



ผลของโครงการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะ  
เป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ปีการศึกษา 2567  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏ

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะ  
เป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ปีการศึกษา 2567  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล  
ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ”

ของ เบญจรัตน์ นุชวงษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์)

.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

|                  |                                                                                                                                                |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อเรื่อง       | ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ |
| ผู้วิจัย         | เบญจรัตน์ นุชวงษ์                                                                                                                              |
| ประธานที่ปรึกษา  | ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์                                                                                                                            |
| กรรมการที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ                                                                                                          |
| ประเภทสารนิพนธ์  | วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567                                                                       |
| คำสำคัญ          | โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ความวิตกกังวล ความปวด ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด                            |

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมพัฒนามาจากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายที่นัดผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นครั้งแรก จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามความวิตกกังวล, แบบประเมินความปวด, แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และลดความปวดหลังผ่าตัด

**Title** EFFECTS OF PREPARATORY INFORMATION PROGRAM ON ANXIETY PAIN AND HEMATURIA IN PATIENT UNDERGOING TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE.

**Author** Benjarath Nutwong

**Advisor** Rungnapa Chairat, Ph.D.

**Co-Advisor** Assistant Professor Intira Pakanta, Ed.D.

**Academic Paper** M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2024

**Keywords** Preparatory information, Transurethral resection of the prostate, Anxiety, Pain, Hematuria

### ABSTRACT

This study was quasi-experimental research to study the effects of a preparatory information program on anxiety, pain, and hematuria in patients undergoing transurethral resection of the prostate (TURP). The preparatory information program was developed based on the Self-Regulation Theory by Leventhal and Johnson. The sample group were of 24 male patients divided into a control group and an experimental group, with 12 patients in each group for elective transurethral resection of the prostate at Naresuan University Hospital for the first time. The data collection recording form such as personal information record, an anxiety questionnaire, a pain assessment scale, and a hematuria assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test and Independent t-test

The research findings revealed that after receiving the program, the experimental group had a significantly lower mean anxiety score compared to before receiving the program ( $p < .001$ ). The experimental group also had a significantly lower mean anxiety score than the control group ( $p < .001$ ). The experimental group also had a significantly lower mean pain score than the control group ( $p < .05$ ).

However, there was no significant difference in the incidence of hematuria between the experimental and control groups ( $p > .05$ )

Therefore, it is recommended to implement the preoperative information and preparatory information program for patients undergoing transurethral resection of the prostate, as this program effectively reduces preoperative anxiety and postoperative pain.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์อันประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ ที่กรุณามาเป็นกรรมการสอบตั้งแต่โครงร่างวิทยานิพนธ์จนมาถึงสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ข้อเสนอแนะที่อาจารย์ได้ให้ไว้ช่วยให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์และขอขอบพระคุณอาจารย์มา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร อาจารย์แพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ เจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้อำนาจใจ และให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุด ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียน รุ่นพี่ ที่คอยช่วยเหลือ และให้อำนาจใจที่ดีมาตลอดจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เบญจรัตน์ นุชวงษ์

## สารบัญ

หน้า

|                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....ค                                                                                |  |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง                                                                             |  |
| ประกาศคุุณูปการ.....ฉ                                                                                |  |
| สารบัญ.....ช                                                                                         |  |
| สารบัญตาราง.....ณ                                                                                    |  |
| สารบัญภาพ.....ญ                                                                                      |  |
| บทที่ 1 บทนำ..... 1                                                                                  |  |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1                                                                |  |
| จุดมุ่งหมายของการวิจัย..... 8                                                                        |  |
| สมมุติฐานของการวิจัย..... 9                                                                          |  |
| ขอบเขตการวิจัย..... 9                                                                                |  |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... 9                                                                               |  |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 12                                                       |  |
| โรคต่อมลูกหมากโต..... 13                                                                             |  |
| แนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด..... 28                                                        |  |
| แนวคิดความปวด..... 39                                                                                |  |
| ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด..... 53                                                                         |  |
| การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและการนำแนวคิดมาใช้ในการผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ..... 59 |  |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 64                                                                        |  |
| กรอบแนวคิดของการวิจัย..... 68                                                                        |  |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย..... 69                                                                   |  |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 70                                                                      |  |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 71                                                                   |  |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 74                                                                          |  |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 75                                                                |  |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... 75                                                                           |  |



|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| บทที่ 4 ผลการวิจัย .....                                                                                          | 77  |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล .....                                                                                   | 78  |
| ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง .....                                          | 79  |
| ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลองก่อน<br>และหลังได้รับโปรแกรมฯ ..... | 81  |
| ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมกับ<br>กลุ่มทดลอง .....            | 82  |
| ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (หลังผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมกับ<br>กลุ่มทดลอง .....                  | 83  |
| ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุม<br>กับกลุ่มทดลอง .....     | 84  |
| บทที่ 5 บทสรุป.....                                                                                               | 85  |
| สรุปผลการวิจัย .....                                                                                              | 85  |
| อภิปรายผล .....                                                                                                   | 86  |
| ข้อจำกัดของงานวิจัย.....                                                                                          | 89  |
| ข้อเสนอแนะ .....                                                                                                  | 89  |
| บรรณานุกรม.....                                                                                                   | 90  |
| ภาคผนวก.....                                                                                                      | 103 |
| ประวัติผู้วิจัย.....                                                                                              | 132 |

## สารบัญตาราง

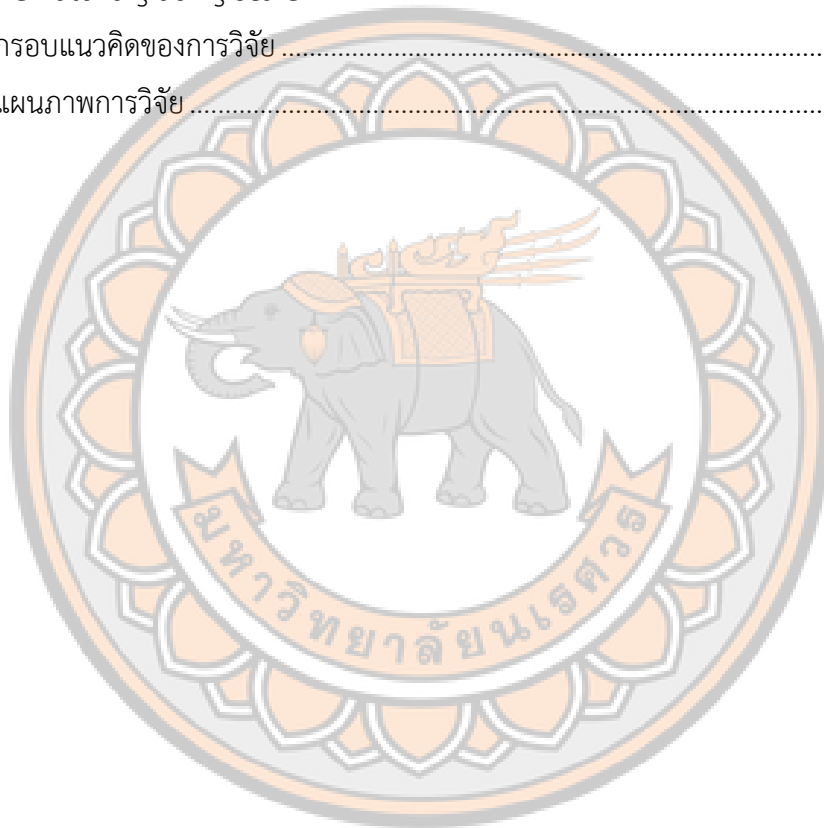
หน้า

|                                                                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ...                                                         | 78  |
| ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง .....                                                                         | 78  |
| ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และขนาดของต่อมลูกหมาก<br>ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง .....                   | 79  |
| ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของระดับการศึกษา ขนาดของสายสวนปัสสาวะ และการ<br>ได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง..... | 80  |
| ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของ<br>กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ.....                  | 81  |
| ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด)<br>ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง .....                          | 82  |
| ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (หลังผ่าตัด)<br>ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง .....                                | 83  |
| ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด)<br>ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง .....                                 | 84  |
| ตาราง 9 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อม<br>ลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะกับสื่อวีดิทัศน์ .....                 | 112 |

## สารบัญภาพ

หน้า

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| ภาพ 1 เครื่องมือประเมินความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS)..... | 48 |
| ภาพ 2 เครื่องมือประเมินแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS).....    | 49 |
| ภาพ 3 เครื่องมือประเมินความปวดด้วยใบหน้า (Face Rating Scales: FAS)..... | 50 |
| ภาพ 4 Hematuria grading scale.....                                      | 57 |
| ภาพ 5 กรอบแนวคิดของการวิจัย .....                                       | 68 |
| ภาพ 6 แผนภาพการวิจัย .....                                              | 69 |



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ชายอายุมากกว่า 50 ปี ประมาณร้อยละ 50 และพบมากถึงร้อยละ 80 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (บุญมี สันโดษ, 2559) ในปีพ.ศ. 2562 พบถึง 94 ล้านราย จำนวนผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นทั่วโลกถึงร้อยละ 70.5 ระหว่างปีพ.ศ. 2543 - 2562 (GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators, 2022) สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 มีจำนวน 73,580 ราย, 82,284 ราย, 90,225 ราย, 90,584 ราย และ 80,600 รายตามลำดับ เช่นเดียวกับภาคเหนือของประเทศไทยพบผู้ป่วยมีภาวะต่อมลูกหมากโต ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2564 จำนวน 17,780 ราย, 18,382 ราย, 19,749 ราย, 19,954 ราย และ 18,460 รายตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ

โรคต่อมลูกหมากโตเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์ต่อมลูกหมากจนเกิดเป็นก้อนรอบ ๆ ท่อปัสสาวะเกิดการกดเบียดบริเวณรอบท่อปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (ดุสิต สกกุลปิยะเทวัญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และจิตตวดี เจริญทอง, 2566) โดยเฉพาะเกิดการอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับมีการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะเกิดภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ผลจากไตบวมน้ำจะเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงที่ไต ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery stenosis) ทำให้เนื้อไตได้รับการบาดเจ็บ (Renal injury) จากการขาดเลือด กระตุ้น Renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) เพิ่มการดูดกลืนน้ำและโซเดียมเกิดภาวะน้ำและโซเดียมในร่างกายเกิน ในขณะเดียวกันเมื่อเกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงไตลดลงทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ขับของเสียนำมาสู่ภาวะของเสียคั่ง (Uremia) (นคร มธรรตาวงศ์, 2562; รัชนิ ผิวผ่อง, 2564) โรคต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจะมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของโรค แบบแผนการปัสสาวะที่ผิดปกติไปจากเดิมจากการที่ไม่สามารถควบคุมปัสสาวะได้ เช่น การอั้นเสกติดเชื่อบริเวณทางเดินปัสสาวะ, ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลันเรื้อรัง, กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น (Tolani, Suleiman, Awaisu, Abdulaziz, Lawal, & Bello, 2020) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ ผู้ป่วยมักจะเกิดความวิตกกังวล อาจจะนำไปสู่ความรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้โรคต่อมลูกหมาก

โตเป็นโรคเรื้อรังทำให้มีการรักษาเป็นระยะเวลานาน ยารักษาโรคาค่อนข้างแพง ค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มมากขึ้น (ยมนา ชนะนิล และณัฐนันท์ คำพิริยพงษ์, 2565; Singam et al., 2015; Yang et al., 2014)

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตมีหลายรูปแบบได้แก่ การปรับพฤติกรรม, การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยไม่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตจะพิจารณาให้การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมก่อน หากยังไม่ทุเลาเริ่มรักษาโดยใช้ยาและการผ่าตัดตามลำดับ การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตมีหลากหลายวิธีตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิด (Open prostatectomy), การผ่าตัด Transurethral incision of prostate (TUIP), การผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ (Photoselective vaporization of the prostate: PVP) และการผ่าตัดที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะ (transurethral resection of prostate gland: TURP) ในประเทศอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตเข้ารับการผ่าตัด TURP เฉลี่ย 150,000 รายต่อปี (Comprehensive Urology, 2023) และในประเทศไทยการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดของการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะ (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

ผลกระทบจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับ การผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีการคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ล่วงหน้า ผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์เหล่านี้เป็นภาวะคุกคามและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองส่งผลให้มีการแสดงออกถึงอารมณ์ตึงเครียด หวาดกลัวและกังวล (Arslan, Ozer, & Ozyurt, 2007; Spielberger, 1983) ซึ่งก่อนการผ่าตัดจะพบภาวะวิตกกังวลร้อยละ 11-18 (Mitchell, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมของ กาญจนา เชื้อนแก้ว (2561) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีระดับคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงค่าร้อยละ 61.67 ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นไปอีกส่งผลให้ความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น การล่าช้าในการหายและการพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลในช่วงก่อนผ่าตัดสูงจะมีการฟื้นตัวในระยะหลังของการผ่าตัดได้ไม่ดี (Mulugeta, Ayana, Sintayehu, Dessie, & Zewdu, 2018)

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองภายในที่ซับซ้อนต่อการคาดการณ์อันตรายจากภายนอก การรับรู้ถึงความเสี่ยง ความอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่รู้ไม่แน่ใจ กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ การได้ยาระงับความรู้สึก สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลต่อทางด้านร่างกายจิตใจและพฤติกรรม เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น, ความดันโลหิตสูงขึ้น,

กล้ามเนื้อหดและตึงตัวมากขึ้น มีเหงื่อออกมาก หวาดกลัว, หวาดหวั่น, ไม่สุขสบาย เป็นต้น ผลทางด้านพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย, นอนไม่หลับ, ตึงเครียด เป็นต้น (กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561) การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะนอกจากส่งผลกระทบทางด้านจิตใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดแล้ว หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้จะมีผลทำให้การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยสูงขึ้นภายหลังผ่าตัดจึงจำเป็นต้องหาทวิวิธีลดความวิตกกังวลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด (อมรรัตน์ มังชา และคณะ, 2554 อ้างถึงใน วิพาพร ขาวนวล, 2558; Karanci, & Dirk, 2003 อ้างถึงใน วิพาพร ขาวนวล, 2558) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ระยะเวลารอผ่าตัด, ข้อมูลสำหรับการผ่าตัด, บริเวณที่จะทำการผ่าตัด, ชนิดของการผ่าตัด, สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์, สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด, ผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, และชนกพร จิตปัญญา, 2550; ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, 2550 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562; ไมตรี ยอดแก้ว, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ, และศรีสุดา วนาสีลิน, 2553; ศรีนทรา ทองมี, 2548; วรณช ฤทธิธรรม, 2554; Caumo et al., 2001, อ้างถึงใน ศรีนทรา ทองมี, 2548; Ros, 2000 อ้างถึงใน ศรีนทรา ทองมี, 2548) ที่สำคัญประการหนึ่งคือพร่องการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561; กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562)

แม้ว่าการลดความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธีทั้งการใช้ยา แต่วิธีการที่ได้รับการยืนยันว่าได้ผลดีและสามารถทำได้โดยบทบาทอิสระของพยาบาลคือการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561) ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเนื่องจากการให้ข้อมูลที่มีแบบแผนเพียงพอโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกก่อนรักษาควบคู่กับการส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้ถึงวิธีการในแต่ละระยะของการผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) แล้วนำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคามจนเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาได้ (ฉันทนา โสวัตร, ขวัญชนก ยศคำลือ, พรทิพย์ สำริดเปี่ยม, และอดิภัทร พรหมสมบัติ, 2564; Leventhal, & Johnson, 1983; Musa et al., 2020) ความวิตกกังวลที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนขณะเข้ารับการผ่าตัดได้เพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้

อย่างถูกต้อง (พิไลพร ชัมเจริญ, และเพ็ญพร โภควิริยะ, 2542) ดังนั้น หากผู้ป่วยมีความรู้โดยได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จะทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพรวมทั้งการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้สามารถวางแผนและมีความพร้อมในการปฏิบัติตน เป็นผลให้ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

ผลกระทบภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดในระยะแรก ได้แก่ ภาวะ TURP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันทีหลังผ่าตัดแต่พบไม่บ่อยมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นเพียงร้อยละ 0.43 ผู้ป่วยจะมีอาการ สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นช้า ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย คือ ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (ภาณุ อดกลั่น, วัจนา สุคนธวัฒน์, ยุคลธร ทองตระกูล, และกรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ, 2552) จากการศึกษาของ บุญมี สันโดษ (2559) พบอุบัติการณ์มีปัสสาวะเป็นเลือดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะ ร้อยละ 65 ลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 26.67 ความปวดหลังผ่าตัด ร้อยละ 86.67 ในระยะภายหลังผ่าตัดยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ (พบไม่บ่อย) จากการศึกษาของ หยาง และคณะ (Yang et al., 2023) เช่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 17, อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ร้อยละ 84 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 3.13 เป็นต้น

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทางอารมณ์เกิดได้จากการที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความปวดเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ความปวดจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นความปวดที่เกิดจากการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะถือเป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากกลไกการยืดขยาย (Stretching) ของอวัยวะจากการใส่เครื่องมือที่ทำด้วยโลหะแข็งและมีลักษณะตรงเข้าไปในท่อปัสสาวะชายที่มีลักษณะโค้งเป็นมุมท่อปัสสาวะจะถูกยืดขยายออก (Tzortzis, Gravas, Melekos, & Rosette, 2009) แรงเฉือน (Shear stress forces) ที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นเยื่อบุเซลล์ของท่อปัสสาวะให้ปล่อยสารอะดีโนซีนไตรฟอสเฟต (Adenosine triphosphate) สารนี้มีผลต่อตัวรับความปวดบริเวณใต้เยื่อบุเซลล์ของท่อปัสสาวะ เมื่อมีแรงเฉือนมากพอจะเปลี่ยนเป็นศักย์ไฟฟ้าและถ่ายทอดสัญญาณประสาทไปยังระบบประสาทส่วนกลางเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (Tzortzis et al., 2009) ภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผู้ป่วยจะมีความปวดบริเวณท้องน้อย มีความรู้สึกปวดเบ่งหรืออยากถ่ายปัสสาวะ อุจจาระร่วมด้วย (บุญมี สันโดษ, 2550) ส่วนใหญ่ความปวดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจะปวดรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ความปวดจากการใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทาง ขนาดใหญ่ 22 – 24 Fr. ทำให้เกิดการระคายเคืองตรงบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะ (Meatus) และการใส่น้ำกลั่นในสายสวนปัสสาวะเพื่อเพิ่มแรงดันกดบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและ



แผลผ่าตัดร่วมกับการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดได้ (บุญมี สันโดษ, 2559; ภาณุ อุดกลั่น และคณะ, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมของ บุญมี สันโดษ (2559) พบว่าผู้ป่วยมีความปวดขณะสวนล้างกระเพาะปัสสาวะระดับมาก (7-10 คะแนน) ในช่วงวันแรกหลังผ่าตัดร้อยละ 86.67

ความปวดจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีความรุนแรงของภาวะเป็นปัสสาวะเลือดออกทำให้มีการคั่งของน้ำปัสสาวะเกิดขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของต่อมลูกหมากไม่สามารถหดตัวบีบรัดหลอดเลือดยิ่งทำให้เลือดออกมากขึ้น (บุญมี สันโดษ, 2550) ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดเบ่งอยากถ่ายปัสสาวะร่วมกับไม่มีปัสสาวะไหลออกทางสายสวนปัสสาวะ (บุญมี สันโดษ, 2559) โดยทั่วไปภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะผู้ป่วยจะได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (Continuous Bladder Irrigation: CBI) เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ถ้าเกิดการไหลของน้ำเกลือไม่ต่อเนื่องจะทำให้เกิดลิ่มเลือดเล็ก ๆ อุดท่อสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดเบ่งอยากถ่ายปัสสาวะและมีเลือดออกมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมของ บุญมี สันโดษ (2559) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะร้อยละ 26.67

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความปวดจากการทำหัตถการและการผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ, การยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ, การใส่สายสวนปัสสาวะ, การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน, ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด, การพร้อมข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อผ่าตัด, อายุ, การรับรู้ความรู้สึก และการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด วิธีการบรรเทาความปวดมีหลายวิธีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลได้ทันทีคือแบบไม่ใช้ยา (วิริยา ศิลา, 2560) ซึ่งการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่นิยมในการปฏิบัติและช่วยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาความปวดเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงน้อย (วันทนา ชูอุดมสุข, 2553) มีการศึกษาที่ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (กาญจนา เขื่อนแก้ว, 2561) เนื่องจากการให้ข้อมูลที่มีแบบแผนเพียงพอและครบถ้วนทุกมิติจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) รู้วิธีในการจัดการความปวดเกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) แล้วนำมาปรับเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนควบคุมตนเองโดยการทำตามคำแนะนำในการบรรเทาความปวดจากของบุคลากรทางการแพทย์ (Function response) เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) ส่งผลให้ความปวดลดลง (Leventhal, & Johnson, 1983)



ปัสสาวะเป็นเลือดหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นภาวะที่พบบ่อย มีอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ร้อยละ 26.67 (บุญมี สันโดษ, 2559) ใน 24 ชั่วโมงแรกเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดจากการผ่าตัดมีเลือดปะปนไปกับน้ำปัสสาวะ สังเกตได้จากระดับสีของปัสสาวะ (อรทัย พินสุวรรณ, 2550) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทางขนาดใหญ่ 22 – 24 Fr. ค้างไว้ร่วมกับได้รับการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้อยู่กับที่บริเวณหน้าขาเป็นการเพิ่มแรงดันบนคอกระเพาะปัสสาวะและแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันเลือดออกจนเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะควบคู่ไปกับการล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันการไหลของปัสสาวะ จากการทบทวนวรรณกรรมของ บุญมี สันโดษ (2559) พบอุบัติการณ์ความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดจากการไม่สามารถเหยียดขาขณะได้รับการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะอย่างต่อเนื่องร้อยละ 65 ในกระบวนการดังกล่าวผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหวอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรีดก้นและกระตุ้นความปวด (Fitzpatrick, & Mebust, 2002; Santarosa, Te, & Kaplan, 2000; Townsend et al., 2004 อ้างถึงใน บุญมี สันโดษ, 2550) ถ้าหากผู้ป่วยมีเลือดออกมากจับตัวแข็งเป็นลิ่มเลือด เกิดการอุดตันการไหลของปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยจะปวดปัสสาวะมากแต่ปัสสาวะไม่ออกส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน (Acute urinary retention) นอกจากนี้อาจทำให้กระเพาะปัสสาวะแตกได้จากการที่ปริมาณเลือดและปัสสาวะจำนวนมากไม่สามารถขับออกมาได้ (อรทัย พินสุวรรณ, 2550)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในระยะแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ขนาดของต่อมลูกหมาก, ระยะเวลาการผ่าตัด, การยึดตรึงสายสวนปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ, กระบวนการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่ต่อเนื่อง, กระบวนการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ, ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มด้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือด การกระทบกบริเวณแผลผ่าตัด และท้องผูก (บุญมี สันโดษ, 2559; อรทัย พินสุวรรณ, 2550)

มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล ลดปวด และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมาบ้างแล้ว (บุญมี สันโดษ, 2550; บุญมี สันโดษ, 2559) แต่การศึกษานั้นประมาณ 10 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบริบทการดูแลสุขภาพไปอย่างมาก เช่น มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษานั้นมาตอบคำถามงานวิจัยในสถานการณ์ปัจจุบันได้ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องแสวงหาแนวทางอื่นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

แนวคิดทฤษฎีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) พัฒนามาจากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) จากข้อมูลของแต่ละบุคคลที่เรียนรู้มาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ร่วมกับการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เก็บไว้ในความทรงจำของตนเองจนเกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาธสัมพันธ์ทั้งห้านำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคามที่จะทำให้ตนเป็นอันตราย เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตนเองตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) เป็นผลให้เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) เมื่อมีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น (Leventhal, & Johnson, 1983)

สำหรับสถิติจากข้อมูลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างในระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 22, 30, 29, 45, 57 รายตามลำดับ สถิติรายปีพบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 36 รายต่อปี (ข้อมูลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566) จากการทบทวนแบบบันทึกทางการแพทย์พบผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ร้อยละ 80 มีความปวดขณะได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดที่ระดับคะแนน 3-5 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ร้อยละ 80 จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เหยียดขาขณะได้รับการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษาอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด และเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดรุนแรงจนเกิดลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะขณะสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 8.3

สำหรับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ยังพร่องการให้ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกขณะการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ขณะที่ผู้ป่วยถูกเข็มแทงจะรู้สึกเจ็บเล็กน้อย, อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดจะเย็นมาก, บริเวณที่จะลงเข็มขณะให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บจี๊ด ๆ เหมือนมดกัด เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมโดยเฉพาะข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาธสัมพันธ์ทั้งห้านำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้ตนเป็นอันตราย ทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยส่งผลลดความวิตกกังวลและบรรเทาความปวดได้ แม้ว่าจะมีการศึกษาประเด็นในการเตรียมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล บรรเทาความปวด มาบ้างแล้ว แต่งานวิจัยเหล่านั้นศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ, ผ่าตัดข้อเข่าเทียม

และผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้ง 4 ประเภท โดยเฉพาะการให้ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก พบว่าได้ผลดี (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562; กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561; ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562)

โดยสรุปการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ลดความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของ ลีเวนทาลและ จอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) สามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทำให้ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) ทั้งนี้การได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์ ความที่ต้องประสบจากประสาธสัมผัสทั้งห้านำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้อันตราย เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตนเองตนเอง ทางด้านร่างกาย (Function response) ในสถานการณ์จริง เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทางด้านอารมณ์ (Emotional response) (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยส่งผลลดความวิตกกังวล ลดความปวด และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดได้ด้วยกระบวนการดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและสิ่งที่ควรปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดได้แก่ การหยิดยา ไม่อั้นปัสสาวะที่ยึดตรงสายสวนปัสสาวะสามารถลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (บุญมี สันโดษ, 2559)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวล ลดความปวด และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพในการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพดูแลองค์รวมทั้งกายและจิตใจมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. เปรียบเทียบภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยมีตัวแปรต้นคือ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ตัวแปรตามคือ ความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ทำการศึกษาในโรงพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยชายที่นัดผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นครั้งแรกแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) จำนวน 24 ราย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ความวิตกกังวล** หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ได้แก่ ความรู้สึกหวาดกลัว ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่รู้ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และคาดการณ์ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือรู้สึกว่าคุณเองมีความไม่ปลอดภัย ประกอบด้วยความวิตกกังวลเกี่ยวกับความพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ,

การได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง, สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ (ความมั่นใจต่อการดูแลของพยาบาลในหอผู้ป่วย, ความมั่นใจในการดูแลของแพทย์ ความมั่นใจในประสิทธิภาพของบุคลากรในห้องผ่าตัด, ความไม่สบายใจในสัมพันธภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างเข้ารับการรักษา), สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด และผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด ประเมินโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

**ความปวด** หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก ประสบการณ์ ที่ไม่สุขสบายทางอารมณ์ ซึ่งเกิดได้จากเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากได้รับการบาดเจ็บ จากการผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันจากภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความปวดเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric pain rating scale) เป็นมาตรวัดที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ปวด จนถึง 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด (สมาคมเรื่องการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน ประเมินความปวด 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

**ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด** หมายถึง ภาวะที่มีเลือดปนในปัสสาวะหลังได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ สังเกตได้จากระดับสีของปัสสาวะ เมื่อนำมาเทียบกับ Hematuria grading scale (Ma, Han, Wang, Kan, & Niu, 2020; Stout, Borofsky, & Soubra, 2021) โดยแบ่งเป็น 5 Grade ตั้งแต่ Grade 1 หมายถึง ปัสสาวะสีใสสามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้ จนถึง Grade 5 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีแดงเข้มเพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ หากสีไม่เปลี่ยนแปลงอาจมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบมือและรายงานแพทย์ ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำการประเมินใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

**โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม** หมายถึง แบบแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ตลอดจนการสังเกตการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รวมทั้งพยาบาลที่ดูแลก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เพื่อให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) กับผู้ป่วย ตามแนวคิดของลีเวนทาล และจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา (Procedural information) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา (Behavioral information) และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skill information) โดยใช้ สื่อวีดิทัศน์ (VDO) ความยาวประมาณ 15-20 นาที เนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์

(VDO) ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาการเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ต้องพบในการผ่าตัด, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนและหลังการผ่าตัด และข้อมูลการเผชิญความวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัด

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะตามมาตรฐานการให้ข้อมูลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทักษะการให้การพยาบาลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และองค์ความรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การจัดการความปวด การดูแลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะให้มีประสิทธิภาพ เป็นต้น





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคต่อมลูกหมากโต
  - 1.1 พยาธิสรีรวิทยา
  - 1.2 อาการและอาการแสดง
  - 1.3 การวินิจฉัยโรค
  - 1.4 การรักษาโรคต่อมลูกหมากโต
  - 1.5 ผลกระทบของโรคต่อมลูกหมากโต
  - 1.6 ผลกระทบจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
  - 1.7 การพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
2. แนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
  - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
  - 2.2 ประเภทของความวิตกกังวล
  - 2.3 ระดับความวิตกกังวล
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
  - 2.5 การประเมินความวิตกกังวล
  - 2.6 ผลกระทบความวิตกกังวล
  - 2.7 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล
3. แนวคิดความปวด
  - 3.1 ความหมายของความปวด
  - 3.2 ชนิดของความปวด
  - 3.3 กลไกการเกิดความปวด
  - 3.4 ทฤษฎีความปวด

3.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ  
ปัสสาวะ

3.6 ผลกระทบความปวดหลังผ่าตัด

3.7 การประเมินความปวด

3.8 การพยาบาลเพื่อลดความปวด

4. ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

4.1 ความหมายของปัสสาวะเป็นเลือด

4.2 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

4.3 ปัจจัยการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

4.4 ระดับของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

4.5 การประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

4.6 การพยาบาลเพื่อลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ

ปัสสาวะ

5. การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและการนำแนวคิดมาใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่าน  
ทางท่อปัสสาวะ

5.1 แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

5.2 ประเภของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

5.3 แนวทางการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก  
ผ่านทางท่อปัสสาวะ

5.4 วิธีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

5.5 การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## โรคต่อมลูกหมากโต

ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) ประกอบด้วยส่วนของท่อต่อมลูกหมาก (Fibromuscular) และต่อม (Glandular) วางอยู่ใต้ต่อกระเพาะปัสสาวะ เป็นอวัยวะหนึ่งของระบบสืบพันธุ์ชายมีรูปร่างคล้ายลูกเกาลัด น้ำหนักประมาณ 20 กรัม อยู่ในอู้งเชิงกรานระหว่างกระดูกหัวหน่าวกับลำไส้ใหญ่ของช่องทวารหนัก โดยอยู่ต่ำกว่าส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ ล้อมรอบท่อปัสสาวะส่วนต้นเมื่อแรกเกิดต่อมลูกหมากนี้มีขนาดเล็กมาก แต่อย่างเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งการเปลี่ยนแปลง



ของฮอร์โมนและต่อมลูกหมากนี้จึงมีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็วจะโตเต็มที่และโตคงที่เมื่ออายุ 40 ปี (สมพร กิจนุกูล, พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์, 2560)

## 1. พยาธิสรีรวิทยา

โรคต่อมลูกหมากโตเกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนเพศ แอนโดรเจน (Androgen) และ เอสโตรเจน (Estrogen) ที่มีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) เป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (Dihydrotestosterone: DHT) โดยอาศัยเอนไซม์ 5- $\alpha$  reductase และ DHT นี้กระตุ้นการทำงานของโกรทแฟคเตอร์ (Growth factor) ทำให้การเจริญของเซลล์ต่อมลูกหมากโตมากขึ้น และเป็นก้อนทำให้ท่อปัสสาวะที่ถูกต่อมลูกหมากห่อหุ้มอยู่ มีขนาดเล็กลง และเกิดการตีบหรืออุดตันทำให้การเก็บปัสสาวะมากกว่า 500 มิลลิลิตร (กิตติณัฐ กิจวิชัย และ เจริญ สีนานุพันธ์, 2547) ในกระเพาะปัสสาวะ จะทำให้ปริมาตรและความดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น กระตุ้นประสาทซิมพาธิก ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงของกล้ามเนื้อเรียบต่อมลูกหมาก กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และกล้ามเนื้อหูรูด เกิดกลุ่มอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower urinary tract symptom: LUTS) จากการอุดตันของการขับถ่ายปัสสาวะ (อภิรักษ์ ประจวบ, 2559)

## 2. อาการและอาการแสดง

จากที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตมากขึ้น ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะดังนี้ (อภิรักษ์ ประจวบ, 2559)

1. ปัสสาวะใช้เวลานาน (Hesitancy) หมายถึง การที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอนานกว่าปกติ ก่อนที่จะมีปัสสาวะออก เนื่องจากการล้าของกล้ามเนื้อปัสสาวะในการขับน้ำปัสสาวะผ่านท่อที่แคบจากการกดเบียดของต่อมลูกหมากโตขึ้น

2. ปัสสาวะล้าเล็กน้อย (Poor stream) หมายถึง ความแรงของปัสสาวะลดลง จากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะขับน้ำผ่านทางท่อปัสสาวะที่แคบร่วมกับการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง เนื่องจากต่อมลูกหมากโตขึ้นกดเบียดท่อทางเดินปัสสาวะ

3. ปัสสาวะค้าง (Sensation of incomplete emptying) หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกปัสสาวะไม่หมด เนื่องจากการกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวนาน ทำให้ปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะจากการที่ขับน้ำปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะไม่หมดในแต่ละครั้งที่ปัสสาวะ

4. การใช้แรงเบ่งปัสสาวะ (Straining) หมายถึง การต้องใช้แรงเบ่งช่วยในการปัสสาวะจากการที่มีน้ำปัสสาวะค้างในท่อปัสสาวะไม่ได้รีดกลับเข้ากระเพาะปัสสาวะในขณะที่ปัสสาวะเสร็จ จึงทำให้มีการกระตุ้นปัสสาวะอีกครั้ง

5. การปัสสาวะออกมาเป็นช่วง ๆ (Intermittency) เกิดจากการมีน้ำปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะต้องออกแรงมากในการปัสสาวะแต่ละครั้ง

6. ปัสสาวะหยดตอนท้าย (Post void dribbling) หมายถึง มีปัสสาวะออกมาเป็นหยด ๆ เกิดจากการอุดตันของต่อมลูกหมาก ทำให้มีน้ำปัสสาวะค้างในส่วนท่อของปัสสาวะไม่ได้รีดกลับเข้ากระเพาะปัสสาวะในตอนท้ายปัสสาวะเสร็จ ส่งผลให้มีการกระตุ้นการขับปัสสาวะอีก

7. ปัสสาวะเร่งรีบ (Urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการต้องไปเข้าห้องน้ำเพื่อรับปัสสาวะ ถ้าหากไปเข้าไม่ทันจะทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดราด เนื่องจากเกิดการขัดขวางการไหลของน้ำปัสสาวะทำให้น้ำปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ และประสิทธิภาพในการเก็บปัสสาวะได้น้อยจากความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง จึงส่งผลให้กระเพาะปัสสาวะมีความไวต่อการบีบตัวมากขึ้น

8. กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) เกิดจากการที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้นทำให้มีการอุดตันที่ท่อปัสสาวะ จึงต้องใช้แรงเบ่งปัสสาวะจากกล้ามเนื้อหน้าท้อง เกิดการรั่วของน้ำปัสสาวะทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้

จากอาการทางระบบปัสสาวะดังกล่าว ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

### 3. การวินิจฉัยโรค

การตรวจวินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโตมีดังนี้ (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

1. การซักประวัติ โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม The International Prostate Symptom Score (IPSS) เพื่อประเมินความรุนแรงของความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการปัสสาวะผิดปกติ ได้แก่ อาการปัสสาวะไม่สุด อาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกระปริดกระปรอย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต้องรีบเข้าห้องน้ำ ปัสสาวะไม่พุ่งหรือปัสสาวะอ่อนแรง การออกแรงเบ่งปัสสาวะ และต้องลุกปัสสาวะบ่อยในช่วงเวลากลางคืน แบ่งระดับของความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรุนแรงของอาการน้อย ปานกลาง และ มาก

2. การตรวจทวารหนักเพื่อคลำต่อมลูกหมาก เนื่องจากต่อมลูกหมากอยู่ในร่างกาย ดังนั้น การใช้นิ้วคลำจะเป็นวิธีการตรวจร่างกายที่ง่ายที่สุดในการประเมินถึงลักษณะทางกายภาพของต่อมลูกหมาก และที่สำคัญยังสามารถบอกได้ถึงความผิดปกติที่สงสัยมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย

3. การตรวจปัสสาวะเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และจำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกราย เพื่อดูว่ามีอาการอักเสบติดเชื้อ มีเม็ดเลือดผิดปกติหรือไม่ และยังเป็นการบอกถึงความผิดปกติของร่างกายในระบบอื่นได้

4. การตรวจอัลตราซาวด์ ส่วนมากมักใช้เมื่อมีความผิดปกติในการตรวจปัสสาวะ แต่ปัจจุบันเป็นที่นิยมส่งตรวจกันมากขึ้น เนื่องจากปลอดภัยและให้ประโยชน์สูง

5. การตรวจความแรงในการไหลของปัสสาวะ (Uroflowmetry) มักจะร่วมกับการตรวจปัสสาวะที่เหลือค้างหลังจากปัสสาวะหมดแล้ว มีประโยชน์ในการประเมินความรุนแรงและติดตามการรักษา

6. การตรวจอื่น ๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจจุลทรรศน์จะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

#### 4. การรักษาโรคต่อมลูกหมากโต

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แพทย์จะพิจารณาให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าการปรับพฤติกรรมไม่ได้ผล แพทย์จะพิจารณาการรักษาความรุนแรงของอาการและเลือกวิธีการรักษาตามความเหมาะสม โดยใช้ยาและการผ่าตัดตามลำดับ ได้แก่ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2559)

1. การรักษาแบบไม่ใช้ยาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ได้แก่ (กรณ นงค์กระโทก, 2562)

1.1 ลดการดื่มน้ำก่อนเข้านอน เพื่อลดความถี่ในการปัสสาวะในช่วงกลางคืนทำให้รบกวนการนอนหลับ

1.2 ลดการดื่มคาเฟอีน แอลกอฮอล์ เพราะเป็นการกระตุ้นให้มีการปัสสาวะมากขึ้น

1.3 Double voiding technique คือ การปัสสาวะ 2 ครั้งในการเข้าห้องน้ำน้ำต่อรอบ ซึ่งครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 2-10 นาที โดยใช้มือกดที่ท้องน้อยเพื่อช่วยให้ปัสสาวะออกได้มากขึ้น (Crede maneuver)

1.4 บีบรูท่อกทางเดินปัสสาวะ (Urethral milking) เป็นการป้องกันการหยดของน้ำปัสสาวะหลังจากปัสสาวะสุด

2. การรักษาแบบใช้ยา ได้แก่ (ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลสำโรง, 2559)

2.1 กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อเรียบของต่อมลูกหมาก ลดการบีบตัวของต่อมลูกหมาก ได้แก่ ยาประเภท Alpha blocker จัดเป็นยาลำดับแรก ๆ ที่ใช้รักษาผู้ป่วย โดยยาทำให้การบีบตัวของต่อมลูกหมากลดลงเป็นผลให้การถ่ายปัสสาวะสะดวกขึ้นหรือดีขึ้น สามารถแบ่งยาได้เป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ลดการบีบตัวของต่อมลูกหมาก และยังลดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด มีผลลดความดันโลหิตลงได้ ได้แก่ ยา Prazosin, Doxazosin และ Terazosin และประเภทที่ลดการบีบตัวของต่อมลูกหมากอย่างเดียวโดยไม่มีผลต่อความดันโลหิต ได้แก่ ยา Alfuzosin และ Tamsulosin

2.2 กลุ่มยาปรับความสมดุลของฮอร์โมนเพศ ยากลุ่ม 5-alpha-reductase inhibitor ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ตัวหนึ่งที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนเพศชายเหมาะกับผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากขนาดใหญ่ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ คือ Finasteride และ Dutasteride กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างมากสามารถใช้ยาในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ร่วมกันได้ เนื่องจากยาทั้งสองกลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการรักษาดีกว่าการใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งโดยประโยชน์ระยะยาวจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น

3. การสวนสายยางเจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้ากระเพาะปัสสาวะ เพื่อระบายปัสสาวะ ปัจจุบันไม่นิยมเนื่องจากเสี่ยงต่อการเสียเลือดและติดเชื้อ

4. การใช้คลื่นความร้อน เช่น คลื่นไมโครเวฟ คลื่นอัลตราซาวด์ เป็นต้น ส่งความร้อนเข้าสู่ต่อมลูกหมากเพื่อให้เนื้อเยื่อต่อมลูกหมากตายและฝ่อทำให้เล็กลง

5. การผ่าตัดในกรณีที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตมาก เป็นการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง แต่มีข้อบ่งชี้การทำผ่าตัด ได้แก่ ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลันเรื้อรัง เลือดออกบ่อย ๆ การอักเสบติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ มีการเปลี่ยนแปลงของทางเดินปัสสาวะ นิ่วกระเพาะปัสสาวะหลังการมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ผนังกระเพาะปัสสาวะโป่ง และมีอาการระบบทางเดินปัสสาวะที่รบกวนชีวิตประจำวันมาก (อภินภัส ประจวบ, 2559) การผ่าตัดต่อมลูกหมากมีดังนี้

5.1 การผ่าตัดแบบเปิด (Open prostatectomy) โดยการเปิดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องส่วนล่าง มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ได้แก่ ขนาดต่อมลูกหมากใหญ่กว่า 75 กรัม การมีผนังกระเพาะปัสสาวะโป่ง นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (อภินภัส ประจวบ, 2559) แต่การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่รุนแรง จากการศึกษาของ ฮอมมา และคณะ (Homma et al., 2011) พบว่ามีผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด ร้อยละ 8.20 - 25.6, มีการผ่าตัดซ้ำ ร้อยละ 1.10, แผลติดเชื้อ ร้อยละ 2.00 - 6.90, ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 2.60 - 8.60 และมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 8.60 ปัจจุบันการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องจึงไม่เป็นที่นิยม

5.2 การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ (Transurethral resection of prostate gland: TURP) เป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐาน (Gold standard) ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันของการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตและเป็นที่ยอมรับของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งการผ่าตัดแบบ TURP เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ ซึ่งการผ่าตัดช่วยลดอาการผิดปกติในทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง โดยการส่องกล้องเข้าไปในท่อทางเดินปัสสาวะแล้วใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าในการตัดต่อมลูกหมากส่วนที่ยื่นออกมายังท่อปัสสาวะ (Electrocautery) หลังจากการผ่าตัดเสร็จแล้วผู้ป่วยต้องเข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะอาการ เลือดออก (Hemostasis) (Kim, Larson, & Andriole, 2016) จากการศึกษาของ พินเฮโร และพิสโค (Pinheiro & Pisco, 2012) พบว่าหลังการผ่าตัด 5 ปี มีผู้ป่วยกลับมารับประทุษยานรียละ 5.80 และหลังการผ่าตัดผ่านไป 10 ปี มีผู้ป่วยกลับมารับประทุษยานรียละ 6 นอกจากนี้พบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับคะแนน IPSS ลดลงถึงรียละ 70 แต่การผ่าตัด TURP ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิด ภาวะหย่อนสมรรถนะทางเพศ (Erectile dysfunction)

5.3 การผ่าตัด Transurethral incision of prostate (TUIP) มีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีขนาดต่อมลูกหมากน้อยกว่า 30 กรัมเท่านั้น โดยการส่องกล้องเข้าไปในท่อ ทางเดินปัสสาวะจากนั้นกรีด (Incision) ที่ต่อมลูกหมากและเนื้อเยื่อที่หุ้มต่อมลูกหมาก ทำให้เป็นร่อง เพื่อขยายท่อทางเดินปัสสาวะ (กรณ นงค์กระโทก, 2562)

5.4 การผ่าตัด Photoselective vaporization of the prostate (PVP) เป็นการ ผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ ปัจจุบันวิธีนี้เป็นที่นิยมและแพร่หลายในสหรัฐอเมริกา และยุโรป ข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัดเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับปานกลางถึงรุนแรง การผ่าตัดนี้ใช้แสงเลเซอร์เคทีพี (KTP laser) คลื่นความถี่ 532 นาโนเมตร สามารถเจาะลึกได้ 0.80 มิลลิเมตร ทำให้เซลล์หรือเนื้อเยื่อของต่อม ลูกหมากเกิดการระเหิดและไม่ทำให้เนื้อเยื่อรอบ ๆ ตาย (McVary et al., 2010) จากการศึกษาของ ฮอมมา และคณะ (Homma et al., 2011) พบว่าการผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับ การผ่าตัดแบบ TURP แต่ใช้เวลาการผ่าตัดนานกว่า แต่มีการเสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยกว่าและ ระยะเวลาในการคายสวนปัสสาวะน้อยกว่า นอกจากนี้พบว่าการผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์มีอัตราการเสีย เล็ดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบ Open prostatectomy รียละ 13.30 แต่ข้อเสียของการผ่าตัดแบบนี้ คือค่าใช้จ่ายสูงจึงยังไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย

### สรุป

โรคต่อมลูกหมากโตเกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดการเจริญของ เซลล์ต่อมลูกหมากมากขึ้นเกิดเป็นก้อนกดเบียดท่อปัสสาวะทำให้ท่อปัสสาวะมีขนาดเล็กส่งผลให้มี การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย ได้แก่ ปัสสาวะใช้เวลานาน ปัสสาวะล้าเล็กลง ปัสสาวะค้าง ใช้แรงเบ่งปัสสาวะ ปัสสาวะออกมาเป็นช่วง ๆ ปัสสาวะเร่รืบ และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ สำหรับการรักษาสารารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรักษาโดย การปรับพฤติกรรม การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งการผ่าตัดมีให้เลือก หลากหลาย แต่การผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานและนิยมมากที่สุดในปัจจุบันคือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากออก ผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) แต่การผ่าตัดอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

## 5. ผลกระทบของโรคต่อมลูกหมากโต

อาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตหลายด้านดังนี้ (กรณ นงค์กระโทก, 2562)

### 1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1.1 ความอับชื้น และการระคายเคือง จากพยาธิสภาพของโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างส่งผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ ความอับชื้น และการระคายเคืองผิวหนังที่เกิดจากการไหลย้อนของปัสสาวะ และการควบคุมปัสสาวะไม่อยู่

1.2 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เกิดจากการมีน้ำปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการศึกษาของ โทลานี และคณะ (Tolani et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 35.60

1.3 การนอนหลับพักผ่อน จากการศึกษาของ สิงนาม และคณะ (Singam et al., 2015) พบว่าผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตลูกปัสสาวะตอนกลางคืน ร้อยละ 96.70 ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง

1.4 ผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้สูงอายุมีการควบคุมปัสสาวะลดลง มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ มาวจี และคณะ (Mawji, Mkony, Nyongole, Msinde, & Mahenda, 2023) พบว่าผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมีความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 82

1.5 ผลกระทบต่อการเกิดหกล้ม ที่เกิดจากการรีบเร่งในการเข้าห้องน้ำในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และร่วมกับความเสื่อมของการทำงานของระบบกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่น

2. ผลกระทบต่อด้านจิตใจจากอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างทำให้ผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมีความรู้สึกอับอายและกลัวการส่งกลิ่นของปัสสาวะ จึงส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล จากการศึกษาของ หยาง และคณะ (Yang et al., 2014) พบว่าผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอาการปัสสาวะผิดปกติ เกิดความเครียด และวิตกกังวลร้อยละ 36

3. ผลกระทบต่อด้านสังคม จากความกังวลต่อกลิ่นของปัสสาวะที่เล็ดออกมาเกิดความอับอายและเป็นที่รังเกียจ ผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตจึงหลีกเลี่ยงจากสังคม ทำให้สัมพันธภาพการปฏิสัมพันธ์และการทำหน้าที่บทบาทในสังคมลดลง (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542; ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี, 2540 อ้างถึงใน กรณ นงค์กระโทก, 2562)

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในส่วนของ การเดินทางมาพบ



แพทย์ ร้อยละ 40.9 ค่าใช้จ่ายในส่วนของแผ่นรองซับหรือผ้าอ้อม ร้อยละ 4.50 (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2547 อ้างถึงใน กรณ์ นงค์กระโทก, 2562)

### สรุป

โรคต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายได้แก่ การระคายเคืองจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอจากการลุกเข้าห้องน้ำบ่อย ถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะมากอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ และการที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้ผู้ป่วยเร่งรีบในการเข้าห้องน้ำอาจเกิดพลัดตกหกล้มได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วยเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเมื่อมีกิจกรรมนอกบ้าน กลัวว่าจะเข้าห้องน้ำไม่ทัน หรือปัสสาวะเล็ดทำให้เกิดกลืนไม่พองัประสงค์ได้

## 6. ผลกระทบจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

### 6.1 ก่อนผ่าตัด

การผ่าตัดถือว่าการคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโดยจะเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของการเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบจากความวิตกกังวลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีหลายประการ ดังนี้ (สายทอง ชัยวงศ์ และคณะ, 2563)

6.1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ จะมีการกระตุ้นร่างกายให้หลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งจะยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน (Collagen) เป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อทำให้การฟื้นฟูสภาพการหายของแผลใช้เวลานานกว่าปกติ มีการเพิ่มระดับความปวดหลังผ่าตัด หรือความทนทานต่อความปวดลดลง มีการยับยั้งการสร้างแอนติบอดีในร่างกายทำให้มีการติดเชื้อง่ายขึ้น

6.1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ การทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับคนอื่นและสิ่งแวดล้อมลดลง การเรียนรู้และความสามารถในการจำลดลงเนื่องจากไม่มีสมาธิเพียงพอจะเรียนรู้จดจำสิ่งต่าง ๆ และนอนไม่หลับ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลดน้อยลง เช่น การไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายหลังผ่าตัด เป็นต้น มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 80 (Madsen, Zetner, Møller, & Roseberg, 2020)

### 6.2 หลังผ่าตัด

ผลกระทบทางด้านร่างกายที่อาจพบได้หลังการผ่าตัดระยะแรก ระยะกลาง และระยะฟื้นฟูสภาพ



**6.2.1 ผลกระทบหลังผ่าตัดระยะแรก (Early complication) หมายถึงภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทันทีถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** (ภาณุ อดกลั่น และคณะ, 2552; อรทัย พินสุวรรณ์, 2550)

1) เลือดออกหลังผ่าตัด ทำให้มีเลือดปนมากับปัสสาวะ (Hematuria) เนื่องจากต่อมลูกหมากมีเลือดมาหล่อเลี้ยงมากเมื่อทำผ่าตัดบริเวณนี้จึงเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด อาจจะมีเลือดออกได้หลังผ่าตัดทันที สาเหตุอาจเกิดจากไม่ได้ทำการผ่าตัดด้วยความระมัดระวังและไม่ได้ตรวจสอบจุดเลือดออกให้ครบถ้วน จึงมีการป้องกันมากกว่าการแก้ไขโดยการคาสายสวนปัสสาวะและสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องเพื่อล้างเลือดออกให้หมด ถ้ามีเลือดออกมากมีความจำเป็นต้องส่องกล้องเพื่อจี้จุดเลือดออก หรืออาจจะต้องทำผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อหยุดเลือด

2) ความปวด หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกปวดหน่วง ๆ บริเวณท้องน้อยหรือปวดลงกัน รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ จากการที่ผู้ป่วยการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทางเพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการระคายเคืองตรงบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะ (Meatus) และการใส่น้ำกลั่นในสายสวนปัสสาวะเพื่อเพิ่มแรงดันกดบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและแผลผ่าตัด ร่วมกับการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดได้ นอกจากนี้ ถ้าหากการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ เกิดลิ่มเลือดเล็ก ๆ มาอุดท่อปัสสาวะผู้ป่วยจะปวดเบ่งได้

3) TURP syndrome เป็นคำรวมของกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากน้ำซึมเข้าสู่กระแสโลหิตมากทำให้เกิดภาวะโซเดียมต่ำ (Dilutional hyponatremia) เนื่องจากขณะผ่าตัดต้องใช้น้ำเป็นจำนวนมาก คาดว่าจะมีน้ำซึมเข้ากระแสโลหิตจำนวน 20 มิลลิลิตรต่อนาที ทำให้เกิด hyponatremia โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับอันตรายเมื่อปริมาณโซเดียมต่ำกว่า 125 meq/dl และมักจะเกิดในกรณีที่ผู้ป่วยผ่าตัดนานกว่า 90 นาที หรือเกิดการทะลุของต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นช้า มีปัญหาการมองเห็น (Visual disturbance) เม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจได้ แต่พบไม่บ่อยมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 0.43 (Yang et al., 2023)

4) Extravasation เกิดจากการผ่าตัดแล้วมีการทะลุของกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย ปวดท้อง แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน การแก้ไขให้รับหยุดผ่าตัดและให้ใส่ สายสวนปัสสาวะคาไว้

5) Septicemia เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่ก่อนในปัสสาวะแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือดขณะทำผ่าตัด เนื่องจากเวลาทำการผ่าตัดจะมีช่องทางที่เชื้อโรคเข้ากระแสเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกิดการอักเสบติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะอยู่ก่อนแล้วจะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ

ในกระแสเลือดได้สูง จึงมีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะจนกระทั่งควบคุมการอักเสบติดเชื้อได้แล้วจึงจะเริ่มทำการผ่าตัดแต่พบไม่บ่อย มีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 1.25 (Yang et al., 2023)

**6.2.2 ผลกระทบระยะกลาง (Intermediate complication) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมงถึง 72 ชั่วโมง (บุญมี สันโดษ, 2550)**

1) ปัสสาวะไม่ออก เกิดจากการตัดเนื้อต่อมลูกหมากออกไม่หมด หรือเกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสื่อม นอกจากนี้อาจเกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาด คือ อาการปัสสาวะไม่ออกไม่ได้เกิดจากต่อมลูกหมากโต

2) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หลังการถอดสายสวนปัสสาวะ มี 3 ชนิด คือ

2.1) Urgency incontinence เป็นภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกปวดปัสสาวะ หรืออยากถ่ายปัสสาวะและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีความจุน้อยและกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกไม่แข็งแรงพอจากการได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

2.2) Stress incontinence เป็นภาวะที่มีน้ำปัสสาวะเล็ดออกมาจากท่อปัสสาวะเนื่องจากผู้ป่วยมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะจากสาเหตุใด ๆ เช่น มีการออกกำลังกาย ไอ่จาม หัวเราะ เปลี่ยนท่า หรือลุกขึ้นยืน เชื่อว่าเป็นเพราะกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกอ่อนแอ มีผลทำให้กลไกในการกลั้นปัสสาวะเสียไป และการผ่าตัดต่อมลูกหมากมีการทำลายกล้ามเนื้อหูรูดชั้นใน รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกในระยะแรกยังไม่แข็งแรง

2.3) True incontinence เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้อย่างสมบูรณ์ หรือมีปัสสาวะหยดออกทางท่อปัสสาวะตลอดเวลา โดยผู้ป่วยไม่รู้สึกปวดปัสสาวะเลย เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกและชั้นในของท่อปัสสาวะถูกทำลายจากการผ่าตัดจนเสียหายที่

3) การฉีกขาดของกระเพาะปัสสาวะ (Rupture bladder) เกิดได้เนื่องจากความไม่ชำนาญการของศัลยแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องตามมาได้

4) ภาวะท้องอืดและท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัด ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงและกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยเบ่งถ่ายมีกำลังลดลง

5) การอักเสบของอวัยวะ เป็นผลจากการติดเชื้อของหลอดปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีลูกอัณฑะบวมโต ถุงอัณฑะแดง รู้สึกไม่สบาย ปวด อ่อนเพลีย มีไข้ และนอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

### 6.2.3 ผลกระทบระยะฟื้นฟูสภาพ (Late complication) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมง (บุญมี สันโดษ, 2550)

1) อาจจะมีเลือดออกได้แต่พบไม่บ่อยคือ ประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงที่ลิ่มเลือดเริ่มจะละลายจุดเลือดออกที่ไขไฟฟาจี้ไว้จึงมีโอกาสมีเลือดออกอีกได้ หรือเกิดจากการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด เช่น การนั่งรถกระแทกเป็นเวลานาน, การมีกิจกรรมทางเพศ, ท้องผูก เป็นต้น

2) ท่อปัสสาวะตีบ (Stricture urethra) และคอกระเพาะปัสสาวะตีบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เกิดจากการผ่าตัด การคาสายสวนปัสสาวะนาน ผู้ป่วยจะกลับไปถ่ายปัสสาวะลำบากอีกหลังผ่าตัด 2-3 เดือน

3) ความรู้สึกทางเพศลดลง มีประมาณร้อยละ 10-15 อาจเกิดความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ หรือภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction) จากการศึกษาของ Mohamed (2019) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะพบว่า ร้อยละ 13 มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และ จากการศึกษาของ ฟิตซ์แพทริก และมีบัส (Fitzpatrick, & Mebust, 2002) พบว่าความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 4-30 และความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 54

#### สรุป

การผ่าตัดต่อมลูกหมากมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยก่อนผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลส่งผลต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเช่น ความสามารถในการเรียนรู้การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดลดลงจากการไม่มีสมาธิ หรือพักผ่อนไม่เพียงพอจากความวิตกกังวล เป็นต้น ทำให้อาจเกิดผลกระทบต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดได้ ทำให้การฟื้นฟูสภาพการหายของแผลใช้เวลานานกว่าปกติและทำให้ความทนต่อความปวดลดลงได้นอกจากนี้ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดเป็นผลกระทบทางกายที่เกิดขึ้นในระยะแรกหลังการผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีการดูแลเพื่อบรรเทาผลกระทบที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้

### 7. การพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ คือ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยการพยาบาลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562; ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, สุวรรณีย์ สร้อยสงค์ และบุศริน เอียวสีหยก, 2561; บุญมี สันโดษ, 2550)

## 7.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

7.1.1 การซักประวัติ พยาบาลมีบทบาทในการซักประวัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการ อาการแสดง ลักษณะการปัสสาวะ โรคประจำตัวที่มีผลต่อการผ่าตัด โรคทางพันธุกรรม ประวัติการแพ้ยาและสารต่าง ๆ ยาที่ใช้เป็นประจำ โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดแพทย์จะให้หยุดยาก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกง่าย ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญและเน้นย้ำกับผู้ป่วยถึงการรับประทานยาดังกล่าวก่อนการผ่าตัด

7.1.2 ดูแลให้ได้รับการตรวจร่างกายโดยละเอียด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด เช่น ประเมินการทำงานของหัวใจล้มเหลว การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า และรังสีปอดทุกราย ตรวจสมรรถภาพของไตด้วยการตรวจเลือดหาค่า BUN, Creatinine, Electrolyte, และตรวจดูความผิดปกติของเม็ดเลือด ความแข็งตัวของเม็ดเลือด เช่น การตรวจ CBC, PT, PTT เป็นต้น พร้อมกับการวางแผนจองเลือดสำรองทุกครั้ง

7.1.3 ดูแลสุขภาพทั่วไป ความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์

7.1.4 ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ พร้อมทั้งบันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก จดบันทึกลักษณะของปัสสาวะที่สังเกตได้ เช่น ชุ่นมีตะกอน มีเลือด หรือหนองปน เป็นต้น

7.1.5 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินความผิดปกติ และติดตามประเมินผลการตรวจต่าง ๆ พร้อมประสานงานศัลยแพทย์ทราบข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขให้พร้อมก่อนการผ่าตัด

7.1.6 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน นอนหลับอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะคืนก่อนเข้ารับการผ่าตัด

7.1.7 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเพื่อลดความวิตกกังวล ลดความปวด เพิ่มการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

1) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล ได้แก่ การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย การปฏิบัติตนเพื่อจะมาอยู่โรงพยาบาล

2) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ ขณะเข้าตรวจร่างกายก่อนผ่าตัด การเตรียมความสะอาดของร่างกาย การงดน้ำงดอาหาร และการเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด

3) การปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ได้แก่ การได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด

4) การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดและลดความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ได้แก่ การฝึกหายใจเข้าลึก ๆ สลับกับการผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ, การฝึกทักษะการเหยีดขาข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ ฝึกการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อขาโดยการกระดกเท้าขึ้นลง

5) การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน งดยกของหนัก การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาติดตามอาการตามนัด

## 7.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด

7.2.1 ระยะเวลาหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก เป็นระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤตสำหรับผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยในระยะนี้อย่างใกล้ชิด โดยมีรายละเอียดการดูแลดังนี้ (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562; ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, สุวรรณิ สร้อยสงค์ และบุศริน เอียวสีหยก, 2561; บุญมี สันโดษ, 2550)

1) เมื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด มีการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจัดลงเตียงเพื่อประเมินระดับความรู้สึก การ casualty ระบายติดตามตัวผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงอย่างถูกวิธี

2) พยาบาลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ สังเกตกลุ่มอาการ TURP syndrome เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte และสังเกตภาวะการตกเลือดซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มาก หมั่นสังเกตสีของน้ำปัสสาวะที่ไหลออกมาให้เป็นสีชมพูจาง หรือสีใสและไหลได้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการตกเลือด จึงต้องคอยดูแลปรับความเร็วของน้ำที่ใส่เข้าไปสวนล้างให้พอเหมาะ

3) ดูแลสายสวนปัสสาวะและให้ผู้ป่วยยึดขาไม่งอสะโพกข้างที่ยึดตรึงเพื่อห้ามเลือดบริเวณแผลผ่าตัด และการสวนล้างแบบต่อเนื่องต้องทำอย่างถูกต้อง ระวังไม่ให้สายสวนบิดงอ หักพับ ระวังการติดเชื้อ จัดเก็บขวดปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับตัวผู้ป่วย เพื่อให้ น้ำปัสสาวะไหลออกสะดวกตามแรงโน้มถ่วงของโลก และเป็นการป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะอีกทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

4) ประเมินความปวด โดยระบุเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 และชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า ไม่ปวด (0 คะแนน) ปวดปานกลาง (5 คะแนน) และปวดมากถึงมากที่สุด (10 คะแนน) แล้วให้ผู้ป่วยบอกคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ประกอบกับการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย (Non-verbal behavior) เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด หลับตาแน่นกัดฟัน นอนบิดตัวไปมา



นอนสงบนิ่ง สูดปาก ร้องครวญคราง ร้องไห้ หงุดหงิด กระสับกระส่าย เป็นต้น หลังจากประเมินความปวดแล้ว คุณดูแลให้ผู้ป่วยผ่อนคลายใจเข้าออกช้า ๆ และกระดกเท้าข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะขึ้นลงเพื่อบรรเทาความปวดและลดการเกร็งของกล้ามเนื้อขา และจัดการความปวดที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสม และให้ผู้ป่วยได้หลับพักผ่อน

5) คุณดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และบันทึกสารน้ำเข้าออกให้ได้จำนวนที่ถูกต้อง และสังเกตลักษณะ และจำนวนที่ผิดปกติไป เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการทำหน้าที่ของไต และเป็นประโยชน์ในการคำนวณจำนวนสารน้ำที่ร่างกายควรได้รับใน 1 วัน ถ้าตรวจพบสิ่งผิดปกติติดตามประสานงานแพทย์ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือทันที

#### 7.2.2 ระยะกลางหลังผ่าตัด มากกว่า 24-72 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลดังนี้

1) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการแกะพลาสติกที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะออกและดูน้ำจากบอลลูนออกประมาณ 20 ซีซี และสามารถกลืนได้ เปลี่ยนอริยาบถได้สะดวกมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลสายสวนปัสสาวะ คอยสังเกตการไหลของน้ำที่สวนล้างให้ไหลสะดวกโดยระวังไม่นอนทับสายสวน ไม่ให้สายหักพับงอ เกิดการดึงรั้ง เพราะจะทำให้เลือดที่หล่อเลี้ยงอยู่จับกันเป็นลิ่มเลือด อุดกั้นการไหลของน้ำปัสสาวะ และเกิดอันตรายตกเลือดได้

2) หลังผ่าตัดในระยะนี้ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แนะนำและสอนให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เคลื่อนไหว และเปลี่ยนอริยาบถต่าง ๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง อาจนั่งห้อยเท้า โดยวางเท้าที่เก้าอี้ข้างเตียง หรือลุกยืนข้างเตียงบ้างตามความสามารถของสภาพร่างกายของผู้ป่วย และสำหรับในช่วงที่ผู้ป่วยถูกจำกัดขอบเขตให้อยู่บนเตียง ควรได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวตนเองภายในขอบเขตความสามารถของร่างกายของตน โดยไม่หักโหม หรือเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ ทั้งนี้เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสภาพปกติโดยเร็ว และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ อาการท้องอืด แน่นท้อง เป็นต้น

3) การดูแลเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ แต่ควรเริ่มด้วยอาหารอ่อน ย่อยง่าย จนถึงอาหารปกติในที่สุด นอกจากนี้ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนต่ออีกประมาณ 1-2 วัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรระวังเข็มหรือสายยางหลุด หัก พับ งอ และให้น้ำเกลือหยดสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการหนาวสั่น บวม หรือเจ็บ ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ

4) ควรให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 10-12 แก้วหรือประมาณ 2500 - 3000 มิลลิลิตร เพื่อช่วยให้ปัสสาวะที่ขับออกมาเป็นน้ำปัสสาวะในไตมีความเจือจางปัสสาวะ ไม่ตกตะกอน ไตจะทำหน้าที่ได้ดี นอกจากนี้เป็นการช่วยชะล้างแบคทีเรียที่มีอยู่ในทางเดินปัสสาวะออกได้หมด

5) ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าออกในร่างกายอย่างต่อเนื่อง

6) ติดตามการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะต่อเนื่อง แต่ลดความเร็วของการไหลของน้ำลงได้ตามความเหมาะสม

7.2.3 ระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมงจนถึงกลับบ้าน ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลดังนี้

1) แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อช่วยชะล้างเอาลิ่มเลือดออกมาและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ โดยเพิ่มผักผลไม้และอาหารที่กากใยสูงป้องกันการท้องผูก อุจจาระอ่อนนิ่มไม่ต้องออกแรงเบ่งซึ่งเป็นสาเหตุให้กระเพาะกระเทือนบาดแผลทำให้เลือดออกง่าย

2) การออกกำลังกาย แนะนำให้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูด เพื่อให้กล้ามเนื้อในการขับถ่ายปัสสาวะแข็งแรง สามารถกลั้นปัสสาวะ หรือให้การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะกลับมาปกติได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด

3) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6 - 8 ชั่วโมง โดยทำจิตใจให้สงบ ปราศจากความกังวล ควรดื่มน้ำเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบคาเฟอีน

4) งดยกของหนักแม้แต่การก้มลงเก็บกระดาดบนพื้นเพราะจะทำให้เพิ่มแรงเบ่งในช่องท้องมากขึ้นเกิดการฉีกขาดของแผลได้ อย่างน้อย 2-3 สัปดาห์

5) จำกัดการออกกำลังกายแม้จะเดินบนพื้นต่างระดับ ควรหลีกเลี่ยงในการนั่งรถกระแทกหรือการเดินทางไกลอย่างน้อย 1 สัปดาห์

6) ควรงดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 4-8 สัปดาห์

7) ควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีภาวะเลือดออก ปัสสาวะเป็นเลือดมีไขปนขาวข้น ปัสสาวะลำบาก หรือปัสสาวะไม่หมด ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระทุกวันแม้ว่าจะได้รับยาที่ช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่มแล้ว เป็นต้น

### สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ทั้งในระยะแรก ระยะกลาง และระยะฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดถือเป็นการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิดิโอความวิตกกังวล (Leventhal, & Johnson, 1983) จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด บรรเทาความปวด และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดได้ โดยในการศึกษามุ่งเน้นการดูแลเพื่อลด



ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การลดความปวด และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

## แนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

### 1. ความหมายของความวิตกกังวล

นักวิชาการไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายความวิตกกังวล ดังนี้

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองหรือตนเองมีความไม่ปลอดภัย ทำให้บุคคลมีการแสดงออกมาโดย อาการหวั่นวิตก กระวนกระวาย เครียด ความรู้สึกเช่นนี้เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Spielberger, 1983 อ้างถึงใน สิริวรรณ ชูจตุโร, 2552)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิต ประจำวัน เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามา และประเมินเหตุการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่เป็นอยู่จริง รวมถึงตัวบุคคลรู้สึกถึงการถูกคุกคาม ความมั่นคงปลอดภัยของตน ซึ่งความวิตกกังวลนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามความคิด การรับรู้ต่อตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้นต่อสถานการณ์ (ตัญญา จำปาวัลย์, 2561)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสภาพการณ์ในอนาคตเกรงว่าจะเกิดอันตรายหรือความเสียหาย เนื่องจากมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งมีคุกคามความมั่นคงของบุคคล ขณะเดียวกันจะมีความไม่สุขสบายทางร่างกายด้วย หากมีความวิตกกังวลมาก หรือเป็นเวลานาน ๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลได้ (Stuart, & Sundeen, 1995 อ้างถึงใน ศรีนราทองมี, 2548)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองหรือรู้สึกว่ตนเองมีความไม่ปลอดภัย ได้แก่ ความรู้สึกหวาดกลัว ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่รู้ ไม่แน่ใจ กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และคาดการณ์ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมักมีสาเหตุเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างในระหว่างการผ่าตัด การพร่องข้อมูลเรื่องโรคและหัตถการการตรวจรักษา การปฏิบัติตนก่อน ขณะและภายหลังการผ่าตัด ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหากมีความวิตกกังวลมากหรือมีความวิตกกังวลเป็นเวลานาน

### 2. ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983 อ้างถึงใน กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-anxiety/a-trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-anxiety/a-state) ดังนี้

### 1. วิตกกังวลแบบแฝง (Trait-anxiety/a-trait)

ความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นโดยจะแสดงออกในลักษณะของบุคลิกภาพและลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคล เช่น ไม่สุขสบาย หวาดกลัว ความวิตกกังวลแบบแฝงจะเป็นตัวส่งเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญที่กำลังจะเกิดขึ้น เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอันตรายได้มากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำกว่า

### 2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-anxiety/a-state)

ความวิตกกังวลขณะเผชิญคือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจเกิดอันตรายมากระตุ้นและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถสังเกตได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้นและเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลมีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวายมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้นระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลแบบแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมีปฏิสัมพันธ์กันโดยบุคคลที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงเมื่อได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายระดับความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่จะส่งเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากขึ้น

### สรุป

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางท่อน้ำดีเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งมีตัวกระตุ้นจากเหตุการณ์หรือมีสิ่งเร้าที่คุกคามอาจก่อให้เกิดอันตรายทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมตอบโต้เช่น กลัว ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวาย เป็นต้น และมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น โดยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมักมีสาเหตุเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างในระหว่างการผ่าตัด การพร้อมข้อมูลเรื่องโรคและหัตถการการตรวจรักษา การปฏิบัติตนก่อน ขณะและภายหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ความวิตกกังวลแฝงอาจเกิดขึ้นเนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคล ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตัวบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลขึ้นได้

### 3. ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลทั้งในด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Peplau, 1999 อ้างถึงใน กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561)

### 1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild anxiety)

ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยเป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จึงทำให้บุคคลตื่นตัว ตระหนักและพยายามค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นโดยมีการแสดงออกทางด้านร่างกายเช่น ไม่สุขสบาย กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ร่วมกับมีพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความตึงเครียด เช่น กัดเล็บ ใช้นิ้วมือเคาะโต๊ะ เป็นต้น

### 2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety)

ความวิตกกังวลในระดับปานกลางจะส่งผลต่อการรับรู้ทำให้การรับรู้ลดลงและความสามารถในการสังเกตรายละเอียดลดลง ความเข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ ลดลงรวมทั้งการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาลดลงจากเดิมโดยมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น มีความตึงเครียด อัตราการเต้นของชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีเหงื่อแตก เป็นต้น

### 3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety)

ความวิตกกังวลระดับสูงจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ลดลงได้มากเช่นเดียวกับระดับปานกลางความสามารถในการจดจำรายละเอียดลดลงไม่สามารถเรียนรู้และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับใจสั่น อัตราการหายใจเร็ว เป็นต้น

### 4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety)

บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรงจะมีการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงไม่สามารถควบคุมตัวเองได้และมักมีอาการสับสน เอะอะ วิงวายนและกรี๊ดร้อง เป็นต้น

## 4. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

### 1. ปัจจัยภายในบุคคล

1.1 อายุ จากการศึกษาของ อมรรัตน์ มั่งชา และคณะ (2554) (อมรรัตน์ มั่งชา และคณะ, 2554 อ้างถึงใน วิพาพร ขาวนวล, 2558) พบว่าผู้ที่อายุมากกว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อาจเป็นเพราะผู้ที่มีอายุมากกว่ารับรู้ได้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายได้มากกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21 – 40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี เนื่องจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีประสบการณ์การใช้ชีวิตน้อยกว่า ทำให้ไม่สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี

1.2 ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ คาร์เรนซีและเดิร์ก (Karanci, & Dirk, 2003 อ้างถึงใน วิพาพร ขาวนวล, 2558) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะพยายามหาทางจัดการกับความวิตกกังวลด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น แสวงหาความรู้ หรือหาเทคนิคคลายกังวล เป็นต้น

1.3 ประสบการณ์การผ่าตัด จากการศึกษาของ คาวโม (Caumo et al., 2001, อ้างถึงใน ศุภจิตา จันทบุรี, 2562) พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรก

## 2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

2.1 ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงขึ้น ผู้ป่วยที่ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาดำเนินในโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงการผ่าตัดนานจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ระยะเวลาการผ่าตัดน้อยกว่า (Ros, 2000 อ้างถึงใน ศรีนรา ทองมี, 2548)

2.2 ข้อมูลสำหรับการผ่าตัด จากการศึกษาของ วิพาพร ขาวนวล (2558) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อม เนื่องจากการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า สามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์และวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (วรณช ฤทธิธรรม, 2554)

2.3 บริเวณที่จะทำการผ่าตัด การผ่าตัดที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์หรือ สัญลักษณ์ทางเพศ หรือการผ่าตัดบริเวณอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ปอด สมอง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป (วิพาพร ขาวนวล, 2558)

2.4 ชนิดของการผ่าตัด การใช้ระยะรับรู้ความรู้สึกผ่านทางช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นตั้งแต่ถูกจัดทำสำหรับแทงหลัง รู้สึกว่าอยู่ในท่าที่แปลกประหลาด ในขณะที่ได้รับการฉีดยาจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัวเพิ่มจะแทงถูกส่วนอื่นของร่างกาย และหลังจากฉีดยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ กลัวว่าตนเองจะไม่หายากลับเป็นอัมพาต กลัวว่ายาจะไม่ออกฤทธิ์หรือหมดฤทธิ์ขณะผ่าตัด (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, และชนกพร จิตปัญญา, 2550; ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2550 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562)

2.5 สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ จากการศึกษาของ คาวโม (Caumo et al., 2001, อ้างถึงใน ศรีนรา ทองมี, 2548) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหากสัมพันธภาพระหว่างกันดีจะส่งผลทำให้ความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากแพทย์และพยาบาลเป็นบุคคลที่เชื่อถือและไว้วางใจ ซึ่งมีส่วนในการช่วยลดความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยลงได้ โดยการให้ความแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาสนใจและตั้งใจรับฟังคำแนะนำและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (ศรีนรา ทองมี, 2548)

2.6 สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ในการผ่าตัดผู้ป่วยที่รู้สึกตัวจากการที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะได้พบเห็นอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ไม่เคยเห็นตลอดจนเสียงการทำงานของเครื่องมือ รวมทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ก็แต่งกายที่ดูแปลกตา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ (ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ, 2553)

2.7 ผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดจะประเมินสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความคลุมเครือของการเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล (ศรีนรา ทองมี, 2548) การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลัวภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด กลัวไม่หายจากโรค กลัวพิการและกลัวความเจ็บปวดจากการผ่าตัด (ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ, 2553)

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลมีหลายประการดังกล่าวข้างต้น แต่ปัจจัยที่สำคัญและสามารถแก้ไขได้คือการข้อมูลสำหรับการผ่าตัดมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (วรณัฐ ฤทธิธรรม และสมพร ชินโนรส, 2555)

## 5. การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถแสดงออกได้ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ (Smeltzer, 2000 อ้างถึงใน วิภาพร ขาวนวล, 2558) แต่การแสดงออกก็แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีรวิทยาพฤติกรรมที่แสดงออก และวัดโดยใช้แบบสอบถาม

1. ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เมื่อมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จะเกิดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ในระดับต่ำ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้นเล็กน้อย มองสบตา พูดมีจังหวะจะโคน ม่านตาขยาย น้ำลายลดน้อยลง การย่อยอาหารช้าลง น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผิวหนังปลายมือปลายเท้าเย็น มีความตื่นตัวมากขึ้น ถ้าวิตกกังวลระดับปานกลาง จะกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic เพิ่มมากขึ้น มีเหงื่อออก กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น อาจมีการสั่นหรือกระตุก การพูดเร็วขึ้น และตื่นตัวมากขึ้นอีก ถ้ามีความวิตกกังวลระดับรุนแรง จะเกิดการกระตุ้น Adrenal medulla ให้หลั่ง Epinephrine เกิดหายใจหอบ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง หรือไม่เคลื่อนไหวเลย มือสั่น ปากแห้ง



คลื่นไส้ไม่สบายตา ฟันขบแน่น มีการเจ็บป่วยทางกาย ส่วนในระดับท่วงท่า ระบบประสาท Sympathetic ไม่ทำหน้าที่ ความดันโลหิตต่ำลง มึนงงหมดแรงจะเป็นลม เสียงดังขึ้น หรือไม่พูดเลย

2. การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) (Graham, & Conley, 1971 อ้างถึงใน กาญจนา ผลเพิ่มพูนทวี, 2555) เป็นการประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออก ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายใน ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ เช่น มีอาการไม่สบายใจ ขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ผื่นร้าย กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกลอน พูดเร็วขึ้น ตะกุกตะกักพูดเสียงดังหรือแหลม การกอดอก ร้องไห้ และถอนหายใจ เป็นต้น

3. การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self report measure of anxiety) ใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกของตน แล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลได้แก่ (ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562)

3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ ชื่อว่า สเตท-เทรท (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) พัฒนาโดยสปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง จะแบ่งข้อคำถามในการประเมินชนิดละ 20 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ เป็นคำตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ และพบว่าเป็นแบบประเมินที่มีความเที่ยงสูง แต่มีข้อจำกัดในบางสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินได้ เช่น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรก เนื่องจากมีข้อคำถามจำนวนมากต้องใช้เวลาในการประเมินนาน เป็นต้น

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยถามถึงอัตราความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ในขณะนั้น (The Graphic Anxiety Scale: GAS) บนมาตรวัด ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกสงบ มีความวิตกกังวลน้อย มีความวิตกกังวลปานกลาง มีความวิตกกังวลมาก และมีความวิตกกังวลมากที่สุด มีการให้ค่าคะแนนในแต่ละจุด (Shuldhham, Cunningham, Hiscock, & Luscombe, 1995, อ้างถึงใน สมคิด ทองดี, 2553)

3.3 แบบประเมินความวิตกกังวลแบบมาตรวัดความวิตกกังวล โดยการประเมินด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) ของการ์เบอร์สัน (Gaberson, 1991 อ้างถึงใน สมคิด ทองดี, 2553) เป็นแบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตรหรือ 10 เซนติเมตรตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตก

กังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด

การประเมินความวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือจากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการศึกษา ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ประกอบด้วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ, การใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง, สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์, สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด, และผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด

## 6. ผลกระทบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ทางอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ บุคคลประสบกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกันอาจมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันซึ่งความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย (Physical) อารมณ์ (Emotional) ความคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Cherney, 2018; River Woods Behavioral Health System, 2020 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562)

1. ผลของความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลหรือภาวะตึงเครียดของร่างกายที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกมาทางด้านร่างกาย (Cherney, 2018 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562) ดังนี้

1.1 ด้านชีวเคมี (Biochemical) เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้นที่ตัวรับจากนั้นสัญญาณจะกระตุ้นเข้าไปที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ได้แก่ สมองและไขสันหลัง จากนั้นผ่านเข้าสู่สมองส่วนกลาง คือ ทาลามัส (Thalamus) แล้ววิ่งผ่านเข้าสู่ศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นศูนย์ที่ช่วยควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ คือ ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) สัญญาณประสาทที่วิ่งเข้าไปสู่สมองส่วนซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (Cerebral cortex) ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบต่อร่างกาย จากนั้นจะกระตุ้นให้ไฮโปทาลามัส และพิทูอิทารีแกรน (Pituitary gland) ทำงาน ดังนี้

1.1.1 ไฮโปทาลามัส เมื่อถูกกระตุ้นจะส่งสัญญาณไปตามระบบประสาทอัตโนมัติโดยผ่านทางประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ต่อยังอะดรีนัลเมดัลลา (Adrenal medulla) ของต่อมหมวกไต (Adrenal gland) ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) ประกอบด้วย อีพิเนฟริน (Epinephrine) และ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้นถูกส่งไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดพลังงานและการหมุนเวียนของเลือดในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น กระเพาะอาหารโดยกระตุ้นให้ขับ



น้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองโดยการจะต่อสู้หรือถอยหนี หากกรณีที่  
จะต่อสู้จะมีการหลั่งสารนอร์อิพิเนฟรินมากขึ้น แต่ถ้าจะถอยหนีสารอิพิเนฟรินจะหลั่งมากขึ้น

1.1.2 พิทูอิทารีแกรน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แอนทีเรีย พิทูอิทารีแกรน (Anterior pituitary gland) และโพสทีเรีย พิทูอิทารีแกรน (Posterior pituitary gland) เมื่อได้รับ  
สัญญาณประสาทจากซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ จะทำให้แอนทีเรีย พิทูอิทารีแกรน หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ทิโค  
โทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone: ACTH) ไปกระตุ้นอะดรีนอล คอร์เท็กซ์ (Adrenal cortex)  
ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร อะดรีโนคอร์ติคอยด์ (Adrenocorticoid) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน  
3 ชนิด ได้แก่ มินิเอร์โลคอร์ติคอยด์ (Mineralocorticoid) มีหน้าที่ในการควบคุมสมดุลของเกลือแร่  
เช่น โซเดียม โพแทสเซียม ซีเซียม และแคลเซียม กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) จะมีผลต่อการเผา  
ผลาญอาหารจำพวกน้ำตาล ไขมัน และโปรตีน และแอนโดรเจน (Androgen) มีผลต่อลักษณะของ  
เพศชาย ส่วนโพสทีเรีย พิทูอิทารีแกรนเมื่อถูกกระตุ้นจะหลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic  
hormone : ADH) ออกมาในกระแสเลือดมากขึ้น ทำให้การขับน้ำผ่านทางไตน้อยลง ดังนั้นจะพบว่า  
ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความวิตกกังวลการเผาผลาญและการดูดซึมอาหารจะลดลง การหลั่งน้ำย่อยใน  
กระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น เป็นเหตุทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า มีการคั่ง  
ของซีเซียม น้ำ และคลอไรด์ สูญเสียโพแทสเซียมมากขึ้นจำนวนเม็ดเลือดขาว (Neutrophils)  
ที่ทำหน้าที่ด้านทานเชื้อโรคลดลง และระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) สูงมากขึ้น

## 1.2 ด้านสรีรวิทยา (Physiology)

ผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจาก  
มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Parasympathetic) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ อัตราการ  
เต้นของหัวใจเพิ่ม ชีพจรเต้นแรงขึ้น หายใจลึกและเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิในร่างกายและ  
ความดันโลหิต ปัสสาวะบ่อยหน้ามืด ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น (Hildrum,  
Mykletun, Holmen, & Dahl, 2008)

2. ผลต่อความสามารถในการสังเกต การรับรู้ของระบบประสาททั้งห้าความสามารถใน  
การสังเกต จะลดลงตามระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan,  
2007)

3. ผลต่อความจำและสมาธิ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะส่งผลให้สมาธิและ  
ความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงจะส่งผลให้ความจำและสมาธิลดลง

4. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ  
จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวลใจ ไม่สบายใจ  
หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ เพราะรู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้ (Toufexis, Myers, &  
Davis, 2006)

5. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น การเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมายมือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การพูดชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม บ่นจู้จี้ไม่อดทน กลอกตาไปมา หลบตา หรือพยายามหลบหนี ที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ และไม่ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ (ตฤไล จำปาวัลย์, 2561)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญอยู่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักจะเกิด ความวิตกกังวลหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากพร่องข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และ วิธีการปฏิบัติตนดูแลตนเองหลังผ่าตัด (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995 อ้างถึงใน กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561) ก่อนการผ่าตัดจะพบภาวะวิตกกังวลร้อยละ 11-18 (Mitchell, 2012 อ้างถึงใน กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561) ซึ่งความวิตกกังวลจากการไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล การพบเจอกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยมีการคาดการณ์เกี่ยวกับ เหตุการณ์ล่วงหน้า และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์เหล่านี้เป็นการ คุกคามและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองส่งผลให้มีการแสดงออกถึงความหวาดกลัวและกังวล (Arslan, Ozer, & Ozyurt, 2007; Spielberger et al., 1979) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการทำ หัตถการเช่น ระหว่างการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก ทางช่องน้ำไขสันหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังเป็นครั้งแรก จะมีความวิตกกังวลว่าเมื่อผ่าตัดเสร็จจะไม่หายชา เป็นต้น (ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ, 2553) อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังมีความรู้สึกตัวดี ได้พบเจออุปกรณ์ต่าง ๆ ตลอดจนเสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่และเสียงการทำงานของอุปกรณ์ผ่าตัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ และชนกพร จิตปัญญา, 2550)

## 7. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล

การลดความวิตกกังวลมีหลากหลายวิธีประกอบด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา มีดังต่อไปนี้ (วิภาพร ขาวนวล, 2558)

1. การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม เป็นการให้ข้อมูลและให้ความรู้ในเนื้อหาที่ถูกต้อง ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาทำให้บุคคลนั้น เกิดความรู้ความ เข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) แล้วนำมาปรับในการ ตอบสนองต่อภาวะคุกคามจนเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) (Leventhal, & Johnson, 1983) ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด ทำให้มีการรับรู้ได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความ คลุมเครือ มีการปรับพฤติกรรมและทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ส่งผลให้ลดความวิตก กังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เชื้อนแก้ว (2561) ทำการศึกษามูลของโปรแกรม

เตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. การเจริญสติ เป็นการทำสมาธิ ผีกจิตใจทำให้เกิดความผ่อนคลายของร่างกาย การฝึกสมาธิอย่างสม่ำเสมอจะสามารถลดการตื่นตัวทางสรีระ ลดความวิตกกังวลทำให้จิตใจสงบผ่อนคลายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร ขาวนวล (2558) ทำการศึกษาผลโปรแกรมการสอนและการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการใช้เสียงเพลงที่เรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผนให้ผู้ป่วยฟัง เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสบายอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวิษา มณีรัตน์ (2547) ทำการศึกษาผลของการฟังเทปเทคนิคหายใจผ่อนคลายร่วมกับเสียงดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและระหว่างผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบใช้อุปกรณ์ส่องกล้องทางทวารปัสสาวะ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการฟังเทปเทคนิคหายใจผ่อนคลายร่วมกับเสียงดนตรีมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่งโดยการใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือ ข้อมือหรือแขนของผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลแสดงถึงความห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจและความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

5. การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจจากความรู้สึกเดิมไปสู่สิ่งใหม่ที่ที่น่าสนใจกว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเพลิน ผ่อนคลาย

6. การลดความวิตกกังวลโดยใช้ยา (วรณัฐ ฤทธิธรรม, และสมพร ชินโนรส, 2555) ยาที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล (Antianxiety agents) มีอยู่หลายชนิด ซึ่งแบ่งออกเป็นยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) และยาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน ซึ่งยาที่อยู่ในกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน ตัวยาจะออกฤทธิ์โดยการกดการสร้างสารสื่อประสาทในสมองส่วนลิมบิกและส่วนคอร์ทิกอล ผลข้างเคียงของการใช้ยาในกลุ่มนี้มีน้อยและไม่เป็นอันตรายโดยทั่วไปทำให้เพียงแค่ง่วงนอน ความคิดช้าลง อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้แต่น้อย เช่น สับสน วุ่นวาย ตื่นเต้น คลื่นไส้อาเจียน และผื่นขึ้นตามตัว เป็นต้น ซึ่งยาที่อยู่ในกลุ่มนี้แก่ ไดอะซีแพม (Diazepam), ลอราซีแพม (Lorazepam), คลอร์ไดอะซีโปไซด์ (Chlordiazepoxide), คอราซีเพท (Chorazepate), ไดโปแตสเซียม (Dipotassium), พร่าซีแพม (Prazepam) และ แอลพร่าซีแพม (Alprazepam) และที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) ตัวยาจะออกฤทธิ์จับตัวรับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน

(serotonin) และโดปามีน(dopamine) และยังกีดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเล็กน้อย ผลข้างเคียงของการใช้ยาอาจทำให้วังงซึม ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ตกใจง่าย ตื่นเต้นง่าย เป็นต้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้ คือ Buspirone โดยยาเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และควบคุมการเกิดปฏิกิริยาที่รุนแรงฉับพลันที่จะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับที่สูง

แม้ว่าการลดความวิตกกังวลทำได้หลายวิธี แต่วิธีการเหล่านี้ยังขาดการแก้ปัญหาที่ปัจจัยสาเหตุหลักซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการพร่องข้อมูลต่าง ๆ เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค, การรักษา, การผ่าตัด, การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด, ความรู้ลักษณะท่าทีเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีการคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นภาวะอันตราย และอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมาภายหลังจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562; จิราภรณ์ พลแก้ว, และจินต์จุฑา รอดพาล, 2560) เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล จะมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมีข้อมูลช่วยในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง และจะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (วรณัฐ ฤทธิธรรม, และสมพร ชินโนรส, 2555) ซึ่งความวิตกกังวลที่ลดลงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตนขณะเข้ารับการผ่าตัดได้เพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง (พิไลพร ชัมเจริญ, และเพ็ญพร โภควิริยะ, 2542 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) ทั้งนี้ การได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้านำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้ตนเป็นอันตราย เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) (Leventhal, & Johnson, 1983) ทำให้ผู้ป่วยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถูกต้องตามความจริง ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562) ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ทนต่อความปวดมากขึ้น และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

## แนวคิดความปวด

### 1. ความหมายของความปวด

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้คำนิยามของความปวดว่าเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือเปรียบเสมือนมีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น ทั้งนี้ความปวดยังเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวบุคคล ครอบคลุมในหลายมิติ ทั้งทางร่างกาย ความรู้สึก อารมณ์ และจิตวิญญาณรวมถึงปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อความปวดที่เกิดขึ้น (Daniels, & Nicol, 2012) และเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางความรู้สึก หรือ เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (Louis, & Meiner, 2006)

ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคล ประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย และจะยังคงมีอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี (วรรณชฤทธิธรรม, 2554)

ความปวดเป็นการรับรู้ ความรู้สึก ประสบการณ์ และการตอบสนองส่วนบุคคลรวมทั้งเป็นการสัญญาณเตือนภัย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือเปรียบเสมือนว่าเกิดการบาดเจ็บ ความปวดเป็นปรากฏการณ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม (อินทิตรา ปากันทะ, 2560)

ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึก ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายจากการที่มีเนื้อเยื่อหรือไม่มีการบาดเจ็บโดยลักษณะอาการและความรุนแรงของความปวดแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน (ศุภจิตา จันทบุรี, 2562)

จากความหมายที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า ความปวดเป็นการรับรู้ ความรู้สึก ประสบการณ์ ที่ไม่สุขสบายทางอารมณ์ ซึ่งเกิดได้จากทั้งร่างกายจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ หรือเกิดจากทางด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความปวดเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล

### 2. ชนิดของความปวด

#### 2.1 แบ่งตามระยะเวลา ได้แก่ (นุสรุ ประเสริฐศรี, และยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์, 2556)

2.1.1 ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) โดยทั่วไปเกิดจากการกระตุ้นโดยได้รับบาดเจ็บหรือโรคต่าง ๆ มีช่วงระยะเวลาจำกัด ไม่เกิน 3 เดือน ความปวดนี้อาจจากการผ่าตัด การเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ อุบัติเหตุบาดเจ็บ



2.1.2 ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึงความปวดนานเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป โดยส่วนใหญ่ความปวดนี้สัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ข้อเสื่อม กระดูกพรุน และมะเร็ง เป็นต้น

**2.2 แบ่งตามแหล่งกำเนิดที่ปวด** ได้แก่ (สมชัย มโนพัฒนกุล และสมศักดิ์ โมตรรัตน์กุล, 2555)

2.2.1 ความปวดทางกายที่บริเวณพื้นผิว (Superficial somatic pain) เช่น การถูกเข็มตำที่เหงือก จะเกิดความปวด 2 ลักษณะคือ ความปวดที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อเข็มทิ่มลงบนเหงือก รู้สึกเฉพาะบริเวณเหงือก สามารถบอกตำแหน่งได้แน่นอนและรู้สึกเจ็บปวดไม่นาน เชื่อว่าความปวดในลักษณะนี้ถูกส่งผ่านเส้นใยเอ-เดลตา อีกส่วนหนึ่งคือความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากถูกกระตุ้น 1-2 วินาที มีลักษณะปวดแสบปวดร้อนที่เนื้อเยื่อลึกไม่สามารถบอกตำแหน่งแน่นอนได้และรู้สึกอยู่นาน เชื่อว่าความปวดในลักษณะนี้ถูกส่งผ่านเส้นใยประสาทซี

2.2.2 ความเจ็บปวดทางกายที่บริเวณลึก (Deep somatic pain) เป็นความเจ็บปวดทางกายที่มาจากส่วนที่ลึกลงไปจากผิวหนัง เช่น อวัยวะภายในและกระดูก เป็นต้น ลักษณะเป็นแบบปวดตื้อ (Dull) ไม่สามารถบอกตำแหน่งแน่นอนได้ แต่บางครั้งถ้าความปวดมีมากอาจรู้สึกเหมือนมีดทิ่มแทงได้ (Stabbing) รวมถึงอาจมีอาการปวดต่างที่ (Referred pain) ไปยังอวัยวะข้างเคียงหรือบริเวณผิวหนังได้

**2.3 แบ่งตามพยาธิสรีรวิทยาของความปวด** (Pasero et al., 1999, อ้างถึงใน ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562) ได้แก่

2.3.1 Nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดจากการกระตุ้นตัวรับความปวด (Nociceptor) ของ Somatic structure (กล้ามเนื้อ ผิวหนัง กระดูกและข้อ) และ Visceral structure (อวัยวะภายใน) โดยตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด "Noxious stimulus" ซึ่งจะเป็นได้ทั้งตัวกระตุ้นชนิด Mechanical เช่น การเหยียดแรง ๆ ตัวกระตุ้นชนิดอุณหภูมิ เช่น ความร้อน ความเย็น เป็นต้น ตัวกระตุ้นจากสารเคมีทั้งจากภายนอกและภายในร่างกาย เช่น กรด ผื่นต้อย หรือตัวกระตุ้นประเภทที่ถูกสร้างขึ้น (Artificial) เช่น ไฟช็อต ความปวดชนิดนี้จะเกิดขึ้นในขณะที่ระบบประสาทไม่มีความผิดปกติ ได้แก่ ปวดข้อในผู้ป่วย (Rheumatic arthritis) หรือความปวดจากนิ่วในไต (Kidney stone)

2.3.2 Neuropathic pain เป็นความปวดจากพยาธิสภาพประสาทการบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary lesion) หรือ การทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาทซึ่งมีความเป็นไปได้ทั้งระบบประสาทส่วนปลายหรือส่วนกลาง โดยจะไม่มีการกระตุ้นส่วนปลายที่ทำให้ปวด (Peripheral noxious stimulus) ตัวอย่างเช่น Trigeminal neuralgia, Postherpetic neuralgia และ Painful diabetic neuropathy เป็นต้น



2.3.3 ความปวดผสมระหว่าง Nociceptive pain และ Neuropathic pain (Mixed nociceptive and neuropathic pain) ตัวอย่างเช่น ปวดจากการขาดเลือดเลี้ยงรยางค์ (Ischemic peripheral vascular disease)

2.3.4 Idiopathic or psychogenic pain เป็นความปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นตัวรับความปวด หรือพยาธิสภาพการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งสันนิษฐานว่า พฤติกรรมความปวด (Pain behavior) อาจเกิดจากปัจจัยทางด้านของจิตใจและสังคม

ความปวดหลังผ่าตัดส่องกล้องต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จากการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (Acute pain) ในกระบวนการผ่าตัด เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บและถูกทำลาย ส่วนใหญ่ความปวดจะรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะค่อย ๆ หายไป ความปวดจากการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยจะหายปวดเมื่อนำสายสวนปัสสาวะออก (ภาณุ อดกลั่น และคณะ, 2552; บุญมี สันโดษ, 2559)

### 3. กลไกการเกิดความปวด

3.1 สิ่งกระตุ้นความปวด เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้เนื้อเยื่อได้รับความบาดเจ็บ หรือเข้าไปทำลายเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวดขึ้น (ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562) ทำให้มีการสร้างและปล่อยสารที่ก่อให้เกิดความปวดจากเซลล์ได้แก่ แบรดตีไคนิน (Bradykinin) และโพแทสเซียม สารตัวกลางอักเสบ (Inflammatory mediator) เช่น โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ซึ่งสร้างมาจากเยื่อหุ้มเซลล์ที่ได้รับความบาดเจ็บ แล้วนำไปสู่การหลั่งของสารนิวโรเปปไทด์ (Neuropeptide) จากปลายประสาทที่มาหล่อเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อที่มีการบาดเจ็บ สารฮิสตามีน (Histamine) หลังจากเซลล์ภูมิคุ้มกัน (Immune cell) และสารซีโรโทนิน (Serotonin) หลังจากเกล็ดเลือด (Platelet) (สมชัย มโนพัฒนกุล, และสมศักดิ์ ไผ่ตรีรัตน์กุล, 2550)

3.2 ตัวรับความปวด ตัวรับความปวดที่สำคัญมีอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ (Cailliet, 1988 อ้างถึงใน ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562) คือ 1) ตัวรับความปวดเชิงกล (Mechanoreceptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นเชิงกล ที่ไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อ แล้วส่งสัญญาณประสาทไปตาม A delta ซึ่งตัวรับชนิดนี้มีระดับขีดกันความปวดหรือระดับเริ่มรับรู้ความปวด (Pain threshold) ในระดับที่สูง 2) ตัวรับด้านอุณหภูมิ (Thermoreceptors) จะทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นด้านอุณหภูมิแล้วมีการส่งสัญญาณประสาทไปตาม A delta และ C fiber และ 3) ตัวรับหลายด้าน (Polymodal receptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นทุกชนิดที่ทำลายเนื้อเยื่อ ได้แก่ แรงกลพลังสูง ความร้อนสูง และพวกสารเคมีต่าง ๆ แล้วมีการส่งสัญญาณไปตาม C fiber

3.3 วิธีประสาทของความปวด ความปวดเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่มีกลุ่มใยประสาทต่าง ๆ ทำหน้าที่ส่งทอดต่อกันเป็นวิธีประสาทขึ้นวิธีประสาทของความปวดประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ คือ transduction, transmission, perception และ modulation ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้ (Pasero et al., 1999 อ้างถึงใน อินทิรา ปากันทะ, 2560)

3.3.1 Transduction เป็นกระบวนการที่เปลี่ยน Noxious stimuli ไปเป็นสัญญาณ ประสาท กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นในปลายประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve ending) และ เกี่ยวข้องกับ nociceptors กล่าวคือเมื่อเซลล์เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการกระตุ้นของ Noxious stimuli จะทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ ออกมา ได้แก่ Prostaglandin, bradykinin, substance P และ histamine ไปกระตุ้น Nociceptors เมื่อเยื่อหุ้มเซลล์ของ Nociceptors เกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้า (Depolarization และ Repolarization) จะเกิดเป็นสัญญาณประสาทขึ้น และส่งไปตามใยประสาทต่าง ๆ ต่อไป

3.3.2 Transmission เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามมาจาก Transduction โดยทำการส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมอง กระบวนการนี้ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้ (อินทิรา ปากันทะ, 2560)

1) การนำส่งสัญญาณประสาทจากบริเวณที่มีการบาดเจ็บ หรือบริเวณที่มี Transduction ไปยังไขสันหลัง ในขั้นตอนนี้จะมีใยประสาทรับความรู้สึกเพียง 2 ชนิดเท่านั้น ที่นำส่งสัญญาณประสาท ได้แก่ A delta และ C fibers ทั้งสองเป็นเส้นใยขนาดเล็ก โดย A delta fibers จะเป็นใยประสาทที่มี myelin หุ้มเป็นปลอกประสาทในขณะที่ C fiber ไม่มี ทำให้ A delta fibers มีความสามารถในการนำส่งสัญญาณประสาทได้เร็วกว่า C fiber และเนื่องจาก A delta fibers นำส่งความปวดแบบแหลมคม ส่วน C fiber นำส่งความปวดแบบตื้อ ๆ ดังนั้น เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจึงเกิดความปวดแบบแหลมคมก่อนที่จะเกิดอาการปวดแบบตื้อ ๆ (Cailliet, 1993, Dwarakanath, 1991)

เมื่อ A delta และ C fibers รับสัญญาณประสาทมาจาก Nociceptors ก็ส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลัง เพื่อทำการประสานประสาท (Synapse) กับเซลล์ประสาทในชั้นหรือ Laminae ต่าง ๆ ของ Dorsal horn ซึ่งมีอยู่ 10 ชั้น โดย A delta fibers จะ Synapse กับเซลล์ประสาทใน laminae 1 และ 5 ส่วน C fibers จะ Synapse กับเซลล์ประสาทใน Laminae 2 (Puntillo, 1991, p. 13) สำหรับ Laminae 1 และ 2 ซึ่งเรียกว่า Substantia Gelatinosa หรือ SG (Melzack, 1986) จะเป็นชั้นที่มีบทบาทสำคัญในการปรับสัญญาณประสาทตามทฤษฎีควบคุมประตูและทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน เมื่อมีการส่งสัญญาณประสาทจาก A delta และ C fibers บริเวณ Dorsal horn แล้วปลายประสาทส่วนนี้จะปล่อยสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) คือ Substance P ไปจับ กับ neuroreceptors ใน SG ทำให้เกิด

Nociceptive transmission ซึ่งจะนำส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองต่อไป (Aimone, 1992; Puntillo, 1991)

2) การนำส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังไปยังก้านสมอง (Brain stem) และสมองส่วน thalamus หลังจากที่เกิด Nociceptive transmission จะมีการนำส่งสัญญาณประสาทจาก dorsal horn ไปยังก้านสมอง และสมองโดยทอดข้ามจาก Dorsal horn ไปยัง Ventral horn ก่อนแล้วจึงขึ้นไปตามใยประสาทนำขึ้น (Ascending fiber tracts)

3) การนำส่งสัญญาณประสาทบริเวณสมองจาก Thalamus ไปยัง Cortex ในขั้นตอนนี้จะอาศัยทางเดินประสาทที่เรียกว่า Thalamocortical tract (Cailliet, 1993) ซึ่งนำไปสู่การรับรู้ความปวด (Cailliet, 1993)

3.3.3 Perception เป็นกระบวนการของการรับรู้ จัดจำ ให้ความหมาย และตอบสนองต่อความปวด (Field, 1987 as cited in Pasero, Paice, & McCaffery, 1999)

3.3.4 Modulation เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังไปยังสมอง กระบวนการนี้จะอาศัยใยประสาทนำลง (Descending fibers) เพื่อนำสารเคมีต่าง ๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ Endogenous opioids, Serotonin (5HT), Norepinephrine (NE), Gamma-aminobutyric acid (GABA) และ Neurotensin ที่มีอยู่ในสมอง ไปยังไขสันหลัง (Pasero, et al., 1999) โดยทำการยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทของ nociceptive transmission

#### 4. ทฤษฎีความปวด

##### 4.1 ทฤษฎีควบคุมการปิดและเปิดประตู (Gate control theory)

ทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซค (Melzack) และ วอลล์ (Wall) ในปี ค.ศ. 1965 (Watt-Watson, 1993) ได้อธิบายความปวดโดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความรู้สึกปวดในระดับสมอง กระแสประสาทเกิดขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ดังนี้

4.1.1 กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง (spinal gate mechanism) มีระบบควบคุมทางผ่านของกระแสประสาทในระดับไขสันหลัง บริเวณ substantia gelatinosa: SG โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่ และใยประสาทขนาดเล็กแล้วไปประสานกับเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทที่เรียกว่า เซลล์ ที่ (transmission cells: T) ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวดขึ้น ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้นเซลล์ เอส จีเป็นผลให้มีการยับยั้งกระแสประสาทที่จะมากระตุ้นเซลล์ที่จึงไม่มีการนำกระแสประสาทความปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่า “ประตูปิด” (Close gate) ความรู้สึกเจ็บปวดจะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าใยประสาทขนาดเล็กมีพลังกระแส

ประสาทมากกว่าจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์เอส จีเกิดการกระตุ้นสมองได้รับรู้เป็นผลให้มีความปวด เรียกว่าประตูเปิด (Open gate)

4.1.2 ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ถูกกระตุ้นโดยพลังประสาทนำเข้าจากใยประสาทใหญ่จากดอร์ซอล ฮอร์น (Dorsal horn) สู่ธาลามัส จากนั้นจะถ่ายทอดไปสู่สมองส่วนคอร์ติคอล (Cortical) และลิมบิก (Limbic) โดยที่ใยประสาทใหญ่จะส่งพลังประสาทนำเข้าแยกไป 2 แขนง คือ นำประสาทนำเข้าระบบควบคุมประตูแขนงหนึ่ง และอีกแขนงหนึ่งไปยังระบบควบคุมส่วนกลางผ่านทางดอร์ซอล คอลัมน์พาทเวย์ (Dorsal column pathway) และระบบควบคุมส่วนกลางจะย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระบบควบคุมประตูได้อีก

4.1.3 ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Central biasing system) ส่วนนี้อยู่บริเวณเรติคูลาร์ฟอร์เมชันของก้านสมอง ทำหน้าที่ยับยั้งประสาทนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ปรับสัดส่วนสัญญาณให้เหมาะสม การทำงานของระบบนี้ได้รับอิทธิพลจากข้อมูลที่ส่งมาจากระบบข้อมูลส่วนกลางในขณะที่พลังประสาทนำออกจากระบบควบคุมส่วนกลางไปทำการปรับสัญญาณการทำงานของระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง

4.1.4 ระบบแสดงผล เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนของการตอบสนองของความปวดทางด้านพฤติกรรมจะแสดงออกหลังจากรับรู้ความปวดแล้ว ได้แก่การแสดงออกทาง การเคลื่อนไหว การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา การแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงความปวด ซึ่งการตอบสนองต่อความปวดต้องมีการผสมผสานระหว่างจิต สรีระ และสภาพแวดล้อม

## 4.2 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายในร่างกาย (Endogenous pain control)

Jessel, & Iversen เป็นผู้พัฒนาทฤษฎี นี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 โดยมีความเชื่อว่าในร่างกายมีกระบวนการการควบคุมความปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ทำหน้าที่คล้ายสารที่มีคุณสมบัติเหมือนมอร์ฟิน แต่เป็นสารที่สร้างขึ้นเองโดยกระบวนการธรรมชาติภายในร่างกายที่เรียกว่า เอนโคจีนส์ โอปิเอทส์ (Endogenous opiates) หรือเอนดอร์ฟิน (Endorphins) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (Puntillo, 1988)

1. เอนเคฟาลิน (Enkephalin) มี 2 ชนิด คือ เมไทโอนินเอนเคฟาลิน (Methionine enkephalin) และลูซีนเอนเคฟาลิน (Leucine enkephalin) จะพบได้ทั่วไปในระบบประสาทส่วนกลาง แต่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดบริเวณดอร์ซัล ฮอร์น จะช่วยยับยั้งความปวดโดยปิดประตูที่ระดับไขสันหลัง และ ยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง

2. เอนดอร์ฟิน (Endorphin) พบมากที่ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) มี 3 ชนิด คือ แอลฟา (Alpha) แกมมา (Gamma) และเบต้า (Beta) โดยเอนดอร์ฟินจะมีการออกฤทธิ์ควบคุมความปวดได้ 2 ทาง คือ

2.1 ออกฤทธิ์ที่ประสาทพรีซินแนปติก (Presynaptic sites) การหลั่งของสารสื่อประสาทพี (Substance P) ที่ระบบประสาทส่วนปลาย

2.2 ออกฤทธิ์ที่ประสาทโพสท์ซินแนปติก (Postsynaptic sites) โดยยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทความปวด (Pain impulses) จากการที่หลังของสารเอนเคฟาลินจากสมองผ่านกลุ่มใยประสาทนำลง (Descending system)

3. ไดโนร์ฟิน (Dynorphin) พบมากในดอร์ซัล ฮอร์น ของไขสันหลังจะออกฤทธิ์ยับยั้งความปวดที่ประสาทพรีซินแนปติกการออกฤทธิ์ของสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินเหล่านี้เชื่อว่าออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางที่ระดับต่าง ๆ มากมาย โดยยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทความปวดระหว่างปลายประสาท (Interneurons) บริเวณเพอริอะควิดักทิล เกรย์ (Midbrain periaqueductal gray) ด้วยการจับกับตัวรับ (Opioid receptors) ที่เหมาะสม

## 5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

5.1 การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เกิดจากกลไกการยืดขยาย (Stretching) ของอวัยวะจากการใส่เครื่องมือที่ทำด้วยโลหะแข็งและมีลักษณะตรงเข้าไปในท่อปัสสาวะชายที่มีลักษณะโค้งเป็นมุมท่อปัสสาวะจะถูกยืดขยายออก (Tzortzis et al., 2009) แรงเฉือน (Shear stress forces) ที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นเยื่อบุเซลล์ของท่อปัสสาวะให้ปล่อยสารอะดีโนซีนไตรฟอสเฟต (Adenosine triphosphate) สารนี้มีผลต่อตัวรับความรู้สึกปวดบริเวณใต้เยื่อบุเซลล์ของท่อปัสสาวะคือ Purinergic receptor (P2X/3) เมื่อมีแรงเฉือนมากพอจะเปลี่ยนเป็นศักย์ไฟฟ้าและถ่ายทอดสัญญาณประสาทไปยังระบบประสาทส่วนกลางเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (Burnstock, 2001; Tzortzis et al., 2009) อ้างถึงใน กาญจนนา เชื้อนแก้ว, 2561) ภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผู้ป่วยจะมีลักษณะการปวดบริเวณท้องน้อย มีความรู้สึกปวดแสบหรืออยากถ่ายปัสสาวะ อุจจาระร่วมด้วย (ธัญชนก พงศ์ปิยะไพบูลย์, 2548)

5.2 การยืดตึงสายสวนปัสสาวะ หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะร่วมกับการใส่น้ำกลั่นเข้าไปในบอลูนและมีการดึงรั้งสายสวนปัสสาวะเพื่อยึดตึง (Traction) ให้บอลูนกดทับบริเวณแผลผ่าตัดและคอกระเพาะปัสสาวะกระตุ้นสารที่ก่อให้เกิดความปวดต่าง ๆ (Cytokine) เพื่อห้ามเลือดทำให้ผู้ป่วยมีความปวด รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะตลอดเวลาทำให้รู้สึกไม่สุขสบายได้ (สหชาติ สีสามโนธรรม และวรพจน์ ชุนทคล้าย, 2553; Akhavizadegan, 2016)

5.3 ความปวดจากการใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทาง ขนาดใหญ่ 22 – 24 Fr. ทำให้เกิดการระคายเคืองตรงบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะ (Meatus) (บุญมี สันโดษ, 2559; ภาณุ อดกลั่น และคณะ, 2552)



5.4 ความปวดจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน การเกิดลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะทำให้มีการคั่งของน้ำปัสสาวะเกิดขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของอวัยวะต่อมลูกหมากไม่สามารถหดตัวบีบรัดหลอดเลือดทำให้เลือดออกมากขึ้น (บุญมี สันโดษ, 2550) ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากเบ่งถ่ายปัสสาวะร่วมกับไม่มีปัสสาวะไหลออกทางสายสวนปัสสาวะ (บุญมี สันโดษ, 2559)

5.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ความกลัว ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดมากขึ้น เกิดจากภาวะอารมณ์ไปกระตุ้นการรับรู้ และประตุควบคุมอาการปวดในระดับไขสันหลัง ทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงขึ้น (ธนาวรรณ แสนปัญญา, 2552)

5.6 การพร้อมข้อมูลในการเตรียมความพร้อมเพื่อผ่าตัด ผู้ที่พร้อมข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ความรู้สึกขณะทำการผ่าตัด และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะมีผลเสียต่อการรับรู้และการจัดการความปวด ซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนทั้งวิธีการ ความรู้สึก สิ่งที่ต้องปฏิบัติและวิธีเผชิญความวิตกกังวลเป็นการปรับการรับรู้ในระดับสมองโดยเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง คลายความวิตกกังวล เพิ่มความอดทนต่อความปวดทำให้ความรู้สึกปวดลดลง (Burke et al, 2007 อ้างถึงใน กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561)

5.7 อายุ การตอบสนองต่อความปวดในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน อายุที่น้อยลงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าวัยอื่น เนื่องจากมีการสูญเสียเซลล์ประสาทบางเซลล์ จำนวนปลายประสาทรับรู้ความปวดที่ลดลง ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความปวดลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544 อ้างถึงใน ธนิกานต์ ฤกษ์นะ, 2565; Gerbershagen et al., 2014; Rotboll Nielsen, Rudin, & Werner, 2007)

5.8 การระงับความรู้สึก เทคนิคการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional anesthesia) ได้แก่ ทางไขสันหลังหรือทางชั้นเนื้อเยื่อ dura (Spinal หรือ Epidural anesthesia) หรือไม่ว่าจะเป็นการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (Combined general and regional anesthesia) มีสัดส่วนของผู้ที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงหลังผ่าตัดน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพียงอย่างเดียว (General anesthesia) (อรุณทัย ศิริอัสวกุล, น้าทิพย์ ไตรยสุนันท์, และภูษิตา สรรณุกิตดำรง, 2555)

5.9 การได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระดับ ในรายที่มีความปวดระดับรุนแรง (คะแนน 7-10 ตามมาตรวัด) ใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติดรุนแรง (Opioid drugs) ได้แก่ Morphine, Fentanyl หรือ Methadone ในรายที่มีความปวดระดับปานกลาง (คะแนน 4-6 ตามมาตรวัด) ใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติดน้อย (Weak opioid drugs) ได้แก่ Codeine และ Tramadol ในรายที่มีความปวดระดับเล็กน้อย (คะแนน 1-3 ตามมาตรวัด) ใช้ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด (Non opioid drugs) ได้แก่ Paracetamol, NSAIDS เป็นต้น ซึ่งยาแก้ปวดแต่ละระดับมีการ



ออกฤทธิ์และระยะเวลาในการจัดการความปวดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความปวดของผู้ป่วยแต่ละคน (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

โดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัดแบ่งเป็น บทบาทอิสระของพยาบาลกับ ไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำได้โดยบทบาทอิสระของพยาบาล ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การพร้อมข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด และปัจจัยที่ไม่สามารถทำได้โดยบทบาทอิสระของพยาบาล ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การใส่สายสวนปัสสาวะ การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน อายุ และการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

## 6. ผลกระทบความปวดหลังผ่าตัด

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ที่เกิดจากความปวดได้แก่ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

6.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ร่างกายจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และกระตุ้นการหลั่งสารแคทีคอลามีน (Catecholamine) และแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น แรงต้านทานเลือดบริเวณส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

6.2 ระบบทางเดินหายใจ ผลจากความปวดทำให้กล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกตึงตัว ปอดยืดขยายและหดตัวน้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง และหนาตัว มีผลทำให้ความยอมตามของปอดลดลง (Lung compliance) จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิธีนี้ ทำให้ออกซิเจนในเลือดลดต่ำลงแต่ปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้น ถุงลมปอดแฟบ และปอดอักเสบ

6.3 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการตอบสนองต่อภาวะเครียด และมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มขึ้น เช่น คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) อัลโดสเตอโรน (Aldosterone) และแอนตี้ไดยูเรติก (Antidiuretic) มีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ผลจากการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกายทำให้มีน้ำในระบบไหลเวียนมากเกินไปเกิดภาวะน้ำเกินและมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหลั่งอินซูลิน (Insulin) ลดลง หลังกลูคาγον (Glucagon) เพิ่มขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

6.4 ระบบทางเดินอาหาร ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลให้เกิดการหลั่งน้ำย่อย กระเพาะอาหาร และลำไส้ เคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำงาน มีอาการท้องอืดมากขึ้น

6.5 ระบบภูมิคุ้มกัน ความปวดและความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จากการที่จำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนลิมโฟไซต์ลดลงและกระบวนการสร้างเม็ดเลือดลดลง

6.6 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความปวดทำให้กล้ามเนื้อที่อยู่รอบบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายเกิดการเกร็งตัว สูญเสียการทำงานที่ และมีกำลังลดลงส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การไหลเวียนของหลอดเลือดดำลดลงเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะเลือดคั่งในหลอดเลือดดำส่วนลึกได้ง่าย (deep vein thrombosis: DVT)

## 7. การประเมินความปวด

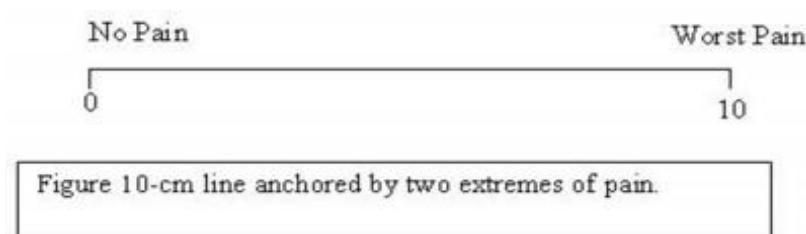
การประเมินระดับความปวดมี 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐ, 2547, อ้างถึงใน ศุภธิดา จันทรบุรี, 2562)

7.1 การประเมินความปวดแบบไม่ใช้เครื่องมือ คือ การประเมินโดยการถามผู้ป่วยอาจให้พยาบาลถามความรู้สึกผู้ป่วยว่า "ขณะนี้ปวดไหม" ผู้ป่วยก็จะตอบความรู้สึกปวดออกมาว่า ปวดหรือไม่ปวด ปวดมากหรือปวดน้อย ทนได้หรือไม่

7.2 การประเมินความปวดแบบใช้เครื่องมือ คือ การประเมินโดยใช้เครื่องมือช่วย ซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่ม

7.2.1 เครื่องมือประเมินระดับความปวดแบบมิติเดียว (Unidimensional pain assessment tools) เป็นเครื่องมือที่วัดความรุนแรงของความปวด (Pain intensity) หรือบางทีอาจเรียกเครื่องมือประเมินระดับความปวด (Pain rating scales) เช่น

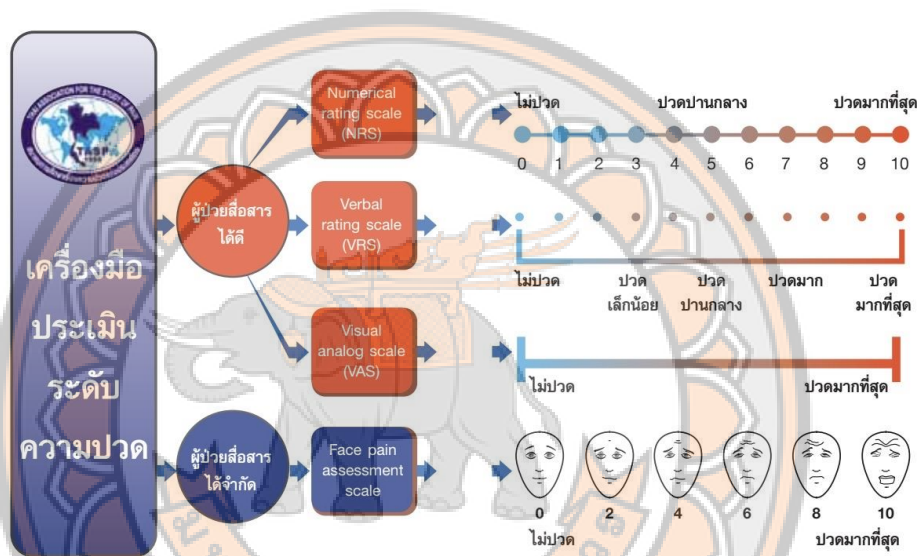
1) เครื่องมือประเมินด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) คือ เครื่องมือที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านหนึ่ง (ด้านซ้าย) ระบุข้อความว่า "ไม่ปวด" ส่วนอีกด้าน (ด้านขวา) ระบุข้อความว่า "ปวดรุนแรงมากที่สุด" ดังภาพ 1 การวัดทำได้โดยให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งระดับความปวดบนเส้นตรงและวัดผลโดยการเทียบออกมาเป็นคะแนน คะแนนอาจแบ่งเป็น 0-10 คะแนน หรือ 0-100 คะแนน ก็ได้ เช่น หากแบ่งคะแนนความปวดออกเป็น 0-10 คะแนน แล้วผู้ป่วยชี้ที่ตำแหน่ง 3.0 เซนติเมตร หมายความว่าผู้ป่วยมีความปวด 3 คะแนนจาก 10 คะแนน เป็นต้น แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 เครื่องมือประเมินความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS)

ที่มา: Cork et al., 2003

2) เครื่องมือประเมินแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS) คือ เครื่องมือวัดระดับความปวดที่เป็นเส้นตรงเหมือนเครื่องมือวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) แต่ต่างตรงที่จะมีเส้นแบ่งระดับความปวดบนเส้นตรงที่มีค่าตัวเลขแทนความรุนแรงของความปวดโดยใช้ค่าตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ปวด ส่วน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด เครื่องมือแบบตัวเลขเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดเป็นอันดับแรกเนื่องจากใช้ง่าย แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยต้องสื่อสารได้ดี แสดงดังภาพ 2

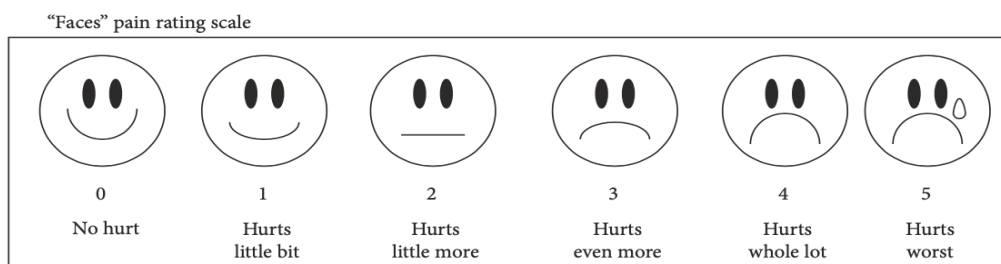


ภาพ 2 เครื่องมือประเมินแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS)

ที่มา: สมาคมเรื่องการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2552

3) เครื่องประเมินวัดด้วยคำพูด (Simple Descriptor Scale: S.D.S) คือ เครื่องมือที่ใช้คำพูดในการประเมินระดับความปวดแล้วเทียบเป็นตัวเลข เช่น ไม่ปวดเลย = 0 คะแนน ปวดเล็กน้อย = 1-3 คะแนน ปวดปานกลาง = 4-6 คะแนน ปวดมาก = 7-9 คะแนน และปวดมากที่สุด = 10 คะแนน เป็นต้น เครื่องมือชนิดนี้จะใช้กรณี ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจตัวเลข หรือรูปภาพ

4) เครื่องมือประเมินด้วยใบหน้า (Face Rating Scales: FAS) คือ เครื่องมือประเมินความปวดที่เป็นรูปภาพโดยใช้สีหน้าแทนระดับความปวด ดังภาพ 3 มักใช้วัดความปวด ในเด็กเล็กหรือผู้ที่ไม่เข้าใจตัวเลขหรือภาษา การวัดทำได้โดยถามผู้ป่วยถึงความปวดและให้ผู้ป่วยชี้ที่ใบหน้าและเทียบกลับมาเป็นคะแนนความปวด แสดงดังภาพ 3



ภาพ 3 เครื่องมือประเมินความปวดด้วยใบหน้า (Face Rating Scales: FAS)

ที่มา: Alhareky et al., 2021

7.2.2 เครื่องมือประเมินความปวดแบบหลายมิติ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมประสบการณ์ความปวดที่หลากหลาย ได้แก่

1) แบบประเมินความปวดครั้งแรก (Initial pain assessment tool) โดยเป็นแบบประเมินที่มีความครอบคลุมในเรื่อง ตำแหน่งซึ่งมีการใช้ภาพแสดง โดยให้ผู้ป่วยระบุบริเวณที่มีความปวด ระดับความรุนแรงของความปวดในปัจจุบัน (Present pain) ความปวดที่รุนแรงที่สุด (Worst pain) หรือความปวดที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ ลักษณะของเวลาเริ่มต้น ระยะ ความถี่ทางรูปแบบพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวด ปัจจัยที่มีผลทำให้ความปวดลดลง ปัจจัยที่ทำให้ความปวดนั้นมีความรุนแรงขึ้น ผลกระทบของความปวดต่าง ๆ ได้แก่ อาการร่วมอื่น ๆ เช่น การนอนไม่หลับ การเคลื่อนไหว ความอยากอาหาร สภาพของอารมณ์ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสนใจ สมาธิ และแผนให้การช่วยเหลือ

2) แบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory: BPI) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในงานวิจัยปัจจุบัน แต่ในปัจจุบันนั้นพบว่า มีการนำไปใช้ทางคลินิกและมีการแปลเป็นหลากหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย โดยจะประเมินความปวด ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และอาจจะมีการปรับใช้เป็นอย่างอื่นได้ เช่น ความปวดในรอบสัปดาห์ ที่ผ่านมา เป็นต้นแบบประเมินจะประกอบไปด้วยข้อคำถามที่เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง ความรุนแรงของความปวด การประเมินผลจากการให้การช่วยเหลือที่ผ่านมา และผลกระทบของความปวดที่รบกวนแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Pain interference)

3) แบบสอบถามความปวดแมกิลล์ (McGil Pain Questionnaire: MGQ) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุม การประเมินการรับรู้ความปวดหลายด้าน ซึ่งเหมาะกับการนำมาใช้ในการวินิจฉัยความปวดประเภท นิวรอฟทิก (Neuropathic pain)

การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือวัดความปวดของณัฐพงศ์ สิริินวัฒน์ และคณะ (2560) มาปรับใช้เนื่องจากเป็นมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขที่มีลักษณะ (0-10 Numeric pain rating scale) ในการประเมินความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเนื่องจากวิธีการนี้เป็นมาตรวัดที่ใช้อย่างค่อนข้างแม่นยำในการวัดระดับความรุนแรงของความปวดตามจริง ซึ่งการประเมินความปวดจะสามารถนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้

## 8. การพยาบาลเพื่อลดความปวด

เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือลดความปวดของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการความปวดแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (อังคณา จงเจริญ, 2558)

8.1 การจัดการโดยใช้ยา (Pharmacotherapy) เป็นการพิจารณาให้ยาแก้ปวดในการจัดการความปวดซึ่งมี 3 กลุ่ม คือ

8.1.1 ยาแก้ปวด กลุ่มประเภทไม่เสพติด (Non-opioids)

8.1.2 ยาแก้ปวดกลุ่มประเภทเสพติด (Opioids)

8.1.3 ยาเสริม (adjuvant)

โดยยึดหลักการในการให้ยา 3 บันไดขั้นตอน (Three step ladder) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Analgesic Ladder) กล่าวคือบันไดขั้นที่ 3 ในรายที่มีความปวดระดับรุนแรง (คะแนน 7-10 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดรุนแรง (Opioid drugs) ได้แก่ Morphine, Fentanyl หรือ Methadone บันไดขั้นที่ 2 ในรายที่มีความปวดระดับปานกลาง (คะแนน 4-6 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดน้อย (Weak opioid drugs) ได้แก่ Codeine และ Tramadol สุดท้ายบันไดขั้นที่ 1 ในรายที่มีความปวดระดับเล็กน้อย (คะแนน 1-3 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด (Non opioid drugs) ได้แก่ Paracetamol, NSAIDS เป็นต้น

8.2 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (Nonpharmacological intervention) เป็นวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทการพยาบาลที่สามารถทำได้อย่างอิสระในการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย ดังนี้

8.2.1 เปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมอง ด้วยการบำบัดทางจิต โดยเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องและลดการเฝ้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2558 อ้างถึงใน วิริยา ศิลา, 2560) ได้แก่

1) การให้ข้อมูล (Provision of information) คือ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรค และวิธีการประเมิน และการจัดการความปวดเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจะเน้นการให้ข้อมูลร่วมกันระหว่างข้อมูลที่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การรักษาใด ๆ มีอะไรเกิดขึ้นได้บ้างในระหว่างการรักษา (Procedural information) และข้อมูลที่อธิบาย

ประสบการณ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยคาดว่าจะได้รับในระหว่างการรักษา (Sensory information) ซึ่งจะช่วยลดความปวด และความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

2) เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีการดึงความสนใจจากสิ่งที่กำลังทำให้เกิดความปวดมาสู่กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจจะส่งผลให้ความสนใจต่อความปวดลดลงและความปวดลดลงตามลำดับ (ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุตา งามขำ, 2556)

3) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เป็นการลดความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ เป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้การรับรู้ต่อความปวดลดลง เช่น การทำสมาธิ หายใจเข้าออกลึก ๆ สลับกับผ่อนคลาย หายใจยาว ๆ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2558 อ้างถึงใน วิริยา ศิลา, 2560; สิริรัตน์ จัทรมะโน, 2550)

8.2.2 การบรรเทาปวดโดยการกระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรงเพื่อช่วยบรรเทาความปวด (กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561) ได้แก่

1) กายบริหาร การออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารต่าง ๆ เป็นการออกกำลังกายของข้อ โดยเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ ช่วยให้ร่างกายทุกส่วนมีความยืดหยุ่น ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นส่งผลบรรเทาความปวดได้ (พรรณภัทร อินทฤทธิ์, จิราภา ทองพึ่งสุข, สลักจิตร คำคง, และสุภารัตน์ จำเริญเนาว์, 2564)

2) การจัดท่าผู้ป่วย การจัดท่าผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการลดสิ่งกระตุ้นและลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้ความปวดลดลง

3) การนวด เป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความสบาย เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เพื่อปิดประตูในระดับไขสันหลังมีผลไปยังการทำงานของเอสซีเซลล์ ไม่ทำให้เกิดการหลั่งสารพีไปกระตุ้นทีเซลล์ นอกจากนี้ยังทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยสุขสบายต่อร่างกายและจิตใจ (กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561; ชัชมน ดำรงรักษัธรรม, 2552)

การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาและควบคุมความปวด ตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดจากความปวดให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินและวางแผนการให้การพยาบาลเพื่อจัดการความปวด โดยผู้วิจัยเลือกการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยโดยมีการให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบรรเทาความปวด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกขณะได้รับหัตถการ ข้อมูลสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และ



ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) แล้วนำมาปรับในการตอบสนองต่อความปวดที่เกิดขึ้นจนเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) เป็นผลให้เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) ส่งผลให้ความปวดลดลง

## ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

### 1. ความหมายของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

ปัสสาวะเป็นเลือดคือ ภาวะที่มีเลือดปนในปัสสาวะมากกว่าสามเซลล์เม็ดเลือดแดง (RBCs) ต่อ กำลังขยายสูงของกล้องจุลทรรศน์ (HPF) คือคำนิยามของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (Microscopic hematuria) และภาวะที่ปัสสาวะเป็นเลือดมองเห็นด้วยตาเปล่า (Macroscopic hematuria) (ธนศ ไทยดำรงค์, 2563)

ปัสสาวะเป็นเลือด หมายถึง ปัสสาวะปนเลือดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ แบบมองเห็นด้วยตาเปล่ากับต้องมองผ่านกล้องจุลทรรศน์จะเห็นเม็ดเลือดแดงปนอยู่ในปัสสาวะ (Leslie, Hamawy, & Saleem, 2024)

ปัสสาวะเป็นเลือด หมายถึง การมีเลือดในปัสสาวะซึ่งมองเห็นได้ด้วยตาเปล่ากับมองเห็นผ่านกล้องจุลทรรศน์ (Stout et al., 2021)

### สรุป

ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด หมายถึง ภาวะที่มีเลือดปนในปัสสาวะ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า กับ มองเห็นผ่านทางกล้องจุลทรรศน์ แต่ในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะปัสสาวะเป็นเลือดที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าเท่านั้น

### 2. พยาธิสรีรวิทยาของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

เลือดที่มาหล่อเลี้ยงต่อมลูกหมาก (Blood supply of prostate) มีทั้งเส้นเลือดแดง และเส้นเลือดดำ (ธงชัย พุทธบริวาร, 2541)

#### 2.1 เส้นเลือดแดง (Arterial supply)

2.1.1 แขนงจาก Inferior vesical artery ให้แขนง Prostatic artery มาที่ฐานของกระเพาะปัสสาวะแล้วแยกเป็นกลุ่มเส้นเลือดเล็ก ๆ 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่ม Urethral arteries ลักษณะเป็นแขนงที่ทะลุฝังเข้าไปในเนื้อต่อมตรงตำแหน่ง Prostatic vesical junction ส่งแขนงย่อยเลี้ยงเนื้อต่อมลูกหมากกับบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะบริเวณ 1-5-7-11 นาฬิกา ซึ่งเวลาควักเนื้อออกต่อมลูกหมากออก มักจะเห็นจุดเลือดพุ่ง

ชัดเจนปลายเส้นเลือดไปสุดที่ผนังของช่องปัสสาวะส่วนลูกหมาก (Prostatic urethra) นับเป็นกลุ่มเลี้ยงภายในเนื้อต่อมลูกหมาก

2) กลุ่ม Capsular arteries จะไต่ไปตามด้านนอก Posterolateral surface เลี้ยงต่อมลูกหมากส่วนนอก

#### 2.1.2 แขนงจาก Internal pudendal artery

2.1.3 แขนงจาก Middle hemorrhoidal artery แขนง Internal pudendal artery และแขนง Middle hemorrhoidal artery ให้แขนงเส้นเลือดแดงเล็ก ๆ ไปเลี้ยงบริเวณ inferior portion ของต่อมลูกหมาก

2.2 เส้นเลือดดำ (Venous supply) มีเส้นเลือดสำคัญ คือ Deep dorsal vein of penis ที่โผล่ขึ้นมาระหว่าง Corpus carvenosum แล้วแบ่งเป็น 3 แขนง คือ แขนงต้นจะทอดขึ้นมาบนเปลือกของต่อมลูกหมากด้านหน้า อีก 2 แขนงไปทางขวาและซ้ายของเปลือกต่อมลูกหมากทอดลงข้าง ๆ ไปรวมกับแขนงของ Plexus of Santorini ไปเทเข้า Hypogastric หรือ Internal iliac vein เป็นกลุ่มเส้นเลือดที่เปราะบางแตกง่าย

การเสียเลือดจากการผ่าตัดไม่ว่าจะวิธีใดในการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เลือดจะออกจากทั้งเส้นเลือดแดงและดำที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งการผ่าตัดจะทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด ซึ่งการผ่าตัดบริเวณนี้จึงอาจจะมีเลือดออกได้ทันทีหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่พบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดแต่พบได้น้อย (ภาณุ อดกลั่น และคณะ, 2552) โดยเลือดออกหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (กิตติณัฐ กิจวินัย และเจริญ สีนานุพันธ์, 2547 อ้างถึงใน อรทัย พินสุวรรณ์, 2550)

1. เลือดออกระยะแรกถึงระยะกลางหลังผ่าตัด สาเหตุอาจเกิดเพราะการผ่าตัดโดยไม่ระมัดระวัง ตรวจสอบจุดเลือดออกไม่ครบถ้วน มีการห้ามเลือดไม่ดี หรือลิ่มเลือดที่อุดตันหลุดออกไปร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ดังจะกล่าวต่อไป

2. เลือดออกระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สาเหตุอาจเกิดเพราะสะเก็ดบริเวณแผลบริเวณผ่าตัดต่อมลูกหมากหลุดออก และผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องทำให้เกิดเลือดออกได้ เช่น การนั่งรถเป็นเวลานานเกิดการกระแทก และมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น ทำให้แผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือนเกิดเลือดออกได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยท้องผูกอาจาระแข็งครูดกับแผลผ่าตัดทำให้เกิดเลือดออกได้เช่นกัน (สมพร ชินโนรส, 2537 อ้างถึงใน อรทัย พินสุวรรณ์, 2550)

### 3. ปัจจัยการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ปัจจัยการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (บุญมี สันโดษ, 2559; อรทัย พินสุวรรณ์, 2550) ได้แก่

1. ขนาดของต่อมลูกหมากยิ่งต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่ยิ่งทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากขึ้น (Kim, M. et al., 2019) การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นการตัดส่วนที่เป็นเนื้องอกต่อมลูกหมาก (adenoma) ออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ จนถึงแคปซูลของต่อมลูกหมากเพื่อลดการอุดตันทางออกของท่อปัสสาวะ (สุมิตร อนุตระกูลชัย, 2547) หากน้ำหนักเนื้องอกต่อมลูกหมากที่ตัดออกที่มากกว่า 45 กรัมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะน้ำหนักเนื้องอกต่อมลูกหมากที่ตัดออกมากกว่า 60 กรัม อาจทำให้เกิดการทำลายเส้นเลือดของเนื้องอกต่อมลูกหมากทำให้เกิดการเสียเลือดมากในการผ่าตัดและจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (อรรถัย พินสุวรรณ์, 2550)

2. ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดที่ปลอดภัยสำหรับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะคือไม่ควรเกิน 90 นาที (Riedinger et al., 2019) โดยการผ่าตัดจะใส่เครื่องมือตัดเนื้องอกต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ อาจทำให้เกิดความชอกช้ำแก่กล้ามเนื้อหูรูดภายนอก ดังนั้นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานจึงทำให้กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอได้ง่าย (สมพร ชีโนรส, 2537; Pollack, & McClennan, 2000; Walsh, 2002) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เรดิเจอร์ และคณะ (Riedinger et al., 2019) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของระยะเวลาการผ่าตัดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที มีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อค, เลือดออกหลังผ่าตัด และลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

3. การยึดตรึงสายสวนปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจากการพร่องข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนขณะได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้ถูกต้องหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยงอสะโพกและขาข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะทำให้บอลูนของสายสวนปัสสาวะเลื่อนออกจากตำแหน่งแผลผ่าตัดทำให้เกิดเลือดออกได้

4. กระบวนการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากน้ำเกลือไม่ไหล หรือหมดแล้วไม่ได้ต่อ หรือเข้าไปน้อยเกินไปสีเลือดจะเข้มมาก ทำให้เกิดเลือดออกได้

5. กระบวนการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ สายสวนปัสสาวะบดงอหักพับ ถุงปัสสาวะไม่อยู่ต่ำกว่าระดับตัวผู้ป่วย น้ำปัสสาวะไหลออกไม่สะดวก

6. ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือด

จากปัจจัยดังกล่าวภาวะปัสสาวะเป็นเลือดแบ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้กับแก้ไขไม่ได้ ซึ่งปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้คือ การยึดตรึงสายสวนปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการพร่องข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา

#### 4. ระดับของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

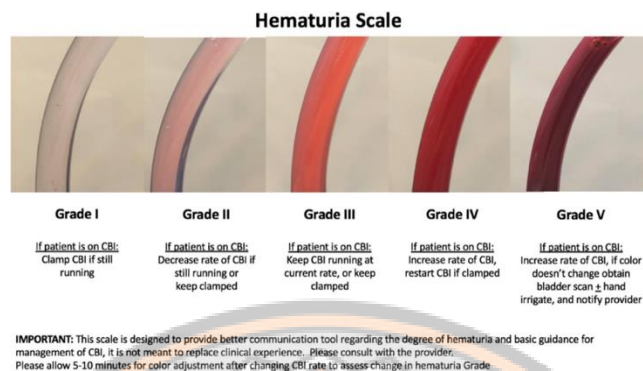
ระดับของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดสามารถแบ่งได้ดังนี้ (Ma et al., 2020; Stout et al., 2021)

1. ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระดับ Grade 1 หมายถึง สีของปัสสาวะเป็นเลือดที่ออกมา มีสีใส สามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้
2. ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระดับ Grade 2 หมายถึง สีของปัสสาวะเป็นเลือดที่ออกมา มีสีชมพูใส, สีพีช อัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะประมาณ 300 – 400 ml/hr. และสามารถลดอัตราการไหลได้
3. ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระดับ Grade 3 หมายถึง สีของปัสสาวะเป็นเลือดที่ออกมา มีสีชมพู, สีสตอเบอร์รี่ อัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะประมาณ 500 – 700 ml/hr. และรักษาระดับอัตราการไหล
4. ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระดับ Grade 4 หมายถึง สีของปัสสาวะเป็นเลือดที่ออกมา มีสีแดง, สีเชอร์รี่ อัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะประมาณ 900 – 1,100 ml/hr. และเพิ่มระดับอัตราการไหล
5. ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระดับ Grade 5 หมายถึง สีของปัสสาวะเป็นเลือดที่ออกมา มีสีแดงเข้ม มีเลือดออกปนกับปัสสาวะหลังผ่าตัดปริมาณมากมีการจับตัวกันเกิดลิ่มเลือดอุดตันทางออกของปัสสาวะ อัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะประมาณ มากกว่า 1,100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, free flow หรือได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะด้วยมือแล้วไม่สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อล้างลิ่มเลือดในกระเพาะปัสสาวะออกและใช้กระแสไฟฟ้าจี้จุดเลือดออกให้หยุด (อรทัย พินสุวรรณ, 2550; Holtgrewe, 1995)

#### 5. การประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

การประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังทำผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีความสำคัญ เพื่อป้องกันและแก้ไขการเกิดลิ่มเลือดอุดตันสายสวนปัสสาวะได้ทันเวลาที่ดังนี้ (ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2542; สมพร ชินโนรส, 2537; อรทัย พินสุวรรณ, 2550; Scholtes, 2002) สามารถประเมินได้หลายมิติ ได้แก่

1. ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดโดยใช้ Hematuria grading scale แสดงดังภาพ 4



ภาพ 4 Hematuria grading scale

ที่มา: Stout et al., 2021

- Grade 1 หมายถึง สามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้
  - Grade 2 หมายถึง สามารถลดอัตราการไหลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้
  - Grade 3 หมายถึง รักษาอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ
  - Grade 4 หมายถึง เพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ หรือ เริ่มการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะใหม่หากหยุดไว้
  - Grade 5 หมายถึง เพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะหากสีไม่เปลี่ยนแปลงอาจมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบมือและรายงานแพทย์
2. ประเมินจากความรู้สึกไม่สบายและมีอาการปวดบริเวณท้องน้อยมาก
  3. ประเมินได้จากการขยายได้บริเวณท้องน้อยเหนือหัวเหน่า (Suprapubic distension) กระเพาะปัสสาวะโต คลำกระเพาะปัสสาวะได้
  4. ในกรณีที่ผู้ป่วยคายสวนปัสสาวะพบว่า มีน้ำออกมาอยู่รอบ ๆ สายสวนปัสสาวะ
  5. ประเมินโดยพิจารณาจากการไหลออกของน้ำออกจากกระเพาะปัสสาวะไม่สะดวกในผู้ป่วยที่คายสวนปัสสาวะ
  6. ประเมินโดยพิจารณาจากความสมดุลของปริมาณน้ำที่ไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะและปริมาณน้ำที่ไหลออกจากกระเพาะปัสสาวะ ถ้าพบว่าปริมาณน้ำที่ไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะมากกว่าปริมาณน้ำที่ไหลออกจากกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยที่คายสวนปัสสาวะและล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องอาจเกิดความผิดปกติ

การประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดสามารถประเมินได้หลายมิติทั้งจากการใช้แบบประเมินระดับภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในการดูสีของปัสสาวะ หรือประเมินจากตัวผู้ป่วย สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมประเมินได้โดยการสังเกตจากระดับสีของปัสสาวะ เมื่อนำมาเทียบกับ Hematuria Grading Scale โดยแบ่งเป็น 5 Grade ตั้งแต่ Grade 1 หมายถึง ปัสสาวะสีใสสามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้ จนถึง Grade 5 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีแดงเข้มเพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ หากสีไม่เปลี่ยนแปลงอาจมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบมือและรายงานแพทย์ ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้ภายในหอผู้ป่วยอยู่แล้วทำให้ง่ายต่อการใช้ประเมิน นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลจัดการภาวะปัสสาวะเป็นเลือดที่มีประสิทธิภาพได้

#### 6. การพยาบาลเพื่อลดระดับภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (บุญมี สันโดษ, 2550)

1. ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา ได้แก่ การให้ข้อมูลเหยียดขาตรงข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ (Traction), ให้ข้อมูลไม่งอสะโพกข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันบอลูนของสายสวนปัสสาวะเลื่อนออกจากที่ลดภาวะความรุนแรงของปัสสาวะเป็นเลือดได้, ให้ข้อมูลการคลายกล้ามเนื้อขาข้างที่ยึดตรึงโดยการกระดกเท้าขึ้นลงเพื่อลดการเกร็งของขา

2. หมั่นสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ สังเกตภาวะการตกเลือดซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มาก หมั่นสังเกตสีของน้ำที่ไหลออกมาให้เป็นสีชมพูจาง หรือสีใสและไหลได้ตลอดเวลาเพื่อบรรเทาความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด จึงต้องคอยดูแลปรับความเร็วของน้ำที่ใส่เข้าไปสวนล้างให้พอเหมาะ เพราะถ้าน้ำยาไม่ไหลเข้าหรือเข้าป็น้อยเกินไปสีเลือดจะเข้มมากทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหรือถ้าใส่เข้าไปโดยที่น้ำไหลออกไม่ได้หรือไหลออกไม่ดี กระเพาะปัสสาวะจะขยายออก ผู้ป่วยจะปวดถ่ายปัสสาวะและปวดเบ่งมากทำให้เกิดเลือดออกมากขึ้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยปวดถ่ายปัสสาวะ หรือน้ำที่สวนล้างไหลออกไม่สะดวกสงสัยว่าจะมีลิ่มเลือดอุดตัน ควรบีบรีดสายยาง (Miking) บ่อย ๆ หรือถ้ามีเลือดออกมากจนสายสวนปัสสาวะอุดตันให้ทำการล้างกระเพาะปัสสาวะให้ก้อนเลือดออกหมดแล้วจึงต่อการสวนล้างปัสสาวะตามเดิม แต่ถ้ามีเลือดออกมากไม่สามารถหยุดได้ต้องประสานงานศัลยแพทย์นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งเพื่อส่องกล้องสูบล้างเอาก้อนเลือดออกให้หมดและจี้ไฟฟ้าเพื่อห้ามเลือด

3. การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการสวนล้างแบบต่อเนื่องต้องทำอย่างถูกต้อง ระวังการติดเชื้อมาก ระวังไม่ให้สายสวนบดงอ หักพับ จัดเก็บขวดปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับตัวผู้ป่วย เพื่อให้ น้ำปัสสาวะไหลออกสะดวกตามแรงโน้มถ่วงของโลก และเป็นการป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะอีกทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ



โดยสรุปการพยาบาลเพื่อลดระดับภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่มีประสิทธิภาพควรได้รับการแก้ปัญหาที่ปัจจัยหรือสาเหตุ ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสามารถแก้ปัญหาที่ปัจจัยนั้นได้

## การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและการนำแนวคิดมาใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

### 1. แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) พัฒนามาจากทฤษฎีการปรับตนเองของ ลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) (Lee et al., 2012) อ้างถึงใน กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561; ศุภริดา จันทรบุรี, 2562) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการ (Procedural information) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skills information) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสามารถความวิตกกังวล ลดความปวด และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เนื่องจากการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) โดยการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่บุคคลเคยมีประสบการณ์ ร่วมกับข้อมูลข่าวสารที่เก็บไว้ในความทรงจำของตนเอง จนเกิดเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) แล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับตนเองในการตอบสนองหรือมีพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามต่าง ๆ ซึ่งโครงสร้างความรู้ความเข้าใจของแต่ละบุคคลนั้นเรียกว่าโครงสร้างความคิด หรือแบบแผน (Schema) ทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในอนาคต เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือและคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้สามารถวางแผนที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ โดยแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 2 แนวทาง ได้แก่

1. แนวทางที่มุ่งเน้นการปรับตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะที่ดีของร่างกาย กระบวนการนี้จะถูกกระตุ้นเมื่อการรับรู้ความเป็นจริงที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัย เช่น ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ช่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ ลักษณะสภาพแวดล้อม สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดง เป็นต้น ผู้ป่วยจะดึงความทรงจำและประสบการณ์ที่เคยจัดการอาการดังกล่าวมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ป่วยสามารถปรับตนเองทางด้านร่างกายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

2. แนวทางที่มุ่งเน้นการปรับตนเองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะที่ดีด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยกระบวนการนี้จะถูกกระตุ้นเมื่อเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามชีวิตก่อให้เกิดการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่มีลักษณะเป็นอัตโนมัติ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ เป็นต้น ผู้ป่วยจะถึงความทรงจำและประสบการณ์ที่เคยใช้จัดการกับอารมณ์ดังกล่าวมาใช้แล้วมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดภาวะอารมณ์ที่เป็นปกติสุขดังเดิม

## 2. ประเภทของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีหลายชนิดข้อมูลแต่ละชนิดมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้ (Leventhal, & Johnson, 1983 อ้างถึงใน หยาตพิรุณ กุณโอง, 2561)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) คือข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดขั้นตอนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องประสบ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้

2. ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) คือ ข้อมูลทางประสาทสัมผัส (Sensory information) ที่อธิบายถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นว่าเมื่อใด ระยะเวลาานเท่าไร และสิ่งที่จะรับรู้ได้จากการสัมผัส สัมผัส มองเห็น ได้ยิน หรือได้กลิ่น ในระหว่างเหตุการณ์เหล่านั้น ตัวอย่างที่ใช้บรรยายความรู้สึกทางกาย ได้แก่ รสชาติ, ความปวดเมื่อย, ผู้คนสวมหน้ากาก, เสียงคลิก และกลิ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ ข้อมูลทางประสาทสัมผัส ประกอบด้วย (Pakanta, 2002)

2.1 ประสบการณ์เชิงอัตนัย (Subjective experiences) คือ สิ่งที่บุคคลเผชิญกับประสบการณ์นั้นถึงจะรับรู้ได้ โดยปกติจะเป็นความรู้สึกทางกายทั่วไป เช่น คนหนึ่งอาจมองว่าความรู้สึกนั้น “รุนแรงมาก” หรือ “แสบมาก” ขณะที่อีกคนอาจมองว่า “ไม่รุนแรง” หรือ “ไม่เลวร้าย” เป็นต้น สาเหตุของความรู้สึกนั้น รวมถึงช่วงเวลาที่ถูกระบุไว้ด้วย เช่น ข้อมูลทางประสาทสัมผัสของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นต้น จะไม่เพียงรวมถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับแผลผ่าตัดเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกเหล่านั้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกขณะที่มีการหายใจของแผล

2.2 ประสบการณ์เชิงปรนัย (Objective experiences) คือ แง่มุมต่าง ๆ ของประสบการณ์ที่สามารถสังเกตและยืนยันได้โดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ที่กำลังเผชิญกับประสบการณ์นั้น รวมถึงช่วงเวลาในการเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ และลักษณะทางกายภาพของสภาพแวดล้อมที่กระบวนการนั้นเกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด, เวลาที่วิสัญญีแพทย์จะเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย, ช่วงเวลาการเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด รวมถึงการรออยู่ในห้องรอผ่าตัด และการพ้นจากยาสลบ เป็นต้น

ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) จะมีความยุ่งยากในการจัดเตรียมข้อมูล ซึ่งแนวทางในการจัดเตรียมข้อมูลชนิด sensory information นั้น McHugh และคณะ (McHugh, et al., 1982: 782 as cited in Pakanta, 2002) ได้เสนอหลักสำคัญไว้ 3 ประการ คือ 1) บอกความรู้สึกทางกายภาพโดยไม่ต้องประเมิน เช่น ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าเขารู้สึกเจ็บหรือปวดแสบปวดร้อน แต่ไม่ควรบอกว่าเขาจะต้องพบกับสิ่งที่น่ากลัว เป็นต้น 2) บอกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องประสบกับความรู้สึกเหล่านั้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแปลความหมายของข้อมูลได้ไม่ผิดพลาด และ 3) บอกความรู้สึกเฉพาะในส่วนของการประสบการณ์ที่ผู้ป่วยจะได้รับที่เป็นที่สนใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่เท่านั้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์นั้นมาก่อน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) คือข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะเผชิญเหตุการณ์คุกคามความปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์

4. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skill information) เป็นข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์คุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น เป็นข้อมูลที่รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติและคำแนะนำทำให้ผู้ป่วยควบคุมสภาพจิตใจได้และสามารถเลือกพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

### 3. แนวทางการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงขั้นตอนการรักษาต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (อนุสรฯ สุวรรณจันทร์, 2564)

1. ระยะก่อนผ่าตัด เป็นการประเมินปัญหา ความต้องการและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ จากทางร่างกาย เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ เป็นต้น และความพร้อมทางด้านจิตใจ รวมถึงการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลโรค ข้อมูลขั้นตอนการรักษาต่าง ๆ และสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะเข้ารับการรักษา

2. ระยะผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด มีการตรวจสอบข้อมูลต่าง ๆ เช่น ชื่อนามสกุล ชนิดการผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ กับตัวผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด

3. ระยะหลังผ่าตัด เป็นระยะการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วย จะได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบายต่าง ๆ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด

#### 4. วิธีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม สามารถให้ได้หลายวิธี จากการใช้สื่อ หรือไม่ใช้สื่อ โดยแต่ละวิธีการมีข้อจำกัดและข้อแตกต่างกันดังนี้ (วิภาพร ขาวนวล, 2558)

1. การบรรยาย เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลพูดบอกเล่า อธิบายเนื้อหาหรือเรื่องราวต่าง ๆ ให้แก่ผู้รับ โดยที่ผู้บรรยายเป็นฝ่ายเตรียมการศึกษาค้นคว้าเนื้อหาเรื่องมาแล้วเป็นอย่างดี ถ่ายทอดความรู้ ความคิดในหัวข้อที่กำหนดไว้ ผู้บรรยายมีความเชี่ยวชาญในความรู้ที่สอน เตรียมเนื้อหาความรู้ เอกสาร และสื่ออุปกรณ์ประกอบการบรรยาย โดยมีข้อดี คือ สามารถให้ข้อมูลได้ที่หลายคน ผู้ให้ข้อมูลสามารถดำเนินการคนเดียวได้ สามารถที่จะปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้ฟังตรงตามเวลาที่กำหนด ได้ดีกว่าวิธีอื่น ข้อจำกัด คือ ไม่คำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับข้อมูล ผู้รับข้อมูลไม่ค่อยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น การบรรยายที่ดีต้องอาศัยทักษะและเทคนิคการพูดที่น่าสนใจเพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย มีส่วนร่วมน้อย ไม่เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2553)

2. การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้ให้ 1 คน และผู้รับ 1 คน โดยจะให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้เรียนในทุกขั้นตอน การให้ข้อมูลวิธีนี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับ เป็นโอกาสสร้างเจตคติที่ดีต่อการรับข้อมูล มีข้อเสียคือเปลืองกำลังเจ้าหน้าที่และเสียเวลามาก (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2553)

3. เอกสารแผ่นพับ เป็นสื่อที่ช่วยในการทบทวน และกระตุ้นความทรงจำภายหลังการได้รับข้อมูล เป็นสื่อที่มีรูปภาพและมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีเนื้อหาครอบคลุม มีการใช้เอกสารรูปภาพประกอบ เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการให้ข้อมูลความรู้แก่ประชาชน เพราะเป็นวิธีการที่ง่ายและประหยัด ผู้เรียนสามารถศึกษาเนื้อหาตามความสนใจของตนเองได้หลายครั้ง (นิสากร โพธิ์ชัย, 2541)

4. การใช้สื่อวีดิทัศน์ วีดิทัศน์เป็นการใช้สื่อที่สามารถเห็นได้ทั้งภาพและฟังเสียง มีความต่อเนื่องของการกระทำจากเรื่องราวต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น ข้อดีคือ ใช้ได้กับทั้งผู้ชมกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ เป็นสื่อที่เข้าถึงง่าย รวดเร็วสามารถเก็บเป็นข้อมูลและดูซ้ำได้ ข้อจำกัดคือ จะต้องมียุทธศาสตร์ในการฉายภาพ เช่น โทรทัศน์ เครื่องเล่นแผ่นวีดิทัศน์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์

อย่างไรก็ตามวิธีการให้ข้อมูลควรให้มากกว่าหนึ่งวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผล สำหรับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ผู้วิจัยเลือกรูปแบบการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ผ่านการใช้วีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ ความเข้าใจได้ง่าย เนื้อหามีความยาวประมาณ 15 - 20 นาที โดยเนื้อหาในวีดิทัศน์ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ดังนี้

#### 4. แนวทางการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดขั้นตอนการรักษา เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ในการปฏิบัติและการรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจาะเลือด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การหยียดขาตรงข้างที่ยึดตรึง สายสวนปัสสาวะ การออกกำลังกายการเหยียดเกร็งและคลายกล้ามเนื้อขา การดื่มน้ำดอาหารทางปากในคืนก่อนผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด และสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม

4.2 การให้ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก เป็นข้อมูลเพื่ออธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของ ผู้ป่วย ต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรู้ การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง และการมองเห็นภาพเกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของเหตุการณ์ และความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อได้รับการเจาะเลือด ความรู้สึกเมื่อได้ฝึกการเกร็งขา และความรู้สึกขณะรอผ่าตัด ความรู้สึกหลังหมดฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก ความรู้สึกปวดบริเวณท้องน้อย ปวดเบ่งหรืออยากถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เช่น ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากความปวดแผลผ่าตัดลดลง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง

4.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะทำ ปฏิบัติ ขณะได้รับการรักษา เช่น การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฝึกเหยียดและเกร็งกล้ามเนื้อขาข้างที่ยึดตรึง การดื่มน้ำจำนวนมาก ประมาณ 2000-3000 ml. การให้คำแนะนำดื่มน้ำ ไอ เบ่ง จาม เพื่อบรรเทาความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด การบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ ช้า ๆ เป็นต้น ข้อมูลนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

4.4 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมสภาพจิตใจได้และสามารถเลือกพฤติกรรม การตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุปการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ที่ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedure information) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavior information) และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skills information) จะเป็นการสร้างประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ทั้งร่างกายและจิตใจ (Total function person) ของผู้ป่วย เกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) ทั้งนี้การได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า นำมาปรับในการตอบสนอง



ต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้ตนเป็นอันตรายและด้วยเหตุที่แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกจะสามารถวางแผนควบคุมตนเอง สามารถปรับตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) โดยส่งผลลดความวิตกกังวล ลดความปวด และลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา เชื้อนแก้ว (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะโดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self regulation theory) ของ Leventhal, & Johnson โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมในวันที่ยานัดส่องตรวจ 2) การเตรียมความพร้อมในวันส่องตรวจและการดูแลขณะส่องตรวจ 3) การดูแลภายหลังส่องตรวจ ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ สื่อบทชีวีทัศน์โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญสปีดเบอร์เกอร์และคณะ 3) แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีคะแนนความวิตกกังวลและความปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กิตติศักดิ์ คัมภีระ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเท้าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดข้อเท้าเทียมที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 30 ราย และกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเอง 30 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) ให้การพยาบาลตามแบบแผน 3) การให้การช่วยเหลือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และ



อุปกรณ์วัดของศาของข้อเข่า ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ศุภธิดา จันทบุรี (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 23 ราย และกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการปรับตนเอง 23 ราย เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการปรับตนเอง ประกอบด้วยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาล และจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยใช้วิธีทัศน์และคู่มือเป็นสื่อในการให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล 3) แบบประเมินความปวดมีลักษณะเป็นมาตรวัดความปวด (0-10 Numeric Pain Rating Scale) และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการให้การพยาบาลและระยะเวลามีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p = .000$ ) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการให้การพยาบาลและระยะเวลามีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .049$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญมี สันโดษ (2550) ศึกษาผลการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มต่อความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ ศึกษาและเปรียบเทียบผลการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับระบบการพยาบาลปกติในด้าน ความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญและมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับการพยาบาลโดย

ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มควบคุม 15 คน ได้รับการพยาบาลตามระบบปกติ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบบันทึกอาการผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมากทางทอ ปัสสาวะ และมีความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะหลังผ่าตัดดีกว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวน วันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญมี สันโดษ (2559) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะ ปัสสาวะแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากทางทอ ปัสสาวะโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากที่หน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะจำนวน 40 คน แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน เป็นการใช้ Evidence Based Practice Model ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐาน เชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงใน หน่วยงานการศึกษา ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไป ได้ในการนำไปใช้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 17 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ในการสร้างแนว ปฏิบัติการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการเตรียม อุปกรณ์ 2) ขั้นตอนการพยาบาลขณะสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง 3) ขั้นตอนการออก กำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) ขั้นตอนการหยุดสวนล้างและถอดสายสวนปัสสาวะผล การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ เรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง ส่งผลให้การดูแลตนเองอยู่ระดับดีมาก การเหน็ดเหนื่อยไม่ก่อเข้า/สะโพกได้ครบตามเวลาที่กำหนด การควบคุมความปวดเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพคะแนนความปวดเฉลี่ยที่ 2 คะแนน ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาแก้ปวดใน ระยะแรกหลังผ่าตัด ตำแหน่งของบอลูนสายสวนปัสสาวะไม่เลื่อนหลุด การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติมา ใช้น้ำเกลือสวนล้างแบบ 2 ขวด ไม่พบก้อนเลือดอุดตัน ไม่เกิดเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด จำนวนน้ำเกลือ ที่ใช้สวนล้างเฉลี่ย 30,000 ซีซีต่อคน (เดิม 140,000 ซีซีต่อคน) ราคาค่าใช้จ่ายน้ำเกลือสวนล้างเฉลี่ย 1,200 บาท (เดิมเฉลี่ย 5,600 บาท ซึ่งสามารถลดได้ถึง 3,400 บาทต่อคน หรือ 85 ลูกต่อคน ไม่พบอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.4 วัน (เดิม 8 วัน) ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้อาการ อัตรารวมพึงพอใจของผู้รับบริการ เท่ากับ ร้อยละ 97.80 อัตรารวมพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับร้อยละ 96.60

จากการศึกษาผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ที่ประกอบด้วยข้อมูลทั้ง 4 ประเภท โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับ ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ส่งผลทางอารมณ์การทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น แต่งานวิจัยเหล่านี้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ, ผ่าตัดข้อเข่าเทียม และผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ส่วนการลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดมีการศึกษาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง แต่การศึกษานั้นประมาณ 10 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบริบทการดูแลทางสุขภาพไปอย่างมาก เช่น มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาเหล่านั้นมาตอบคำถามงานวิจัยในสถานการณ์ปัจจุบันได้ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องแสวงหาแนวทางอื่นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามแนวคิดของลีเวนทาล และจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ตลอดจนการสังเกตการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รวมทั้งพยาบาลที่ดูแลก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ข้อมูลมี 4 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาการเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ต้องพบในการผ่าตัด, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนและหลังการผ่าตัด และข้อมูลการเผชิญความวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัด

## กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพ 5 กรอบแนวคิดของการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลองแสดงดังภาพ 6



X<sub>0</sub> หมายถึง การให้การพยาบาลตามปกติ 1 วันก่อนการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

X<sub>1</sub> หมายถึง การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 1 วันก่อนการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินความปวดของกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดของกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

O<sub>5</sub> หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

O<sub>6</sub> หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

O<sub>7</sub> หมายถึง การประเมินความปวดของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

O<sub>8</sub> หมายถึง การประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นครั้งแรก ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567- มีนาคม 2568

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายที่นัดผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นครั้งแรกแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง
3. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด ภาษาไทยได้ เข้าใจตัวเลข สดสีสัมผัสญะครบถ้วน
4. แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมงานวิจัย
5. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด

### เกณฑ์ถอดถอนระหว่างการทำงานวิจัย

1. ตรวจร่างกายก่อนผ่าตัดพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะติดเชื้อในร่างกาย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานอหผู้ป่วยหนัก เป็นต้น
2. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้มีอาการวิกฤตและใส่ท่อช่วยหายใจ



### 3. ขอบเขตงานวิจัย

#### กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ตามการทดสอบค่าที (T-test) แบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงจากการศึกษาของกาญจนา เชื้อนแก้ว (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 43.47 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 36.47 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.25 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.20 งานวิจัยดังกล่าวได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) 1.66 ส่วนการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 1.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 24 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งจะเริ่มในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัยโดยทำการรวบรวมในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 12 ราย จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 12 ราย และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา ขนาดของสายสวนปัสสาวะ ขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย โดยใช้ในสถิติในการทดสอบ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสร้าง ขึ้นโดยใช้แนวคิดของลีเวนทัลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล โดยการดูวิดีโอ (VDO) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ความยาวประมาณ 15-20 นาที ซึ่งบทบรรยายของวิดีโอได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ตลอดจนการสังเกตการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (5 ราย) รวมทั้งพยาบาลที่ดูแลก่อนระหว่าง และหลังผ่าตัด (3 ราย)

## 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการผ่าตัด, ขนาดต่อมลูกหมาก, ขนาดของสายสวนปัสสาวะ, และการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยสามัญ

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ, การได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด และผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด โดยเป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 11 ข้อ (ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 21, 23) และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 12 ข้อ (ข้อที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 22) เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

| ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ |                  | ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก |                  |
|--------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|
| มากที่สุด                      | ให้คะแนน 5 คะแนน | มากที่สุด                       | ให้คะแนน 1 คะแนน |
| ค่อนข้างมาก                    | ให้คะแนน 4 คะแนน | ค่อนข้างมาก                     | ให้คะแนน 2 คะแนน |
| มีบ้าง                         | ให้คะแนน 3 คะแนน | มีบ้าง                          | ให้คะแนน 3 คะแนน |
| น้อยมาก                        | ให้คะแนน 2 คะแนน | น้อยมาก                         | ให้คะแนน 4 คะแนน |
| ไม่มีเลย                       | ให้คะแนน 1 คะแนน | ไม่มีเลย                        | ให้คะแนน 5 คะแนน |

### การแปลผล

การแปลผลคือการนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามมาแปลผล โดยการแบ่งช่วงระดับของคะแนนความวิตกกังวลได้ดังต่อไปนี้

คะแนนช่วงระหว่าง 1.00 - 1.80 คะแนน มีความวิตกกังวลน้อยมาก

คะแนนช่วงระหว่าง 1.81 - 2.60 คะแนน มีความวิตกกังวลเล็กน้อย

คะแนนช่วงระหว่าง 2.61 - 3.40 คะแนน มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนนช่วงระหว่าง 3.41 - 4.20 คะแนน มีความวิตกกังวลสูง

คะแนนช่วงระหว่าง 4.21 - 5.00 คะแนน มีความวิตกกังวลรุนแรง

2.3 แบบประเมินความปวด โดยการใช้การประเมินความปวดแบบ Numeric pain rating scale โดยจะวัดใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

การแปลความหมายความปวด ดังนี้ (สมาคมเรื่องการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

|          |         |              |
|----------|---------|--------------|
| 0 คะแนน  | หมายถึง | ไม่ปวด       |
| 5 คะแนน  | หมายถึง | ปวดปานกลาง   |
| 10 คะแนน | หมายถึง | ปวดมากที่สุด |

#### 2.4 แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดโดยใช้ Hematuria grading scale วัดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การแปลความหมายภาวะปัสสาวะเป็นเลือดแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Ma et al., 2020; Stout, et al., 2021)

Grade 1 หมายถึง ปัสสาวะมีสีใส สามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้

Grade 2 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีชมพูใส สามารถลดอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้

Grade 3 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีชมพู สามารถรักษาระดับอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ

Grade 4 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีแดง เพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะหรือเริ่มการสวนล้างหากหยุดไว้

Grade 5 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีแดงเข้ม เพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ หากสีไม่เปลี่ยนแปลงอาจมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบมือและรายงานแพทย์

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยสื่อสารผ่านวิดีโอ (VDO) เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะและแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.60-1.00

1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับโน้ตของตัวแปร ได้ค่า CVI = 0.96

1.3 แบบประเมินความปวดและแบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ทำการตรวจความตรงแบบผิวเผิน (Face validity) โดยพิจารณาว่าแบบประเมินวัดได้ตรงกับวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดโดยใช้ความคิดเห็นที่เป็นอัตนัย (Subjective opinion of expert) ของผู้ทรงเชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข

## 2. การตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity)

ผู้วิจัยได้นำวิดีโอทัศน์ (VDO) และประเมินความปวดที่ปรับปรุงตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อดูภาษาที่ใช้ว่ามีความเหมาะสม และสื่อสารเข้าใจตรงกันหรือไม่เพียงใด ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ไข

## 3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

3.1 แบบสอบถามความวิตกกังวล (23 ข้อ) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.78

3.2 แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (Hematuria grading scale) ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) โดยผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) 2 คน ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 1.00

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นเตรียมการ

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกศัลยกรรม) หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม 2 หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษ โสต ศอ นาสิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นอบรมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนวิจัยและการใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความปวด และแบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกศัลยกรรม) โทรศัพท์แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เริ่มทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยมีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในวันแรก que ผู้ป่วยเข้ารับการรการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย อธิบายการใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล และดำเนินการ ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** หลังผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 1 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติ จากนั้นผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (หลังเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 2 ชั่วโมง) และฝากแบบสอบถามไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ประเมินความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

**กลุ่มทดลอง** หลังผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 1 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติ จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยให้ผู้ป่วยรับชมวิดีโอที่ผ่านทางโทรทัศน์ประจำหอผู้ป่วย หรือโน้ตบุ๊ก หากผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยหรือฟังไม่เข้าใจ ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเปิดทวนวิดีโอซ้ำ และซักถามความเข้าใจพร้อมตอบข้อสงสัย ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (หลังเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 2 ชั่วโมง) และฝากแบบสอบถามไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ประเมินความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เลขโครงการ IRB No.P3-0093/2567 ได้รับรองเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่จะศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ สถานที่ที่เก็บข้อมูล เป็นสถานที่มิดชิด การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุถึง ชื่อ-นามสกุล หรือสิ่งอื่นใดที่อาจทำให้สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ แบบบันทึกที่ใช้เก็บข้อมูลถูกเก็บไว้ในที่เป็นความลับ และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Chi-square test (ระดับการศึกษา และการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย), Fisher's exact test (ขนาดของสายสวนปัสสาวะ) และ Independent t-test (ขนาดเฉลี่ยของต่อม)

ลูกหมากเป็นกรัม และระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov, & Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov, & Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความปวด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov, & Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

5. เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square test





## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน

นำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 6 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย และกลุ่มทดลอง 12 ราย แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

| ข้อมูลส่วนบุคคล                 | กลุ่มควบคุม (n=12) |       | กลุ่มทดลอง (n=12) |       |
|---------------------------------|--------------------|-------|-------------------|-------|
|                                 | $\bar{x}$          | S.D.  | $\bar{x}$         | S.D.  |
| อายุ (ปี)                       | 72.33              | 8.36  | 76.08             | 6.80  |
| ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด(นาที) | 49.25              | 19.10 | 87.25             | 54.13 |
| ขนาดของต่อมลูกหมาก(กรัม)        | 16.41              | 8.42  | 37.50             | 34.82 |

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 72.33 ปี ( $\bar{x} = 72.33$ , S.D. = 8.36) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 76.08 ปี ( $\bar{x} = 76.08$ , S.D. = 6.80) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 49.25 นาที ( $\bar{x} = 49.25$ , S.D. = 19.10) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 87.25 นาที ( $\bar{x} = 87.25$ , S.D. = 54.13) กลุ่มควบคุมมีขนาดของต่อมลูกหมากเฉลี่ย 16.41 กรัม ( $\bar{x} = 16.41$ , S.D. = 8.42) กลุ่มทดลองมีขนาดของต่อมลูกหมากเฉลี่ย 37.50 กรัม ( $\bar{x} = 37.50$ , S.D. = 34.82)

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

| ข้อมูลส่วนบุคคล        | กลุ่มควบคุม (n=12) |        | กลุ่มทดลอง (n=12) |        |
|------------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|
|                        | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ |
| <b>ระดับการศึกษา</b>   |                    |        |                   |        |
| ประถมศึกษา             | 5.00               | 41.67  | 5.00              | 41.67  |
| มัธยมศึกษา/ปวช.        | 4.00               | 33.33  | 4.00              | 33.33  |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 3.00               | 25.00  | 2.00              | 16.67  |
| สูงกว่าปริญญาตรี       | 0.00               | 0.00   | 1.00              | 8.33   |

| ข้อมูลส่วนบุคคล                     | กลุ่มควบคุม (n=12) |        | กลุ่มทดลอง (n=12) |        |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|
|                                     | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ |
| <b>ขนาดของสายสวนปัสสาวะ</b>         |                    |        |                   |        |
| ขนาด 22 Fr.                         | 5.00               | 41.67  | 3.00              | 25.00  |
| ขนาด 24 Fr.                         | 7.00               | 58.33  | 9.00              | 75.00  |
| <b>การได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย</b> |                    |        |                   |        |
| ได้                                 | 5.00               | 41.67  | 5.00              | 41.67  |
| ไม่ได้                              | 7.00               | 58.33  | 7.00              | 58.33  |

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาประถมศึกษาชั้นสูงสุด (ร้อยละ 41.67) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 41.67) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ใส่สายสวนปัสสาวะขนาด 24 Fr. (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.33 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.00) และไม่ได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย (ร้อยละ 58.33 ทั้งสองกลุ่ม)

## ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

1. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และขนาดของต่อมลูกหมาก โดยใช้สถิติ Independent t-test แสดงดัง

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และขนาดของต่อมลูกหมาก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

| ข้อมูลส่วนบุคคล                  | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | t     | p-value |
|----------------------------------|-------------|-------|------------|-------|-------|---------|
|                                  | (n=12)      |       | (n=12)     |       |       |         |
|                                  | $\bar{x}$   | S.D.  | $\bar{x}$  | S.D.  |       |         |
| อายุ (ปี)                        | 72.33       | 8.36  | 76.08      | 6.80  | 1.21  | .241    |
| ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที) | 49.25       | 19.10 | 87.25      | 54.13 | 2.293 | .032*   |
| ขนาดของต่อมลูกหมาก (กรัม)        | 16.41       | 8.42  | 37.50      | 34.82 | 2.039 | .064    |

\*  $p < .05$

จากตาราง 3 พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย และขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด 49.25 นาที ( $S.D. = 19.10$ ) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 87.25$ ,  $S.D. = 54.13$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลของการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของระดับการศึกษา และการได้รับยาแก้ปวด ในหอผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Chi – square test และขนาดของสายสวนปัสสาวะ โดยใช้สถิติ Fisher’s exact test ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของระดับการศึกษา ขนาดของสายสวนปัสสาวะ และการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                 | กลุ่มควบคุม<br>(n=12) |        | กลุ่มทดลอง<br>(n=12) |        | $\chi^2$ /<br>Fisher’s | p-value |
|-------------------------------------------------|-----------------------|--------|----------------------|--------|------------------------|---------|
|                                                 | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |                        |         |
| <b>ระดับการศึกษา<sup>1</sup></b>                |                       |        |                      |        |                        |         |
| ประถมศึกษา                                      | 5.00                  | 41.67  | 5.00                 | 41.67  | 0.667                  | 1.00    |
| มัธยมศึกษา/ปวช. และ                             | 7.00                  | 58.33  | 7.00                 | 58.33  |                        |         |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือ<br>สูงกว่าปริญญาตรี  |                       |        |                      |        |                        |         |
| <b>ขนาดของสายสวนปัสสาวะ<sup>2</sup></b>         |                       |        |                      |        |                        |         |
| ขนาด 22 Fr.                                     | 5.00                  | 41.67  | 3.00                 | 25.00  | .750                   | .386    |
| ขนาด 24 Fr.                                     | 7.00                  | 58.33  | 9.00                 | 75.00  |                        |         |
| <b>การได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย<sup>1</sup></b> |                       |        |                      |        |                        |         |
| ได้                                             | 5.00                  | 41.67  | 5.00                 | 41.67  | .0667                  | 1.00    |
| ไม่ได้                                          | 7.00                  | 58.33  | 7.00                 | 58.33  |                        |         |

1 Chi-square

2 Fisher’s exact test

จากตาราง 4 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องระดับการศึกษาและการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย (วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi – square test) และขนาดของสายสวนปัสสาวะ (วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher’s exact test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

### ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t – test แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| ตัวแปร                     | ก่อนทดลอง |      | หลังทดลอง |      | t        | p-value<br>(1-tailed sig) |
|----------------------------|-----------|------|-----------|------|----------|---------------------------|
|                            | $\bar{x}$ | S.D. | $\bar{x}$ | S.D. |          |                           |
| ความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) | 2.75      | 0.28 | 2.19      | 0.21 | 5.392*** | <.001                     |

\*\*\* p < .001

จากตาราง 5 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 2.19 (S.D. = 0.21) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 2.75 (S.D. = 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง**

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test แสดงดังตาราง 6

**ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง**

| ตัวแปร        | กลุ่มควบคุม<br>(n=12) |      | กลุ่มทดลอง<br>(n=12) |      | t        | p-value<br>(1-tailed sig) |
|---------------|-----------------------|------|----------------------|------|----------|---------------------------|
|               | $\bar{x}$             | S.D. | $\bar{x}$            | S.D. |          |                           |
| ความวิตกกังวล | 2.49                  | 0.16 | 2.19                 | 0.21 | 3.927*** | <.001                     |

\*\*\* p < .001

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ 2.19 (S.D. = 0.21) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ 2.49 (S.D. = 0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (หลังผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง  
ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (หลังผ่าตัด) ระหว่าง  
กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test แสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (หลังผ่าตัด) ระหว่าง  
กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

| ตัวแปร  | กลุ่มควบคุม (n=12) |      | กลุ่มทดลอง (n=12) |      | t      | p-value<br>(1-tailed sig) |
|---------|--------------------|------|-------------------|------|--------|---------------------------|
|         | $\bar{x}$          | S.D. | $\bar{x}$         | S.D. |        |                           |
| ความปวด | 1.75               | 0.87 | 1.08              | 0.67 | 2.111* | .023                      |

\*  $p < .05$

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ 1.08 (S.D. = 0.67) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ 1.75 (S.D. = 0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง**

ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test แสดงดังตาราง 8

**ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง**

| ตัวแปร               | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | $\chi^2$ | p-value            |
|----------------------|-------------|--------|------------|--------|----------|--------------------|
|                      | (n=12)      |        | (n=12)     |        |          |                    |
|                      | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ |          |                    |
| ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด |             |        |            |        |          |                    |
| Grade 1              | 8.00        | 66.67  | 11.00      | 91.67  | 2.274    | .132 <sup>ns</sup> |
| Grade 2              | 4.00        | 33.33  | 1.00       | 8.33   |          |                    |

<sup>ns</sup> p > .05

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนภาวะปัสสาวะเป็นเลือด Grade 1 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 66.67) Grade 2 จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 33.33) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนภาวะปัสสาวะเป็นเลือด Grade 1 จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 91.67) Grade 2 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p > .05)

## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ ลีเวนทาล และจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล โดยการดูวีดิทัศน์ (VDO) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ความยาวประมาณ 15-20 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบประเมินความปวด และแบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

## อภิปรายผล

อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

### ความวิตกกังวล

**สมมติฐานที่ 1** กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

**สมมติฐานที่ 2** กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) 4 ชนิด ก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ ลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา (Procedural information) 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา (Behavioral information) ได้แก่ (1) การหายใจเข้าลึก ๆ สลับกับการผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ (2) การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อขาข้างที่ยึดตรงสายสวนปัสสาวะโดยกระดกเท้าขึ้นลงเพื่อลดการเกร็งของขา (3) การเหยียดขา ไม่ออสะโพกขาที่ยึดตรงสายสวนปัสสาวะ และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skill information) ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เล่นโทรศัพท์ เป็นต้น และการหายใจเข้าลึก ๆ สลับกับการผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) และเกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้าเข้ามาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้นตนเองเป็นอันตราย เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยปรับตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) ในสถานการณ์จริง เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยส่งผลลดความวิตกกังวล (กาญจนา เชื้อนแก้ว, 2561)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภจิตา จันทร์บุรี (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางหน้าท้อง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่มีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 4 ชนิด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ

และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เชื้อนแก้ว (2561) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะ ปัสสาวะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### ความปวด

**สมมติฐานที่ 3** กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยอธิบาย ได้ว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ที่ระดับสมอง (Cortical control) เพิ่มการรับรู้ในการควบคุมเหตุการณ์ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2558 อ้างถึงใน วิริยา ศิลา, 2560; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ร่วมกันกับส่งผลในการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยเร้าความปวด เมื่อความวิตกกังวลลดลงจึงมีความทนต่อความปวดมากขึ้น และเป็นไปตาม ทฤษฎีควบคุมประตุและทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เกิดกระบวนการเรียนรู้ เกิดโครงสร้างความคิด ปรับการรับรู้ในระดับสมอง เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง รู้วิธีจัดการความปวดได้เหมาะสม เกิดความสบายใจจึงเกิดการกระตุ้นให้หลั่งสาร Endorphins ทำให้ มีการกระตุ้นวิถีประสาทในการควบคุมความปวด มายังยังการส่งสัญญาณประสาทที่ระดับไขสันหลัง บริเวณ Substantia gelanosa ทำให้มีการยับยั้งการหลั่งสาร Substance P เป็นผลให้ประตุปิด ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง (Smeltzer et al., 2010) นอกจากนี้โปรแกรมยังประกอบด้วย การให้ข้อมูลสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา ได้แก่ การทำสมาธิโดยการหายใจเข้าลึก ๆ สลับกับผ่อน ลมหายใจออกช้า ๆ ร่วมกันกับการกระตุ้นเท้าขึ้นลงเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาช่วยลดการ เกร็งและคลายกล้ามเนื้อขาข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ สามารถช่วยลดความปวดได้โดย ไปลดการ ทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ลดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ที่สมองส่วน Hypothalamus มีการหลั่งสาร Endorphins มากขึ้น ระดับ Cortical ลดลง (วิพาพร ขาวนวล, 2558) มีผลไปลดการเร้าทางอารมณ์และการรับรู้ในระดับสมองส่งผลให้มีการควบคุมความปวดโดย การปิดประตุในระดับไขสันหลังทำให้ไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดไปได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความปวด ลดลง (วลัยนารี พรหมลา, นพมาศ ขำสมบัติ, ศิริวรรณ ตันนุกูล, ชัชวาล วงศ์สารี, และนฤนาท ยืนยง, 2564) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เชื้อนแก้ว (2561) และศุภธิดา จันทบุรี (2562) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

### ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

**สมมติฐานที่ 4** กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมและทดลองมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มมีขนาดต่อมลูกหมากที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมมีขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม ( $\bar{x} = 16.41$ , S.D. = 8.42) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 37.50$ , S.D. = 34.82) การที่ขนาดของต่อมลูกหมากยังมีขนาดใหญ่ยิ่งทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากขึ้น (Kim et al., 2019) หากน้ำหนักเนื้องอกต่อมลูกหมากที่ตัดออกที่มากกว่า 45 กรัม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะน้ำหนักเนื้องอกต่อมลูกหมากที่ตัดออกมากกว่า 60 กรัม อาจทำให้เกิดการทำลายเส้นเลือดของเนื้องอกต่อมลูกหมากทำให้เกิดการเสียเลือดมากในการผ่าตัด (อรทัย พินสุวรรณ, 2550) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ย 87.25 นาที (S.D. = 54.13) ส่วนกลุ่มควบคุม 49.25 นาที (S.D. = 19.10) ทั้งนี้ ยิ่งระยะเวลาผ่าตัดนานเท่าไรยิ่งทำให้เกิดความชอกช้ำแก่กล้ามเนื้อหูดุภายนอกมากเท่านั้น

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เรดิเจอร์ และคณะ (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของระยะเวลาการผ่าตัดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด เมื่อพิจารณารายเคสแล้วพบว่า มีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 3 ราย มีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีผู้ป่วยรายใดมีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือด Grade 2 เพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือด Grade 2 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33

### บทสรุป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และลดความปวดภายหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) และเกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) ทั้งนี้ การได้รับข้อมูลบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้านำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้นอนเป็น



อันตราย เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยปรับตนเองทางด้านร่างกาย (Function response) ในสถานการณ์จริง เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยส่งผลลดความวิตกกังวล และลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาก่อนหน้าที่ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรม ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมไปใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอย่างต่อเนื่องและเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การผ่าตัด เช่น ความรุนแรงของโรค ความชำนาญของแพทย์ผู้ผ่าตัด พยาบาลผู้ดูแล และการดูแลของญาติ/ครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ เป็นการศึกษาในสถานที่แห่งเดียว จึงมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ (Generalization) โดยใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีบริบทเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและลดความปวดหลังผ่าตัด
2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้เป็นเนื้อหาในการเรียนการสอนของนิสิตพยาบาลหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ
4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปต่อยอดการวิจัยเพื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ขนาดของต่อมลูกหมาก
2. เพิ่มตัวกำกับการใช้โปรแกรม หรือ เพิ่มการยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรม



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรณีการ ศุภกิจอนันต์คุณ. (2562). ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง (Continuous bladder irrigation: CBI) ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโตผ่านท่อปัสสาวะ (TURP) โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 27(3), 285-293.
- กรณี นงค์กระโทก. (2562). ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). นโยบายด้านสาธารณสุข. สืบค้น 5 มกราคม 2566, จาก <https://nonghinhospital.com/wp-content/uploads/นโยบายของผู้บริหาร.pdf>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2564. สืบค้น 5 มกราคม 2566, จาก [https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/04/ill\\_2021\\_full\\_280921\\_V2-64.pdf](https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/04/ill_2021_full_280921_V2-64.pdf)
- กาญจนา เชื้อนแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กาญจนา ผลเพิ่มพูนทวี. (2555). ผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านสื่อในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยที่มารับการบริการส่องกล้องทางเดินอาหารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- กิตติณัฐ กิจวิทย์, และเจริญ ลีนาพันธ์. (2547). ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศชาย. นนทบุรี: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- กิตติศักดิ์ คัมภีระ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวข้อเข้าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข้าเทียม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, สุวรรณ ศรีอัยสงค์, และบุศริน เอียวสีหยก. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 29(1), 223-238.

- จิราภรณ์ พลแก้ว, และจินต์จุฑา รอดพาล. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 251-261.
- จิรพร อินนอก. (2551). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ฉันทนา โสวัตร, ขวัญชนก ยศคำลือ, พรทิพย์ สำริดเปี่ยม, และอติภัทร พรหมสมบัติ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 122-136.
- ชัชมน ดำรงรักษธรรม. (2552). ผลของการนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลลัดดา พันธุเสนา. (2542). *การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์)*. สงขลา: ชานเมือง.
- ณวัฒน์ โอฬารสกุลชัย, และวัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา. (2564). การศึกษาตามรุ่นย้อนหลังเปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะเลือดออกภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วยวิธีส่องกล้องระหว่างการดึงคอกระเพาะปัสสาวะผ่านสายสวนปัสสาวะโดยใช้ลูกโป่งน้ำสะอาดปริมาณ 30 และ 50 มิลลิลิตร. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 42(3), 64-70.
- ดวิษา มณีนรัตน์. (2547). ผลการพึงเพื่เทคนิคหายใจผ่อนคลายเป็นระยะร่วมกับเสียงดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและระหว่างผ่าตัดต่อมลูกหมากโตแบบใช้อุปกรณ์ส่องกล้องทางทวาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดุสิต สกฤตปิยะเทวัญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และจิตตวดี เจริญทอง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 40(1), 35-46.
- ตฤติลา จำปาวัลย์. (2561). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 14-20.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบุรย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating scale) เพื่องานวิจัย. สืบค้น 10 มกราคม 2567, จาก <http://ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>
- ธงชัย พุทธบริวาร. (2541). การศึกษาวิเคราะห์เทคนิคการห้ามเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียเลือดจากการผ่าตัดรักษาโรคต่อมลูกหมากโตทางหน้าท้องเหนือหัวหน่าวในโรงพยาบาลพลพยุหเสนา. *วารสารแพทย์เขต4*, 17(3). 245-263.

- ธนวรรณ แสนปัญญา. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลแพร่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนศ ไทยดำรงค์. (2563). ภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา. นนทบุรี: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นคร มธรรดาวงศ์. (2562). Renal stenosis. สืบค้น 10 มกราคม 2567, จาก <https://www.facebook.com/Nakcorephysio>
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, และชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี ต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาบรรเทาความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. *พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(3), 138-148.
- นิสากร โพธิชัย. (2541). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุสรุ ประเสริฐศรี, และยุพารัตน์ ศิริไพวงศ์. (2556). การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 2-10.
- บุญมี สันโดษ. (2550). ผลการพยาบาลโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองโอเริ่มต่อความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อน้ำปัสสาวะ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บุญมี สันโดษ. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อน้ำปัสสาวะโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(1), 72-87.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลสำโรง. (2559). ยารักษาโรคต่อมลูกหมากโต. สืบค้น 12 พฤษภาคม 2566, จาก <http://www.samrong-hosp.com/ความรู้สุขภาพ/ยารักษาต่อมลูกหมากโต-benign-prostatic-hyperplasia>

- พรรณภัทร อินทฤทธิ์, จิราภา ทองพึงสุข, สลักจิตร คำคง, และ สุภารัตน์ จำเริญเนาว์. (2564). การศึกษาประสิทธิผลของท่าฤๅษีตัดต้นในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 และ 3. *วารสารโณงพยาบาลชลบุรี*. 46(1), 14-20.
- พิไลพร ชัมเจริญ, และเพ็ญพร โภควิริยะ. (2542). ผลการเตรียมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะท่าผ่าตัดต่อกระดูก. *วารสารสุขศึกษา*, 37(125), 49-65.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุไทยในชุมชน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาณุ อดกลั่น, วัจน สุนทรวัฒน์, ยุคลธร ทองตระกูล, และกรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ. (2552). การปฏิบัติที่ดีที่สุดในการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ(CBI)อย่างต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ในโรงพยาบาลอุดรธานี (รายงานผลการวิจัย). อุดรธานี: วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี อุดรธานี.
- ไมตรี ยอดแก้ว, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, และศรีสุดา วนาลิสัน. (2553). การทบทวนวรรณกรรม: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ขณะผ่าตัด และระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. *Princess of Narathiwat university journal*, 2(2), 50-70.
- ยมนา ชนะนิล, และณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(2), 11-23.
- ยศพล เหลืองโสมนา, และศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1). 83-93.
- รัชณี ผิวผ่อง. (2564). ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์]. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
- วรรณช ฤทธิธรรม. (2554). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- วรรณช ฤทธิธรรม, และสมพร ชินโนรส. (2555). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2), 75-87.
- วลัยนารี พรหมลา, นพมาศ ขำสมบัติ, ศิริวรรณ ตันนุกุล, ชัชวาล วงศ์สารี, และนฤนาท ยืนยง. (2564). การจัดการความปวดด้วยการเจริญภาวนา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 13(2), 574-84.
- วิภาพร ขาวนวล. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนและการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- วีรยา ศิลา. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนิเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง  
ต่ออาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร  
นศรปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน).
- วันทนา ชูอุตสาหะ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง  
โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนศรปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน).
- วีรภา จำหน่ายผล. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้  
ของธอร์ไดค์และหลักการสอนผู้ใหญ่ของโนลส์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด  
ต่อมลูกหมากทางทวารของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตโรงพยาบาลรามาริบัติ  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนศรปฐม: กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ศรินรา ทองมี. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา  
ด้วยการผ่าตัดแบบนดลวงหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนศรปฐม: อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี).
- ศุภธิดา จันทบุรี. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และการ  
ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางหน้าท้อง  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนศรปฐม: พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร).
- สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). โรคต่อมลูกหมากโต.  
สืบค้น 12 พฤษภาคม 2566, จาก [https://www.tuanet.org/prostate\\_disease/](https://www.tuanet.org/prostate_disease/)
- สมพร ชินโนรส. (2537). การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ดาไทยเพรส.
- สมคิด ทองดี. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ และ  
ความวิตกกังวลกับการฟื้นตัวด้านสรีรภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องในระยะวิกฤต  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนศรปฐม: กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล).
- สมชัย มโนพัฒนกุล, และสมศักดิ์ ไมตรีรัตนกุล. (2555). ลักษณะความเจ็บปวดระหว่างการทำ  
หัตถการตัดต่อมลูกหมากด้วยเลเซอร์เพื่อเป็นหลักยึดทางทันตกรรมจัดฟัน. วารสารทันตกรรม,  
57(4). 212-222.
- สมพร กิจนุกุล, และพลอยรัตน์ อุทัยพัฒนศักดิ์. (2560). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการตัด  
ชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนักด้วยเครื่องอัลตราซาวด์แบบผู้ป่วยนอก.  
สืบค้น 12 พฤษภาคม 2566, จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/241/Nursing%20Guide%20for%20Prostate%20Biopsy%20Patients%20Anal%20with%20an%20outpatient%20ultrasound.pdf>

- สหชาติ ลีลามโนธรรม, และวรวจน์ ชุณหทล้าย. (2553). ผลการดั่งรังสายนปัสสาวะเป็นระยะเวลาสั้นหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีส่องกล้อง. *วารสารยูโร*, 31(1). 21-26.
- สายทอง ชัยวงศ์, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, และศรีนรินทร์ จันทพิมพ์. (2563). ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแขวงบอริคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 176-185.
- สมาคมเรื่องการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางการพัฒนาระบบปวดเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: สมาคมเรื่องการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย.
- สิริรัตน์ จันทมนะโน. (2550). การทำสมาธิด้วยพลังพิระมิตลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดใหญ่. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. 5(2), 166-72.
- สิริวรรณ ชูจตุโร. (2552). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมิตร อนุตระกูลชัย. (2547). Detrusor response after TURP in benign prostatic enlargement an immediate result of urodynamic study, *The Thai journal of urology*, 25(1).
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2559). ตำราการตรวจโรคทั่วไป 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- หยาดพิรุณ กุณโฮง. (2561). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. (2566). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ. พิษณุโลก: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อนุสรณ์ สุวรรณจันทร์. (2564). การป้องกันความผิดพลาดในการทำผ่าตัดผิคน/ผิข้าง/ผิตำแหน่ง/ผิหัตถการ. สืบค้น 12 พฤษภาคม 2566, จาก [https://skko.moph.go.th/dward/document\\_file/h\\_praarjanban/training\\_file\\_name/20211230121551\\_938953294.pdf](https://skko.moph.go.th/dward/document_file/h_praarjanban/training_file_name/20211230121551_938953294.pdf)
- อรรถัย พินสุวรรณ. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโตผ่านทางท่อปัสสาวะ (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- อรุณทัย ศิริธรรมาภรณ์, นันทิพย์ ไตรยสุนันท์, และภูษิตา สำราญกิตติดำรง. (2555). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดภายใน 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก. *วิสัญญีสาร*, 38(2), 118-129.
- อารมณ์ ใจเที่ยง. (2553). *หลักการสอน (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อังคณา จงเจริญ. (2558). การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 68-85.
- อินทิรา ปากันทะ. (2560). *การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาล ตติยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อภิรักษ์ ประจวบ. (2559). *ปัจจัยทำนวยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aimone, L.D. (1992). Neurochemistry and modulation of pain. In R.S. Sinatra, A. Hord, H. B. Ginsberg, & L.M. Preble (Eds.), *Acute pain: Mechanisms and Management*. (pp. 29-43). St. Louis: Mosby Year Book.
- Akhavizadegan, H. (2016). A novel technique for post-prostatectomy catheter traction. *Nephro-Urology Monthly*, 8(4). <https://doi.org/10.5812/numonthly.37394>
- AlHareky, M., AlHumaid, J., Bedi, S., El Tantawi, M., AlGahtani, M., & AlYousef, Y. (2021). Effect of a vibration system on pain reduction during Injection of dental anesthesia in children: A randomized clinical trial. *International Journal of Dentistry*, 2021(1), 1-8. <https://doi.org/10.1155/2021/8896408>
- Arslan, S., Ozer, N., & Ozyurt, F. (2007). Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 46-54.
- Cailliet, R. (1993). *Pain mechanisms and management*, Philadelphia: F.A. Davis.
- Comprehensive Urology. (2023). *Turp comprehensive urology*. Retrieved from <https://comprehensive-urology.com/bph/turp/>
- Cork, R. C., Isaac, I., Elsharydah, A., Saleemi, S., Zavisca, F., & Alexander, L. (2003). A comparison of the verbal rating scale and the visual analog scale for pain assessment. *The Internet Journal of Anesthesiology*, 8(1). <http://ispub.com/IJA/8/1/9797>

- Daniels, R., & Nicoll, L.H. (2012). *Contemporary medical-surgical nursing*. Clifton Park, NY: Delmar/Cengage Learning.
- Dwarakanath, G. K. (1991). Pathophysiology of pain. In C. A. Warfield, (Ed.), *Manual of pain management* (pp. 3-9). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fitzpatrick, J. M. & Winston K. M. (2002). Minimally invasive and endoscopic management of benign prostatic hyperplasia, In *Campbell's Urology* (8th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators. (2022). The global, regional, and national burden of benign prostatic hyperplasia in 204 countries and territories from 2000 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Healthy Longevity*, 11(3), 754-776. [https://doi.org/10.1016/S26667568\(22\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S26667568(22)00213-6)
- Greestain, A., Greenstein, I., Senderovich, S., & Mabjeesh, N.J. (2014). Is diagnostic cystoscopy painful: Analysis of 1,320 consecutive procedures. *International Brazilian Journal of Urology*, 40(4), 533-538.
- Hildrum, B., Mykletun, A., Holmen, J., & Dahl, A. A. (2008). Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 108-113.
- Holtgrewe, H. L. (1995). Transurethral prostatectomy. *Urol Clin North AM*, 22, 357-568.
- Homma, Y., Gotoh, M., Yokoyama, O., Masumori, N., Kawauchi, A., Yamanishi, T., Ishizuka, O., Seki, N., Kamoto, T., Nagai, A., & Ozono, S. (2011). JUA clinical guidelines for benign prostatic hyperplasia: Guidelines. *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*, 18(11), e1-e33. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2011.02861.x>
- International Association for the Study of Pain. (2003). *Pain term: A list of definitions and notes usage* (2nd ed.). Seattle: IASP Press.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.

- Kim, E., Larson, J., & Andriole, G. (2016). Management of benign prostatic hyperplasia. *Annual Review of Medicine*, 67, 137-151. doi: 10.1146/annurev-med-063014-123902
- Kim, M. S., Jang, W. S., Chung, D. Y., Koh, D. H., Lee, J. S., Goh, H. J., & Choi, Y. D. (2019). Effect of prostate gland weight on the surgical and oncological outcome of extraperitoneal robot-assisted radical prostatectomy. *BMC Urology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-018-0434-4>
- Leão, R., Pereira, B., & Coelho, H. (2012). *Benign prostate hyperplasia and chronic kidney disease*. <https://doi.org/10.5772/25290>
- Leslie S.W., Hamawy K., & Saleem M.O. (2024). *Gross and microscopic hematuria*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534213/>.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M. H.Schmitt, J. K. Skipper, & R. C. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory*, (pp.189-262). St. Louis, MO: Mosby.
- Louis, M., & Meiner, S.E. (2006). *Pain in gerontological nursing* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Ma, Z.Z., Han, Y.X., Wang, W.Z., Kan, Y.N., & Niu, M.E. (2020). The use of a homemade rate adjustment card in patients with continuous bladder irrigation after transurethral resection of the prostate. *Translational Andrology and Urology*, 9(5), 2227–2234. <https://doi.org/10.21037/tau-20-1288>.
- Madsen, B. K., Zetner, D., Møller, A. M., & Rosenberg, J. (2020). Melatonin for preoperative and postoperative anxiety in adults. *The Cochrane Library*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009861.pub3>
- Mawji, S. A., Mkony, C., Nyongole, O., Msinde, P., & Mahenda, D. (2023). Assessment of erectile dysfunction in patients with benign prostate hyperplasia using the sexual function index at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. *Medrxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.03.06.23286860>

- McVary, K., Roehrborn, C., Avins, A., Barry, M., Bruskewitz, R., ..., Donnell, R. (2010). American Urological Association Guideline: Management of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Retrieved from [http://www.auanet.org/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-\(2010-reviewed-and-validity-confirmed-2014\)](http://www.auanet.org/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-(2010-reviewed-and-validity-confirmed-2014))
- Melzack, R. (1986). Neurophysiological foundations of pain. In R.A. Sternbach (Ed.), *The physiology of pain* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1-11). New York: Raven Press.
- Mohamed, A., Shebl, S., & Hamid, M. (2019). Evaluation of erectile function post TURP versus transvesical prostatectomy. *The Scientific Journal of Al-Azhar Medical Faculty, Girls*, 3(1), 261. [https://doi.org/10.4103/sjamf.sjamf\\_14\\_19](https://doi.org/10.4103/sjamf.sjamf_14_19)
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0619-0>
- Musa, A., Movahedi, R., Wang, J. C., Safani, D., Cooke, C., Hussain, S. F., & Gucev, G. (2020). Assessing and reducing preoperative anxiety in adult patients: A cross-sectional study of 3661 members of the American Society of Anesthesiologists. *Journal of Clinical Anesthesia*, 65, 1-2.
- Pakanta, I. (2002). *The effects of preparatory information on patients' pain and distress during extracorporeal shock wave lithotripsy* (Master's Thesis). Bangkok: Mahidol University.
- Pasero, C., Paice, J. A., & McCaffery, M. (1999). Basic mechanisms underlying the case and effects of pain. In M. McCaffery, & C. Pasero (Eds.), *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Pinheiro, L., & Pisco, J. (2012). Treatment of benign prostatic hyperplasia: Techniques in vascular and interventional radiology, 15(4), 256-260. doi: 10.1053/j.tvir.2012.09.004
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. *Research in Nursing & Health*, 29, 489 – 497.
- Pollack, H. M., & McClennan, B. L. (2000). *Clinical urography* (2nd ed.), Philadelphia: W.B. Saunders.



- Puntillo, K. A. (1988). The phenomenon of pain and critical care nursing. *Heart and Lung*, 17, 262-273.
- Puntillo, K. A. (1991). The physiology of pain and its consequences in critical ill patients. In K. A. Puntillo (Ed.), *Pain in the critically ill: Assessment and management* (pp. 9-29). Gaithersburg, Maryland: An Aspen.
- Scholtes, S. (2002). Management of clot retention following urological surgery. *Nursing Time*, 98(28), 48-50.
- Singam, P., Hong, G. E., Ho, C., Hee, T. G., Jasman, H., Inn, F. X., Bahadzor, B., Tamil, A., & Zainuddin, Z. (2015). Nocturia in patients with benign prostatic hyperplasia: Evaluating the significance of ageing, co-morbid illnesses, lifestyle and medical therapy in treatment outcome in real life practice. *The Aging Male*, 18(2), 112–117. <https://doi.org/10.3109/13685538.2015.1011614>
- Sirintawat, N., Sawang, K., Chaiyasamut, T., & Wongsirichat, N. (2017). Pain measurement in oral and maxillofacial surgery. *J Dent Anesth Pain Med*. 17(4), 253-263.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth's Textbook of medical surgical nursing* (12<sup>nd</sup> ed.). New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait Anxiety inventory* (From Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Riedinger C.B., Fantus R.J., Matulewicz R.S., Werntz R.P., Rodriguez J.F., Smith N.D. (2019). The impact of surgical duration on complications after transurethral resection of the prostate: an analysis of NSQIP data. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 22(2), 303-308.
- Stout, T. E., Borofsky, M., & Soubra, A. (2021). A visual scale for improving communication when describing gross hematuria. *Urology*, 148, 32–36. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.10.054>.

- Teng, T.C., Shao, I.Hung., Hsu, Y.C., Chen, Y., Tsao, S.H., Kang, Y.T., & Hsieh, M.L. (2021). Risk factors of emergency room visits for bleeding complications following transurethral procedures in the treatment of benign prostatic hyperplasia: A retrospective cohort study. *Clinical Interventions in Aging, Volume 16*, 1747–1756.
- Tolani, M. A., Suleiman, A., Awaisu, M., Abdulaziz, M. M., Lawal, A. T., & Bello, A. (2020). Acute urinary tract infection in patients with underlying benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. *Pain African Medical Journal, 36*(169). <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.169.21038>
- Toufexis, D. J., Myers, K. M., & Davis, M. (2006). The effect of gonadal hormones and gender on anxiety and emotional learning. *Hormones and behavior, 50*(4), 539-549.
- Tzortzis, V., Gravas, S., Melekos, M.M., & de la Rosette, J.J. (2009). Intraurethral lubricants: A critical literature review and recommendations. *Journal of Endourology, 23*(5), 821-826.
- Walsh, P. C., et al. (Eds.). (2002). *Campbell's urology*. Philadelphia: Saunders an imprint of Elsevier science.
- Watt-Watson, J. H., & Long, B. C. (1993). Pain. In B. C Long, W. J. Phipps, & V. L. Cassmeyer (Eds.), *Medical-surgical nursing: A nursing process approach* (3rd ed., pp. 163-181). St. Louis: Mosby.
- Yang, C.Y., Chen, G.M., Wu, Y.X., Zhang, W.J., Wang, J., Chen, P.-P., & Lou, Z.Y. (2023). Clinical efficacy and complications of transurethral resection of the prostate versus plasmakinetic enucleation of the prostate. *European Journal of Medical Research, 28*(1). <https://doi.org/10.1186/s40001-023-00989-9>
- Yang, Y. J., Koh, J. S., Ko, H. J., Cho, K. J., Kim, J. C., Lee, S. J., & Pae, C. U. (2014). The influence of depression, anxiety and somatization on the clinical symptoms and treatment response in patients with symptoms of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. *Journal Korean Medical Science, 29*(8), 1145-1151. doi:10.3346/jkms.2014.29.8.1



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารงานวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์  
ระดับปริญญาโท

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพ และมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๔

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. ๒๕๖ บัณฑิตวิทยาลัยจึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวเบญจรัตน์ นุชวาทสประจักษ์ ๖๓๐๖๒๐๗๔ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

- |                                 |          |                             |
|---------------------------------|----------|-----------------------------|
| ๑. ดร.รุ่งนภา                   | ชัยรัตน์ | ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทรา | ปากันทะ  | กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ จูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 430/2024  
IRB No. P3-0093/2567

AF 11/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 8721

#### หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตผ่านทางท่อปัสสาวะ

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเบญจรัตน์ นุชวงษ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร.รุ่งกานต์ ชัยรัตน์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application for Intervention Study เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดสอบเครื่องมืออายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567
4. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มควบคุมที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567
5. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลองที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567
6. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
7. IF 04 (กลุ่มทดสอบเครื่องมือ สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
8. IF 05 CV Principal Investigator (เบญจรัตน์ นุชวงษ์) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2567
9. IF 05 CV Assistant Investigator (นิตยา) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2567
10. IF 05 CV Assistant Investigator (รัชนิวรรณ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2567
11. IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
12. Full Protocol เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
13. แบบคัดกรอง (Screening form) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
14. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567
15. คณะกรรมการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ตุลาคม 2567

ลงนาม

(นายแพทย์สมบุญ ต้นสุกสวัสดิ์กุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 16 ธันวาคม 2567

วันหมดอายุ : 16 ธันวาคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๒๒

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/๓๓๕๖

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗

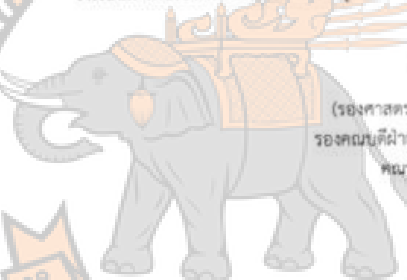
เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย (สำหรับ try - out)

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย นางสาวเบญจรัตน์ นุขวงษ์ รหัสประจำตัว ๖๓๐๖๒๐๗๔ นิสิตรระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ผ่านทางท่อน้ำปัสสาวะ” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตรมีความประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย (สำหรับ try out) จากบุคลากร/หน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวิจัย ซึ่งจะเห็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์



(รองศาสตราจารย์ ดร.อนามิ นานาคุม)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย





## บันทึกข้อความ

|           |              |
|-----------|--------------|
| เลขที่รับ | 5759         |
| วันที่รับ | 24 ธ.ค. 2567 |

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๒๒

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/๓๗๔๕

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เลขที่รับ ๒๐๑๙  
วันที่ 25 ธ.ค. 2567

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย นางสาวเบญจรัตน์ นุชวงษ์ รหัสประจำตัว ๖๓๐๖๒๐๗๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกหมากโต ผ่านทางแอปพลิเคชัน” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- ( ) เพื่อประชาสัมพันธ์
- (✓) เพื่อประชาสัมพันธ์
- ( ) เพื่อประชาสัมพันธ์
- ( ) เพื่อประชาสัมพันธ์

27 ธ.ค. ๖๗

นางสาวเบญจรัตน์ นุชวงษ์  
วิ 6 ปีที่ ๑๕.๖๗๗  
เป็นอยู่อย่างสงบ

24 ธ.ค. ๖๗

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

27 ธ.ค. ๖๗

๒๓ ธ.ค. ๖๗

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

3 ธ.ค. ๖๗

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒๓ ธ.ค. ๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.แพทย์หญิงวิภา หอวรรณการ)  
รองคณบดีฝ่ายคุณภาพและการวิจัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิภา หอวรรณการ)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
6 ธ.ค. 2568

## ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. นายแพทย์ ธนสิทธิ์ ประกอบผล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบทางเดิน  
ปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. รองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ  
ผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์  
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. คุณรัชนีวรรณ แก้วทอง พยาบาลวิชาชีพ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม 1  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
4. คุณวราพงษ์ ทาตุ้ย พยาบาลวิชาชีพ  
หัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
5. คุณกรรณิการ์ ธนน้อย พยาบาลวิชาชีพ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม 2  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

## ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

**การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ** ประกอบด้วยข้อมูล 4 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ในการปฏิบัติและการรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจาะเลือด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การเย็บขาตรงข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ การออกกำลังกายการเหยียดเกร็งและคลายกล้ามเนื้อขา การดื่มน้ำดื่มน้ำทางปากในคืนก่อนผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด และสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม

2. การให้ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของ ผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส การสัมผัสการได้กลิ่น การได้ยินเสียง และการมองเห็นภาพเกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของเหตุการณ์ และความทุกข์ ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อได้รับการเจาะเลือด ความรู้สึกเมื่อได้ฝึกการเกร็งขา และ ความรู้สึกขณะรอผ่าตัด ความรู้สึกหลังหมดฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก ความรู้สึกปวดบริเวณท้องน้อย ปวดเบ่งหรืออยากถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เช่น ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง

3. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะทำขณะได้รับการรักษา เช่น การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฝึกเหยียดและเกร็งกล้ามเนื้อขาข้างที่โดนยึดตรึง การดื่มน้ำจำนวนมากประมาณ 2000-3000 ml. การให้คำแนะนำดื่มน้ำ ไอ เบ่ง จาม เพื่อบรรเทาความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด การบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เป็นต้น ข้อมูลนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วย สามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมสภาพจิตใจได้และสามารถเลือกพฤติกรรม การตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

### **สื่อวีดิทัศน์ที่สร้างขึ้นมาจากแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ**

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะแบบนดล่องหน้า

สถานที่: หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิธีการให้ข้อมูล: รายบุคคล

สื่อการให้ข้อมูล: วีดิทัศน์

วัตถุประสงค์การให้ข้อมูล: เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตนในการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะได้ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

**ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ** ประกอบด้วยข้อมูล 4 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล

ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด และวิธีการเผชิญความวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดในการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการให้ข้อมูลประกอบด้วย ระยะเวลาในการให้ข้อมูล เนื้อหาของข้อมูลที่ผู้ป่วยจะได้รับ เมื่อผู้ป่วยดูจบแล้วหากมีเนื้อหาส่วนใดที่ดูไม่ทันหรือมีข้อสงสัย ผู้ป่วยสามารถซักถามได้ ผู้วิจัยจะมีการเปิดวีดิทัศน์ให้ดูซ้ำและอธิบายเพิ่มเติมจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจในเนื้อหาทั้งหมด

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลโดยผู้ป่วยดูวีดิทัศน์เป็นรายบุคคล ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยอำนวยความสะดวกในการเปิด-ปิดวีดิทัศน์ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่ได้รับข้อมูล

3. เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจากการดูวิดีโอทัศน์เสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยซักถามความเข้าใจ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ป่วย



ตาราง 9 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะกับสื่อวีดิทัศน์

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                                          | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ประเภทของข้อมูลเตรียมความพร้อม     | วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ |
|-------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 1.    | ภาพโรคต่อมลูกหมาก, ภาพการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ | การผ่าตัดเป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาโรค การบาดเจ็บ หรือความผิดปกติทางร่างกายบางอย่างที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือหายขาดได้ด้วยวิธีการอื่นโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นการรักษาโรคทางทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อย                                                                                                                                                                            | ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาร่วม | เพื่อลดความวิตกกังวล    |
| 2.    | ภาพการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ                    | การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral resection of prostate gland: TURP) เป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐาน (Gold standard) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ โดยการส่องกล้องเข้าไปในท่อทางเดินปัสสาวะแล้วใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าในการตัดต่อมลูกหมากส่วนที่ยื่นออกมาข้างท่อปัสสาวะ หลังจากการผ่าตัดเสร็จแล้วผู้ป่วยจะได้รับ | ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาร่วม | เพื่อลดความวิตกกังวล    |



| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                                                                                  | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ประเภทของข้อมูลเตรียม<br>ความพร้อม | วัตถุประสงค์ของ<br>โปรแกรมฯ                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 3.    | บุคคลกรทาง<br>การแพทย์ให้ข้อมูลกับ<br>ผู้ป่วย                                                       | ดูแผนที่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการแทรกซ้อน ที่อาจ<br>เกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะอาการเลือดออกทาง<br>ปัสสาวะ อาการปวด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจ<br>ตามมาได้<br>ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย จึงขอ<br>นำเสนอวีดิทัศน์ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลที่มีเนื้อหา<br>เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษารักษาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้<br>ความรู้สึกลึกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีการปฏิบัติใน<br>ระยะก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง |                                    |                                                         |
| 4.    | พยาบาลซักประวัติให้<br>เช่นในยินยอมและทำ<br>หัตถการกับผู้ป่วย (วัด<br>สัญญาณชีพ, เจาะ<br>เลือด ฯลฯ) | ก่อนผ่าตัด<br>ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจะทำการนัด<br>ให้มาอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อม<br>ของทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะ<br>ซักประวัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ให้เซ็นยินยอมต่าง ๆ<br>ซึ่งนำหนัก ส่งเอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้า เจาะเลือดส่ง                                                                                                                                                                            |                                    | - ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา - เพื่อลดความวิตกกังวล |

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                      | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                    | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                               | วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ |
|-------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|       |                                         | <p>ตรวจ</p> <p>ขณะที่ผู้ป่วยถูกเข็มแทงจะรู้สึกเจ็บเล็กน้อย หัวใจ และวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ และวัดความดันโลหิต ก่อนวันผ่าตัดจะมีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลมาให้คำแนะนำในเรื่องการระงับความรู้สึกทั้งก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดโดยละเอียด</p> | <p>ข้อมูลแบ่งบอกความรู้ลึก</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p>        |                         |
| 5.    | พยาบาลให้น้ำยาทำ<br>ความสะอาดแก่ผู้ป่วย | <p>เย็นก่อนวันผ่าตัด</p> <p>ให้ผู้ป่วยดูแลทำความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า ให้สะอาดพร้อมทั้งตัดเล็บให้สั้น และอาบนำสระผมด้วยน้ำยาอาบนำที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ เพื่อสำหรับเตรียมความพร้อมให้ร่างกายสะอาดที่สุดก่อนถึงวันเข้ารับการผ่าตัด</p>                                       | <p>ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> |                         |
| 6.    | ผู้ช่วยพยาบาลสวน<br>ทวารหนัก            | <p>คืนก่อนวันผ่าตัด</p> <p>ผู้ป่วยจะได้รับการสวนทวารหนักจากผู้ช่วยพยาบาลเพื่อไม่ให้มีเศษอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด</p>                                                                                                                          | <p>ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> |                         |

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                                                                                                                             | วัตถุประสงค์ของ                                                                                          |
|-------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ความพร้อม                                                                                                                                                         | โปรแกรมฯ                                                                                                 |
|       |                                   | <p>หลังจากนั้นเวลาเที่ยงคืนผู้ช่วยจะได้รับคำแนะนำ<br/>งัดน้ำงาดำเพื่อเป็นการเตรียมกระเพาะอาหารให้ว่าง<br/>อย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนได้รับยากระตุ้นความรู้สึกเนื่องจาก<br/>การได้รับยากระตุ้นความรู้สึกจะทำให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ<br/>คลายตัวได้อาจทำให้น้ำหรืออาหารในกระเพาะอาหารไหล<br/>ย้อนขึ้นมาในหลอดอาหารและอาจสำลักเข้าไปในทางเดิน<br/>หายใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อตามมาได้</p> |                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |
| 7.    | พยาบาลให้สารน้ำทาง<br>หลอดเลือดดำ | <p>เช้าวินาทีด</p> <p>หลังจากผู้ช่วยอ่านค่าความสะอาดร่างกายด้วย<br/>น้ำยาที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ผู้ช่วยจะได้รับการนำทาง<br/>หลอดเลือดดำเพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับสารน้ำและเกลือแร่<br/>ทดแทนได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ในบาง<br/>หออผู้ป่วยอาจจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังดื่มน้ำ<br/>งาดำในตอนกลางคืน)</p>                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา</li> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ</li> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> </ul> |

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                                        | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                                                                                                        | วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 8.    | ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม                           | <p>ก่อนไปห้องผ่าตัด</p> <p>เจ้าหน้าที่มาตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด หลังจากนั้นผู้ป่วยตรวจสอบตนเองดูว่าได้ออดชุดชั้นใน เครื่องประดับ และของมีค่าทุกชนิด เช่น สร้อยพระ แหวน คอนแทคเลนส์ แว่นตา เนื่องจากเป็นสื่อนำไฟฟ้าอาจก่อให้เกิดอันตรายขณะผ่าตัดได้ หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกเพื่อป้องกันฟันหลุดเข้าไปอุดกันทางเดินหายใจ ผู้ป่วยควรปีสสภาวะให้เรียบร้อย</p> | <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรกรักษา</p> <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรกรักษา</p>                                       | <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p>                               |
| 9.    | ภาพห้องผ่าตัด + เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ถอดเสื้อกั๊กประวัติ | <p>ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด</p> <p>เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด จะมีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดถามชื่อ นามสกุล โรคที่เป็น แพทย์เจ้าของไข้ การแพ้ยา โรคประจำตัว ซึ่งจะมีทีมดูแลตลอดเวลา</p> <p>อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดจะเย็นมาก ถ้าหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวทวนไม่ไหวให้แจ้งเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดได้</p>                                                                               | <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรกรักษา</p> <p>- ข้อมูลบอกความรู้สึกร</p> <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ</p> <p>ขณะได้รับการรกรักษา</p> | <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> |

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีทัศน์                                          | เนื้อหาของสื่อวีทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                                                              | วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 10.   | ภาพภายในห้องผ่าตัด                                        | <p>เมื่อถึงเวลาผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกนำเข้าไปในห้องผ่าตัด เมื่ออยู่บนเตียงผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว วิสัญญีแพทย์จะให้ดมออกซิเจน จากนั้นเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดจะช่วยท่านจัดท่านอนตะแคงกอดเข้าให้เข้าชิดออกมาที่สุดเพื่อเตรียมความพร้อมให้ยารงับความรู้สึกลดความเจ็บปวดเข้าสู่ร่างกาย</p>                                                                                                                                                                                                                          | <p>ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการกรศึกษา</p> <p>ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการกรศึกษา</p> | <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> |
| 11.   | ภาพผู้ป่วยนอนตะแคง<br>กอดเข้าชิดและภาพ<br>ภายในห้องผ่าตัด | <p>ก่อนที่จะฉีดยารงับความรู้สึกลดความเจ็บปวดเข้าสู่ร่างกาย บริเวณที่จะลงเข็ม ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บจัด ๆ เหมือนมดกัด จากนั้นจะไม่รู้สึกเจ็บตอนฉีดยารงับความรู้สึกลดความเจ็บปวดลงไปถึงปลายเท้าตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านอนหงายและยกขาทั้งสองข้างขึ้นบนที่รองขาพร้อมกับแยกขาออกกว้าง (Lithotomy) การผ่าตัดใช้การส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ จากนั้นศัลยแพทย์จะใช้วิธีตัดหรือขูดต่อมลูกหมากออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ ด้วยเครื่องมือแบบขนาดเล็กสำหรับตัดและจี้ด้วยไฟฟ้า เพื่อตัดและหยุดเลือดออกไปได้</p> | <p>ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการกรศึกษา</p> <p>ข้อมูลแบ่งบอกความรู้สึกลดความเจ็บปวด</p>                | <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> |

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์     | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                                                                                                                                              | วัตถุประสงค์ของ                                                                                                                          |
|-------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ความพร้อม                                                                                                                                                                          | โปรแกรมฯ                                                                                                                                 |
|       |                        | <p>พร้อมกัน</p> <p>ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา และได้ยินเสียงเครื่องมือการผ่าตัดดังเป็นระยะตลอดการผ่าตัด แต่ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลหรือกลัวสามารถแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาขอรับยาช่วยให้อ่อนคลายมากขึ้นในช่วงที่ทำการผ่าตัด</p>                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการการศึกษา</li> <li>- ข้อมูลบอกความรู้สึกล</li> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> </ul> |
| 12.   | ภาพห้องฟกพื้น          | <p>หลังผ่าตัด</p> <p>หลังการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ป่วย จะได้รับการดูแลในห้องฟกพื้นเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยครบเวลาที่กำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จะถูกย้ายกลับหอผู้ป่วย นอนราบต่ออีก 6-8 ชั่วโมง ถ้ารู้สึกเมื่อย สามารถนอนตะแคงตัวได้ แต่ห้ามยกหัวสูงหรือลุกนั่งก่อนเวลา เมื่อครบกำหนดขาทั้งสองข้างจะกลับมามีกำลังเป็นปกติ</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการการศึกษา</li> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> </ul>                                                                 |
| 13.   | ผู้ป่วยที่ได้รับการสวน | ผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะและได้รับการสวน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการการศึกษา</li> </ul>                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดความวิตกกังวล</li> </ul>                                                                 |



| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                                                                                                         | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                                                                      | วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|       | <p>ล้างกระเพาะปัสสาวะ</p> <p>ร่วมกับกายยัตติวิธีสายสวน + ภาพผู้ป่วยยัตติ</p> <p>ขาข้างที่ยัตติวิธี และ กระดกเท้าขึ้นลง</p> | <p>ล้างกระเพาะปัสสาวะด้วยน้ำเกลือเพื่อชะล้างเลือดใน</p> <p>กระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายจะได้รับกายยัตติวิธีสายสวนปัสสาวะไว้ที่หน้าขาเพื่อห้ามเลือดบริเวณแผลผ่าตัด</p> <p>ผู้ป่วยจะต้องยัตติขาข้างที่ได้รับกายยัตติวิธีสายสวนไว้ไม่งอ</p> <p>ขาเป็นเวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถเหยียดขา กระดกเท้าขึ้นลง เพื่อบรรเทาและคลายการเกร็งของกล้ามเนื้อขา ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดหน่วง ๆ ความปวดจะบรรเทาลงเมื่อนำกายยัตติวิธีออกในวันรุ่งขึ้น</p> | <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ ขณะได้รับการรักษา</p> <p>- ข้อมูลบอกความรู้สึก</p>                   | <p>- เพื่อลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด</p> <p>- เพื่อลดความปวด</p> |
| 14.   | <p>ผู้ป่วยฝึกสมาธิหายใจ</p> <p>เข้าออก+เบี่ยงเบน</p> <p>ความสนใจ</p>                                                       | <p>การบรรเทาปวด และการเผชิญกับความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่</p> <p>1. การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เล่น โทรศัพท์ เป็นต้น</p> <p>2.การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Deep breathing) ในกรณี</p> <p>ที่ผู้ป่วยได้รับการยัตติวิธีสายสวนปัสสาวะให้ทำท่านอน</p> <p>ควรทำประมาณ 8-10 ครั้ง ในทุก ๆ 2 ชั่วโมง โดยมี</p>                                                                                                                     | <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ ขณะได้รับการรักษา</p> <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล</p> | <p>- เพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>- เพื่อลดความปวด</p>        |

| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์                                                                         | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                              | วัตถุประสงค์ของ                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|       |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ความพร้อม                                                          | โปรแกรมฯ                                     |
|       |                                                                                            | <p>ขั้นตอนดังนี้</p> <p>ขั้นที่ 1 นอนหงายราบ วางมือบนหน้าท้อง โดยเอา</p> <p>จิตกำหนดไว้ที่ลมหายใจ แล้วหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกจน</p> <p>หน้าท้องโป่ง ดันมือสูงขึ้น แล้วหายใจเข้าเต็มที่กลืนไว้</p> <p>สักครู่ประมาณ 3 วินาที (ขณะหายใจเข้าให้นับ 1...2...3</p> <p>ในใจ</p> <p>ขั้นที่ 2 หายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทำปากห่อ</p> <p>คล้ายผิวปาก หายใจออกเต็มที่ (ขณะหายใจออกให้นับ</p> <p>1...2...3 ในใจ) จนกระทั่งมือที่วางอยู่บนหน้าท้องลดต่ำลง</p> |                                                                    |                                              |
| 15.   | <p>ภาพนำเกลือสวนล้าง</p> <p>กระเพาะปัสสาวะและ</p> <p>ถุงปัสสาวะ+ผู้ป่วยดื่ม</p> <p>น้ำ</p> | <p>ขณะได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>ควรดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับอ อ้อยในตำแหน่งต่ำ</p> <p>กว่าระดับเบว และคอยสังเกตระดับน้ำของขวดน้ำเกลือถ้า</p> <p>ใกล้หมดหรืออยู่ระดับคอขวดให้กดเรียกพยาบาล หรือถ้า</p> <p>น้ำปัสสาวะใกล้เต็มถุงปัสสาวะให้กดเรียกพยาบาล หาก</p> <p>ขณะได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยรู้สึกปวด</p>                                                                                         | <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ</p> <p>ขณะได้รับการรักษา</p> | <p>- เพื่อลดภาวะปัสสาวะ</p> <p>เป็นเลือด</p> |



| ลำดับ | ภาพในสื่อวีดิทัศน์       | เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ประเภทของข้อมูลเตรียม                                                   | วัตถุประสงค์ของ |
|-------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|       | ผู้ป่วยเปื่อยงบนความสนใจ | <p>ล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยปฏิบัติตาม</p> <p>คำแนะนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมจะ</p> <p>ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นล่วงหน้า สามารถ</p> <p>แปลความหมายเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกก</p> <p>กังวลลดลง ทนต่อความปวดมากขึ้น และบรรเทาภาวะ</p> <p>ปัสสาวะเป็นเลือดได้</p> | <p>ความพร้อม</p> <p>- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความ</p> <p>วิตกกังวล</p> | โปรแกรมฯ        |



**แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ**

**กลุ่มเป้าหมาย:** ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะแบบนดล่องหน้า

**สถานที่:** หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

**วิธีการสัมภาษณ์:** รายบุคคล

**วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์:** เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ไปใช้ในการทำสื่อวีดิทัศน์

**ขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์มีดังนี้**

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ครั้งนี้
2. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ให้เซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์
3. ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างและการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นจะเจาะลึกไปตามบริบทและสิ่งบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้
  - 3.1 ข้อมูลที่ท่านต้องการทราบก่อนได้รับการผ่าตัดมีอะไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น สาเหตุของการผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด)
  - 3.2 ท่านมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือไม่ ถ้ามีเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง
  - 3.3 เมื่อท่านได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ จากพยาบาล ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น การเจาะเลือด การถูกเข็มแทงให้น้ำเกลือ เป็นต้น)
  - 3.4 ท่านคิดว่าการผ่าตัดในครั้งนี้ท่านได้รับข้อมูลครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่ ท่านต้องการทราบเรื่องอะไรเป็นพิเศษบ้าง
  - 3.5 เมื่ออยู่ที่ห้องผ่าตัดท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง วิตกกังวลหรือไม่สบายใจ สิ่งใดมากที่สุดในช่วงนั้น
  - 3.6 ท่านให้คะแนนความปวดประมาณเท่าไรหลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว ความรู้สึกปวดเป็นอย่างไร (ตัวอย่างเช่น ปวดหน่วง, ปวดปัสสาวะ)
  - 3.7 ท่านทำอะไรเมื่อรู้สึกปวดแผล (ตัวอย่างเช่น นอนนิ่ง ๆ ให้อาการทุเลาเอง กดกริ่ง และแจ้งพยาบาล)
4. สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลรับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้

## แบบสัมภาษณ์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมเกี่ยวกับขั้นตอนการให้ข้อมูลและการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

กลุ่มเป้าหมาย: พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม

สถานที่: หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิธีการสัมภาษณ์: รายบุคคล

วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์: เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ไปใช้ในการทำสื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์มีดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ครั้งนี้
2. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ให้เซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์
3. ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างและการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นจะเจาะลึกไปตามบริบทและสิ่งบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้
  - 3.1 ท่านให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องรู้ก่อนได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอย่างไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น สาเหตุของการผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด)
  - 3.2 หัตถการที่ผู้ป่วยต้องได้รับจากท่านก่อนได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีอะไรบ้าง เวลาไหน (ตัวอย่างเช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ)
  - 3.3 หลังจากการผ่าตัดท่านให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างไรบ้างในระยะ 24 ชั่วโมง, 48 ชั่วโมง, 72 ชั่วโมง จนถึงกลับบ้าน
  - 3.4 ท่านให้การพยาบาลอย่างไรเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวด หรือขอยาแก้ปวดเพิ่ม
  - 3.5 ท่านให้การพยาบาลอย่างไรเมื่อผู้ป่วยได้รับการยัดtringสายสวนปัสสาวะ
4. สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลรับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ได้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้



แบบสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้นเกี่ยวกับขั้นตอนการให้ข้อมูลและการพยาบาล  
สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

กลุ่มเป้าหมาย: พยาบาลห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้น

สถานที่: ห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิธีการสัมภาษณ์: รายบุคคล

วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์: เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ไปใช้ในการทำสื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์มีดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ครั้งนี้
2. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ให้เซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์
3. ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างและการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นจะเจาะลึกไปตามบริบทและสิ่งบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้
  - 3.1 ท่านให้การพยาบาลและข้อมูลอย่างไรบ้างเมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องรผ่าตัด (ตัวอย่างเช่น การยืนยันตนของผู้ป่วย ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้น)
  - 3.2 สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร
  - 3.3 ท่านให้การพยาบาลอย่างไรเมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องพักรฟื้น
4. สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลรับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้

ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หมายเลข.....

☐ กลุ่มควบคุม ☐ กลุ่มทดลอง

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: ผู้วิจัยบันทึกจากแฟ้มประวัติ โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่เหลื่อม ☐ และเติมข้อความที่ตรงกับคำตอบ

1. อายุ.....ปี ..... เดือน

2. ประสบการณ์การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ.....

3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4. ระยะเวลาการผ่าตัด ใช้เวลา ..... นาที

5. ขนาดของต่อมลูกหมาก ขนาด ..... กรัม

6. ขนาดของสายสวนปัสสาวะ ☐ 22 Fr. ☐ 24 Fr. ☐ 26 Fr.

7. การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น

| วัน/เดือน/ปี | ชนิดของยา | ขนาดยาที่ได้รับ | ทางที่ได้รับ | เวลาที่ได้รับ | จำนวนครั้ง |
|--------------|-----------|-----------------|--------------|---------------|------------|
|              |           |                 |              |               |            |
|              |           |                 |              |               |            |

8. การได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย

| วัน/เดือน/ปี | ชนิดของยา | ขนาดยาที่ได้รับ | ทางที่ได้รับ | เวลาที่ได้รับ | จำนวนครั้ง |
|--------------|-----------|-----------------|--------------|---------------|------------|
|              |           |                 |              |               |            |
|              |           |                 |              |               |            |

หมายเลข.....

☐ กลุ่มควบคุม ☐ กลุ่มทดลอง

### แบบสอบถามความวิตกกังวล

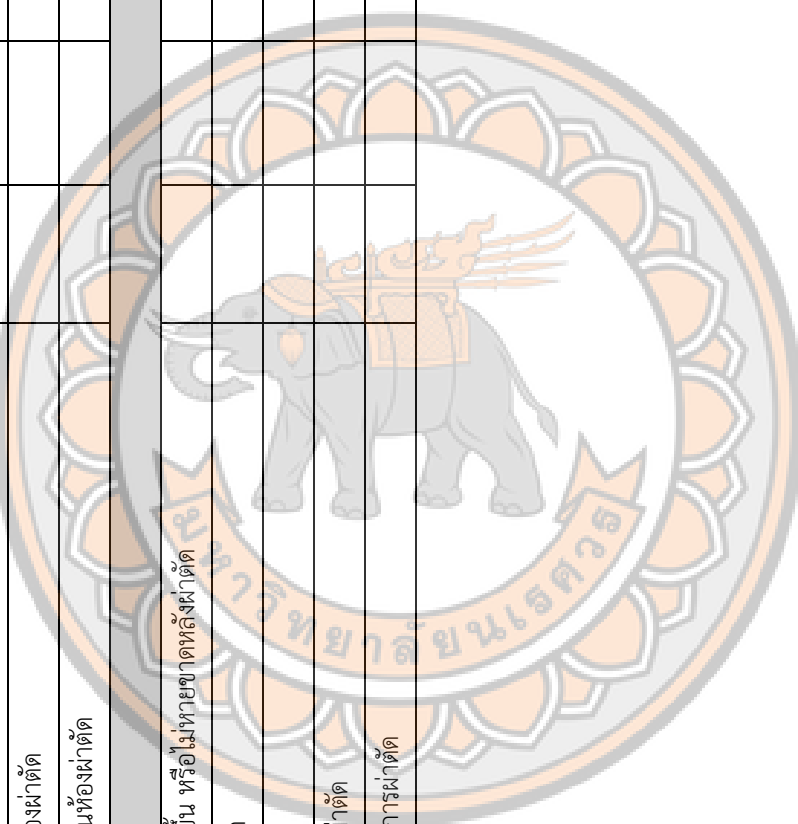
#### คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนี้ โปรดพิจารณาว่า ท่านมีความรู้สึกตามข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อนี้อย่างไร และอ่านข้อความให้เข้าใจเพื่อตอบคำถามที่ ตรงกับความรู้สึกของท่านที่แท้จริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยคำตอบที่ท่านเลือกตามความรู้สึกไม่มีถูกหรือผิด ดังนั้นท่านสามารถตอบด้วยความสบายใจ โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเท่านั้นและขอความกรุณาตอบให้ ครบทุกข้อ



| ความรู้สึกของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร                                                      |         |        |               |             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------------|-------------|--|
| ความพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก                        |         |        |               |             |  |
| ไม่มีเลย                                                                                | น้อยมาก | มีบ้าง | มีค่อนข้างมาก | มีมากที่สุด |  |
| 1. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจสำหรับการเข้ารับการผ่าตัดครั้งนี้                                 |         |        |               |             |  |
| 2. ท่านมีความแน่ใจว่าจะปฏิบัติตามได้ถูกต้องก่อนเข้ารับการผ่าตัด                         |         |        |               |             |  |
| 3. ท่านมีความแน่ใจว่าจะปฏิบัติตามได้ถูกต้องขณะเข้ารับการผ่าตัด                          |         |        |               |             |  |
| 4. ท่านมีความแน่ใจว่าจะปฏิบัติตามได้ถูกต้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด             |         |        |               |             |  |
| 5. ท่านมีความแน่ใจว่าจะดูแลตนเองได้ถูกต้องหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงจนจำหน่ายกลับบ้าน        |         |        |               |             |  |
| การระงับความรู้สึกฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลัง                                               |         |        |               |             |  |
| 6. ท่านรู้สึกหวาดกลัวต่อการใช้การระงับความรู้สึกฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลัง                 |         |        |               |             |  |
| 7. ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในความปลอดภัยจากการใช้การระงับความรู้สึกฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลัง    |         |        |               |             |  |
| 8. ท่านรู้สึกหวาดกลัวว่าจะไม่หายอาการจากการใช้การระงับความรู้สึกฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลัง |         |        |               |             |  |
| 9. ท่านรู้สึกหวาดกลัวว่าจะเป็นอันตรายจากการใช้การระงับความรู้สึกฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลัง |         |        |               |             |  |
| 10. ท่านรู้สึกหวาดกลัวว่ายาการระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ขณะท่านได้รับการผ่าตัด           |         |        |               |             |  |
| สัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์                                         |         |        |               |             |  |
| 11. ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการดูแลของพยาบาลในหอผู้ป่วย                                      |         |        |               |             |  |
| 12. ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลของแพทย์                                                   |         |        |               |             |  |
| 13. ท่านรู้สึกมั่นใจในประสิทธิภาพของบุคลากรในห้องผ่าตัด                                 |         |        |               |             |  |
| 14. ท่านรู้สึกไม่สบายใจในสัมพันธภาพของท่านกับบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างเข้ารับการรักษา   |         |        |               |             |  |
| สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด                                                                 |         |        |               |             |  |
| 15. ท่านรู้สึกหวาดกลัวเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด                                       |         |        |               |             |  |

| ความรู้สึกรู้สึกของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร                                         |  | ไม่มีเลย | น้อยมาก | มีบ้าง | มีค่อนข้างมาก | มีมากที่สุด |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|----------|---------|--------|---------------|-------------|
| 16. ท่านรู้สึกหวาดกลัวสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด                                    |  |          |         |        |               |             |
| 17. ท่านรู้สึกไม่สบายใจกับเสียงเครื่องมือต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด                     |  |          |         |        |               |             |
| 18. ท่านรู้สึกมั่นใจในประสิทธิภาพของเครื่องมือที่ใช้ในห้องผ่าตัด                 |  |          |         |        |               |             |
| <b>การเผชิญกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดในอนาคต</b>                                     |  |          |         |        |               |             |
| 19. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจว่าโรคจะมืออาการรุนแรง กำเริบขึ้น หรือไม่หายขาดหลังผ่าตัด |  |          |         |        |               |             |
| 20. ท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าการปรับสภาวะจะดีขึ้นหลังผ่าตัด                          |  |          |         |        |               |             |
| 21. ท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะไม่มีอาการรุนแรงหลังผ่าตัด                            |  |          |         |        |               |             |
| 22. ท่านรู้สึกหวาดกลัวความปวดภายหลังเข้ารับการผ่าตัด                             |  |          |         |        |               |             |
| 23. ท่านรู้สึกมั่นใจในการจัดการความปวดหลังเข้ารับการผ่าตัด                       |  |          |         |        |               |             |



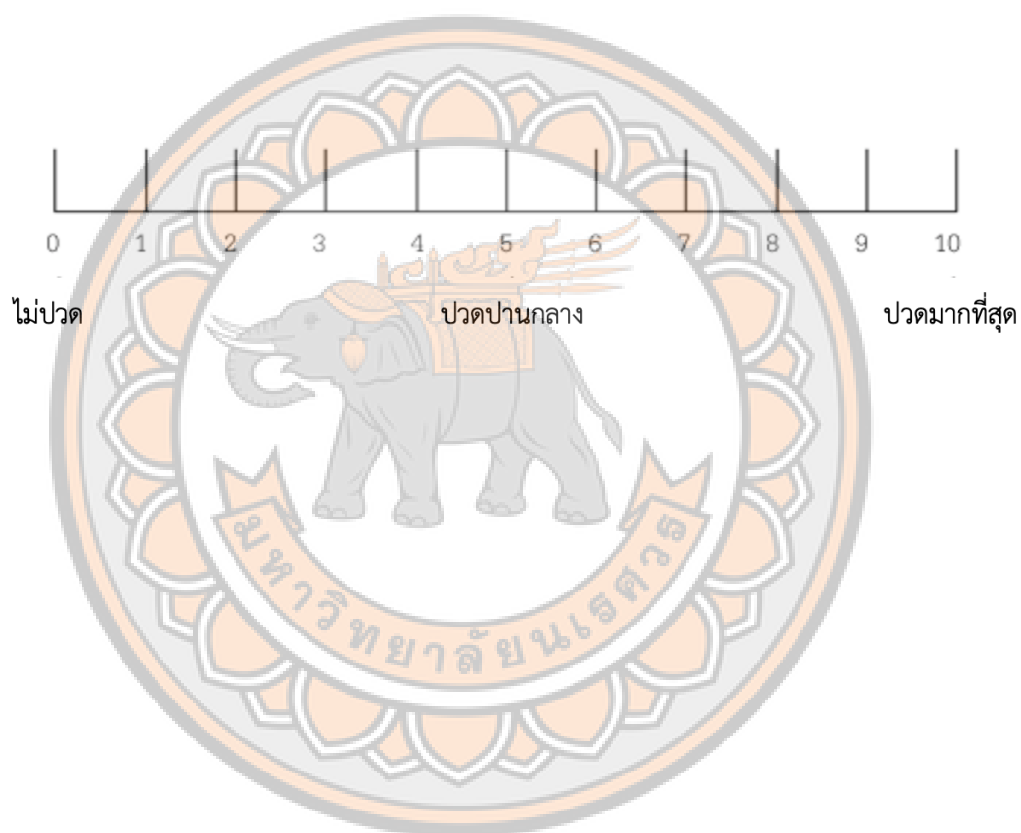
หมายเลข.....

☐ กลุ่มควบคุม ☐ กลุ่มทดลอง

แบบประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

คำชี้แจง

เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยแบบตัวเลข (Numerical rating scales) และบันทึกลงในแบบประเมินโดยทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรงที่ตรงกับตัวเลข





หมายเลข.....

☐ กลุ่มควบคุม ☐ กลุ่มทดลอง

**แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ**

**คำชี้แจง**

เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือดและบันทึกลงในแบบประเมินโดยทำเครื่องหมาย ☐ ล้อมรอบ Grade I - V



**หมายเหตุ:** การแปลความหมายของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

**ที่มา:** Ma et al., 2020; Stout et al., 2021

Grade 1 หมายถึง ปัสสาวะมีสีใสสามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้

Grade 2 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีชมพูใสสามารถลดอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้

Grade 3 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีชมพูสามารถรักษาระดับอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ

Grade 4 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีแดงเพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะหรือเริ่มการสวนล้างหากหยุดไว้

Grade 5 หมายถึง สีปัสสาวะมีสีแดงเข้มเพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ หากสีไม่เปลี่ยนแปลงอาจมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบมือและรายงานแพทย์