

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเรื่องผลของการ ใ้ช้ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ศัลยกรรมทรวงอก นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการ ใ้ช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอก ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการสอนตามปกติจำนวน 12 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการ ใ้ช้จำนวน 12 ราย ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลทั่วไปแสดงในตารางที่ 1-7 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา บทบาทในครอบครัว และอายุ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	66.67	8	66.67
หญิง	4	33.33	4	33.33
สถานภาพสมรส				
คู่	11	91.67	8	66.67
แยก, หย่า, หม้าย	1	8.33	4	33.33
ศาสนา				
พุทธ	12	100.00	12	100.00
บทบาทในครอบครัว				
หัวหน้า	8	66.67	9	75.00
แม่บ้าน	4	33.33	2	16.67
ผู้อาศัย	0	0.00	1	8.33
อายุ				
20-40 ปี	3	25.00	3	25.00
41-60 ปี	4	33.33	4	33.33
61-80 ปี	5	41.67	5	41.67
	$(\bar{X} = 53.83, S.D. = 15.07)$		$(\bar{X} = 54.08, S.D. = 14.04)$	

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 91.67 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 66.67 ในกลุ่มทดลอง บทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 66.67 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 75.00 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.00 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.83 ปี (S.D. = 15.07) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 54.08 ปี (S.D. = 14.04) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในวัยผู้สูงอายุ จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1	8.33	0	0.00
ประถมศึกษา	8	66.67	6	50.00
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	1	8.33	2	16.67
อุดมศึกษา	2	16.67	4	33.33
อาชีพ				
รับจ้าง	3	25.00	3	25.00
เกษตรกรกรรม	2	16.67	2	16.67
ค้าขาย	1	8.33	0	0.00
รับราชการ/พนักงานบริษัท	2	16.67	1	8.33
ข้าราชการบำนาญ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	33.33	6	50.00
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)				
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	0	0.00	1	8.33
2,001-4,000 บาท	2	16.66	2	16.67
4,001-6,000 บาท	5	41.67	3	25.00
6,001-8,000 บาท	0	0.00	0	0.00
8,001-10,000 บาท	0	0.00	2	16.67
มากกว่า 10,000 บาท	5	41.67	4	33.33

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 50.00 ในกลุ่มทดลอง และเป็นข้าราชการบำนาญและไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50.00 ในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาท/เดือน และมากกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวนเท่ากันคือร้อยละ 41.67 ส่วนกลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล และประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดใหญ่

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล				
ใช้บัตรประกันสุขภาพ	6	50.00	4	33.33
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	5	41.67	7	58.34
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	1	8.33	1	8.33
ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล				
มี	0	0.00	1	8.33
ไม่มี	12	100.00	11	91.67
การได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล				
ได้รับ	12	100.00	12	100.00
ไม่ได้รับ	0	0.00	0	0.00
ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดใหญ่				
0 ครั้ง	7	58.34	8	66.67
1-2 ครั้ง	4	33.33	4	33.33
3-4 ครั้ง	1	8.33	0	0.00

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มควบคุมใช้บัตรประกันสุขภาพ จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้การเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดและจากบริษัท คิดเป็นร้อยละ 58.34 กลุ่มควบคุมทั้งหมดไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 8.33 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งหมดได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 58.34 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 66.67 ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการวินิจฉัยโรค และชนิดของการทำศัลยกรรมทรวงอก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค				
ก้อนทุมในปอด	8	66.66	7	58.33
ก้อนทุมที่เมดิแอสติנם	0	0.00	1	8.33
หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด	4	33.34	4	33.34
ชนิดของการทำศัลยกรรมทรวงอก				
การผ่าตัดเปิดทรวงอกเพื่อตัดปอด ออกเป็นกลีบ / ตัดปอดออกเป็นลิ้ม / ตัดปอดออกเป็นส่วน	8	66.66	6	50.00
การผ่าตัดเปิดทรวงอกเพื่อตัดก้อนทุมออก	0	0.00	1	8.33
การผ่าตัดเปิดทรวงอกเพื่อตัดต่อมน้ำเหลือง เพื่อการวินิจฉัยก้อนทุม	0	0.00	1	8.33
การผ่าตัดเปิดทรวงอกเพื่อผ่าตัดเลาะผนัง โพรงหนองออก	4	33.34	4	33.34

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นก้อนทุมในปอด คิดเป็นร้อยละ 66.66 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 58.33 ในกลุ่มทดลอง รองลงมาคือมีภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด คิดเป็นร้อยละ 33.34 เท่ากันทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการทำผ่าตัดเปิดทรวงอกเพื่อทำการผ่าตัดปอด ได้แก่ การตัดปอดออกเป็นกลีบ การตัดปอดออกเป็นลิ้ม และการตัดปอดออกเป็นส่วน รวมร้อยละ 66.66 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50.00 ในกลุ่มทดลอง รองลงมาได้แก่ การผ่าตัดเลาะผนังโพรงหนองออก คิดเป็นร้อยละ 33.34 เท่ากันทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแนวของการทำผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด และระยะเวลาของการทำผ่าตัด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แนวของการทำผ่าตัด				
ด้านข้างอ้อมไปด้านหน้าของลำตัว	5	41.67	5	41.67
ด้านข้างของลำตัว	1	8.33	1	8.33
ด้านข้างอ้อมไปด้านหลังของลำตัว	6	50.00	6	50.00
ความยาวของแผลผ่าตัด				
15-19 เซนติเมตร	6	50.00	8	66.66
20-24 เซนติเมตร	6	50.00	2	16.67
25-29 เซนติเมตร	0	0.00	2	16.67
	(X̄ = 18.92, S.D. = 2.78)		(X̄ = 19.67, S.D. = 3.68)	
ระยะเวลาของการทำผ่าตัด				
120-179 นาที	3	25.00	5	41.67
180-239 นาที	5	41.67	4	33.33
240-299 นาที	3	25.00	2	16.67
300-359 นาที	0	0.00	1	8.33
360-420 นาที	1	8.33	0	0.00
	(X̄ = 219.17, S.D. = 79.51)		(X̄ = 197.08, S.D. = 74.36)	

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัดในแนวด้านข้างอ้อมไปด้านหลังของลำตัวจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีความยาวของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 18.92 เซนติเมตร (S.D. = 2.78) ส่วนกลุ่มทดลองมีความยาวของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 19.67 เซนติเมตร (S.D. = 3.68) สำหรับระยะเวลาของการทำผ่าตัด กลุ่มควบคุมใช้ระยะเวลาของการทำผ่าตัดเฉลี่ย 219.17 นาที (S.D. = 79.51) และใช้ระยะเวลาของการทำผ่าตัดอยู่ในช่วง 180-239 นาทีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ส่วนกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาของการทำผ่าตัดเฉลี่ย 197.08 นาที (S.D. = 74.36) และใช้ระยะเวลาของการทำผ่าตัดอยู่ในช่วง 120-179 นาทีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.67

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนท่อระบายทรงอก และจำนวนวันที่ใส่ท่อระบายทรงอก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนท่อระบายทรงอก				
1 ท่อ	0	0.00	1	8.33
2 ท่อ	12	100.00	11	91.67
จำนวนวันที่ใส่ท่อระบายทรงอก				
1-7 วัน	5	41.67	7	58.33
8-14 วัน	7	58.33	3	25.00
15-21 วัน	0	0.00	2	16.67
	$(\bar{X} = 8.08, S.D. = 2.50)$		$(\bar{X} = 9.08, S.D. = 5.37)$	
	เวลาที่ใส่ท่อระบายอยู่ในช่วง 4-12 วัน		เวลาที่ใส่ท่อระบายอยู่ในช่วง 4-20 วัน	

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมทั้งหมดและกลุ่มทดลองร้อยละ 91.67 ได้รับการใส่ท่อระบายทรงอก 2 ท่อ โดยกลุ่มควบคุมใส่ท่อระบายทรงอกอยู่ในช่วง 4-12 วัน เฉลี่ย 8.08 วัน (S.D. = 2.50) และใส่ท่อระบายทรงอกอยู่ในช่วง 8-14 วัน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.33 ส่วนกลุ่มทดลองใส่ท่อระบายทรงอกอยู่ในช่วง 4-20 วัน เฉลี่ย 9.08 วัน (S.D. = 5.37) และใส่ท่อระบายทรงอกอยู่ในช่วง 1-7 วัน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.33

ตารางที่ 7 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับยาระงับปวด ชนิด และจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เมื่อครบ 24 ชั่วโมง		เมื่อครบ 48 ชั่วโมง		เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	
	หลังผ่าตัด		หลังผ่าตัด		หลังผ่าตัด	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
การได้รับยาระงับปวด (คน)						
ไม่ได้รับยาระงับปวด	0	0	0	0	2	2
ได้รับยาระงับปวด	12	12	12	12	10	10
ชนิดและจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด (ครั้ง/12คน)						
Pethidine IV						
- drip continuous	8	5	4	0	1	0
- around the clock / prn.	3	25	1	5	0	1
Diclofenac IM +/- PO	13	14	13	9	12	5
Tramadol hydrochloride IM +/- PO	2	3	4	7	3	12
Acetaminophen PO	1	1	2	12	2	6
Morphine sulfate +/- Lidocaine or Marcaine via epidural catheter	2	2	2	2	2	2
รวมจำนวนครั้ง	29	50	26	35	20	26

IM = intramuscular; IV = intravenous; PO = oral; +/- = และ/หรือ

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า เมื่อครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับยาระงับปวดภายหลังการผ่าตัดทุกคน ส่วนเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ๆ ละ 2 คน ไม่ได้รับยาระงับปวด และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อครบ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ช

เปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ช เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ชเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

คะแนนการปฏิบัติ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	U
กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ	1.13	0.32	ปานกลาง	20.50**
กลุ่มที่ได้รับการโค้ช	1.59	0.24	สูง	

** $p < .01$

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.13$, S.D. = 0.32) ส่วนของกลุ่มที่ได้รับการโค้ชอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.59$, S.D. = 0.24) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกของกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ชเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

คะแนนการปฏิบัติ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	U
กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ	1.35	0.27	ปานกลาง	21.00**
กลุ่มที่ได้รับการโค้ช	1.69	0.13	สูง	

** $p < .01$

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.35$, S.D. = 0.27) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการโค้ชอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.69$, S.D. = 0.13) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกของกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก จำนวน 24 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 ราย กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการโค้ชจากผู้วิจัย ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ การมีสมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และแนวการผ่าตัด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยสูงอายุ มีสถานภาพสมรสคู่ และเป็นหัวหน้าครอบครัว กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.83 ปี ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 54.08 ปี (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยเกษียณอายุราชการและอาชีพการงาน (ตารางที่ 2) มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 1 ราย มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทุกคนได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล (ตารางที่ 3) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่มาก่อน และได้รับการผ่าตัดเปิดทรวงอกเพื่อทำการผ่าตัดปอดเนื่องจากเป็นก้อนท่อน้ำนมในปอด ได้แก่ การตัดปอดออกเป็นกลีบ การตัดปอดออกเป็นลิ้ม และการตัดปอดออกเป็นส่วน จำนวนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการผ่าตัดปอดโดยทั่วไปที่ส่วนใหญ่มักทำในผู้ป่วยมะเร็งปอดหรือมีก้อนท่อน้ำนมที่ปอด (Strider, Morrison, Quinn, & Yuan, 1995) รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดและได้รับการผ่าตัดแกะผนังโพรงหนองออก (ตารางที่ 4) โดยมีแนวการผ่าตัดในแนวด้านข้างอ้อมไปด้านหลังจำนวนมากที่สุด เมื่อพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงและมีความใกล้เคียงกันในส่วน of ข้อมูลทั่ว ๆ ไป ทั้งระดับการศึกษา ความยาวของแผลผ่าตัด ระยะเวลาของการทำผ่าตัด การใส่ท่อระบายทรวงอก การได้รับยาระงับปวด และเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอายุ ระยะเวลาของการทำผ่าตัด และความยาวของแผลผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโค้ชด้วยสถิติ t-test independent for sample test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ภาคผนวก ข) จึงสนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรที่จะทำการศึกษาในระยะเริ่มการศึกษา

2. ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 8 และ 9) โดยพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และสมมติฐานที่ 2 คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานภายหลังการทำศัลยกรรมทรวงอก จากผลของการให้ข้อมูลเพิ่มเติม การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติ และการใช้กลวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุน การชี้แนะ การให้แรงเสริม การให้ความมั่นใจ และการช่วยเหลือของโค้ชแก่กลุ่มทดลองในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติมาใช้ในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการทำศัลยกรรมทรวงอกได้ กลีลิส(Grealish, 2000) กล่าวว่าโค้ชนั้นเป็นกลยุทธ์ในการสอนหนึ่งที่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เรียนได้ โดยการพัฒนาทางด้านความรู้ทำให้ผู้เรียนมีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมของตนเอง เมื่อได้รับการฝึกฝนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจึงทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทางด้านทักษะและสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยความชำนาญ โดยการโค้ชตามกระบวนการโค้ชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาตามแผนที่วางไว้ โดยโค้ชจะสังเกตและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มทดลอง และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นโค้ช (coach) เป็นผู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่กลุ่มทดลอง ทั้งทักษะการปฏิบัติในด้านเทคนิคเพื่อควบคุม

หรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และทักษะการปฏิบัติในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกายหลังผ่าตัดที่ถูกวิธี ที่ผู้วิจัยศึกษาอบรมและได้รับการฝึกปฏิบัติมา เพื่อทำการฝึกสอนให้แก่กลุ่มทดลองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของชาญชัย โพธิ์คลัง (2532) โคล (Cole, 1996) สพรอสส์ คลาร์ก และเบอริการ์ด์ (Spross, Clarke, & Beauregard, 2001) ที่กล่าวว่าโค้ชควรเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอนเป็นพิเศษ เพราะจะทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในกิจกรรมที่จะปฏิบัติอย่างชัดเจนและมีความเชื่อมั่นต่อโค้ช และเกิดแรงจูงใจที่จะฝึกปฏิบัติอย่างตั้งใจ

โดยแผนของการโค้ชเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง การให้ความสนใจและเอาใจใส่ในปัญหาทางด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้วิจัย จึงกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าซักถาม และบอกปัญหา หรือความต้องการของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจกลุ่มทดลองมากขึ้น (Cole, 1996) โดยข้อมูลที่ได้รับจากการซักถามและการบอกเล่าถึงปัญหาของกลุ่มทดลองนี้ ผู้วิจัยยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการช่วยเหลือในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานร่วมกับกลุ่มทดลอง รูปแบบการให้ข้อมูลและฝึกสอนที่ผู้วิจัยใช้มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมในกลุ่มทดลองแต่ละราย ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานนั้นตรงตามความต้องการของกลุ่มทดลอง โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยให้แก่กลุ่มทดลองเพิ่มเติมนั้นครอบคลุมในเรื่องสภาพความเจ็บป่วย ประสบการณ์ที่กลุ่มทดลองจะต้องประสบในระยะก่อน ขณะ และหลังการทำศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มทดลองจึงมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญ ทำให้ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจากความกลัวและความวิตกกังวลต่าง ๆ ลดลง มีการฝึกสอนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานประกอบการใช้คู่มือการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โดยมีภาพและคำอธิบายถึงขั้นตอนการปฏิบัติอย่างเป็นลำดับขั้น เข้าใจง่าย กลุ่มทดลองสามารถทบทวนได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดความสงสัยหรือจำเนื้อหาไม่ได้ ส่วนกิจกรรมการสอนนั้นได้เน้นให้กลุ่มทดลองมีการฝึกฝนทักษะการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด 2 วัน เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ดังที่เฮมส์และสเตอร์ลิง (Hames & Stirling, 1987) และคัพเปลส์ (Cupples, 1991) กล่าวว่าผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดเป็นระยะเวลา 2-3 วัน จึงจะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานภายหลังการทำศัลยกรรมทรวงอก จึงทำให้กลุ่มทดลองสามารถนำทักษะการปฏิบัติที่ได้รับการฝึกฝนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้

นอกจากนี้แล้วระหว่างที่กลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ให้การสังเกตและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้การชี้แนะแก่กลุ่มทดลองในการเลือกวิธีการปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับตนเอง เช่น การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด อาจเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ หรือการขอยาระงับปวด เป็นต้น การพูดให้ความมั่นใจและพูดให้เสริมแรงเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่น ขณะไอขับเสมหะหรือเคลื่อนไหวร่างกายในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การดูแลให้กลุ่มทดลองมีสะดวกและมีความปลอดภัยขณะกลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรม เช่น ในการลุกเดินจากเตียงครั้งแรกที่มักพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกลัวต่อระบวยทรวงอกหลุด และเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวกจากการมีขวดรองรับสารเหลวที่มีขนาดใหญ่อย่างน้อย 1-2 ขวด การให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ เช่น ให้คำชมเชยเมื่อกิจกรรมปฏิบัติได้ถูกต้อง และในกรณีที่กลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานบางอย่างไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้การฝึกสอนซ้ำจนกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้มีการประเมินผลการปฏิบัติทั้งปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในขณะปฏิบัติกิจกรรม และผลสำเร็จที่เกิดขึ้น เพื่อการปรับปรุงและการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม ดังการศึกษาของเบล (Bell, 1996) ที่พบว่า การช่วยแก้ไขปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านร่างกาย กระบวนการคิด และจิตใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฝึกสอนชี้แนะ ให้ข้อมูลย้อนกลับ และได้รับเสริมแรงในทางบวกต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยรูปแบบการฝึกสอนต้องมีความยืดหยุ่น ให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ส่วนคัมมิงส์ (Cummings, 1996) กล่าวถึงการพัฒนาความสามารถด้านทักษะของบุคคลว่าบุคคลนั้นควรได้รับการสนับสนุน ชี้แนะถึงวิธีการแก้ไขปัญหา ให้ข้อมูลย้อนกลับ และช่วยอำนวยความสะดวก บุคคลนั้นจึงจะสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่มีอยู่ ผลของการไ้เช่นนี้จึงช่วยให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมขณะที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และเมื่อกกลุ่มทดลองได้รับผลสำเร็จจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เช่น มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง กลุ่มทดลองจึงเกิดเกิดความมั่นใจและเกิดแรงงใจ (ดรุณี รุ่งกรกานต์, 2541; Bell, 1996) ที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานหลังการทำศัลยกรรมทรวงอกอื่น ๆ มากขึ้น ดังการศึกษาของแทค และกิลลิสส์ (Tack & Gilliss, 1990) ที่ได้ใช้การไ้ชทางโทรศัพท์ในการประเมินและติดตามอาการที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การเปลี่ยนแปลง

ของแบบแผนการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจกรรม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยแต่ละครั้งของการโค้ชผู้วิจัยจะประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้แรงเสริมผู้ป่วยต่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ๆ กรณีปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถของผู้วิจัยจะส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญอื่นต่อไป และมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ๆ เป็นระยะ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อให้การโค้ชแล้วผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดแบบแผนการนอนหลับและโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ด้วยตนเอง สามารถป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะสุขภาพ มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และเมื่อเกิดปัญหาใหม่ขึ้น ผู้ป่วยมีกลวิธีในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

จากการศึกษาของวิลกีและคณะ (Wilkie et al., 1998) ที่ใช้การโค้ชเป็นกลวิธีในการสอน เพื่อพัฒนาความสามารถทางด้านทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 215 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดจากมะเร็งที่เกิดขึ้นกับตนเองกับแพทย์หรือพยาบาลที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มที่ได้รับการโค้ชจะได้รับการจัดทัศนคติเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการติดตามอาการเจ็บปวดทั้งตำแหน่ง คุณภาพ ลักษณะ และความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตนเอง และวิธีรายงานข้อมูลที่ได้ต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา และได้รับการโค้ชทางโทรศัพท์หรือพบผู้ป่วยทุกสัปดาห์เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการโค้ชรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นต่อแพทย์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการโค้ช และมีการประเมินความรุนแรงและคุณภาพของความเจ็บปวดระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยตรงกันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลจากการโค้ชทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการบริหารยาาระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความเจ็บปวด สามารถรับประทานยาาระงับปวดได้อย่างถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรับประทานยาาระงับปวดได้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาวิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) โดยใช้การสอนแนะ (coaching) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ให้มีการพัฒนาความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตสังคมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า การสอนแนะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสอนแนะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความพึงพอใจต่อการได้รับการสอนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลของการวิจัยพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ นั้น มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในระยะหลังผ่าตัดได้เช่นกัน โดยพบว่าการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง แต่จากการสังเกตของผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกตินั้นยังขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรม จากการสังเกตและติดตามในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เมื่อมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในระดับรุนแรง กลุ่มควบคุมบางรายจะนอนนิ่ง ๆ เคลื่อนไหวร่างกายน้อย บางรายไม่ไอขับเสมหะจากส่วนลึกของลำคอแต่จะใช้การกระแอมแทนเพราะกลัวจะเจ็บปวดแผลมาก บางรายหลีกเลี่ยงการลุกเดินจากเตียงโดยจะลุกเดินจากเตียงเมื่อได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเท่านั้น เพราะบอกว่าเมื่อลุกเดินแล้วจะเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น กลัวว่าแผลจะฉีกขาด และกลัวท่อระบายทรวงอกหลุด หรือบางรายไม่กล้าขยับขยับปวดเพราะบอกว่าเกรงใจพยาบาล และคิดว่าพยาบาลจะนำขยับปวดมาให้เองตามเวลา ดังเช่นการศึกษาของแม็คโดนัลด์ และคณะ (McDonald et al., 2000) ที่พบว่าอุปสรรคหนึ่งของการจัดการกับความเจ็บปวดไม่มีประสิทธิภาพคือ การขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ที่เกิดจากความเกรงใจ ไม่ต้องการรบกวนเจ้าหน้าที่ หรือคิดว่าเจ้าหน้าที่น่าจะรับรู้ถึงอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยไม่ต้องบอกกล่าว ประมาณวันที่ 3 หลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีการหายของแผลผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Smeltzer & Bare, 2000) ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เริ่มลดลง กลุ่มควบคุมจึงกล้าปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น แต่ทั้งนี้สาเหตุของการที่กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากการสอนตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับส่วนใหญ่จะเป็นในเวลาช่วงบ่ายหรือเย็นในวันก่อนผ่าตัด ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จึงอาจทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของกลุ่มควบคุมลดลง (Cupples, 1991; Finkelmeier, 2000) และกลวิธีที่ใช้ในการสอนตามปกติส่วนใหญ่เป็นการอธิบาย หรือการอธิบายประกอบการใช้แผ่นพับ กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติน้อย การสอนตามปกติจึงมีมีประสิทธิภาพในการช่วยให้กลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติ ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัดมาก จึงทำให้กลุ่มควบคุมขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริง

ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของการโค้ชช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจได้มากกว่าการสอนตามปกติ ดังนั้นการโค้ชจึงน่าจะเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในด้านทักษะเพื่อใช้ลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกได้