต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก

คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ไม่เป็นจริงเลย	ไม่เป็นจริงเลย
ได้คะแนน = 1	ได้คะแนน = 4
เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงเล็กน้อย
ได้คะแนน = 2	ได้คะแนน = 3
เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงส่วนมาก
ได้คะแนน = 3	ได้คะแนน = 2
เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมากที่สุด
ได้คะแนน = 4	ได้คะแนน = 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

พิจารณาจากเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคะแนน (ภาวดี ทองเพ็อก, 2547) โดยผู้วิจัยแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.00 - 4.00	มีการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในระดับดี
2.00 - 2.99	มีการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในระดับปานกลาง
1.00 - 1.99	มีการสนับสนุนของกลุ่มสมรสน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ซึ่งได้ปรับเพื่อความเหมาะสมกับสตรีดัดมดลูก ไปตรวจสอบหาความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและการใช้ภาษา

1.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 3 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อาจารย์พยาบาลผู้ปฏิบัติพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติพยาบาล ผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยนรีเวช ทั้ง 3 คน

ผลปรากฏว่าแบบวัดการปรับตัวของสตรี ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการจัดเรียงข้อความ ให้เรียงเป็นเรื่องเดียวกัน ต่อเนื่องในแต่ละด้าน ด้านขวัญและกำลังใจ ได้แก่ ข้อ 1,8,10 / 2,4,5,6 / 3,9 ด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ข้อ 1,2,7 / 4,5,8 / 3,6,9,10 ให้ปรับภาษาด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ข้อ 4 และเสนอให้เพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวกับสุขอนามัย เจริญพันธุ์ที่เกิดภายหลังการดัดมดลูก และรังไข่ และในแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนภาษาและเพิ่มรายละเอียดของข้อคำถามในข้อ 3,16,17,18,20 ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการปรับตัว และแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรสเท่ากับ .82

1.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ที่ได้รับปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับสตรีดัดมดลูกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดการปรับตัวเท่ากับ .88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรสเท่ากับ .83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

การให้ข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งมีขั้นตอนในการเตรียมตัว ดังนี้

2.1 ศึกษาคั่นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับสตรีตัดมดลูกที่มาเข้ารับการรักษา และความต้องการของสตรี

2.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อ การตัดมดลูก คุณภาพชีวิต และความต้องการได้รับการตอบสนองของสตรีและศึกษาเอกสาร งานวิจัย เกี่ยวกับการใช้สื่อประสม นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาคั่นคว้าที่ผ่านมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อกำหนด โครงสร้างและวัตถุประสงค์ให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

2.3 สร้างสื่อประกอบการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรีก่อนผ่าตัด ในรูปวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ ความรู้ที่เป็นประโยชน์กับสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ลงในสื่อที่จะให้แก่สตรีและเอกสารแนวทางปฏิบัติ

วิธีการสร้างสื่อ

การให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ถือเป็นสิ่งสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ การที่สตรีจะรับรู้ข้อมูลได้ชัดเจน ถูกต้อง สื่อจะต้องเป็นตัวกลางที่ดีในการเชื่อมโยงประสบการณ์การเรียนรู้ การคิดที่มีระบบ แบบแผน สามารถเผชิญปัญหา ตัดสินปัญหา และจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อประสมเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ข้อมูลในสตรี การผสมผสานการรับรู้ของประสาทสัมผัสจะช่วยให้มีการรับรู้ที่ดียิ่งขึ้น โดยมีหลักการในการสร้างสื่อ ดังนี้

1) ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี จากวารสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตัดมดลูก ปัญหาของสตรีที่ภายหลังการตัดมดลูก โดยครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความต้องการ การปฏิบัติตัว และผลกระทบต่อ การตัดมดลูก

2) รวบรวมเนื้อหาที่ทบทวนมาได้ จัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ ตามระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล คือในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ก่อนการจำหน่าย โดยเขียนเป็นแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ และเขียนบทสื่อประสมในการทำสื่อ กำหนดโครงสร้าง และวัตถุประสงค์ให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

3) สร้างสื่อประกอบการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรี และกลุ่มสมรส แบ่งเป็น การจัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติ และการสร้างสื่อประสมเป็นวีดิทัศน์โดยการถ่ายภาพ และบันทึกวีดิโอ ที่

เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียบเรียงไว้ หลังจากนั้นนำ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ตัวอักษร เสียงเพลง และเสียงบรรยายประกอบภาพ นำมาผสมผสานกันโดยใช้เทคนิคคอมพิวเตอร์ เพื่อให้เกิดความน่าสนใจ และมีความเหมาะสมในการนำเสนอเนื้อหาการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ ความรู้ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก โดยเนื้อหาของข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก อธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก ขั้นตอน และวิธีการในการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก การหาย และ การสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ รวมทั้งการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับความรู้สึก และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การจัดการกับความเจ็บปวด การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรับประทานอาหารมีประโยชน์

4) นำสื่อที่สร้างให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบในเรื่องความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม และความถูกต้องเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ และปรับแก้ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

5) นำสื่อประสมที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกจำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบคุณภาพของสื่อว่ามีความเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ได้จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแผนการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และสื่อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ประกอบด้วย

1) อาจารย์แพทย์ผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน 1 คน

2) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยนรีเวช จำนวน 1 คน

3) พยาบาลวุฒิปริญญาโทผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยนรีเวช จำนวน 1 คน

4) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโทด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างสื่อการสอน จำนวน 1 คน

5) พยาบาลวุฒิปริญญาโทด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านสื่อการสอน จำนวน 1 คน

6) อาจารย์วุฒิปริญญาโทด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างสื่อการสอน จำนวน 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบในเรื่องความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม และความถูกต้องเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับปรุงในเรื่องรูปภาพ และการตัดทอนรายละเอียดของเนื้อหาบางตอนที่นำเสนอ เช่น รายละเอียดในการแนะนำสถานที่ และให้ปรับแก้เนื้อหา ให้เหมาะสมในการนำเสนอ เพิ่มรูปภาพขึ้น ลดทอนเนื้อหาที่เป็นวิชาการ และเน้นภาพที่มีกลุ่มสมรสมีส่วนร่วมให้ชัดเจนมากขึ้น

1.2 ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 คน แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบคุณภาพของสื่อ

ผู้วิจัยนำสื่อประสมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 5 ราย (Try out) พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ และคู่สมรส มีความสนใจ ตั้งใจติดตามเนื้อหา และมีการซักถามรายละเอียดเนื้อหา และภาพประกอบต่างๆ ที่มีในสื่อ สตรีและคู่สมรสบอกว่ารู้สึกดี เห็นภาพต่างๆเกี่ยวกับโรคได้ชัดเจน ทำให้เข้าใจมากและสามารถมองเห็นภาพชัดเจนขึ้น คู่สมรสมีความเข้าใจในสภาพ ความเจ็บป่วยของภรรยาดีขึ้น

หลังจากที่ได้ทดลองใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้สื่อประสมแล้ว ผู้วิจัยพบว่า เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมของการนำเสนอ ระยะเวลาของกิจกรรมเป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และเครื่องมือประเมินผลที่ใช้ในการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนรีเวชกรรม และนำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อพร้อมตัวอย่างเครื่องมือ ส่งถึงผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุมัติการทำวิจัย และนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ พร้อมตัวอย่างเครื่องมือส่งกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อพิจารณาจริยธรรม

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมแล้วทำการติดต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ห้องตรวจนรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกนรีเวชกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน หากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา ดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งที่แผนกนรีเวชกรรม ครั้งละประมาณ 20 นาที ดังรายละเอียดในการดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกนรีเวชกรรม

4. ผู้วิจัยประเมินการปรับตัวในกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) เมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมข้อมูลที่จะให้ในรูปของสื่อประสม และคู่มือที่จะให้แก่สตรีที่ต้องได้รับการตัดมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นดำเนินการทดลอง สัมภาษณ์รายชื่อสตรีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามสมบัติที่กำหนดไว้

กลุ่มควบคุม

1. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

2. เมื่อสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก และคู่สมรสยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

3. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ประจำหอสตรีนรีเวชกรรมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรงพยาบาล และการปฏิบัติกรพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

4. พบสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกอีกครั้ง เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวภายหลังการผ่าตัด โดยให้สตรีตอบแบบวัดการปรับตัวในอีก 2 สัปดาห์หลังสตรีออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวของสตรี

5. เก็บข้อมูลจนครบ 20 รายในกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

1. สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
2. เมื่อสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและกลุ่มสมรสยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
3. ให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรีและคู่สมรส โดยขอความร่วมมือทั้งสตรีและคู่สมรสในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเน้นให้คู่สมรสทราบว่าตนมีบทบาทสำคัญในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยจะต้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของสตรี
4. ให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรีและคู่สมรสในเรื่อง “เรื่องน่ารู้ เกี่ยวกับการตัดมดลูก” โดยผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมการใช้สื่อ บรรยายประกอบการนำเสนอ และเปิดโอกาสในการตอบข้อซักถาม ความต้องการของสตรีและคู่สมรส โดยเนื้อหาของข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการตัดมดลูก ปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รายละเอียดที่จำเป็นต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของสตรี ให้สตรีและคู่สมรสมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยนัดพบสตรีและคู่สมรสในการให้ข้อมูลทางสุขภาพทั้งหมด 4 ครั้งด้วยกัน คือในวันแรกก่อนผ่าตัด วันที่ 1 หลังผ่าตัด วันที่ 3 หลังผ่าตัด และวันจำหน่าย
5. หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์หลังวันจำหน่าย ผู้วิจัยโทรศัพท์ เยี่ยมสตรีและคู่สมรส เพื่อประเมินปัญหา การปรับตัว และย้ำให้มาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อครบ 2 สัปดาห์
6. การประเมินผลให้สตรีตอบแบบประเมินในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม การสนับสนุนของคู่สมรส และแบบวัดการปรับตัว เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัว ภายหลังจากได้รับข้อมูล และแรงสนับสนุนของคู่สมรสใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ และการเก็บข้อมูล

ขั้นตอน	กลุ่มทดลอง	อุปกรณ์	กลุ่มควบคุม	อุปกรณ์
สร้างสัมพันธภาพ	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว กับสตรีและคู่สมรส ขอความร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์ บอกวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล การพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย ขอความร่วมมือ ทั้งสตรีและคู่สมรสในการ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเน้น ให้คู่สมรสทราบว่าตนมี บทบาทสำคัญในการเข้าร่วม วิจัยครั้งนี้ โดยจะต้องเป็นแรง สนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ของสตรี	—	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง บอก วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล การ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยใน การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือใน การตอบแบบสัมภาษณ์	—
วันแรก ก่อน ผ่าตัด	เตรียมคู่สมรสของสตรี กระตุ้นให้เข้าใจถึงแรง สนับสนุนของคู่สมรส และ เต็มใจที่จะปฏิบัติ หลังจาก นั้นเข้าพบสตรีและคู่สมรส โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ การรักษาพยาบาลในสตรีตัด มดลูก อธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับการตัดมดลูก ขั้นตอน วิธีการในการตัด การให้าระงับความรู้สึก และอาการข้างเคียงที่อาจ เกิดขึ้น ให้ข้อมูลในการ ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะ ผ่าตัด และหลังผ่าตัด	เอกสารแนวทาง การปฏิบัติ และ สื่อประสม ซึ่ง เป็นการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับ รายละเอียด ข้อ บังชี้ ชมวิดีโอ แสดงขั้นตอน และวิธีการตัด มดลูก ให้ข้อมูล และสนับสนุนคู่ สมรสในการ กระตุ้นการ ปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ของสตรี	ได้รับการพยาบาลโดย พยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยจะให้ความรู้ใน การปฏิบัติตัวก่อน ผ่าตัด เช่นการงดน้ำงด อาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การเซ็น ใบบินยอมในการรับ การผ่าตัด การเตรียม ความสะอาดบริเวณที่ ทำผ่าตัด การเตรียมตัว ทางด้านร่างกาย การ ถอดฟันปลอมออก ไม่ ใส่เครื่องประดับ และ ไม่นำของมีค่าไปห้อง ผ่าตัด	—

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ขั้นตอน	กลุ่มทดลอง	อุปกรณ์	กลุ่มควบคุม	อุปกรณ์
วันที่ 1 หลัง ผ่าตัด	พบสตรีและคู่สมรส เพื่อเยี่ยม อาการหลังผ่าตัด สอบถามถึง ปัญหาความต้องการ การ จัดการกับความเจ็บปวด การ ปรับระดับประคบบาดแผล ผ่าตัด กระตุ้นคู่สมรสให้เพิ่ม การดูแล และช่วยเหลือสตรี ให้มากขึ้น อธิบายสตรีและคู่ สมรสถึงความจำเป็นในการ งดอาหารใน 24 ชั่วโมงหลัง ได้รับยาสลบ สอนการไอ อย่างมีประสิทธิภาพ สอน การหายใจหลังผ่าตัดเพื่อการ บริหารปอด การพักผ่อน การ ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูการ หายใจของบาดแผล	เอกสารแนวทาง ปฏิบัติและสื่อ ประสม ซึ่งเป็น การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการ สนับสนุนของคู่ สมรสในการ ปรับระดับประคบ บาดแผล การ ช่วยเหลือด้าน จิตใจและด้าน วัตถุสิ่งของ ชม วิดีโอแสดงการ หายใจเพื่อ บริหารปอดและ การไออย่างถูก วิธี	ได้รับการพยาบาลโดย พยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยจะทำการ ประเมินอาการผู้ป่วย ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง ประเมินระดับความ รู้สึกตัวของผู้ป่วย สัญญาณชีพได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ การ ซึมเปื้อนของแผลผ่าตัด ชนิดและจำนวนของ สารน้ำที่ได้รับ รวมทั้ง การบันทึกอาการ เปลี่ยนแปลงต่างๆ และ สัญญาณชีพ	—
วันที่ 3 หลัง ผ่าตัด	ประเมินการได้รับข้อมูลทาง สุขภาพ การปฏิบัติตัวจาก สตรีและคู่สมรส โดยการ สอบถาม พูดคุย ให้กำลังใจ และให้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ ตัดมดลูก อัตราการหายใจ การ สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ ตามปกติ การปฏิบัติตัวเพื่อ การฟื้นฟูสภาพ การ รับประทานอาหารมี ประโยชน์	เอกสารแนวทาง ปฏิบัติและสื่อ ประสม ซึ่งเป็น การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัว การ ฟื้นฟูสภาพ รวมถึงกระตุ้นคู่ สมรสในการ สนับสนุนด้าน ข้อมูล อารมณ์ และจิตใจ	ได้รับการพยาบาลโดย พยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยจะทำการ ประเมินอาการ การ ตรวจวัดสัญญาณชีพ การดูแลบาดแผล ให้ สารน้ำ และยาตาม แผนการรักษา	—

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ขั้นตอน	กลุ่มทดลอง	อุปกรณ์	กลุ่มควบคุม	อุปกรณ์
วัน จำหน่าย	ทบทวนความรู้เดิมที่ให้แก่ สตรีและคู่สมรส ให้ คำแนะนำในการสังเกต อาการผิดปกติ เช่น เสีย เหงา คอแห้ง ซึ่งอาจเป็นผล จากการใส่ท่อช่วยหายใจ การมีภาวะ เลือดออกผิดปกติ การมี ความผิดปกติของระบบ ทางเดินปัสสาวะ รวมถึง การนัดมาพบแพทย์ตามเมื่อ ครบ 2 สัปดาห์ การปฏิบัติ ตัวเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่ บ้าน กระตุ้นให้สตรีมี กำลังใจ และรู้สึกถึงความมี คุณค่าในตัวเอง	เอกสารแนวทาง ปฏิบัติ และชม การนำเสนอ ภาพนิ่ง เพื่อ ทบทวนความรู้ เดิมที่สตรีและคู่ สมรสได้รับ สื่อประสม เกี่ยวกับการ สังเกตอาการ ผิดปกติต่างๆที่ อาจเกิดขึ้น กระตุ้นคู่สมรส ในการ สนับสนุนการ ปฏิบัติตัวของ สตรี	ได้รับการพยาบาลจาก พยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยในการตรวจวัด สัญญาณชีพ ดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการพยาบาล ตามแผนการรักษา ได้รับการพยาบาลจาก พยาบาลประจำหอ ผู้ป่วย การประเมิน สัญญาณชีพ การดูแล บาดแผล การออกใบ นัดหมาย การให้ยา กลับไปรับประทาน และการสังเกตอาการ ผิดปกติ	-
1 สัปดาห์ หลังวัน จำหน่าย	โทรศัพท์ เชื่อมสตรีและคู่ สมรส เพื่อประเมินปัญหา การปรับตัว การดูแล ช่วยเหลือของคู่สมรส รวมถึงปัญหาความต้องการ จากสตรี ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ และย้ำ ให้มาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อครบ 2 สัปดาห์	-	-	-

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ขั้นตอน	กลุ่มทดลอง	อุปกรณ์	กลุ่มควบคุม	อุปกรณ์
การประเมินผล	ให้สตรีตอบแบบประเมินในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และแบบวัดการปรับตัว เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวภายหลังการได้รับข้อมูล และแรงสนับสนุนของกลุ่มสมรสใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และแบบวัดการปรับตัว	ผู้วิจัยให้สตรีตอบแบบประเมินในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และแบบวัดการปรับตัว เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวภายหลังการได้รับข้อมูล และแรงสนับสนุนของกลุ่มสมรสใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และแบบวัดการปรับตัว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล การบำบัดรักษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาพยาบาลหรือการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้นามวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีดัดมดลูก ก่อนได้รับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test statistic)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีฟ้ตัดผมคลุกภายหลังการได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีฟ้ตัดผมคลุก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและภาพประกอบคำบรรยายดังนี้

ตอนที่ 1 การปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดผมคลุก ภายหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดผมคลุกภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดผมคลุกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ตอนที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสตรีตัดผมคลุก ภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสแยกเป็นรายข้อ

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัว ของสตรีที่เข้ารับการตัดผมคลุก ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสแยกเป็นรายด้าน

	การปรับตัวของสตรีภายหลังได้รับโปรแกรม		ระดับ
	\bar{X}	SD	
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	33.70	1.94	ปานกลาง
ด้านภาวะสุขภาพ	29.85	1.95	ปานกลาง
ด้านขวัญและกำลังใจ	28.80	1.96	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่าการปรับตัวของสตรีภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีการปรับตัวทุกด้านในระดับปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก
 ภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูล
 ทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของคู่สมรส

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
 ตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของคู่สมรส

	กลุ่มควบคุม		ระดับ การปรับตัว	กลุ่มทดลอง		ระดับ การปรับตัว
	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม						
ถกเถียงกับสามี	4.85	0.48	ดี	5.00	0.00	ดี
ต้องเปลี่ยนงาน	4.20	0.95	ดี	5.00	0.00	ดี
ปรึกษากับครอบครัว	4.05	0.60	ดี	4.55	0.51	ดี
งานยังมีความสำคัญ	3.80	0.61	ดี	4.25	0.91	ดี
เป็นปัญหาต่อการทำงาน	3.75	1.20	ปานกลาง	5.00	0.00	ดี
ใช้เวลาว่าง	3.70	0.57	ปานกลาง	4.60	0.50	ดี
ใช้เวลาว่างกับสมาชิก	3.65	0.67	ปานกลาง	4.25	0.44	ดี
ทำงานได้เหมือนเดิม	3.55	1.14	ปานกลาง	4.45	0.51	ดี
ทำกิจกรรมกับเพื่อน	3.50	0.68	ปานกลาง	4.35	0.48	ดี
ยังมีงานอดิเรก	3.45	0.51	ปานกลาง	4.25	0.95	ดี
ด้านขวัญและกำลังใจ						
ผูกพันกับสามีลดลง	4.90	0.30	ดี	4.80	0.89	ดี
รู้สึกว่ตนตกต่ำ	4.75	0.44	ดี	5.00	0.00	ดี
หงุดหงิดง่าย	4.70	0.57	ดี	5.00	0.00	ดี
หมดหวังในชีวิต	4.55	0.60	ดี	4.85	0.67	ดี
ทำให้คนอื่นเป็นทุกข์	4.50	0.60	ดี	5.00	0.00	ดี
มีกำลังใจ	4.25	0.44	ดี	4.85	0.36	ดี
สามีดูแลดี	4.20	0.61	ดี	4.40	0.50	ดี
มีคุณค่า	4.10	0.55	ดี	4.75	0.44	ดี
คนรอบข้างเห็นค่า	4.05	0.51	ดี	4.15	0.36	ดี
กังวลใจ	3.35	1.08	ปานกลาง	4.95	0.22	ดี

ตารางที่ 5 (ต่อ)

	กลุ่มควบคุม		ระดับ การปรับตัว	กลุ่มทดลอง		ระดับ การปรับตัว
	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	
ด้านภาวะสุขภาพ						
รูปร่างเปลี่ยนแปลง	4.00	1.07	ดี	5.00	0.00	ดี
อ่อนเพลีย เมื่อทำงาน	3.70	1.26	ปานกลาง	5.00	0.00	ดี
กลิ่นปัสสาวะไม่ได้	3.60	1.46	ปานกลาง	5.00	0.00	ดี
พักผ่อนเพียงพอ	3.50	0.51	ปานกลาง	4.65	0.48	ดี
ตื่นนอนรู้สึกสดชื่น	3.30	0.65	ปานกลาง	4.95	0.22	ดี
ท้องอืด แน่นท้อง	3.15	1.08	ปานกลาง	5.00	0.00	ดี
สุขภาพปกติดี	3.10	0.96	ปานกลาง	4.30	0.47	ดี
ออกกำลังกาย	2.95	0.60	ปานกลาง	4.00	0.00	ดี
ไม่มีท้องผูก ท้องเสีย	2.75	1.20	ปานกลาง	3.65	1.42	ปานกลาง
ทานอาหารครบ	2.60	0.75	ปานกลาง	4.30	0.47	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรรถายข้อดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาถึง ระดับการปรับตัวรายข้อส่วนใหญ่การปรับตัวอยู่ในระดับดีโดยในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม สตรี มีการปรับตัวกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ไม่มีปัญหาหรือการถกเถียงกับคู่สมรสมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพมีการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยเฉพาะในเรื่องของการรู้สึกถึงความมีคุณค่า การเข้าใจความเจ็บป่วย และมีการปรับตัวด้านอารมณ์หงุดหงิดได้ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความกังวลใจเกี่ยวกับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการผ่าตัดทุกชนิดย่อมก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลใจต่อเหตุการณ์ที่มาเผชิญ การรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องทำให้เกิดการเรียนรู้ สามารถแปลเหตุการณ์ และจัดการกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพมีการปรับตัวที่ดีขึ้น รวมทั้งด้านภาวะสุขภาพจะพบว่า การได้รับข้อมูลทำให้สตรีมีการปรับตัวในด้านการปฏิบัติตัวดีขึ้นเช่นกัน มีเพียงด้านภาวะสุขภาพในข้ออาการท้องผูกหรือท้องเสียเพียงข้อเดียวที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการบำบัดคลุกกายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่ควบคุมดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การปรับตัว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	30.90	2.36	33.70	1.94	-4.09	0.00
ด้านขวัญและกำลังใจ	29.50	2.82	28.80	1.96	0.91	0.37
ด้านภาวะสุขภาพ	27.75	3.75	29.85	1.95	-2.21	0.03
การปรับตัวโดยรวม	84.5	1.49	88.1	1.02	-1.99	0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า การปรับตัวโดยรวมของสตรีที่ควบคุมดูแลกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านภาวะสุขภาพของสตรีที่ควบคุมดูแลในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสจะมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ ของสตรีที่ควบคุมดูแลกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสตรีตัดมดลูกภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของคู่สมรสแยกเป็นรายชื่อ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปรับตัวของสตรีตัดมดลูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของคู่สมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแยกเป็นรายชื่อ

ข้อความ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม						
ถกเถียงกับสามี	4.85	0.48	5.00	0.00	-1.37	.18
ต้องเปลี่ยนงาน	4.20	0.95	5.00	0.00	-3.76	.00
ปรึกษากับครอบครัว	4.05	0.60	4.55	0.51	-2.83	0.00
งานยังมีความสำคัญ	3.80	0.61	4.25	0.91	-1.83	.08
เป็นปัญหาต่อการทำงาน	3.75	1.20	5.00	0.00	-4.62	.00
ใช้เวลาว่าง	3.70	0.57	4.60	0.50	-5.29	0.00
ใช้เวลาว่างกับสมาชิก	3.65	0.67	4.25	0.44	-3.33	.00
ทำงานได้เหมือนเดิม	3.55	1.14	4.45	0.51	-3.21	0.00
ทำกิจกรรมกับเพื่อน	3.50	0.68	4.35	0.48	-4.50	.00
ยังมีงานอดิเรก	3.45	0.51	4.25	0.95	-5.28	.00
ด้านขวัญและกำลังใจ						
ผูกพันกับสามีลดลง	4.90	0.30	4.80	0.89	.473	.63
รู้สึกวุ่นวาย	4.75	0.44	5.00	0.00	-2.51	.01
หงุดหงิดง่าย	4.70	0.57	5.00	0.00	-2.34	.02
หมดหวังในชีวิต	4.55	0.60	4.85	0.67	-1.48	.14
ทำให้คนอื่นเป็นทุกข์	4.50	0.60	5.00	0.00	-3.68	.00
มีกำลังใจ	4.25	0.44	4.85	0.36	-4.66	.00
สามีดูแลดี	4.20	0.61	4.40	0.50	-1.12	.27
มีคุณค่า	4.10	0.55	4.75	0.44	-4.10	.00
คนรอบข้างเห็นค่า	4.05	0.51	4.15	0.36	-0.71	.48

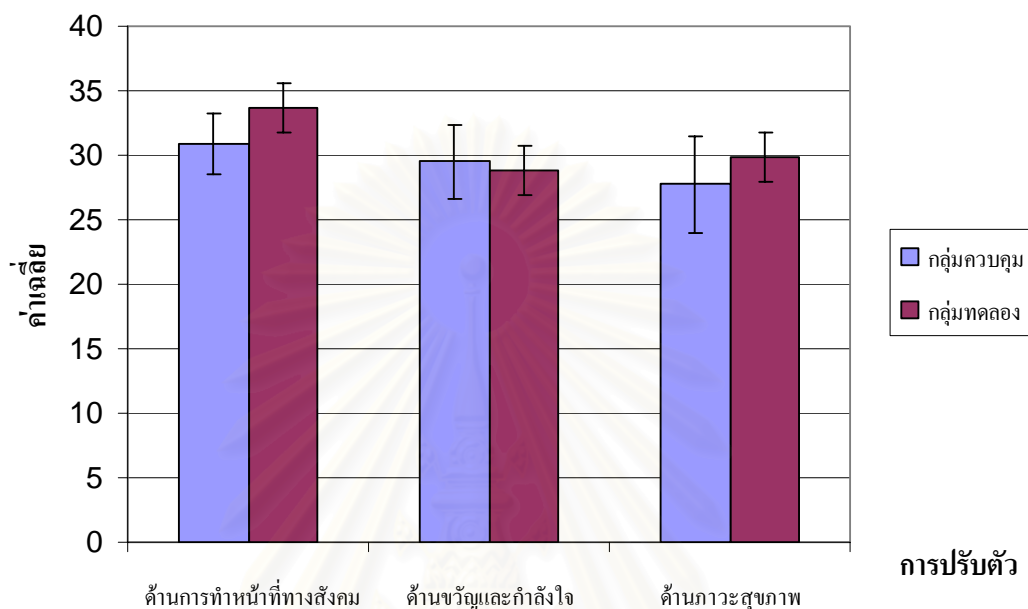
ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กังวลใจ	3.35	1.08	4.95	0.22	-6.43	.00
ด้านภาวะสุขภาพ						
รูปร่างเปลี่ยนแปลง	4.00	1.07	5.00	0.00	-4.16	.00
อ่อนเพลีย เมื่อทำงาน	3.70	1.26	5.00	0.00	-4.61	.00
กลืนปัสสาวะไม่ได้	3.60	1.46	5.00	0.00	-4.27	.00
พักผ่อนเพียงพอ	3.50	0.51	4.65	0.48	-7.25	.00
ตื่นนอนรู้สึกสดชื่น	3.30	0.65	4.95	0.22	-10.63	.00
ท้องอืด แน่นท้อง	3.15	1.08	5.00	0.00	-7.59	.00
สุขภาพปกติดี	3.10	0.96	4.30	0.47	-4.98	.00
ออกกำลังกาย	2.95	0.60	4.00	0.00	-7.76	.00
ไม่มีท้องผูกท้องเสีย	2.75	1.20	3.65	1.42	-2.16	.03
ทานอาหารครบ	2.60	0.75	4.30	0.47	-8.55	.00

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนในสตรีดัดมดลูกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกข้อ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสทำให้สตรีผ่าตัดมดลูกมีการปรับตัวดีขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

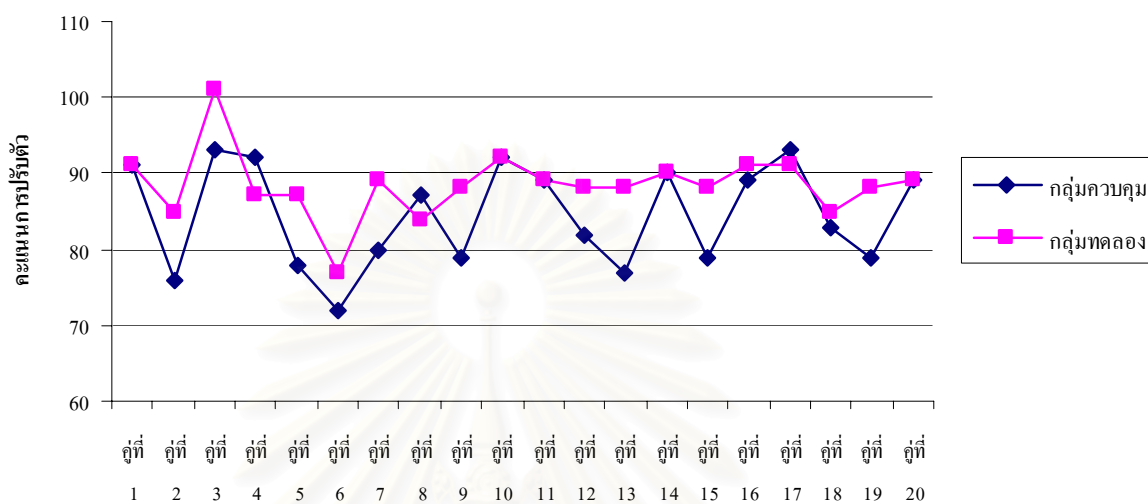
ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส



ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



ภาพที่ 2 คะแนนการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการคัดมดลูกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบระหว่างคู่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาสองกลุ่ม วัดครั้งเดียว (The Posttest-Only Design with Nonequivalent Groups) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยนิเวศที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

สตรีตัดมดลูกกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยนิเวศในช่วงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิเวศ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องตัดมดลูก ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ภายหลังเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยนิเวศกรรม ทั้งห้องสามัญ และห้องพิเศษของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2550 โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นสตรีที่สมรส (Currently married) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
 2. เป็นผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอันได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งสองข้าง โดยมีข้อบ่งชี้ของโรคทางนรีเวชวิทยา และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 3. รู้สึกดีดี สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
 4. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น ความจำ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาทโดยผู้วิจัยสังเกตจากการพูดคุย ตอบคำถาม การรับรู้ตนเอง เหตุการณ์ ระยะเวลา สถานที่
 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้
 6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อน และหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อค
- การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างอีกจำนวน 20 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ตามลักษณะอายุ ระดับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น
 - 1.1.1 แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 15 สัปดาห์ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2550 ที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และห้องตรวจนรีเวชกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้ในการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง เสนอโครงการวิจัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับรองปัญหาจริยธรรม และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงประสานงานกับ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเวศ และห้องตรวจนิเวศกรรม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองผู้วิจัยพบสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกขณะพักอยู่ในหอผู้ป่วยนิเวศกรรม และคู่สมรสของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ข้อมูลแก่สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกและคู่สมรส เกี่ยวกับการให้การรักษายาพยาบาลในสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการตัดมดลูก และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับความรู้สึก เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และข้อข้องใจ แจ้งให้สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกทราบว่ามาพบผู้ป่วยอีก 3 ครั้ง คือ วันที่ 1 หลังผ่าตัด เพื่อเยี่ยมอาการหลังผ่าตัด สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ สอนการหายใจหลังผ่าตัดเพื่อการบริหารปอด การพักผ่อน การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูการหายใจของบาดแผล วันที่ 3 หลังผ่าตัด เป็นการประเมินการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ การปฏิบัติตัว อัตราการหายใจ การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ การรับประทานอาหารมีประโยชน์ และในวันจำหน่าย ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการมาพบแพทย์ตามนัด หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์หลังวันจำหน่าย ผู้วิจัยโทรศัพท์ เยี่ยมสตรีและคู่สมรส เพื่อประเมินปัญหาการปรับตัว ความต้องการจากสตรี ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ และย้ำให้มาตรวจตามแพทย์นัด ผู้วิจัยให้สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกตอบแบบประเมินในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม การสนับสนุนจากสามี และแบบวัดการปรับตัว ใน 2 สัปดาห์หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกลับมาตรวจตามแพทย์นัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา

รายได้นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีตัดผมคลุก ก่อนได้รับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test statistic)

สรุปผลการวิจัย

สตรีตัดผมคลุกกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดผมคลุก สามารถอภิปรายได้ดังนี้

สตรีที่เข้ารับการตัดผมคลุกกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสตรีตัดผมคลุกทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพภายหลังการทดลองพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวเท่ากับ 33.70 ด้านภาวะสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวเท่ากับ 29.85 และเมื่อนำมาคำนวณด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) พบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีผลทำให้เกิดการปรับตัวในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมากที่สุด และในด้านภาวะสุขภาพรองลงมา อธิบายได้ว่า เนื่องจากด้านการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรี รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาททางสังคม ความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของสตรี ประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ต่างๆ ในระยะเจ็บป่วย และในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในระยะ 2 สัปดาห์ ภายหลังการผ่าตัดสตรียังคงได้รับการพักผ่อน และการดำเนินงานหนักอยู่ บทบาทของสตรีจึงมักเป็นงานเบาภายในบ้าน ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในการช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในงานบ้าน สตรีจึงสามารถปรับตัวในด้านนี้ได้ดีกว่าด้านอื่นๆ ส่วนในด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของสตรีต่อภาวะความเจ็บป่วยภายหลังการผ่าตัด เป็นระยะที่สตรีต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

เช่น การรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลบาดแผล สังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งการกระตุ้นของกลุ่มสมรสในการช่วยดูแลสตรีในการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีการปรับตัวในด้านนี้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนด้านขวัญและกำลังใจของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า ภาวะขวัญและกำลังใจเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งทางด้านบวก และด้านลบ ของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ซึ่งเกิดเนื่องจากการรับรู้ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ภายหลังจากการที่สตรีต้องเข้ารับการรักษาภาวะความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยได้วัดจากการมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ความวิตกกังวลใจ จากผลการผ่าตัด การรู้สึกเศร้าใจ หรือเป็นทุกข์ ซึ่งในสตรีที่ตัดมดลูกย่อมมีความวิตกกังวลใจในการผ่าตัด รู้สึกเศร้าใจจากการสูญเสียโอกาสในการมีบุตร และกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มสมรส ทำให้คะแนนการปรับตัวที่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสไม่แตกต่างจากในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมของสตรี ที่เข้ารับการตัดมดลูกทั้ง 3 ด้านพบว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนการปรับตัวเฉลี่ยเท่ากับ 88.1 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 84.5 เมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) แล้วพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีผลต่อการปรับตัวของสตรีตัดมดลูก ผู้วิจัยจะมีการสร้างสัมพันธภาพกับสตรีและกลุ่มสมรส ทำให้สตรีและกลุ่มสมรสเกิดความไว้วางใจ ยินดีให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตัดมดลูก ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด เช่นการตกเลือด การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ถ้าได้ระบบสืบพันธุ์ (Stovall, 1996; Thakar, Ayers et al., 2004; McPherson et al., 2004) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การบีบตัวของลำไส้ในการขับถ่ายเพิ่มมากขึ้น (Prior et al., 1992; Thakar, Manyonda et al., 1997) อาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน ท้องผูก ปวดหลัง อ่อนเพลีย (Carlson, 1995; Dennerstein, Wood et al., 1995) ส่วนด้านจิตใจนั้น มีผลทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ยังรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพทางเพศ (Gath, Cooper, & Day, 1982; Williamson, 1992; Carlson et al., 1994) เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด (อัญชลี ตาบุรี, 2543) บางรายอาจมีความรู้สึกเศร้าจากการไม่มีระดู และ

ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป (ยูวดี ฤาฆ่า, 2524; พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540; อัญชลี ตาบุรี, 2543; ปริญญา พุประเสริฐศักดิ์, 2546) อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางเพศลดลง รวมทั้งการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน จากการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้เยื่อในช่องคลอดแห้งเป็นค่างมดลูก รังไข่ และท่อหน้าไข่มีขนาดเล็กลง น้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลงทำให้เกิดช่องคลอดอักเสบและเจ็บเวลาร่วมเพศได้ (Thakar, Manyonda et al., 1997; Rhodes et al., 1999; Maas et al., 2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดมดลูก ผลกระทบ การปฏิบัติตัว โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง เปิดโอกาสให้สตรีและคู่สมรสซักถามถึงปัญหา และข้อข้องใจต่างๆ การให้ข้อมูลทางสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ ทำให้สตรีและคู่สมรสได้เกิดการเรียนรู้ เกิดทัศนคติ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Close, 1988) เข้าใจสภาพความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวภายหลังการตัดมดลูกได้อย่างเหมาะสม

สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self regulatory model) ของ Leventhal และ Johnson (1983) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ค่อนข้างรุนแรง ถ้าบุคคลนั้นไม่เคยมีประสบการณ์การรับรู้ ความเข้าใจถึงเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น หรือไม่มีแบบแผนการรับรู้ที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่จะเผชิญมาก่อน ทำให้มีผลต่อภาพรวมของความคิด (Mental image) คือ การรับรู้ การแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ถูกต้อง ชัดเจน สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คุกคาม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำสื่อประสมมาใช้ในการให้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อช่วยสร้างความสนใจ และกระตุ้นการรับรู้ (ศิริยุพา พูลสุวรรณ, 2530: 13-14; ศิริพร ปทุมมุขย์, 2541: 8) พบว่าเมื่อผู้วิจัยใช้สื่อประสมในการให้ข้อมูลกับสตรีและคู่สมรส มีความสนใจ และตั้งใจคู่สื่อที่ผู้วิจัยนำเสนอ มีการสอบถามเกี่ยวกับภาพประกอบในเนื้อหา ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด หรืออาการที่ตรงกับโรค และอาการป่วยของตนเอง สตรีและคู่สมรสแสดงความเข้าใจในเนื้อหา รูปภาพ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้เรียนจะมีความคิดเห็นที่ดีต่อสื่อการสอนคอมพิวเตอร์ว่ามีความเหมาะสม น่าสนใจ และสามารถเรียนรู้ เข้าใจได้ด้วยตนเอง (จิรพรรณ มหาพรหม, 2545; สุวรรณา โปธา, 2545; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ, 2546)

นอกจากนี้สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกในกลุ่มทดลองยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสในด้านต่างๆ โดยผู้วิจัยจะมีการเตรียมคู่สมรสด้วยการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ อธิบายถึงเหตุผล ความสำคัญขอแรงสนับสนุนทางสังคม และกระตุ้นให้คู่สมรสแสดงออกถึงการดูแล ปรึกษาประคองสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกทั้งทางร่างกาย จิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (สุมาพร บรรณสาร, 2545) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบ

ประสาท และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985: 310-313)

สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อใจไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดด้านอารมณ์มากที่สุด (Stewart, 1993) และเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด เนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน บนพื้นฐานของความรัก ความผูกพัน มีการช่วยเหลือ แบ่งปันซึ่งกันและกัน ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ดังนั้นการสนับสนุนจากคู่สมรสจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการดูแลและช่วยเหลือสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ทำให้มีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บ (คาริกา ธารบัวสวรรค์, 2542; Cohen & Wills, 1985) ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Wortman, 1984: 354) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการปรับตัวเองของสตรี (นิษา วงษ์ชาญ, 2545; สุมาพร บรรณสาร, 2545; นวลจันทร์ บุญรัตน์, 2547; อรุมา สอนพา, 2547) ซึ่งภายหลังการทดลองพบพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของคู่สมรส ที่รวบรวมข้อมูลได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนของคู่สมรสในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของคู่สมรส มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภทโดยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ที่สามารถเปิดให้ผู้ป่วยดูได้ตามต้องการ และได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน ลดภาระงานบางส่วนได้
2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก เพื่อพัฒนางานด้านการบริหารการพยาบาล
3. ควรมีการสนับสนุน แนะนำบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยนิเวศที่ตัดมดลูก ในการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของคู่สมรส

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการติดตามเพื่อประเมินผล หรือมีการศึกษาวิจัยการปรับตัวในสตรีดัดมดลูกอย่างต่อเนื่อง พัฒนาหรือเปลี่ยนรูปแบบในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้นในทุกด้าน เพื่อสามารถนำผลการวิจัยมาใช้อ้างอิงได้มากขึ้น

2.ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ในลักษณะของรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ และอาจนำผลการวิจัยมาศึกษาเปรียบเทียบกับเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร ใจแก้ว. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ
กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา สุวรรณแสง. 2533. การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บำรุง
สาส์น,
- กิดานันท์ มลิทอง. 2531. เทคโนโลยีการศึกษาร่วมสมัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย,
- กุลอนงค์ นัทรทอง. 2544. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อลดระดับ
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. วิชาเอกสุขศึกษา วิชาเอกสุขศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ขนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานสถิตินและเวชระเบียน. 2547. ทะเบียนสถิติผ่าตัดผู้ป่วยนรีเวช. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี,
- งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. 2545. เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของ
อาการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อ
ความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย, และชนนทร์ วนาภิรักษ์. 2528. คู่มือสูติศาสตร์และ นรี
เวชวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แมคกรอ-ฮิล,

- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. 2536. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย. 2542. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2523. เทคโนโลยีและสื่อทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช,
- ชูชื่น ชีวพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุศุภบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไชยยศ เรืองสุวรรณ. 2526. เทคโนโลยีทางการศึกษา: ทฤษฎีและการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
โอเดียนสโตร์,
- คาราพรณ อุทัย. 2545. เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คาริกา ธารบัวสวรรค์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เดือนเพ็ญ แสงดี และวันเพ็ญ แก้วปาน. 2541. รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในเขตเทศบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสุพรรณบุรี. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทศมา โรจนประดิษฐ์. 2541. ผลการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต.

สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ รวีวรกุล. 2542. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติ
ตัวความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาธาณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, และอภิชาติ โอพารัตนชัย. 2539. นรีเวชวิทยา ฉบับ สอบบอร์ด.

กรุงเทพมหานคร : พี.บี. ฟอเรน บুকส์เซนเตอร์,

นวลจันทร์ บุญรัตน์. 2547. เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากสามี
และกิจกรรมทางกายของสตรีหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2534. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

บริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิกา นิธยาชน. 2530. การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพ ฯ : โอ.เอส. พรินต์ติ้งเฮาส์,

นินยา วงษ์ชาญ. 2545. เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดา ระยะเวลาที่แยกจากบุตร การ
สนับสนุนของสามี และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตรในภาวะที่ทารกแรกเกิด
หายใจลำบากกับสัมพันธภาพของมารดาต่อทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. 2533. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

บุญช่วย พึ่งจัน. 2541. การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็ง

ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

- สาขาวิชาเอกโภชนาวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญส่ง สุประดิษฐ์. 2546. ผลการเตรียมสามีเพื่อการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดต่อความพึงพอใจของสามีและภรรยา และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของภรรยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์. 2543. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูต. 2538. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ประหยัด จิระวรพงศ์. 2529. หลักการและเทคโนโลยีทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อมรรพิมพ์,
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริญญา พุประเสริฐศักดิ์. 2546. ผลของการให้การปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีก่อนได้รับการตัดมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริญญา สนิกะวาที. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. 2541. กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างเข้ารับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผาณิต กุ่มเสริม. 2540. การสร้างสื่อมัลติมีเดียด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เรื่อง “การแยกและการใช้ประโยชน์จากขยะ” สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณนิภา ธรรมวิรัช, ประอรนุช ตุลยาทร และจินดา อุไรรัตน์. 2540. รายงานวิจัยเรื่องการสำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวดี ทองเผือก. 2547. เรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในหญิง

ตั้งครรรษ์วัยรุ่นแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลัย แทนธานี. 2527. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกซึมเศร้า ภาพลักษณ์ และ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และทางเพศ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและ รังไข่ออกทั้งสองข้าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, พวงน้อย สาครรัตนกุล, ลัศนา อิ่มศูนย์ และเชษฐสิณี เศรษฐบุตร. 2524. รายงานการวิจัย เรื่องการสูญเสียลักษณะความเป็นหญิงในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูก (Loss of Femininity in Hysterectomy Patient). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา อยู่ปลา. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. พจนานุกรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด,

รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับ สุขภาพการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารสารณั จันทรวงษ์. 2541. คู่มือการให้คำแนะนำการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน.

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่,

วาสนา ซาวหา. 2533. สื่อการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไอเดียสโตร์,

วิภาภัทร ชังขาว. 2544. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อ ความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภารัตน์ ยมดิษฐ์. 2533. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาทารกกับความสามรถในการปฏิบัติการ ดูแลตนเองในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภาวรรณ ชะอุ่ม. 2536. ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิดิฏฐ์ศรี เพ็งน่วม. 2544. ผลของการผ่อนคลายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา ลิ้มสกุล. 2545. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วุฒิชัย ประสารสอย. 2542. การเปรียบเทียบความสามารถในการออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนจากการใช้ชุดการเรียนรู้แบบสื่อประสมที่ศึกษาด้วยตนเองกับศึกษาภายใต้การนิเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเทคโนโลยีเทคนิคศึกษา ภาควิชาครุศาสตร์เทคโนโลยี บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. 2541. ส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพงษ์ พยอมเยี่ยม. 2533. การเลือกและการใช้สื่อการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์,
- ศิริพร ปทุมमुखย์. 2541. การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับสื่อการสอนต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ. 2519-2540. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร สถิตย์ถาวร. 2540. ผลของการให้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สนธยา พิริยกุล. 2533. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วีเจ พรินติ้ง,
- สายรุ้ง บัวระพา. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศุคนธา ผดุงวัตร. 2537. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุคนธ์ ไช้แก้ว, เรือนทอง เรื่องวิทยากรณ์ และ จิรภรณ์ กุวลัยรัตน์. 2545. พัฒนาคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างโรงพยาบาลศิริราช. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุจินดา ตรีเนตร. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุทธิณี วัฒนกุล. 2547. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุพิชญา นุทกิจ. 2546. ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุมาพร บรรณสาร. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุวพีร์ จันทระเจษฎา. 2547. ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุวรรณ ชีรณนารถ. 2544. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- โสมสิริ รอดพิพัฒน์. 2547. เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทาง

- สังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ กับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภันตรี กองทอง. 2544. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรวรรณ เรื่องสนาม. 2541. การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอุมา สอนพา. 2547. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามี ต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา นวลยง. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา มนัสสนิธ. 2548. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับการฟังดนตรี ต่อความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา คงกิตติมากุล. 2545. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความเป็นเลิศในพฤติกรรมบริการ ด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ตามูรี. 2543. คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. 2548. ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัววิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบล จ้วงพานิช และคณะ. 2538. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อำนวยการ คอยกุลนันท์. 2542. การดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วารสารสงขลานครินทร์ 19(2) : 28-32.

ภาษาอังกฤษ

Abram, H.S. 1998. 'The Psychology of Chronic Illness.' **Journal of Chronic Disease** 25 : 659-664.

Andersen, T.F., Loft, A., Brannum-Hansen, H., Roepstorff, C., & Madsen, M. 1993. Complications after hysterectomy. A Danish population based study 1978-1983. **Acta Obstet Gynecol Scand** 72(7) : 570-577.

Arkoff, A. 1968. **Adjustment and mental health**. New York : Hill Bork Comp,

Ashraf S.Habib. et al. 2006. Transcutaneous Acupoint Electrical stimulation with the Relief Band for the Prevention of Nausea and Vomiting During and After cesarean Delivery Under Spinal Anesthesia. **Anesth Analg** 102 : 581-584.

Auerbarch, S.M., & Martelli, M.P. 1983. Anxiety information, interpersonal impacts and adjustment to a stress full health care situation. **Journal of Personality and Social Psychology** 44(7) : 1248-1296.

Barry, P.D. 1984. **Psychosocial nursing assessment and intervention**. Philadelphia : J.B.Lippincott,

Brandt, P.A., & Weinert, C. 1981. The PRO-A Social Support Measure. **Nursing Research** 30(5) : 277-280.

Brow, M.A. 1986. Social Support During Pregnancy: A Unidimensional or Multidimensional Construct. **Nursing Research** 35(1) : 4-9.

Carlson, K.J. 1995. Hysterectomy. In K.J. Carlson, S.A. Eisenstat, F.P. Srigoletto, & I. Schiff (Eds.), **Primary care of women**, pp.299-302. St. Louis : Mosby,

Chan, Y.G., Ho, H.K., & Chen, C.Y. 1993. Abdominal hysterectomy: Indications and complications. **Singapore Medical Journal** 34 : 337-340.

- Close,A. 1988. Patient education : A literature review. **Journal of Advance Nursing** 13(5) : 203-213.
- Cobb,S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38 : 300-314.
- Cohen, S.,& Wills, T.A. 1985. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98 : 310-357.
- Cronenwett,L.R. 1985. Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. **Nursing Research** 34(2) : 93-102.
- De Kieffer,R.E. 1966. **Audio-Visual Instruction**. New York : The Center for Applied Research in Education Inc,
- Dennerstein, L.,Shelley,J.,Smith,A.M.A., & Ryan,M. 1994. Hysterectomy experience among id-aged Australian women. **The Medical Journal of Australia** 161 : 311-313.
- Dennerstein,L.,Wood,C.,&Burrows,G.D. 1977. Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. **Obstetrics and Gynecology** 9(1) : 92-96.
- Dennerstein,L.,Wood,C.,&Westmore,A. 1995. **Hysterectomy**. 2nd ed. Melbourne : Oxford University Press,
- Dicker, R.C.,Greenspan,J.R.,Strauss,L.T.,Cowart,M.R.,Scally,M.J., & Peterson,H.B. 1982. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. . **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 144(7) : 841-848.
- Dossey B. 1996. **Help Your Patient Break Free from Anxiety**[Online]. Available from: [http:// www.springnet.com](http://www.springnet.com)[2006,Aug.8]
- Duffy,B. 1997. Using a creative teaching process. **Home Health Nursing** 15(2) : 102-108.
- Dupuis,S.R. 1997. **Understanding reproductive loss(infertility, hysterectomy, perinatal loss)**[CD-ROM]. Abstract from: ProQuest File: Dissertation Abstracts Item: 9717693.
- Erickson,C.W.H. 1968. **Administering Instructional Media Programs**. New York : The Macmillan Company,
- Farguhar, S. & Steiner, C.A. 2002. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. **Obstetrics and Gynecology** 99 : 229-233.
- Fogel, C.I., & Woods,N.F. 1995. Midlife women's health. In C.I.Fogel & N.F.Woods (Eds.), **Women's health care**, pp.79-100. California : Sage Publications,

- Gath, D., Cooper, P., & Day, A. 1982. Hysterectomy and Psychiatric Disorder: I Levels of Psychiatric Morbidity before and after Hysterectomy. **Brit.J.Psychiat** 140 : 335-350.
- Gerlach, V.S., & Ely, D.P. 1971. **Teaching and Media**. Engle Wood Cliffs. New Jersey : Prentice Hill, Inc,
- Griffiths, M.J., Murray, K.H., & Russo, P.C. 1984. **Oncology nursing pathophysiology, assessment, and intervention**. New York : Macmillan Publishing,
- Haslett, S. 1988a. Hysterectomy. **Nursing(England)** 25 : 962-964.
- Helstrom, L., Sorbom, D., & Backstrom, T. 1995. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. **Acta Obstet Gynecol Scand** 74 : 142-146.
- Hillard, P.A. 1992. Benign disease of the uterus-leiomyoma uteri and the hysterectomy. In T.G.Stovall, R.L.Summitt, R.B.Beckmann Charles, & F.W.Ling(Eds.), **Clinical manual of gynecology**(2nd ed.), pp.91-115. Tennessee : McGraw-Hill,
- House, J.S. 1981. **Work stress and social support**. London : Addison-Wesley,
- Johnson, K. A. 1986. 10 ways to help the family of critical ill patients. **Nursing** 86 16(1) : 50-53.
- Johnston, K. & Rohaly-Davis, J. 1996. An introduction to music therapy: Helping the oncology patient in the I.C.U. **Critical care Nursing Quarterly** 18(4) : 54-60.
- Kahn, R.L. 1979. Aging and social support. In M.W.Riley(Ed.), **Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives**, pp.85. Colorado : Westview Press,
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. and Gore, S. 1997. Social support and health. **Medical care** 15(4) : 47-58.
- Katez, J.R. 1997. Stress, anxiety and coping. In H.S.Wilson & C.R.Kneisel(Eds), **Psychiatric nursing**, pp.66-84. California : Addison-Wesley,
- Kjerulff, K., Langenberg, P., Rhodes, J., Harvey, L., Guzinski, G., & Stolley, P. 2000. Effectiveness of hysterectomy. **Obstetrics and Gynecology** 95 : 319-326.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. 1984. **Stress appraisal and coping**. New York : Springer Publishing,
- Leventhal, H., & Johnson, J.E. 1983. Laborator and field experimentation development of the Theory of self-regulating. In Wooldridge, P.T., Schmitt, J.H., Leonard, R.C., & Skipper, J.K. (eds), pp.236-238. **Behavioral Science and Nursing Theory**, St Louis : heC.V.Mosby Company,
- Lipscomb, G.H. 1997. Laparoscopic-assisted hysterectomy: Is it ever indicated?. **Clinical**

Obstetrics and Gynecology 40 : 895-902.

Logsdon, M.C., Mc.Bride, A.B., & Birkimer, J.C. 1994. Social support and postpartum depression.

Research in Nursing & Health 17(12) : 449-457.

Long, B.C. 1987. "Preoperative Nursing". In W.J. Phipps (Ed.), **Medical – Surgical Nursing**

: Concepts and clinical practice, pp.443-451. St Louis : The C.V. Mosby Company,

Lowdermilk, D.L. 1995. Reproductive surgery. In C.I. Fogel & N.F. Woods (Eds.), **Women's**

health care, pp.629-650. California : Sage Publications,

Maas, C.P., Kuile, M.M., Laan, E., Tuijnman, C.C., Weijenborg, M., Trimbos, J.B., & Kenter, G.G.

2004. Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy.

BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 111 : 456-462.

Macgalloway F.A. 1980. The Nursing Process: A Problem Solving Approach to Patient Care.

International Journal of Nursing Studies. 17 : 79.

McPherson, K., Metcalfe, M.A., Herbert, A., Maresh, M., Casbard, A., Hargreaver, J., Bridgman, S., &

Clarke, A. 2004. Severe complications of hysterectomy: the VALUE study. **BJOG: an**

International Journal of Obstetrics and Gynaecology 111 : 68-694.

Mehemour F. Watcha, et al. 1992. Postoperative Nausea and Vomiting. **Anesthesiology** 77 : 162-184.

Mishel, M.H., & Braden, C.L. 1988. Finding Meaning: Antecedents of uncertainty in illness.

Nursing Research 37(2) : 98-103.

Mishel, M.H. 1990. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. **Image Journal of**

Nursing Scholarship 22 : 256-262.

Murray, R., & Zentner, J. 1975. **Nursing concepts for health promotion**. New York : Appleton-

Century-Crofts,

Newton, M. 1988. Complications of abdominal operations. In M. Newton & E.R. Newton (Eds.),

Complications of gynecologic and obstetric management, pp.143-174. Philadelphia :

W.A. Saunders,

Norbeck, J.S. 1981. Social Support : A Model for clinical Research and application. **Advance In**

Nursing science 37(2) : 91-95.

Norbeck, J.S. 1982. The use of social support in clinical practice. **JPNMHS** 20(12) : 22-29.

Orem, D.E. 1980. **Nursing : Concept of Practice**. 2nd ed. New York : Mc.Graw-Hill Book Co,

Parazzini, F., Negri, E., La. Vecchia, C., Luchini, L. & Mexxopane, R. 1993. Hysterectomy

oophorectomy and subsequent ovarian cancer risk. **Obstetrics Gynecol** 81 : 363-367.

- Percival, F., & Ellington, H. 1984. **A Handbook of Education Technology**. New York : Nichols Publishings Company,
- Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Nonwalk : Appleton & Lange,
- Phipps, J.H., John, M., & Nayak, S. 1993. Comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy with conventional abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 100 : 698-700.
- Pokras, M.A., & Hufnagel, V.G. 1988. Hysterectomy in the United States 1965-84. **American Journal of Public Health** 78 : 852-853.
- Pollock, S.E. 1986. 'Human Responses to Chronic Illness: Physiologic and Psychosocial Adaptation'. **Nursing Research** 35 : 90-95.
- Prior, A., Stanley, K., Smith, A.R.B., & Read, N.W. 1992. Effect of hysterectomy on anorectal and urethrovesical physiology. **Gut** 33 : 264-267.
- Rambo, B.J. 1984). **Adaptation nursing: assessment & intervention**. Philadelphia : W.B.Saunders,
- Rhodes, J., Kjerulff, K.H., Langenberg, P.W., & Guzinski, G.M. 1999. Hysterectomy and Sexual Functioning. **JAMA** 282(20) : 1934-1940.
- Roy, S.C. 1984. **Introduction to nursing: an adaptation model**. 2nd ed. New jersey : Prentice-Hall,
- Shaffer, M.A. & Lia-Hoagberg, B. 1997. Effects of social support on prenatal care and health behaviors of low-income women. **Journal of Obstetrics Gynecologic and Neonatal Nursing** 26(4) : 354-357.
- Skea, Z., Harry, V., Bhattacharya, S., Entwistle, V., Williams, B., MacLennan, G., & Templeton, A. 2003. Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology** 111 : 133-142.
- Skipper, J.K. 1975. What communication means to patients. **American Journal of Nursing** 64(4) : 101-103.
- Stewart, M.S. 1993. **Integrating social support in nursing**. Newbury Park : Sage Publications,
- Stovall, T.G. 1996. Hysterectomy. In J.S.Berek, E.Y. Adshi, & P.A. Hillard (Eds.), **Novak's Gynecology** (12th ed.), pp.727-767. Balimore : Williams & Wilkins,

- Thakar, R., Ayers, S., Georgakapolou, A., Clarkson, P., Stanton, S., Manyonda, I. 2004. Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology** 111 : 1115-1120.
- Thakar, R., Manyonda, I., Stanton, S.L., Clarkson, P., & Robinson, G. 1997. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 104 : 983-987.
- Thelma, I. 1960. Do patient feel lost in a general hospital. **American Journal of Nursing** 60(6) : 648-651.
- Thoits, P.A. 1982. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23 : 145-159.
- Thompson, D.M., McFarland, G.K., Hirsch, J.E., Tucker, S.M., & Bower, A.C. 1989. **Mosby's manual of Clinical nursing** St. Louis : C.V. Mosby,
- Tilden, V.P. 1985. Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health** 8 : 199-206.
- Wade, J., Pletsch, P.K., Morgan, S.W., & Menting, S.A. 2000. Hysterectomy: What do women need and want to know?. **Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing** 29(1) : 33-42.
- Wasaha S., & Angelopoulos, F.M. 1996. What Every Women should Know about Menopause. **American Journal of Nursing** 29(1) : 25-33.
- Weiss, R.S. 1974. The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), **Doing unto other**, pp.671- 683. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall,
- Wheeler, D. 1994. Hysterectomy. In M. Gulanick, D. Gradishar, M.K. Puzas, & K.V. Gettrust (Eds.), **Obstetric and gynecologic nursing**, pp.162-172. Albany : Delmar Publisher,
- Wiens, A.G. 1998. Preoperative Anxiety in Woman. **AORN** 68 : 74-88.
- Williamson, M.L. 1992. Sexual adjustment after hysterectomy. **Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing** 21(1) : 42-47.
- Wortman, C.M. 1984. Social support and the cancer patient: Conceptual and methodologic issues supplement to cancer. **Cancer** 15(May) : 2339-2537.



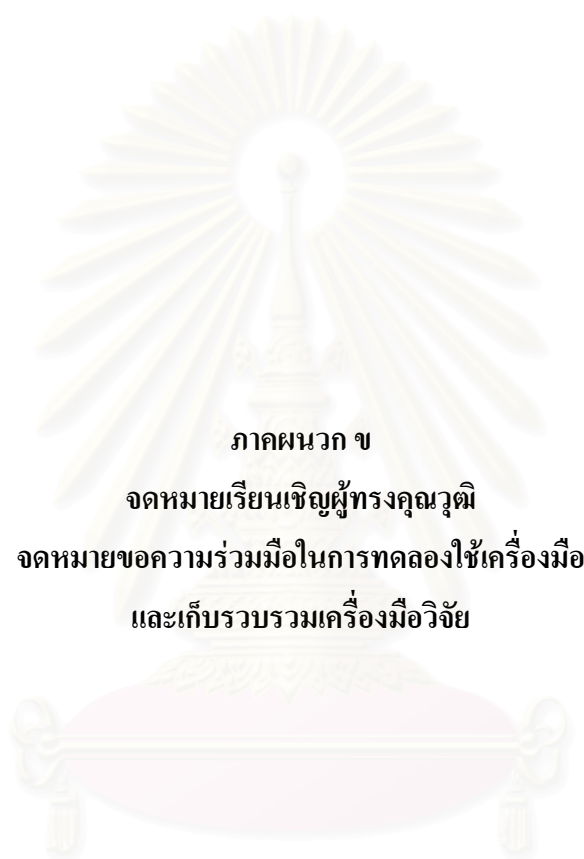
ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0256

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗๑ มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิปาจรรย์ ศิริโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้สื่อประสมร่วมกับการสนับสนุนของคู่มรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายศราวุธ เรืองสวัสดิ์
2. นางดวงหทัย ศรีสุจริต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาที่อนุมัติ

นายศราวุธ เรืองสวัสดิ์ และนางดวงหทัย ศรีสุจริต

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

นางสาววิปาจรรย์ ศิริโชติ โทร. 08-9873-3044

ที่ศธ 0512.11/ 0516



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาววิปาจริย์ ศิริโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้สื่อประสมร่วมกับการสนับสนุนของผู้สมรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใ้ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็ง โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมและห้องตรวจนรีเวชกรรม โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วย และสื่อการสอน ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อประสม และคู่มือความรู้เรื่องการผ่าตัดมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิปาจริย์ ศิริโชติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต	นางสาววิปาจริย์ ศิริโชติ โทร. 08-9873-3044



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อ โครงการ ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาววิภาจรรย์ ศิริโชติ พักอยู่บ้านเลขที่ 1 ถ.วัดโพธิ์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ถึงวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก ลักษณะแนวทางในการศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการศึกษาเป็นอย่างดี และได้พิจารณาแล้วว่าการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าและผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

คู่สมรสของ สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก
 2. ชื่อผู้วิจัย นางสาววิภาจรรย์ ศิริโชติ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 3. สถานที่ปฏิบัติงาน งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2095-6
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-8733044

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1. โครงการนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก

4.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้

5.1. เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลภายหลังการทดลอง โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่เป็นสตรีที่สมรส อายุระหว่าง 20-59 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าต้องตัดมดลูก ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ภายหลังจากเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ทั้งห้องสามัญ และห้องพิเศษของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มสตรีผ่าตัดมดลูกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส 20 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด

5.2. กลุ่มควบคุม สตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดการปรับตัวในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่าย โดยการนัดหมายที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อการติดตามผลการรักษา

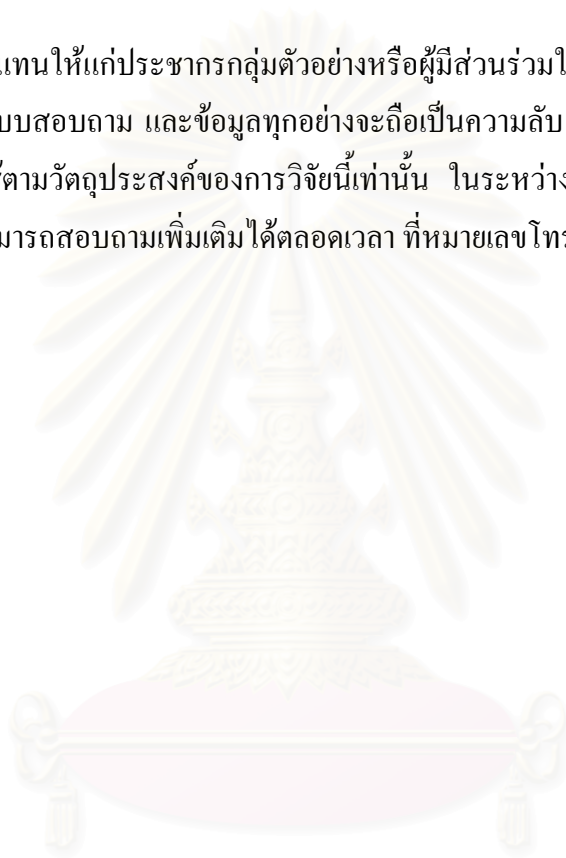
5.3. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่สตรีและกลุ่มสมรส ครั้งที่ 1 วันแรกก่อน

ผ่าตัด ครั้งที่ 2 วันที่ 1 หลังผ่าตัด ครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และครั้งที่ 4 ในวันจำหน่ายผู้ป่วย หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์หลังวันจำหน่าย ผู้วิจัยโทรศัพท์ เยี่ยมสตรีและคู่สมรส เพื่อประเมิน ปัญหา การปรับตัว ความต้องการจากสตรี และนัดหมายในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายที่ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่สตรีครบนัดต้องมาพบแพทย์

6. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจาก โครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือ การรักษา

7. ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. คำตอบในแบบสอบถาม และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอใน ภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-8733044



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วย
 - 2.3 แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน เรื่อง การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในความรู้เกี่ยวกับเรื่องมดลูก การรักษา การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง อาการข้างเคียง โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส จากคู่มือ และการชมสื่อประสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และคู่สมรสซักถามในส่วนที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ และทำการประเมินโดยวัดการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และการปรับตัวของผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย.....	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และคู่สมรส
จำนวนผู้ป่วย.....	รายบุคคล
สถานที่.....	หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ระยะเวลา.....	20-25 นาที
ผู้สอน.....	วิภาจรรย์ ศิริโชติ
วัตถุประสงค์.....	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วย และคู่สมรสได้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน 3. เพื่อให้คู่สมรสผู้ป่วยเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 4. เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกร่วมกับการสนับสนุนจากคู่สมรส

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย คู่สมรส และพยาบาล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย	<p>สนับสนุนด้านข้อมูลแก่ผู้ป่วยและคู่สมรส</p> <p>1.สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันชื่อนางสาววิภาจรรย์ สิริโชติ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของคู่สมรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านและคู่สมรส จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก อาการและการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย แผนการรักษา ขั้นตอนการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย พอสังเขป รวมทั้งบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ลักษณะสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ภายในโรงพยาบาลที่ท่านสามารถปรึกษาได้ วิธีการที่ท่านและญาติสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และมีโอกาสจะเล่าเรื่องที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกที่ไม่สบายใจ รวมทั้งซักถามข้อสงสัย และร่วมกันในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่าน</p>	<p>-ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง บอกชื่อ-นามสกุล สถาบันการศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>-ชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมผู้ป่วยและคู่สมรส ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้ป่วย</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดมดลูก และคู่สมรส เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้ป่วย</p>

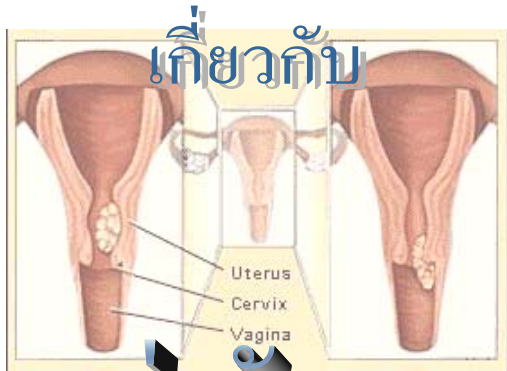
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อเป็นการ ปฐมนิเทศถึง สภาพแวดล้อม บุคลากรที่ ปฏิบัติงาน และ กฎระเบียบของ หอผู้ป่วย แก่ ผู้ป่วยและคู่ สมรส</p>	<p>2.ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมอยู่ชั้น 2 ตึก 4 ชั้น มีประตูทางเข้าสำหรับ ญาติ 2 ทาง และทางสำหรับเงินเปลผู้ป่วย 1 ทาง ญาติสามารถเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยโดยไม่ต้องเปลี่ยน หรือถอดรองเท้าออก ภายในหอผู้ป่วยมีการ ติดเลขลำดับเตียงไว้ที่หัวเตียง และป้ายชื่อผู้ป่วยพร้อมทั้งชื่อแพทย์ เจ้าของไข้ไว้ที่ปลายเตียง แพทย์และพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม. เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และ พนักงานทำความสะอาด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสื่อ ประสม เรื่องการปฐมนิเทศ และ เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย อื่นๆ</p>	<p>ใช้สื่อประสมใน การแสดงผล และ เสียง</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออกของผู้ป่วยและคู่ สมรส เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบ กับผู้วิจัย</p>

บทสื่อนี้ประสม “การให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก”

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลาที่ใช้
1.	ตราสัญลักษณ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ตราพระเกี้ยว)	เสียงดนตรี	ใช้เวลา ประมาณ 20-25 นาที
2.	ข้อความ “ เรื่องควรรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด มดลูก 1”	เสียงดนตรี	
3.	ข้อความ “จัดทำโดย นางสาววิปาจริย์ ศิริ โชติ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ผศ. ดร. ชนกพร จิต ปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษา”	เสียงดนตรี	
4.	ภาพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตึก 4 ชั้น หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม เตียงผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย	<p>หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมอยู่ชั้น 2 ของตึก 4 ชั้น มีประตูทางเข้าสำหรับญาติ 1 ทาง และทางสำหรับเจ็บแปล ผู้ป่วย 1 ทาง ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่ต้องเปลี่ยน หรือถอดรองเท้าออก ภายในหอผู้ป่วยมีการติดเลข ลำดับเตียงไว้ที่หัวเตียง และป้ายชื่อผู้ป่วยพร้อมทั้งชื่อแพทย์เจ้าของไข้ไว้ที่ปลายเตียง แพทย์และพยาบาลจะ คอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชม. เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาล เทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด</p> <p>แพทย์จะเข้ามาตรวจดูอาการผู้ป่วยทุกวันเวลาราชการ ในช่วงเวลา 8.00-12.00 น.</p> <p>คู่สมรส และญาติผู้ป่วยจะสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตั้งแต่เวลาหลังเที่ยงจนถึงเวลา 20.00 น. หลังจากนั้น ญาติสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้เตียงละ 1 คน กรณีผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในห้องพิเศษ ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ ตลอดเวลา และไม่จำกัดจำนวน</p> <p>เมื่อผู้ป่วย หรือญาติมีปัญหา ข้อสงสัย สามารถซักถามจากพยาบาลที่คอยให้การพยาบาลท่านได้</p>	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลาที่ใช้
5.	ภาพ มดลูก มีข้อความ “ ต่อมมดลูก” “ปากมดลูก” “ท่อมมดลูก” “รังไข่” ชี้ไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของมดลูก	มดลูก คืออวัยวะสำหรับทำหน้าที่ในการตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ใหญ่ที่สุดเรียกว่า ต่อมมดลูก เป็นส่วนที่ห่อหุ้มตัวอ่อนเวลาตั้งครรภ์มีเยื่อมดลูกอยู่ภายใน สำหรับให้ ตัวอ่อนฝังตัวและเกาะอยู่และ กล้ามเนื้อมดลูกอยู่ภายนอก ส่วนล่างลงมาคือ ปากมดลูก มีหน้าที่เป็นประตูของมดลูกส่วนที่สามคือ ท่อมมดลูกมี 2 ข้าง ทำหน้าที่เป็นท่อ ลำเลียงไข่และตัวอ่อนเข้ามาในโพรงมดลูก อวัยวะอื่นที่ไม่ใช่มดลูกแต่ติดอยู่กับมดลูกคือรังไข่มี 2 ข้าง ซ้าย - ขวา ทำหน้าที่ 2 อย่าง คือผลิตไข่ สำหรับ ผสมพันธุ์และผลิตฮอร์โมนเพศสตรี เพื่อให้ร่างกายและจิตใจคงความเป็นสตรีที่สมบูรณ์	
6.	ข้อความ “ การตัดมดลูกคืออะไร”	เสียงดนตรี	
7.	ภาพ มดลูก ข้อความ บอกชนิดของการผ่าตัดมดลูก	การตัดมดลูก คือ การผ่าตัดชนิดหนึ่งมีจุดประสงค์ในการเอามดลูกที่มีพยาธิสภาพออก บางครั้งก็มีการตัดเอา ท่อนำไข่และรังไข่ออกไปด้วย มีข้อบ่งชี้ ที่พบบ่อย ได้แก่ เนื้องอกในกล้ามเนื้อมดลูก ภาวะเลือดออก ผิดปกติทางช่องคลอด ภาวะมดลูกไหลช้อย โรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี ภาวะปวดในอุ้งเชิงกราน เรื้อรัง ภาวะเยื่อโพรงมดลูกชั้นผิที่และภาวะแทรกซ้อนจากการ ตั้งครรภ์หรือการคลอด เช่น ครรภ์ไข่ปลา อุก การตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกแตก ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น	
ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลาที่ใช้
	
	
	

เรื่องควรรู้ เรื่องควรรู้



การผ่าตัดมดลูก

จัดทำโดย

นางสาววิปาจรรย์ ศิริโชติ
นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา

ก้ำก๋อ ปีหนึ่ง ๆ หญิงไทยไม่น้อยกว่า 4 หมื่นราย จะถูกตัดมดลูกออกไป การตัดมดลูกเป็นหัตถการที่สตรีมีโอกาสสูงที่จะต้องทำ เพราะโรคที่เกิดกับมดลูกหรือความผิดปกติที่จำเป็นต้องตัดมดลูกมีอยู่มาก โดยมากมักเนื่องมาจากความผิดปกติที่ตัวมดลูก หรือกล้ามเนื้อมดลูก

ผู้ป่วยมักกังวลในเรื่องของการผ่าตัดมดลูก ซึ่งเป็นความกังวลของผู้ป่วยที่เหมือน ๆ กันว่า เมื่อตัดมดลูกออกแล้ว ในช่วงเชิงกรานก็จะกลวงโป่ ไม่มีอะไรคอยกกันช่องคลอด จะทำให้ก่อปัญหาในการร่วมเพศ กลัวว่าจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องคลอด วิตกกังวลในเรื่องความสุขทางเพศจะผิดเพี้ยนไป การสูญเสียความสามารถในการ الحملความสามารถที่จะมีระดู ปัญหาดังกล่าวมีผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยได้

ผู้จัดทำหวังว่าคู่มือการเตรียมความพร้อมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและคู่สมรส มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

วิปาจรรย์ ศิริโชติ

สารบัญ

การตัดมดลูกคืออะไร

ผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูกและรังไข่

คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ก่อน/หลัง ผ่าตัด

อาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

ผลเสียของการให้ฮอร์โมน



1

3

4

4

6

7

10

มดลูก

คืออวัยวะสำหรับทำหน้าที่ในการตั้งครรภ์แบ่ง

ออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ใหญ่ที่สุดเรียกว่า **ตัวมดลูก** เป็นส่วนที่ห่อหุ้มตัวอ่อนเวลาตั้งครรภ์มีเยื่อมดลูกอยู่ภายใน สำหรับให้ตัวอ่อนฝังตัวและเกาะอยู่ และ กล้ามเนื้อมดลูกอยู่ภายนอก

ส่วนล่างลงมาคือ **ปากมดลูก** มีหน้าที่เป็นประตูของมดลูก

ส่วนที่สามคือ **ท่อนมดลูก** มี 2 ข้าง

ทำหน้าที่เป็นท่อลำเลียงไข่และตัว

อ่อนเข้ามาในโพรงมดลูกปีก 2

ข้างที่ติดอยู่กับมดลูกคือ **รังไข่** มี 2

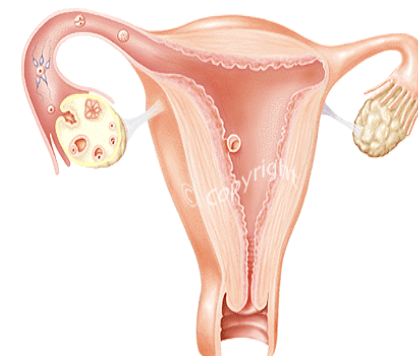
ข้าง ซ้าย - ขวา ทำหน้าที่ 2 อย่าง

คือผลิตไข่สำหรับ ผสมพันธุ์

และ ผลิตฮอร์โมนเพศสตรี

เพื่อให้ร่างกายและจิตใจคงความ

เป็นสตรีที่สมบูรณ์



2

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการ
สนับสนุนจากกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดมดลูก

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามที่ขอความกรุณาให้ท่านตอบนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

2.โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบคำถามแต่ละส่วน

3.คำตอบของทุกข้อคำถามจะมีผลต่อความเชื่อถือได้ของข้อมูล และการวิเคราะห์ผลการวิจัย ซึ่ง
จะนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับ
ผ่าตัดมดลูกที่ดีต่อไปในอนาคต

4.ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะถือเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่
นำไปเปิดเผยที่ใดเป็นรายบุคคล นอกจากจะแสดงข้อมูลในลักษณะส่วนรวมเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้
เท่านั้น จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านทั้งสิ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวคุณ โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี

2. ระดับการศึกษา

- | | |
|----------------|----------------------|
| (1) ประถมศึกษา | (2) มัธยมศึกษา |
| (3) ปริญญาตรี | (4) สูงกว่าปริญญาตรี |

3. ศาสนา

- | | |
|------------|----------------|
| (1) พุทธ | (2) คริสต์ |
| (3) อิสลาม | (4) อื่นๆ..... |

4. อาชีพ

- | | |
|----------------|---------------|
| (1) ค้าขาย | (2) รับราชการ |
| (3) เกษตรกร | (4) รับจ้าง |
| (5) อื่นๆ..... | |

5. รายได้

- | | |
|---------------------|-------------------|
| (1) 0 – 10,000 | (2) 10,001-15,000 |
| (3) 15,001 – 20,000 | (4) 20,001 ขึ้นไป |

6. สิทธิการรักษา

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| (1) เบิกต้นสังกัด | (2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| (3) ประกันสังคม | (4) ชำระเงินเอง |
| (5) อื่นๆ..... | |

7. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ภายหลังจากผ่าตัดมดลูก โดยให้ท่านกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ไม่เคยกระทำพฤติกรรมหรือไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย

เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง เคยกระทำพฤติกรรมหรือมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเล็กน้อย

เห็นด้วยพอควร หมายถึง เคยกระทำพฤติกรรมหรือมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง หรือปานกลาง

เห็นด้วยมาก หมายถึง เคยกระทำพฤติกรรมหรือมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือเป็นส่วนมาก

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง เคยกระทำพฤติกรรมหรือมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยพอควร	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1.ฉันใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย				✓	

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย พอควร	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
ด้านการทำหน้าที่ในสังคม					
1. ฉันพูดคุยปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บิดา มารดา พี่น้องได้ดี					
2. ฉันใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ได้เหมือนก่อนผ่าตัด					
3. ฉันสามารถทำงานหรือประกอบอาชีพ หรือทำงานบ้านได้เหมือนก่อนผ่าตัด					
.....					
.....					
.....					
.....					
ด้านขวัญและกำลังใจ					
1. ฉันรู้สึกว่าคุณค่าและมีประโยชน์ต่อครอบครัว					
2. ฉันมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป					
3. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างฉันกับสามีลดลงมาก่อนการผ่าตัด					
.....					
.....					
.....					
.....					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย พอควร	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
ด้านภาวะสุขภาพ					
1.ฉันรับประทานอาหารได้ ครบทุกประเภท เช่น ข้าว นม ไข่ เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้					
2.ฉันนอนหลับพักผ่อนได้ เพียงพอทุกวัน ประมาณวันละ 7-8 ชั่วโมง					
3.ฉันไม่มีอาการท้องผูก หรือ ท้องเสียในช่วง 2 สัปดาห์ที่ ผ่านมา					
.....					
.....					
.....					
.....					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนของกลุ่มสมรส

คำชี้แจง : ขอให้ท่านนึกถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน โดยผ่านการประเมินตัดสินจากกลุ่มสมรส ในการเจ็บป่วยและการผ่าตัดมดลูกในครั้งนี้ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามี ในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดมดลูก โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นท่าน โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ หรือเกิดความรู้สึกตรงตามข้อคำถามนั้นมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ หรือเกิดความรู้สึกตรงตามข้อคำถามนั้นมาก

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ หรือเกิดความรู้สึกตรงตามข้อคำถามนั้นน้อยมาก

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ หรือไม่เคยเกิดความรู้สึกตรงตามข้อคำถามนั้นเลย

ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
สามีฉันให้ความเป็นห่วงฉันเมื่อฉันรู้สึกเจ็บป่วย	✓			

ข้อคำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์				
1.สามีคอยเตือนฉันให้สังเกตอาการผิดปกติ ภายหลังการผ่าตัด				
2.สามีฉันคอยรับฟังความทุกข์ใจของฉัน				
.....				
.....				
.....				
การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า				
6.สามีฉันให้ความสำคัญ และยอมรับการ ตัดสินใจของฉัน				
7.สามีฉันบอกฉันว่า เขาสบายใจที่จะทำงาน หรืออยู่ร่วมกับฉัน				
.....				
.....				
.....				
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
11.ฉันได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยจากสามีฉัน				
12.สามีคอยเตือนฉันในการดูแลสุขภาพ ร่างกาย				
.....				
.....				
.....				

ข้อคำถาม	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย
การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ				
16.ฉันได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เช่น การจัดหาอาหารบำรุงร่างกาย จากสามีฉัน				
17.สามีฉันแบ่งเบาภาระหน้าที่ในบ้าน เมื่อฉันรู้สึกเจ็บป่วย				
.....				
.....				
.....				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้สื่อประสม

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ในสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก
กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การสนับสนุน ของกลุ่มสมรส	คะแนนกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง						คะแนนกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
การสนับสนุน ทางด้านอารมณ์	0	0.0	7	35.0	13	65.0	0	0.0	5	25.0	15	75.0
การได้รับการ ยอมรับ และเห็น คุณค่า	5	25.0	14	70.0	1	5.0	0	0.0	20	100.0	0	0.0
การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร	2	10.0	10	50.0	8	40.0	0	0.0	0	0.0	20	100.0
การสนับสนุนด้าน วัตถุและบริการ	0	0.0	5	20.0	15	80.0	0	0.0	2	10.0	18	90.0

จากตารางที่ 8 พบว่า การสนับสนุนของกลุ่มสมรสในสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูก พบว่าในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนอยู่ในปานกลางเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน การสนับสนุนด้านวัตถุและบริการ จะมีคะแนนในระดับสูงถึงร้อยละ 80 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่ามีคะแนนในระดับปานกลาง จำนวน 14 ราย (คิดเป็นร้อยละ 70) การสนับสนุนในด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ก็กับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร มีคะแนนในระดับต่ำเป็นสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 5 และร้อยละ 2 ตามลำดับ) ภายหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสเพิ่มขึ้นในทุกด้าน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เช่นเดียวกับคะแนนด้านการได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าที่มีระดับคะแนนปานกลางเพิ่มขึ้น การสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มีคะแนนในระดับสูงใกล้เคียงกันในกลุ่มทดลอง คือ ร้อยละ 90 และ ร้อยละ 75 ตามลำดับ ไม่มีคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในระดับต่ำในกลุ่มทดลองเลย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในสตรีที่ดัดแปลงหลัง
การทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การสนับสนุนของกลุ่ม สมรส	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์	15.85	1.69	15.90	0.64	-0.123	0.903
การได้รับการยอมรับ และ เห็นคุณค่า	12.60	2.41	12.10	0.64	0.895	0.381
การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร	14.55	2.96	18.10	0.91	-5.12	0.00
การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ	16.15	1.78	16.35	0.93	-0.44	0.66
การสนับสนุนโดยรวม	57.95	7.33	60.15	1.56	-1.31	0.204

จากตารางที่ 9 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสทางด้านอารมณ์ เท่ากับ 15.85 ด้านการได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า เท่ากับ 12.60 ด้านการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร เท่ากับ 14.55 ด้านการสนับสนุนวัตถุ สิ่งของ เท่ากับ 16.15 ส่วนในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสทางด้านอารมณ์ เท่ากับ 15.90 ด้านการได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า เท่ากับ 12.10 ด้านการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร เท่ากับ 18.10 ด้านการสนับสนุนวัตถุ สิ่งของ เท่ากับ 16.35 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสโดยรวมก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในสตรีที่ติดมดลูกหลัง
การทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม		การ สนับสนุน ระดับ	กลุ่มทดลอง		การ สนับสนุน ระดับ
	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์						
รู้สึกอบอุ่นใจ เมื่ออยู่ด้วย	3.85	0.48	ดี	3.85	0.36	ดี
ให้ความเป็นห่วงเมื่อเจ็บป่วย	3.70	0.47	ดี	3.85	0.36	ดี
รับฟังความทุกข์ใจ	3.40	0.59	ดี	3.85	0.36	ดี
ต้องการการดูแล	3.10	1.20	ดี	4.00	0.00	ดี
เตือนให้สังเกตอาการผิดปกติ	3.00	0.85	ดี	3.35	0.48	ดี
การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า						
มีปัญหาไม่เหมือนใคร	3.85	0.36	ดี	4.00	0.00	ดี
ยอมรับการตัดสินใจ	3.55	0.51	ดี	3.65	0.48	ดี
ทำหน้าที่ภรรยาที่ดีไม่ได้	3.45	0.82	ดี	4.00	0.00	ดี
สบายใจที่จะอยู่ร่วมกับฉัน	3.20	0.89	ดี	3.20	0.41	ดี
ได้รับการยกย่อง ชื่นชม	3.15	0.58	ดี	3.25	0.44	ดี
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
ต้องแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง	3.10	0.71	ดี	3.65	0.58	ดี
แนะนำการปฏิบัติตัว	3.05	0.82	ดี	3.50	0.51	ดี
เตือนให้มาพบแพทย์	3.00	0.91	ดี	3.95	0.22	ดี
เตือนให้ดูแลสุขภาพ	3.00	0.91	ดี	3.95	0.22	ดี
ได้รับข้อมูลความเจ็บป่วย	2.40	0.68	ปานกลาง	3.05	0.22	ดี
การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ						
พร้อมจะช่วยเหลือ	3.90	0.30	ดี	4.00	0.00	ดี
คอยดูแล	3.90	0.30	ดี	4.00	0.00	ดี
แบ่งเบาภาระหน้าที่ในบ้าน	3.65	0.48	ดี	4.00	0.00	ดี
ช่วยเหลือด้านสิ่งของ	3.10	0.85	ดี	3.35	0.93	ดี
รับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ	1.60	0.59	น้อย	1.00	0.00	น้อย

จากตารางที่ 10 พบว่าการสนับสนุนของกลุ่มสตรีทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดี โดยเมื่อพิจารณา รายด้านในกลุ่มควบคุมด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์พบว่าสตรีรู้สึกอบอุ่นใจเมื่ออยู่กับคู่สมรสอยู่ ด้วยมากที่สุด ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ได้รู้สึกว่า การเจ็บป่วยของตนเป็นปัญหาที่ไม่เหมือนใครมากที่สุด ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารในกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รู้สึกว่าต้องแก้ไขปัญหาต่างๆด้วยตัวเองมากที่สุด แต่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ต่างจากในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระดับดี อธิบายได้ว่า เนื่องจากการได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับสตรี ทำให้สตรีในกลุ่มนี้ ได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสารจากคู่สมรสดีกว่าในกลุ่มควบคุม ส่วนการสนับสนุนด้านสิ่งของ และบริการทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากคู่สมรสมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของคู่สมรสในกลุ่มทดลองทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับดีกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม มีเพียงการรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างๆในครั้ง นี้ที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของคู่สมรสในระดับน้อย อาจเนื่องจากว่าในปัจจุบันมีการใช้ สิทธิต่างๆในการชำระค่ารักษาพยาบาล ทั้งเบิกต้นสังกัด ประกันสังคม และประกันสุขภาพ รวมทั้ง ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้สิทธิการรักษาคือบัตรประกันสุขภาพ ทำให้คู่สมรสไม่ต้องรับภาระ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติแยกเป็นรายชื่อ

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์						
รู้สึกอบอุ่นใจ เมื่ออยู่ด้วย	3.85	0.48	3.85	0.36	0.00	1.00
ให้ความเป็นห่วงเมื่อเจ็บป่วย	3.70	0.47	3.85	0.36	-1.12	0.26
รับฟังความทุกข์ใจ	3.40	0.59	3.85	0.36	-2.86	0.00
ต้องการการดูแล	3.10	1.20	4.00	0.00	-3.32	0.00
เตือนให้สังเกตอาการผิดปกติ	3.00	0.85	3.35	0.48	-1.58	0.12
การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า						
มีปัญหาไม่เหมือนใคร	3.85	0.36	4.00	0.00	-1.83	0.07
ยอมรับการตัดสินใจ	3.55	0.51	3.65	0.48	-0.63	0.53
ทำหน้าที่ภรรยาที่ดีไม่ได้	3.45	0.82	4.00	0.00	-2.97	0.00
สบายใจที่จะอยู่ร่วมกับฉัน	3.20	0.89	3.20	0.41	0.00	1.00
ได้รับการยกย่อง ชื่นชม	3.15	0.58	3.25	0.44	-0.60	0.54
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
ต้องแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง	3.10	0.71	3.65	0.58	-2.65	0.01
แนะนำการปฏิบัติตัว	3.05	0.82	3.50	0.51	-2.07	0.04
เตือนให้มาพบแพทย์	3.00	0.91	3.95	0.22	-4.49	0.00
เตือนให้ดูแลสุขภาพ	3.00	0.91	3.95	0.22	-4.49	0.00
ได้รับข้อมูลความเจ็บป่วย	2.40	0.68	3.05	0.22	-4.05	0.00
การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ						
พร้อมจะช่วยเหลือ	3.90	0.30	4.00	0.00	-1.45	0.15
คอยดูแล	3.90	0.30	4.00	0.00	-1.45	0.15
แบ่งเบาภาระหน้าที่ในบ้าน	3.65	0.48	4.00	0.00	-3.19	0.00
ช่วยเหลือด้านสิ่งของ	3.10	0.85	3.35	0.93	-0.88	0.38
รับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ	1.60	0.59	1.00	0.00	4.48	0.00

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกือบทุกข้อ มีเพียงด้านการสนับสนุนสิ่งของและบริการที่มีการรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาพยาบาลอยู่ในค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อย เนื่องจากการใช้สิทธิในการรักษาโดยใช้หลักประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มสมรสจึงไม่ได้รับการในส่วนนี้ สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนของกลุ่มสมรสในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิปาจริย์ ศิริโชติ เกิดเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2514 จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2536 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่ ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2547 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุ ลูกเข็น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตำบล มะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย