

# The Effect of the nursing intervention program for inguinal hernia surgery patients in Fang hospital, Chiang Mai<sup>1</sup>

Sawitree Sriwichai B.N.S.<sup>2\*</sup>

Received: 3 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of complications after inguinal hernia surgery in both the control and experimental group at Fang Hospital. A simple random sampling assignment was used, resulting in a total sample size of 40 participants, with 20 participants in the control group (receiving usual nursing care) and 20 participants in the experimental group (receiving the inguinal hernia surgery care program). The measurements taken before and after the experiment. The research instruments were: 1) Case Record Form, 2) Assessment of Knowledge before and after Form, and 3) The inguinal hernia after surgery care program at Fang Hospital, Chiang Mai. The content validity index (CVI) was 1.00, and Cronbach's alpha reliability test yielded a score of 0.97. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, such as the Chi-square test, Fisher's exact test, paired samples t-test, and independent samples t-test, with a significance level set at  $p < 0.05$ .

The results showed that there were significant differences between the control and experimental groups ( $p < 0.05$ ) in terms of the mean scores of the pre-test, post-test, and complications after surgery on days 0-1 and 2 weeks after surgery. However, the results were not significant on day 2 after surgery.

**Keywords:** Hernia, Inguinal hernia, Treatment for a hernia

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Department of Surgical at Fang hospital, Chiang Mai

\* Corresponding author E-mail address: aew\_yim@hotmail.com

# ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่<sup>1</sup>

สาวิตรี ศรีวิชัย พย.บ.<sup>2\*</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ในโรงพยาบาลฝาง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด 3) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ ได้แก่ 1) Chi-square และ Fisher's exact test 2) Paired samples t-test 3) Independent samples t-test ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วันที่ 0-1 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** โรคไส้เลื่อน ไส้เลื่อนขาหนีบ การผ่าตัดรักษาไส้เลื่อน

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

\* Corresponding author E-mail address: aew\_yim@hotmail.com



## บทนำ

โรคไส้เลื่อน (Hernia) เป็นภาวะที่เกิดจากอวัยวะภายในหรือลำไส้เคลื่อนตัวออกจากช่องท้องผ่านทางผนังหน้าท้องที่มีรูเปิดผิดปกติ หรือทางผนังช่องท้องที่มีความอ่อนแอ พบเป็นลักษณะก้อนบวมูนเนื่องจากมีอวัยวะภายในช่องท้องหรือลำไส้ยื่นออกมาและสามารถยุบเข้าช่องท้องได้เองเมื่อเวลานอนราบหรือใช้มือดันบริเวณก้อนเบาๆ มีอาการแสดงชัดเจนเมื่อมีแรงดันในช่องท้องสูง เช่น การไอ จาม เบ่ง ร้องไห้ ยกของหนัก เดิน วิ่ง ฯลฯ (รสสุคนธ์ เรื่องโพน และคณะ, 2559; บันลือ ช่อดอก และ อารยะ ไช้มุขต์, 2553; Zhang et al., 2022) มักเกิดขึ้นหลายบริเวณ เช่น ผนังหน้าท้อง (Abdominal Hernia) สะดือ (Umbilical Hernia) รอยแผลผ่าตัด (Incisional Hernia) และที่ พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 75.00 ของไส้เลื่อนที่เคลื่อนตัวออกจากช่องท้องทั้งหมด (abdominal wall hernias) คือ ไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) หรือในบางรายอาจจะลงไปถึงอัณฑะ (Zhang et al., 2022; รัตติยา เรื่องเกียรติกุล, 2558; สุนารี ไบยา, 2561; เอกชัย ผดุงภักดีวงศ์, 2561; ยุทธพงศ์ บรรจงศิลป์, 2562; Jenkins & O'Dwyer, 2008) โดยมีความชุก ร้อยละ 1.70 สำหรับทุกวัย และ ร้อยละ 4.00 สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ผู้ชายมีโอกาสเกิดมากกว่าผู้หญิง ร้อยละ 27.00 และ ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ (Jenkins & O'Dwyer, 2008) อาการจะแสดงเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยหนุ่มสาว หรือวัยกลางคน บางกรณีอาจเกิดจากการไอเรื้อรังจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หรือถุงลมโป่งพอง ซึ่งไส้เลื่อนขาหนีบนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ เช่น ไส้เลื่อนไปทับบริเวณเส้นเลือดใหญ่ที่ขา หรือต่อมน้ำเหลือง ที่อันตรายกว่านั้นคือทำให้ความดัน

ในช่องท้องสูงจนเป็นอันตรายต่ออวัยวะอื่นๆ (สุนารี ไบยา, 2561)

การรักษาโรคไส้เลื่อน มีทั้งหมด 2 วิธี คือ รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว สภาวะร่างกายที่ไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด หรือสามารถดันไส้เลื่อนกลับคืนได้ในเบื้องต้นแพทย์จะให้ยาหรือฉีดยาลดปวดและจัดทำเพื่อดันไส้เลื่อนให้กลับเข้าไป และได้รับคำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อลดการเป็นหรือลดการเกิดอาการของโรค วิธีที่สองคือการรักษาโดยการผ่าตัด โดยทั่วไปศัลยแพทย์จะนิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบทุกราย (Zhang et al., 2022) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไส้เลื่อน ได้แก่ การผ่าตัดเย็บซ่อมแซมหรือจุดอ่อนของผนังหน้าท้องส่วนที่มีไส้เลื่อน (Herniorrhaphy) และการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู หรือเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้องส่วนนั้นๆ (Hernioplasty) ซึ่งสามารถผ่าตัดแบบเปิดหรือการส่องกล้อง (Laparoscopic hernioplasty) (รสสุคนธ์ เรื่องโพน และคณะ, 2559) ทั่วโลกมีการผ่าตัด เฉลี่ย 4,469 การผ่าตัดต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564) ในปี 2544-2545 สถิติการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนขาหนีบที่สหรัฐอเมริกา มีประมาณ 70,000 ครั้ง (primary 62,969 ราย และ recurrent 4,939 ราย) (Jenkins & O'Dwyer, 2008) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบ คือ มีการกลับเป็นซ้ำของไส้เลื่อน (hernia recurrence) อาการปวดเรื้อรัง ภาวะการมีบุตรยากหลังผ่าตัด การติดเชื้อและมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด เส้นประสาทผิวหนังถูกทำลาย ภาวะปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด และอื่นๆ (Jenkins & O'Dwyer,



2008; อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564; เยาวเรศ ก้านมะลิ, 2563; Burcharth, 2014) ในปี 2558 สหรัฐอเมริกาพบว่ามี การติดเชื อตำแหน่งผ่าตัดเฉื่อย 160,000–300,000 ครั้งต่อปี (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564) ในประเทศไทย พบอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วย ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้กลับเป็นซ้ำ ระหว่างปี 2557-2559 เฉื่อยร้อยละ 4.03 (สุนารี ไบยา, 2561) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนมากมักมี ความวิตกกังวล ต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการ ผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วย มีความพร้อมในด้านกายและจิตใจสำหรับการ เข้ารับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564)

โรงพยาบาลฝาง มีผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน เข้ารับการรักษา สถิติย้อนตั้งแต่ปี 2562 ถึง 2564 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารโรคไส้เลื่อนทั้งหมด 411 ราย (149 ราย 126 ราย และ 136 ราย ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ ร้อยละ 90.60 90.48 และ 87.5 ตามลำดับ ซึ่ง 3 ปี ย้อนหลังนี้ พบผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ จำนวน 368 คน เข้ารับการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน (elective case) ร้อยละ 83.15 ผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency) ร้อยละ 16.85 และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการ ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ 63 คน ร้อยละ 15.33 ได้แก่ ปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด (urinary retention) ร้อยละ 34.92 แผลบวมแดง ร้อยละ 25.40 เลือดออกในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (hematoma) ร้อยละ 14.29 การกลับเป็นซ้ำของไส้เลื่อน (recurrent hernia) ร้อยละ 9.52 จำเือง

ใต้ผิวหนัง (ecchymosis) ร้อยละ 6.95 อาการ ปวดรุนแรง (severe pain) ร้อยละ 3.17 ท้องอืด ร้อยละ 3.17 สารน้ำ/น้ำเหลืองรั่วออกจากเส้น เลือด (seroma) ร้อยละ 1.59 และ การติดเชื อแผลผ่าตัด (SSI) ร้อยละ 1.59 ซึ่งปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ที่ส่งผลให้เกิดการ ปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง (รสสุคนธ์ เรื่องโพน และ คณะ, 2559; รัตติยา เรื่องเกียรติกุล, 2558; สุนารี ไบยา, 2561) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ขาหนีบแบบปกติโรงพยาบาลฝางมีการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบที่มีลักษณะการสื่อสาร โดยการบอกเล่าถึงขั้นตอนการเตรียมตัว เพื่อผ่าตัด การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะให้เมื่อพบว่า มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาหรือเกิดปัญหาขึ้นแล้ว การให้คำแนะนำของพยาบาลแต่ละคนไม่ครอบคลุม ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และขาดการเข้าไปกระตุ้นการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ของผู้ป่วย การสอนโดยการบอกเล่าไม่มีสื่ออื่นใด ประกอบการสอน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำ รายละเอียดได้และทำให้ไม่น่าสนใจ

ผู้วิจัยตระหนักเห็นถึงความสำคัญในการ ให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนและ หลังผ่าตัด ทางผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาขึ้น เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด รักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ในโรงพยาบาลฝาง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) (Andrews & Roy, 1986) แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุน

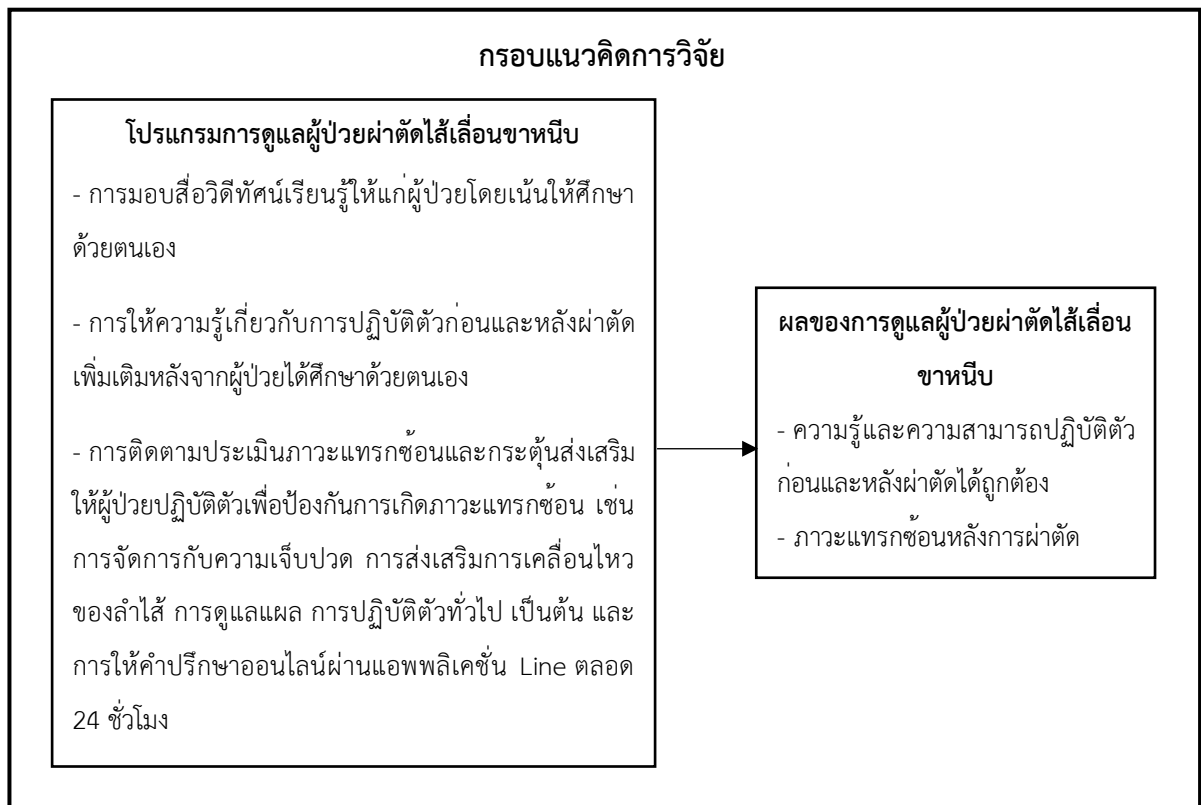


ทางด้านสังคม (Social Support) (House et al., 1988) และ ทฤษฎี ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Educative supportive nursing system) (Orem, 2001) ซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพยาบาลจึงต้องส่งเสริมการปรับตัวโดยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้ได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านทางกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆดังที่กล่าวมา นอกจากนี้ผู้วิจัยนำผลลัพธ์ที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นข้อมูลสนับสนุนเตรียมความพร้อมวางแผนในการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเผยแพร่เป็นแนวทางให้แก่ผู้ที่สนใจศึกษาการรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่





## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดมากกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง มีความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบวัดก่อน-หลัง (Two Groups Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมด้วย ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลฝางและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบ ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ

แบบไม่ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)** ได้แก่ 1) มีความรู้สึกตัวดี 2) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 3) มีโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ 4) ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 5) อายุ 18 ปีขึ้นไป

**เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)** ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการระบุความรู้สึกทั่วร่างกาย 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อ/ติดตามข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์อื่นร่วมด้วย เช่น การตัดอวัยวะอื่นๆ ผ่านแผลผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ การตัดต่อลำไส้ร่วมด้วย เป็นต้น 4) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคหอบหืด หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งหากผู้ป่วยขาดการเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่สามารถเก็บข้อมูลครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ จะถือเป็นการหยุดการวิจัย

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power แบบ Compromise โดยกำหนดค่าอำนาจอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 ขนาดกลาง ตามหลักการของโคเฮน (Cohen, J., 1977; พิศมัย ורתัย และ ศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) สัดส่วน  $\beta/\alpha$  ratio เท่ากับ 1 และคำนวณค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test:  $1-\beta$ ) เท่ากับ 0.70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ถ้าหากจะให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าอำนาจการทดสอบที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่ 0.80 ขึ้นไป แต่เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในระยะเวลาการเก็บข้อมูลและข้อจำกัด/ความเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน



ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการแบ่งกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มหมายเลขทั้งหมดก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยหมายเลข 20 ลำดับแรกจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง และ 20 ลำดับที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1991, อ้างถึงใน กัณชวรรณ ชุ่มเชื้อ, 2558) ในการใช้กลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบกึ่งทดลองอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 ราย หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

**เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น สัญชาติ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส เป็นต้น

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบถูก-ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล พิจารณาตามเกณฑ์แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) ได้แก่ 1) 16.00-20.00 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับสูง 2) 12.00-15.99 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับปานกลาง และ 3) 0.00-11.99 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับน้อย/ปรับปรุง

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือมาจากกรวิจัยของ สราวุฒิ สีถาน (2560) และทิพวัลย์ รัตนพันธ์ (2562) โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมด้วยได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ	ได้รับการพยาบาลตามปกติ
<b>ครั้งที่ 1 :</b> ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลผาง ทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 1 ในวันนัดเข้ารับการผ่าตัดรักษา และแจ้งคะแนนให้ผู้ป่วยทราบทันที ตั้งแนวความคิดปรับตัวของรอยเพื่อกระตุ้นสร้างการรับรู้ให้ผู้ป่วยและให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผางแก่กลุ่มทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้คำแนะนำและความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด โดยเน้นการศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งมีคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ในรูปแบบ QR code และให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเพื่อนในไลน์	<b>ครั้งที่ 1 :</b> ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลผาง ทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 1 ในวันนัดเข้ารับการผ่าตัดรักษา โดยไม่มีการให้คำแนะนำและเอกสารให้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบและเรื่องโรคไส้เลื่อนขาหนีบ



**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ (ต่อ)

<p><b>ครั้งที่ 2 :</b> วันที่มา Admit ณ หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลฝาง ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้ซ้ำในหัวข้อที่ผู้ป่วยประเมินความรู้ไม่ผ่าน และกำหนดสิ่งที่ต้องทำร่วมกัน ได้แก่การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่ถูกเลื่อนการผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p>	<p><b>ครั้งที่ 2 :</b> วันที่มา Admit ณ หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลฝาง พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหาร การถอดสิ่งของเครื่องประดับ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การโกนขน ในส่วนการให้ความรู้ เรื่องโรคที่ ผู้ป่วยจะได้รับขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ของ พยาบาล แต่ละ คน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในเรื่องของการสนับสนุนด้านข้อมูล (House et al., 1988) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นการให้คำปรึกษาหรือการแนะนำซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ</p>
<p><b>ครั้งที่ 3 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 0 หลังผ่าตัด และให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้พร้อมกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ตั้งแนวคิดการปรับตัวของรอย (Andrews &amp; Roy, 1986) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)</p>	<p><b>ครั้งที่ 3 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 0 หลังผ่าตัด พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเบื้องต้น แต่จะไม่ได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มควบคุม จะได้รับการกระตุ้นเมื่อเริ่มมีอาการของภาวะแทรกซ้อน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในเรื่องของการสนับสนุนด้านข้อมูล (House et al., 1988) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นการให้คำปรึกษาหรือการแนะนำซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ</p>
<p><b>ครั้งที่ 4 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 1 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้พร้อมกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ตั้งแนวคิดการปรับตัวของรอย (Andrews &amp; Roy, 1986) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)</p>	<p><b>ครั้งที่ 4 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 1 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่าย จะได้รับการดูแลตามปกติเหมือนครั้งที่ 3</p>





**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ (ต่อ)

<p><b>ครั้งที่ 5 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 2 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้พร้อมกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ดังแนวคิดการปรับตัวของรอย (Andrews &amp; Roy, 1986) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)</p>	<p><b>ครั้งที่ 5 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 2 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายจะได้รับการดูแลตามปกติเหมือนครั้งที่ 3</p>
<p><b>ครั้งที่ 6 :</b> ติดตามประเมินอาการ 2 สัปดาห์</p>	<p><b>ครั้งที่ 6 :</b> ติดตามประเมินอาการ 2 สัปดาห์</p>

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนลำดับความสำคัญของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 2 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด โดยการคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson 20 : KR-20) เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าความเที่ยง มีค่าเท่ากับ 0.88 ค่าความยากง่ายรายข้อคำถาม อยู่ระหว่าง 0.20-0.80

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะ และสถิติเชิงอนุมานใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square ใช้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด หรือ Fisher's exact test จะใช้ในกรณีที่ละเมียดตาราง 2x2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05





## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลลงชื่อ ยินยอมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการ เก็บข้อมูล ซึ่งระหว่างให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลผาง เลขที่ COA No.11/2565

## ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่ม ละ 20 ราย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.00 และ 40.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.50 และ 57.10 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 80.00 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 และ 35.00 และมีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 100,000 บาท ต่อปี ร้อยละ 52.60 และ 55.00 ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลอง ส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือ เท่ากับประถมศึกษา ร้อยละ 65.00 และ 75.00 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 และ 65.00 กลุ่มควบคุมส่วนมากดื่มแอลกอฮอล์เดือนละครั้ง ร้อยละ 55.00 และกลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยสูบบุหรี่และเคยสูบ แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 35.00 และ 50.00 ส่วนใหญ่

ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 95.00 ทั้งสองกลุ่ม

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้สถิติ chi-square พบว่าการเป็น โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม ควบคุมและทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ข้อมูลการ เจ็บป่วยก่อนผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลอง ส่วนใหญ่พบก้อนนูน ร้อยละ 95.00 และ 100.00 มีอาการปวดหน่วงๆ/เจ็บบริเวณก้อนนูน ร้อยละ 100.00 และ 80.00 ในกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาเฉลี่ย ที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 40-130 วัน ร้อยละ 50.00 และ 55.00 ลักษณะ ของไส้เลื่อนขาหนีบที่พบส่วนใหญ่เป็นไส้เลื่อน ที่เคลื่อนออกมาตามรูเปิดบริเวณขาหนีบ (Indirect inguinal hernia) ร้อยละ 100.00 และ ร้อยละ 95.00 เป็นข้างขวาร้อยละ 55.00 และ 70.00 ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลองส่วนใหญ่ผ่าตัด แบบ Herniorrhaphy ร้อยละ 90.00 และร้อยละ 75.00 และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก เฉพาะส่วน (RA) ร้อยละ 100.00 ทั้งสองกลุ่ม ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 20-50 นาที ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลานอนเฉลี่ย 2 และ 3 วัน ร้อยละ 50.00 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลานอนเฉลี่ย 2 วัน ร้อยละ 70.00 เมื่อทดสอบความแตกต่าง ของข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สัญชาติ</b>					1.94 <sup>(a)</sup>	0.59
ไทย	15	75.00	18	90.00		
ชาวไทยภูเขา	2	10.00	1	5.00		
พม่า	2	10.00	1	5.00		
ไทยใหญ่	1	5.00	0	0.00		
<b>อายุ</b>					1.14 <sup>(b)</sup>	0.84
น้อยกว่า 30 ปี	3	15.00	2	10.00		
30 - 40 ปี	2	10.00	2	10.00		
41 - 50 ปี	2	10.00	1	5.00		
51 - 60 ปี	4	20.00	7	35.00		
60 ปี ขึ้นไป	9	45.00	8	40.00		
น้อยกว่า 30 ปี	3	15.00	2	10.00		
<b>ดัชนีมวลกาย</b>					2.93 <sup>(a)</sup>	0.40
ผอม (น้อยกว่า 18.5 kg/m <sup>2</sup> )	3	17.60	3	21.40		
ปกติ (18.51-22.99 kg/m <sup>2</sup> )	13	76.50	8	57.10		
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99 kg/m <sup>2</sup> )	1	5.90	1	7.10		
อ้วนระดับ1 (25.00-29.99 kg/m <sup>2</sup> )	0	0.00	2	14.30		
<b>สถานภาพ</b>					0.53 <sup>(a)</sup>	0.77
โสด	1	5.00	2	10.00		
สมรส/คู่	16	80.00	16	80.00		
หม้าย/หย่า/แยก	3	15.00	2	10.00		
<b>อาชีพ</b>					5.27 <sup>(a)</sup>	0.38
เกษตรกรกรรม	6	30.00	6	30.00		
รับจ้างทั่วไป	8	40.00	7	35.00		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	10.00	3	15.00		
นักเรียน/นักศึกษา	1	5.00	0	0.00		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0	0.00	3	15.00		
ว่างงาน	3	15.00	1	5.00		

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี</b>					3.84 <sup>(a)</sup>	0.43
น้อยกว่า 100,000 บาท	10	52.60	11	55.00		
100,001 – 200,000 บาท	7	36.80	4	20.00		
200,001 – 300,000 บาท	2	10.50	2	10.00		
300,001 – 400,000 บาท	0	0.00	2	10.00		
มากกว่า 400,000 บาท	0	0.00	1	5.00		
<b>ระดับการศึกษา</b>					2.48 <sup>(a)</sup>	0.65
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	14	65.00	15	75.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.00	4	20.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	0	0.00	1	5.00		
อนุปริญญา/ ปวส.	1	5.00	0	0.00		
<b>โรคประจำตัว</b>					6.47 <sup>(b)</sup>	0.03*
มี	5	25.00	7	35.00		
ไม่มี	15	75.00	13	65.00		
<b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b>					3.47 <sup>(a)</sup>	0.48
ไม่เคย	6	30.00	10	50.00		
เดือนละครั้ง	11	55.00	6	30.00		
2-4 ครั้งต่อเดือน	2	10.00	2	10.00		
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	0	0.00	1	5.00		
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	1	5.00	1	5.00		
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>					7.06 <sup>(a)</sup>	0.13
ไม่เคย	7	35.00	10	50.00		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	35.00	10	50.00		
สูบนานๆครั้ง	3	15.00	0	0.00		
สูบเป็นครั้งคราว	1	5.00	0	0.00		
สูบเป็นประจำ	2	10.00	0	0.00		
<b>ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง</b>					0.00 <sup>(b)</sup>	1.00
เคย	1	5.00	1	5.00		
ไม่เคย	19	95.00	19	95.00		

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ลักษณะก้อนนูน</b>					1.03 <sup>(b)</sup>	0.31
พบ	20	100.0	19	95.0		
ไม่พบ	0	0.0	1	5.0		
<b>อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม</b>					4.44 <sup>(b)</sup>	0.11
ปวดหน่วงๆ/เจ็บบริเวณก้อนนูน	17	85.0	20	100.0		
ท้องผูก มีเลือดปนอุจจาระ	3	15.0	0	0.0		
<b>ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล</b>					2.07 <sup>(a)</sup>	0.72
น้อยกว่า 40 วัน	4	20.0	7	35.0		
40 – 130 วัน	11	55.0	10	50.0		
131 – 220 วัน	1	5.0	1	5.0		
221 – 330 วัน	1	5.0	0	0.0		
มากกว่า 330 วัน	3	15.0	2	10.0		
$\bar{X}$ = 117.45, Median = 60.00, SD = 142.13, Min = 3, Max = 730						
<b>ชนิดของไส้เลื่อนขาหนีบ</b>					1.03 <sup>(b)</sup>	0.31
Direct	0	0.0	1	5.0		
Indirect	20	100.0	19	95.0		
<b>ข้างที่เป็น</b>					2.50 <sup>(a)</sup>	0.29
ข้างขวา	11	55.0	14	70.0		
ข้างซ้าย	9	45.0	5	25.0		
ทั้งสองข้าง	0	0.0	1	5.0		
<b>การผ่าตัด</b>					0.00 <sup>(b)</sup>	1.00
Hernioplasty	18	90.0	15	75.0		
Laparoscopic	2	10.0	5	25.0		
<b>ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย</b>					2.00 <sup>(a)</sup>	0.74
น้อยกว่า 20 นาที	1	5.0	1	5.0		
20 – 50 นาที	15	75.0	15	75.0		
51 – 80 นาที	3	15.0	3	15.0		
81 – 110 นาที	0	0.0	1	5.0		
มากกว่า 110 นาที	1	5.0	0	0.0		
$\bar{X}$ = 43.50, Median = 35.00, SD = 21.991, Min = 20, Max = 140						

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \* = P-value < 0.05

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาอนเฉลี่ย					3.33 <sup>(a)</sup>	0.19
2 วัน	14	70.0	10	50.0		
3 วัน	5	25.0	10	50.0		
4 วัน	1	5.0	0	0.0		

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ที่ 5.25 คะแนน และหลังสิ้นสุดโปรแกรมอยู่ที่ 10.55 คะแนน ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ที่ 7.95 คะแนน และหลัง

สิ้นสุดโปรแกรมเฉลี่ยอยู่ที่ 18.35 คะแนน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
คะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุม	5.25	3.92	10.55	4.02	-7.38	0.00*
คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง	7.95	3.79	18.35	1.73	-11.93	0.00*

\*P-value < 0.05

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent samples t-test พบว่า ก่อนได้รับ

โปรแกรมทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		t-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม (Before intervention)	5.25	3.92	7.95	3.79	-2.22	0.90
หลังสิ้นสุดโปรแกรม (After the intervention)	10.55	4.02	18.35	1.73	-7.98	0.00*

\*P-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าวันที่ 0 หลังการผ่าตัด ในกลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 8 คน คือ Severe nausea vomiting/ flatulence และ Acute urinary retention คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ 15.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองพบภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 1 คน คือ Acute urinary retention ร้อยละ 100.00 ในวันที่ 1 หลังการผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 8 คน คือ Severe nausea vomiting/ flatulence, Acute urinary retention และ Hematoma คิดเป็นร้อยละ 25.00 10.00 และ 5.00 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ในกลุ่มควบคุมพบภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 5 คน คือ Severe nausea vomiting/ flatulence ร้อยละ 100.00 และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในกลุ่มควบคุม

พบภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 6 คน คือ Hematoma, Seroma, Severe pain และ Bleeding ร้อยละ 10.00 10.00 5.00 และ 5.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่วันที่ 1 หลังการผ่าตัด จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่าภาวะแทรกซ้อน วันที่ 0-1 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5



**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Chi-square	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
<b>วันที่ 0 หลังการผ่าตัด</b>					7.03	0.02*
มี	8	40.00	1	5.00		
ไม่มี	12	60.00	19	95.00		
<b>วันที่ 1 หลังการผ่าตัด</b>					10.00	0.00*
มี	8	40.00	0	0.00		
ไม่มี	12	60.00	20	100.00		
<b>วันที่ 2 หลังการผ่าตัด</b>					5.71	0.05*
มี	5	25.00	0	0.00		
ไม่มี	15	75.00	20	100.00		
<b>2 สัปดาห์หลังผ่าตัด</b>					7.06	0.02*
มี	6	30.00	0	0.00		
ไม่มี	14	70.00	20	100.00		

\*P-value < 0.05

### อภิปรายผล

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโปรแกรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น สามารถช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผนในการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่สามารถศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สื่อวิดีโอทัศนการสอนมีความน่าสนใจ สามารถทบทวนได้ตลอดเวลา และมีช่องทางให้คำปรึกษาหรือแนะนำผู้ป่วย ผ่าน Line application ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

### การอภิปรายผลการวิจัย

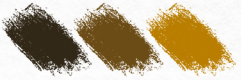
ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ส่งเสริมการปรับตัวโดยให้การสนับสนุนจากพยาบาล คอยช่วยเหลือให้ได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) (Andrews & Roy, 1986) แนวคิดเกี่ยวกับแรง



สนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House et al., 1988) และทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Educative supportive nursing system) (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรววุฒิ สีถาน (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 ราย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (สรรววุฒิ สีถาน, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zhang et al. (2022) ได้ศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 86 ราย ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มในการศึกษานี้ โดยผู้ป่วย 43 ราย ใช้แนวทางการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยอีก 43 ราย เป็นกลุ่มทดลอง โดยมีการเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์และเพิ่มโปรแกรมการพยาบาล (intervention) บนพื้นฐานของแนวทางการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความมีวินัยในตนเอง ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อาการบวมและการเก็บปัสสาวะในซีรัมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) (Zhang et al., 2022) และสอดคล้องกับการวิจัยของ เยาวเรศ ก้านมะลิ (2563) ศึกษาผลการสอนแบบทีมพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบ

วันเดียว ในผู้ป่วย 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 36 คน โดยใช้เครื่องมือสอนผู้ป่วย ได้แก่ แผนการสอนแบบทีมพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด เทปวีดิทัศน์ แผ่นพับ และ Line application พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $P < 0.05$ ) (เยาวเรศ ก้านมะลิ, 2563)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.50 และกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 52.00 เนื่องจากการศึกษานี้ มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งรูปแบบการสนับสนุนกระตุ้นจากพยาบาลตามโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง และการศึกษาข้อมูลด้วยตนเองผ่าน QR code ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ เนื้อหาคู่มือการดูแลตัวเองและการเพิ่มช่องทางในการปรึกษาหากผู้ป่วยมีความกังวลหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวโดยแอปพลิเคชันLine จึงทำให้คะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungpanich and Srisailaun (2015) และ Polkeaw and Rodpal (2015) ที่กล่าวว่า สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์



มีรูปแบบการเรียนการสอนที่น่าสนใจ สามารถเลือกดูภาพซ้ำ หรือหยุดเฉพาะภาพ เป็นภาพเคลื่อนไหว ได้ยินเสียง สามารถจดจำได้มากกว่าการสอนแบบไม่มีสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดการจดจำและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังดูสื่อวีดิทัศน์ (รสสุคนธ์ เรืองโพน และคณะ, 2559) จากการศึกษาของอมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ (2021) พบว่าสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนมีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.27 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ที่กำหนดค่าไว้ให้มากกว่า 1.00 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ภายหลังเรียนมากกว่าก่อนเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร และสายศิริ มีระเสน (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลการเข้าอบรมเป็นเวลา 2 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง ประกอบกับการเรียนรู้โดยใช้สื่อภาพการ์ตูนแอนิเมชัน และหนังสือการ์ตูน ทำให้เข้าใจได้ง่ายรู้สึกว่ายาก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและคะแนนดีขึ้นก่อนอบรม การศึกษาของ ฤชงค์ อินทร์ชัย และคณะ (2561) อภิปรายว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งการได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่าง (ฤชงค์ อินทร์ชัย และคณะ, 2561)

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อน นอกจากนี้สามารถนำผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผนในการผ่าตัดใส่เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) ตามนโยบายของทางสาธารณสุข

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลศึกษาเพื่อให้มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มากขึ้น และควรนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล
2. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดอื่นๆ เช่น ผ่าตัดช่องท้อง เพื่อวัดประสิทธิภาพประสิทธิผลของรูปแบบของโปรแกรม
3. การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สื่อแผ่นพับ สื่อคู่มือการปฏิบัติตัว ควรประเมินผลความพึงพอใจ มีการพัฒนาสื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัย และควรเพิ่มความหลากหลายของภาษา รวมถึงช่องทางสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือใช้อินเทอร์เน็ต
4. ควรกำหนดระดับความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีระดับเท่ากันตั้งแต่ออกเริ่มโปรแกรม เพื่อลดอคติ (Bias) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของการศึกษา



## เอกสารอ้างอิง

- กัณชารวรรณ ชุ่มเชื้อ. (2559). ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 22(1), 59-71.
- ทิพวัลย์ รัตนพันธ์. (2562). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. วิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บันลือ ช่อดอก และ อารยะ ไช่มุกด์. (2553). ผลการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีขั้ระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังกับการฉีดยาชาเฉพาะที่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร, 28(5), 247-55.
- พิศมัย อรทัย และ ศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิมพ์ที่ 39.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 8). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูซงค์ อินทร์ชัย, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, สมชาย คุรงค์เดช, ปุณยอนุช สนธิโพธิ์, จุฑารัตน์ บรรดิจ, และ ชนาภัทร เอี่ยมสะอาด. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. วารสารกรมการแพทย์, 43(4), 100-104.
- ยุทธพงศ์ บรรจงศิลป์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 6(3), 5-13.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ. (2563). ผลการสอนแบบทีมการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1), 201-9.
- รัตติยา เรื่องเกียรติกุล. (ม.ป.ป). โรคไส้เลื่อน (Hernia). [70](https://bangkokhatyai.com/รศสุคนธ์ เรื่องโพน และคณะ. (2559). ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (Inguinal hernia). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.</a></p><p>สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารมจร.วิชาการ 2560, 20(40), 101-13.</p><p>สรรงค์ภูณณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2534). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารวมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. มหาวิทยาลัยมหิดล.</p><p>สุนารี ไบยา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชพิพัฒน์.</p></div><div data-bbox=)



- สุภาพร แนวบุตร และ สายศิริ มีระเสน. (2559). ผลของการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 8(1), 25-36.
- อมรรัตน์ ชัยบุตร, นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล และนางค์ คราญ วิเศษกุล. (2564). การพัฒนาสื่อ วิตทัศน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน. พยาบาลสาร, 48(3), 202-13.
- เอกชัย ผดุงภักดีวงศ์. (2561). ผลลัพธ์ขั้นต้นของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็น ผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสาร เวชศาสตร์เขตเมือง, 62(4), 301-4.
- Andrews, H., & Roy, C. (1986). Essentials of the Roy adaptation model. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts.
- Bloom, S. J. (1975). Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain. New York: David Mckay.
- Burcharth J. (2014). The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery. Danish medical journal, 61(5), B4846.
- Cohen J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: John wiley and sons, Inc.
- House, J. S., Umberson, d., & Landis, K.R. (1988). Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology, 14, 293-318. <http://www.jstor.org/stable/2083320>
- Jenkins, J.T., & O'Dwyer, P.J. (2008). Inguinal hernias. BMJ, 336(7638), 269-272. [www.researchgate.net/](http://www.researchgate.net/)
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Zhang, N., Miao, J., & Zheng, Q. (2022). The Effect of Nursing Intervention on Patients with Inguinal Hernia and Its Influence on Self-Management Ability. Contrast media & molecular imaging. 1 - 8 . <https://doi.org/10.1155/2022/4965709>