

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2018

ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่ม เสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ณิรินจน์ ช่อมะลิ

คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

ช่อมะลิ, ณิรินจน์, "ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่" (2018). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3112.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3112>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่



นางนิรินันท์ ช่อมะลิ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF HEALTH TEACHING ON SELF-PRACTICE AMONG PERSONS WITH
COLORECTAL CANCER RISK



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
โดย	นางนิรินธ์ ช่อมะลิ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นรินธร ช่อมะลิ : ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่. (THE EFFECT OF HEALTH TEACHING ON SELF-PRACTICE AMONG PERSONS WITH COLORECTAL CANCER RISK) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดผลภายหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (2) เปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 59 ปี เข้ารับการส่องกล้องที่โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 44 คน จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน และจับคู่ด้วยเพศ อายุ และระดับการศึกษา สำหรับกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการการเรียนรู้ 2) วางแผนการเรียนรู้ 3) ให้ความรู้ และประเมินผลการสอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่า Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า

1) บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถปฏิบัติตนภายหลังได้รับโปรแกรม มีจำนวน 2 ข้อ ที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดจำนวน 17 คนคิดเป็น ร้อยละ 77.3 และมีจำนวน 13 ข้อที่ปฏิบัติได้ 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

2) การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777348236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: COLORECTAL CANCER RISK PERSON, COLONOSCOPY, HEALTH TEACHING, SELF PRACTICE

Nirin Chomali : THE EFFECT OF HEALTH TEACHING ON SELF-PRACTICE AMONG PERSONS WITH COLORECTAL CANCER RISK. Advisor: Asst. Prof. Rungrawee Navichareern, Ph.D.

The study is quasi-experimental research, posttest only design and aimed to (1) study of the self-practice before underwent colonoscopy in persons with colorectal cancer risk who received the health teaching program and (2) compare the self-practice before underwent colonoscopy in persons with colorectal cancer risk who received the health teaching program and those who received conventional nursing care. The sample group is persons with colorectal cancer risk in the range of age between 18 – 59 years old who was undergoing colonoscopy at Surin provincial hospital, Thailand. The samples were consisted of 44 patients and assigned to the control and experimental groups (22 persons for each group). They were matched by gender, age and education level. The experimental group received the health teaching program which consist of 1) assess and define learning need 2) planning 3) implement teaching plan and 4) evaluation of health teaching and the control group received the conventional nursing care. Data was collected by 1) the demographic data form, 2) Self-practice questionnaire before underwent colonoscopy . The content validity index of these questionnaires was 0.92 and Kuder Richardson's reliability index was 0.80. Descriptive statistics and Mann-Whitney U test were used in the data analysis.

The study found that

1) After receiving the health teaching program before underwent colonoscopy, 17 persons (77.3%) answered 2 items with the least number of self-practices and 22 persons (100 %) answered 13 items with totally completed number of self- practices.

2) The mean score of self-practice in persons with colorectal cancer risk who received health teaching program were higher than the control

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสถาบันการศึกษาอันทรงเกียรติและยิ่งใหญ่นามว่าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้คือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อคิดและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ประสบการณ์ที่มีคุณค่าและให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรักความห่วงใยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตในงานวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้แก่ นายแพทย์ยานวิน ชันธรักษา ศัลยแพทย์ทั่วไปและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ อาจารย์รัชสิมา ชัยวัฒน์ หัวหน้าหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช อาจารย์สมิตรา เวียงเงิน พยาบาลประจำห้องส่องกล้องภูมิศิริมิ่งคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาจารย์ดวงสุดา สุวรรณศรี วิทยาลัยพยาบาลและผู้บริหารพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลสุรินทร์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน ศัลยแพทย์ พยาบาลประจำห้องตรวจ ศัลยกรรมผู้ป่วยนอก พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญีและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประทีป ช่อมะลิ บิดาที่ล่วงลับระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ และคุณแม่นิภา ช่อมะลิ มารดา และคุณเอกสรณ์ งามเขย คู่สมรสของผู้วิจัย เป็นอย่างสูงที่เป็นแรงผลักดันและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ด้วยความมุ่งหวังให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาตลอดจนพี่น้องในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือรวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่ง จนทำให้การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นิรินธร ช่อมะลิ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
คำถามการวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
1. บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	9
2. แนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยง	16
3. แนวทางการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy).....	20
4. การพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	26
5. การปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	34

6. แนวคิดในการให้ความรู้ทางสุขภาพ.....	44
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
การดำเนินการทดลอง	83
เก็บรวบรวมข้อมูล	87
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	88
บทที่ 4 ผลการการวิจัย	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม.....	99
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก ประกาศนุมติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย.....	112
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ตรวจสอบเครื่องมือ.....	115
ภาคผนวก ค หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ภาคผนวก ง เอกสารการอนุมัติจริยธรรมเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	123
ภาคผนวก จ เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	129
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	131
ภาคผนวก ช แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	190
ประวัติผู้เขียน.....	201

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 อัตราการอยู่รอด 5 ปีและค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	10
ตารางที่ 2 ระดับความสะอาดของลำไส้.....	38
ตารางที่ 3 แสดงการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	73
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	74
ตารางที่ 5 ร้อยละการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	91
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	93
ตารางที่ 7 แสดงการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	191
ตารางที่ 8 คะแนนความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ.....	192
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบร้อยละการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	193
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	194
ตารางที่ 11 ผลลัพธ์จากการคำนวณข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test	195
ตารางที่ 12 ผลลัพธ์จากการคำนวณข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test	195

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะสิ่งขับถ่ายกับระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้อง	38
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	89



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็นปัญหาสำคัญของโลก โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งรายใหม่ในประชากรเพิ่มสูงถึง 140,250 ราย คิดเป็น 39.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ประเมินการเสียชีวิต 50,630 รายคิดเป็น 14.5 ต่อประชากร 100,000 ราย (National Cancer Center, 2018)) การเกิดมะเร็งรายใหม่นั้นนับเป็นเป็นอันดับ 4 ของมะเร็ง 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้และมะเร็งผิวหนัง ตามลำดับ และนับเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากมะเร็งปอดดังตารางที่ 1 (American Cancer Society, 2018)

จากสถิติทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี 2560 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในเพศชายพบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ มีอุบัติการณ์คือ 16.2 ต่อประชากรแสนราย ส่วนเพศผู้หญิง เป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก โดยมีอุบัติการณ์ 11.1 ต่อประชากรแสนราย อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.21 รองลงมาได้แก่ อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 14.56 และอายุ 50-54 ร้อยละ 13.57 อย่างไรก็ตามพบว่ามีแนวโน้มในการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในคนที่อายุน้อยลง และพบในระยะที่ 4 มากที่สุด 1,076 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.54% และระยะที่ 3 ร้อยละ 31.26% เป็น adenocarcinoma 76 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุก ๆ ส่วน ไม่ว่าจะเป็นลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้อง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน ที่เรียกว่าไส้ตรง ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้งสองส่วนจะมีลักษณะของโรคและวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน แต่สาเหตุการเกิดโรค การตรวจวินิจฉัยและระยะโรคจะคล้ายคลึงกัน ตำแหน่งที่พบว่าเป็นมะเร็งประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ที่บริเวณไส้ตรง อีกหนึ่งในสามอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ด้านขวาและด้านซ้าย ส่วนที่ทวารหนัก พบร้อยละ 1-2 ของทั้งหมด โอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากขึ้นเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดขึ้นเมื่อผนังลำไส้ใหญ่เริ่มสร้างติ่งเนื้ออกที่เรียกว่ามะเร็งขั้นเริ่ม อะดีโนมาตัส (Adenomatous) กลุ่มเสี่ยงสูงคือผู้ที่มีประวัติหรือประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตีงเนื้อที่ลำไส้ใหญ่ หรือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิดถ่ายทอดทางพันธุกรรมบางชนิด รวมถึงผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือ โรคโครน (Crohn's disease) กลุ่มนี้ควรเริ่มรับการตรวจหามะเร็งก่อนอายุปกติที่ควรตรวจ บุคคลที่มีประวัติครอบครัวใกล้ชิดเป็นโรคมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่เช่น บิดามารดา พี่น้องหรือบุตร มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งชนิดนี้ประมาณ 2/3 ของประชากรปกติ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น หากได้รับการตรวจพบและเริ่มการรักษาแต่เนิ่น ๆ การรักษาจะได้ผลดีเช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นวิธีการที่ทันสมัย มีความไวสูง ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจประเมินพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่รวมถึงการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ และเฝ้าระวังอุบัติการณ์และอัตราการตายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก (Guo et al., 2016) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ใช้ประเมินปัญหาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ ข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้แก่ การตรวจขั้นตอนต่อจาก Barium enema ที่พบความผิดปกติ เช่น พบว่ามี filling defect ของลำไส้ใหญ่ , รอยติบในลำไส้ หรือพบก้อนในลำไส้ใหญ่ การตรวจหาสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหาร การตรวจคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจหาสาเหตุของภาวะท้องร่วงเรื้อรังที่ตรวจด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล (Rex et al., 2015)

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพและสามารถตรวจพบความผิดปกติของลำไส้ขึ้นอยู่กับคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องและความสะอาดของลำไส้ใหญ่เป็นสำคัญ (Hassan et al., 2013; Rex et al., 2015; Rotondano et al., 2015) โดยปัจจัยที่ส่งผลดังกล่าวได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การส่องกล้องมาครั้งก่อนหน้า สิทธิการรักษา ความไม่รู้หนังสือ ความไม่เข้าใจภาษา (Chintan Modi et al., 2009; Hsueh et al., 2014; Rai et al., 2016; Romero & Mahadeva, 2013) และจากการศึกษาของ Wexner et al. (2006) พบว่าบุคคลที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ภาวะหลงลืม โรคพาร์กินสัน มีผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan et al. (2012) และ D. L. Nguyen and Wieland (2010) การได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวด ทำให้ลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอที่จะทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แต่ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดได้แก่ การปฏิบัติเพื่อเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (McLachlan, Clements, & Austoker, 2012; Serper et al., 2014) โดยเป็นการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานยาละลายตามขนาดและกำหนดเวลาที่ถูกต้อง (Bhanthumkomol, Siramolpiwat, & Vilaichone, 2014; Douglas L. Nguyen, Jamal, Nguyen, Puli, & Bechtold, 2016; Sipe et al., 2012; Wu et al., 2011)

การปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบไปด้วย การเลือกรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานยาละลาย การเฝ้าระวังลักษณะอุจจาระและสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ การปฏิบัติตนดังกล่าวจะต้องปฏิบัติกิจกรรมก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ที่บ้านและระยะที่อยู่

โรงพยาบาล ในระยะที่อยู่ที่บ้านบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้แก่ การงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด 7 วันก่อนมารับการส่องกล้อง และการรับประทานอาหารกากใยน้อย 2 วันและ 1 วันก่อนมารับการส่องกล้องที่โรงพยาบาล ในบริบทโรงพยาบาลสุรินทร์บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะต้องเข้ารับการส่องกล้องแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นขณะอยู่ที่โรงพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องกระทำกิจกรรมในการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารเหลวใสและการรับประทานยาระบายให้ครบตามจำนวน พร้อมกับดื่มน้ำตามปริมาณที่กำหนด และงดน้ำงดอาหารทางปากจนกระทั่งได้รับการส่องกล้อง การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่ายเพื่อแจ้งแก่พยาบาล การเฝ้าระวังอาการผิดปกติจากการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้รับประทานอาหารกากใยน้อย (Patommatat Bhanthumkomol, Siramolpiwat, & Vilaichone, 2015; Romero & Mahadeva, 2013; Serper et al., 2014; Wu et al., 2011; โสภณา ว่องทวิ, โสภภา บุญวิริยะ, ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, ขนิษฐา ศรีวรรณยศ และ มินา ทองวงศ์, 2559) การไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือดหรืองดยาไม่ครบ 7 วันก่อนมารับการส่องกล้อง การรับประทานยาระบายไม่ครบตามจำนวนเนื่องจากรสชาติของยาระบายที่ไม่พึงประสงค์ และปริมาณน้ำที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องรับประทานเป็นปริมาณมากกว่าปกติ (Lichtenstein, 2009; Marmo et al., 2010; Sharara et al., 2016) ประกอบการขาดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนเพื่อการเตรียมลำไส้ตามแผนการรักษา (Chintan Modi et al., 2009) ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตนและไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร (Romero & Mahadeva, 2013; Smith et al., 2012) ขาดความตระหนักในความสำคัญของการเตรียมลำไส้และรู้สึกว่าเป็นภาระ (McLachlan et al., 2012; Sharara et al., 2016)

หากบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการปฏิบัติตนไม่เหมาะสม จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ อุจจาระจะตกค้างในลำไส้ใหญ่จำนวนมากจะทำให้การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทำได้ยาก ไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนต่าง ๆ ได้ครบทั้งหมด เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้ใหญ่ได้สูงถึงร้อยละ 42 และพลาดการวินิจฉัย Advanced adenoma ได้ร้อยละ 27 (Lebwohl et al., 2011; วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2554) ใช้เวลาในการส่องกล้องนานขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ (Fisher et al., 2011) พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.03-0.7 ซึ่งเกิดได้มากขึ้นถ้ามีการทำหัตถการรักษาร่วมด้วย จากการรายงานของศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหารวิจิตร วิรานุกต์ โรงพยาบาลศิริราชพบภาวะลำไส้ทะลุจากการส่องกล้องร้อยละ 0.07 ในโรงพยาบาลสุรินทร์พบร้อยละ 0.02 และพบว่าการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 13 และมีอัตราทุพพลภาพร้อยละ 53 (Ko

& Dominitz, 2010) มีแนวโน้มที่จะถูกส่องตรวจลำไส้ใหญ่ซ้ำและเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Pyenson, Scammell, & Broulette, 2014) ในโรงพยาบาลพบอุบัติการณ์เลื่อนการส่องกล้อง เนื่องจากการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดร้อยละ 0.5 ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลกลุ่มเสี่ยง โรคมะเร็งลำไส้ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้อง จำเป็นต้องมีการให้ความรู้ ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การเตรียมลำไส้ที่สะอาดได้รับการส่องกล้องอย่าง ปลอดภัย (Sorser, Konanki, Hursh, Hagglund, & Lyons, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการให้ความรู้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีผลต่อ การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในการรับประทานอาหารและการรับประทานยาระบายที่ ถูกต้อง โดยพยาบาลที่ดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มี บทบาทสำคัญให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนและมีความพร้อมในการเข้ารับการเตรียมลำไส้เพื่อการส่อง กล้องลำไส้ใหญ่ได้ (Lee et al., 2015) ในการศึกษาที่ผ่านมาของ Serper et al. (2014) แสดงให้ เห็นว่าการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพสามารถทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม การให้ คำปรึกษาแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการให้คำแนะนำตามคู่มือการปฏิบัติตัวเป็น ภาษาท้องถิ่นทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย (Chintan Modi et al., 2009; Kang et al., 2016; Liu et al., 2014; Lorenzo-Zuniga, Moreno de Vega, Marin, Barbera, & Boix, 2015; Ness, Manam, Hoen, & Chalasani, 2001; Tae et al., 2012) การให้คำปรึกษา ได้แก่ วิธีการให้ ความรู้ บุคคลที่ให้ความรู้ สื่อหรือเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ ทำให้บุคคลที่เข้ารับการส่องกล้อง ลำไส้มีระดับความสะอาดของลำไส้ที่เหมาะสม เพิ่มอัตราการตรวจพบเนื้องอกและลดจำนวนการส่อง กล้องลำไส้ใหญ่ซ้ำ (Chang et al., 2015) สามารถเป็นแนวปฏิบัติให้แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ทำตามและให้ความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ และทำให้คุณภาพการเตรียมลำไส้ดีขึ้นได้ (Guo et al., 2016) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มุ่งเน้นที่ระดับ ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้อง ส่วนใหญ่ให้การดูแลโดยแพทย์และพยาบาลที่ศูนย์ส่อง กล้องทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก ไม่พบว่ามีรายงาน การศึกษาการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่เน้นการให้ความรู้แบบ เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนส่องกล้อง ขณะอยู่ที่บ้านจนถึงได้รับการส่องกล้องลำไส้ ใหญ่โดยพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งรายงานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยในฐานะที่ เป็นพยาบาลและปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ได้ดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะได้รับการ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องที่เหมาะสมและเข้ารับการส่อง กล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ต้องปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่การรับประทานอาหารกากใยน้อย การลดปริมาณอาหารจากอาหารธรรมชาติที่รับประทานในชีวิตประจำวันเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายและจนถึงอาหารที่มีกากน้อยมากจนเป็นซूपหรือน้ำหวาน นอกจากนี้ต้องรับประทานยาละลายตามระยะเวลาที่กำหนด ต้องสังเกตอาการต่างๆ ที่เป็นผลจากการกินยาละลายหรืออาการข้างเคียงต่าง ๆ การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดการกับความเครียด โปรแกรมการให้ความรู้เป็นกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ประยุกต์แนวความคิดการให้ข้อมูลทางสุขภาพของ Alice (2004) ร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องของสมาคมพยาบาลระบบทางเดินอาหาร (The Society of Gastroenterology Nurses and Associates, 2014) โปรแกรมดังกล่าวประกอบไปด้วย การให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยมีกระบวนการ ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการการเรียนรู้ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2) วางแผนการเรียนรู้ 3) ปฏิบัติการให้ความรู้ตามแผน และ 4) การประเมินผลการเรียนรู้ ด้านการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาละลาย การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ การให้กำลังใจ เอาใจใส่และกระตุ้น

เตือนทางโทรศัพท์ให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปฏิบัติการดูแลตนเองขณะที่อยู่ที่บ้าน การ
จัดโปรแกรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องที่เหมาะสม

สมมุติฐานการวิจัย

การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับ
โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม
วัดผลหลังการทดลอง (The posttest only design)

ประชากรที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่อายุ
ระหว่าง 18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาดำวยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง
18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาดำวยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่ห้องส่องกล้อง
ระบบทางเดินอาหาร แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ตัวแปรที่วิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ

1. โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
2. การพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้
ใหญ่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำด้วยตนเอง
ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในเรื่อง การเลือกชนิดของ
อาหารที่รับประทาน การรับประทานยาละลาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวัง
ความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ ในงานวิจัยนี้วัดด้วยแบบวัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้อง
ลำไส้ใหญ่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการให้ความรู้ด้านสุขภาพของ Alice (2004) ประกอบไปด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการให้ความรู้ด้านสุขภาพของ Alice (2004) ประกอบไปด้วยกิจกรรม 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) ประเมินความต้องการการเรียนรู้ 2) วางแผนการเรียนรู้ 3) ปฏิบัติการให้ความรู้ตามแผน และ 4) การประเมินผลการเรียนรู้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมและกระบวนการการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ของพยาบาลประจำการที่ห้องตรวจศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโดยให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเลือกชนิดของการรับประทานอาหาร การรับประทานยาระบาย การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่ายและการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้

ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ลำไส้ทะลุจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ช่วยลดอุบัติการณ์เลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ทบทวน ค้นคว้า ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเป็นลำดับดังนี้

1. บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
 - 1.1 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 1.2 ลักษณะของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 1.4 อาการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. แนวปฏิบัติการคัดกรองบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. แนวทางการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
4. การพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
 - 4.1 การพยาบาลระยะก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
 - 4.2 การพยาบาลขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่
 - 4.3 การพยาบาลระยะหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่
5. การปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 5.1 ความหมายของการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
 - 5.2 องค์ประกอบการปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 5.3 การประเมินและแบบประเมินการปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 5.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
6. แนวคิดในการให้ความรู้ทางสุขภาพ
 - 6.1 ความหมาย
 - 6.2 แนวคิดพื้นฐาน
 - 6.3 หลักการให้ความรู้ทางสุขภาพ

7. โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

1.1 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลก โดยพบโรคมะเร็งรายใหม่ในปี 2018 สูงถึง 140,250 ราย คิดเป็น 39.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ประมาณการเสียชีวิต 50,630 ราย คิดเป็น 14.5 ต่อประชากร 100,000 ราย (National Cancer Center, 2018) การเกิดมะเร็งรายใหม่ นับเป็นอันดับ 4 ในมะเร็ง 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้และมะเร็งผิวหนัง ตามลำดับ และนับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด ทั้งนี้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากในแต่ละภูมิภาค พบอุบัติการณ์สูงสุดในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีอัตราอุบัติการณ์ของโรค (Standardized incidence rate, ASR) เท่ากับ 39.8 รองลงมาได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ (ASR 38.2) ในขณะที่พบอัตราอุบัติการณ์ต่ำสุดในแอฟริกาตะวันตก (ASR=4.1) อิสราเอล (ASR35.9) สิงคโปร์ (ASR 33.7) และญี่ปุ่น (ASR 32.2)

ข้อมูลประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี และในเพศหญิง พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 435 รายต่อปี เป็นเพศชาย 238 ราย (ASR 16.2) และเพศหญิง 197 ราย (ASR 11.1) อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.21 รองลงมาได้แก่ อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 14.56 และอายุ 50-54 ร้อยละ 13.57 แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีความโน้มในการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในคนที่อายุน้อยลง (Crosbie et al., 2018) จำนวนผู้ป่วยมะเร็งแบ่งตามความรุนแรงของโรคที่พบพบว่าการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะที่ 4 มากที่สุด รองลงมาคือ ระยะที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ (ร้อยละ 3.68, 17.24, 31.26 และ 39.54 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งนี้อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงวิถีการบริโภค และการมีชีวิตยืนยาวที่ขึ้น (กันต์กมล กิจตรงศิริ, 2558)

ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้นสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด แต่มักจะไม่มีอาการแสดงใด ๆ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยและรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงและมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิดที่สามารถป้องกันได้ด้วยการคัดกรองเพื่อหาความผิดปกติตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ความผิดปกตินี้มักพบในลักษณะติ่งเนื้อ adenoma ซึ่งมีโอกาสกลายไปเป็นมะเร็งในที่สุด ดังนั้นหากตรวจพบและกำจัดติ่งเนื้อนี้ออกไป ก็จะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (กันต์กมล กิจตรงศิริ, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, & อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, 2558) สามารถลดความสูญเสียต่อชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาหากตรวจพบในระยะเริ่มต้น ดังตารางที่ 1 (Sermisri, 2014)

ตารางที่ 1 อัตราการอยู่รอด 5 ปีและค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ระยะของมะเร็ง	อัตราการอยู่รอด 5 ปี	ค่ารักษาพยาบาล
Stage I	85-90 %	80,000 บาท
Stage II	70-75 %	130,000 บาท
Stage III	45-20 %	160,000 บาท
Stage IV	15-20 %	160,000 บาท

เกณฑ์ของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานสากลว่า เพศชายและหญิงอายุ 50 ปี ทุกคนต้องตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แต่ถ้ามีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี ให้เริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุ 40 ขึ้นไป และตรวจส่องกล้องซ้ำทุก 10 ปี แต่ถ้ามีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ให้นับอายุของญาติที่เริ่มเป็น ลบ 10 ปี แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี เช่น ญาติป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่ออายุ 60 ปี ควรรับการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อมีอายุ 50 ปี ถ้าผลการส่องกล้องปกติ ควรส่องกล้องตรวจทุก 5 ปี เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

สำหรับประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งลำไส้ ดังนี้ 1) การป้องกันและรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) 2) การตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) 3) การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) 4) การดูแลเพื่อประคับประคอง (Palliative Care) 5) สารสนเทศมะเร็ง (Cancer informatics) และ 7) การวิจัยด้านมะเร็ง (Cancer Research) โดยกำหนดตัวชี้วัดของประชากรเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 80 เมื่อผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (FOBT) เป็นผลบวก บุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ , 2561)

จะเห็นได้ว่าการค้นหาความเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มแรกมีความสำคัญ ประชาชนจึงสามารถเข้ารับการคัดกรองโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีจำนวนเพิ่มขึ้น เพื่อผลในการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.2 ลักษณะของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยจัดกลุ่มตามอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Risk stratification) เพื่อประโยชน์ในการให้คำแนะนำและเลือกการคัดกรองที่เหมาะสม โดยสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (National Comprehensive Cancer Network., 2014; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1.2.1 กลุ่มความเสี่ยงปกติ (Average risk) หมายถึง ประชากรทั่วไปที่มีลักษณะต่อไปนี้

- 1) ชายหรือหญิงที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป
- 2) ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง
- 3) ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ได้แก่ ประวัติโรคลำไส้อักเสบ Ulcerative colitis, polyp หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่
- 4) ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1.2.2 กลุ่มเสี่ยงสูง (Increase risk /High risk) หมายถึง กลุ่มผู้มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทั้งชายและหญิง ได้แก่

- 1) เคยได้รับการวินิจฉัยติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ (polyp)
- 2) มีประวัติการเป็นลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease)
- 3) มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติลำดับแรกได้รับการวินิจฉัยติ่งเนื้อหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่
- 4) มีบุคคลในครอบครัวได้รับการวินิจฉัย มะเร็งลำไส้ใหญ่ พันธุกรรมที่พบบ่อยได้แก่ Lynch syndrome (Hereditary nonpolyposis colorectal cancer; HNPCC) และ Familial adenomatous polyposis (FAP)

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มิใช่เป็นที่ทราบแน่ชัดเหมือนมะเร็งชนิดอื่น ๆ แต่พบว่า มีหลายปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนี้ (American Cancer Society., 2018)

1.3.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

1.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงจากติ่งเนื้อเป็นเซลล์มะเร็ง (Polyp-cancer sequence) เชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะเริ่มต้นจากการเป็นติ่งเนื้อของลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง

1.3.1.2 โรคลำไส้อักเสบ (Inflammatory bowel disease) และโรคแผลในลำไส้ (ulcerative colitis) ที่เป็นมามากกว่า 10 ปี หรือที่เริ่มเป็นในเด็กมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 11 เท่า

1.3.1.3 พันธุกรรม (Genetics) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) กลุ่มอาการที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ที่มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อ (Hereditary polyposis syndrome) ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านพันธุกรรมในการยับยั้งและต่อต้านการเกิดมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติและมีรูปร่างเป็นติ่งเนื้อที่มีลักษณะเป็นแท่งๆ (Polyp cell) โดยเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่เป็นไปอย่างไม่หยุดยั้งและกลายเป็นมะเร็งในที่สุด และมีการศึกษาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น Inherited autosomal-dominant gene มากกว่าเป็น inherited recessive gene โดยพบว่า ถ้าเกิดจาก genetics อายุเฉลี่ยที่จะกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะอยู่ประมาณ 44.6 ปี

2) การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะไม่เป็นติ่งเนื้อ (Hereditary non-polyposis Colorectal Carcinoma ;HNPCC) กลุ่มอาการนี้เป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้บ่อยที่สุด เกิดจากการกลายพันธุ์ของดีเอ็นเอในการซ่อมแซมและจับผิดคู่ (DNA mismatch repair gene family; MMR) ซึ่งการกลายพันธุ์ของ MMR ทำให้เซลล์แก้ไขความผิดพลาดจากการจำลองโมเลกุล DNA ไม่ได้เกิดการผิดพลาดของการจำลองโมเลกุล (Replication error) ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์อย่างสุ่มในยีนกลายเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น

1.3.1.4 การฉายรังสี ในผู้ป่วยมะเร็งอุ้งเชิงกรานจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ภายหลังรับการฉายรังสีในระยะเวลาประมาณ 15 ปี

1.3.1.5 การผ่าตัดเปลี่ยนไตพบว่าในรายที่มีการผ่าตัดเย็บท่อไตติดกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (ureterosigmoidostomy) มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าปกติถึง 500 เท่า โดยพบได้ในระยะเวลา 5-41 ปี

1.3.1.6 การผ่าตัดถุงน้ำดี (cholecystectomy) ที่มีเกลื่อน้ำดีไปสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่มักจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าปกติ

1.3.1.7 โรค Diverticulosis เป็นโรคที่เกิดจากผนังลำไส้ส่วนหนึ่งยื่นออกมาเป็นกระเปาะเลยผนังลำไส้ส่วนที่อยู่รอบๆ ออกไป พบว่ามีโอกาสเกิดมะเร็งสูงกว่าปกติถึง 3 เท่า

1.3.1.8 อายุ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ภูมิ
 ด้านทานที่ลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น
 โดยพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันพบการเป็นมะเร็งลำไส้ในผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป
 (American Cancer Society, 2016) แต่มีบางการศึกษาพบแนวโน้มการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ในอายุที่
 ลดลง (Crosbie et al., 2018)

1.3.1.9 เพศและเชื้อชาติ พบว่าหญิงชาวอเมริกามีความเสี่ยงต่อการเป็น
 มะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าผู้ชาย คนผิวดำมีความเสี่ยงมากกว่าคนผิวขาว แต่คนผิวดำในทวีปแอฟริกา
 กลับมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่ำ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจน (American Cancer Society,
 2016)

1.3.2 ปัจจัยที่เกิดจากการดำเนินชีวิต (Lifestyle-related factor) (Cancer Treatment Centers of America, 2018)

1.3.2.1 ชนิดของอาหารที่รับประทาน ได้แก่

1) การรับประทานอาหารปิ้งย่างไหม้เกรียม เพราะเมื่ออาหารถูก
 ความร้อน โปรตีนจากเนื้อสัตว์หรืออาหารทะเลจะทำให้เกิดสารก่อมะเร็งที่เรียกว่า heterocyclic
 amines และสาร polycyclic aromatic hydrocarbons ที่สามารถทำลายสารพันธุกรรมดีเอ็นเอที่
 อยู่ในเซลล์ร่างกายและเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดมะเร็ง

2) การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย พบว่าผู้ที่ไม่ชอบ
 รับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง เนื่องจากอาหารกากใยน้อยทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระ
 ลดลงหรือคนที่มีปัญหาท้องผูก ดังนั้นเมื่อมีกากอาหารค้างอยู่ในลำไส้เวลานานกว่าปกติ ทำให้สารก่อมะเร็ง
 (carcinogen) สัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่นานกว่าจึงเกิดมะเร็งได้มากกว่า

3) การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อแดง เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู
 เนื้อแกะ เนื้อแพะ และตับ ความเสี่ยงของมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเมื่อกินเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้น เป็นอาหารที่มีไขมัน
 อิ่มตัวสูง ดังนั้นนักโภชนาการจึงแนะนำให้กินเนื้อสัตว์ที่มีสีขาว ซึ่งได้แก่เนื้อปลา มากกว่าเนื้อหมูหรือ
 เนื้อวัว (Wattanosoth Hospital, 2018)

4) ไขมันในอาหาร พบว่าอาหารจำพวกไขมันไม่อิ่มตัว (High
 unsaturated fat) และโปรตีนทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง ทั้งจำนวนและชนิดของไขมัน
 โดยไขมันจากพืชและปลา เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปลาจะทำให้เกิดโรคมะเร็ง
 ลำไส้ใหญ่น้อยกว่าไขมันจากสัตว์ ซึ่งกลไกการเกิดเชื่อว่าเกลือน้ำดี (bile acid) และโคเลสเตอรอลใน
 อุจจาระกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์ไขมันในกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) และกรดพาล
 มิติก (palmitic acid) จะทำให้มีการสร้างเกลือน้ำดีจำนวนมากจึงทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

1.3.2.2 แคลเซียม (calcium) จะสามารถรวมตัวกับเกลือน้ำดีและกรดไขมัน (fatty acids) ในลำไส้ทำให้ลดจำนวนตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้ ดังนั้นแคลเซียมจะทำให้เกิดมะเร็งลดลงได้ ซึ่งพบว่าอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้สูงขึ้น ผู้ที่ขาดแคลเซียมหรือรับประทานแคลเซียมลดลงมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้น

1.3.2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเอทานอลโดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็นอะเซตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) สารดังกล่าวจะทำให้เกิดการทำลายเยื่อบุผิวลำไส้และเกิดการสร้างเนื้อเยื่อบุลำไส้ใหม่ที่หนาตัวกว่าปกติจึงทำให้เกิดมะเร็งขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้มากกว่าคนไม่ดื่ม 2 เท่า

1.3.2.4 การขาดการออกกำลังกายทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว เพิ่มการบีบรัดตัวและการย่อยและการดูดซึมอาหาร (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

1.3.2.5 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20-30 ปี มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตจากมะเร็งได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้มีการกระจายของมะเร็งที่รุนแรงขึ้น (American Cancer Society, 2015)

1.3.2.6 การมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (BMI มากกว่า 24) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.33 เท่า ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีน้ำหนักเกินจะมี Insulin-like growth factor-1 สูงกว่าคนทั่วไปซึ่ง IGF-1 นี้ทำให้เกิดความผิดปกติในขณะเซลล์แบ่งตัวส่งผลให้การทำลายเซลล์ตัวเองผิดปกติ เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต่งเนื้อในลำไส้ (ดรินทร์ โล่สริวัฒน์ และคณะ, 2548)

1.4 อาการและอาการแสดงของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการเลยจนถึงมีอาการหลายอย่าง ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ลักษณะทางกายภาพของก้อนมะเร็ง และการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ๆ โดยอาการเหล่านี้มักจะค่อยๆแสดงทีละน้อย แต่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้น ซึ่งใช้เวลานาน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการร่วมหลายอย่างได้ (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒนพงศ์ นาวีเจริญ, 2558) สามารถสรุปอาการที่พบบ่อยได้ดังนี้

1.4.1 แบ่งตามอาการที่มาพบแพทย์

1) อาการแน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด จากการมีอุจจาระอุดตันในลำไส้ ส่งผลให้ลำไส้มีการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาการจะทุเลาลงเมื่อผู้ป่วยได้ผายลมหรืออุจจาระออกมา ลักษณะของอุจจาระเป็นก้อนขนาดเล็ก หรือลักษณะแบบรีบิ้น บางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย มีจำนวนอุจจาระน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้นหรือถ่ายท้องผูกสลับกับท้องเสีย

2) อาการถ่ายเป็นเลือด ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจปนหรือไม่ปนในเนื้ออุจจาระ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ สีดำแดง หรือสีแดงสด มักจะออกครั้งละไม่มาก อาจมีมูกปนหรือไม่ก็ได้ ผู้ที่มีมะเร็งใกล้ปากทวารหนักมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดงและมีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่มีก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งทวารหนักขึ้นไปมักจะถ่ายเป็นสีแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายอาจมีเลือดออกน้อยมากจนมองไม่เห็นแต่สามารถตรวจพบเลือดในอุจจาระได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3) อาการอ่อนเพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร จากปัญหาการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหารเพราะกลัวอาการปวดท้อง ท้องอืด ผู้ป่วยจึงมีน้ำหนักลด อีกทั้งการสูญเสียเลือดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโลหิตจางอย่างรุนแรงและมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายหรือลุกลาม

1.4.2 แบ่งตามกายวิภาค อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของมะเร็งลำไส้ใหญ่มักมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งของลำไส้ ดังนี้ (ดรินทร์ โล่สิริวัฒน์และคณะ, 2548; อาคม ชัยวีระวัฒน์และคณะ, 2552)

1) ลำไส้ซีกขวา (right colon cancer) เนื่องจากเวลาที่อุจจาระผ่านจาก ileocecal valve มาที่ลำไส้ซีกขวา อุจจาระมีลักษณะอ่อนตัว ทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคที่มีก้อนมะเร็งไปได้ อีกทั้งเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ซีกขวามีขนาดใหญ่กว่าซีกซ้าย มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณนี้จึงสามารถโตได้มากโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอุดตันของลำไส้หรือความผิดปกติของการขับถ่าย (bowel habit change) รอยโรคบริเวณนี้มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิดการเสียเลือดทีละน้อยจนเกิดอาการของโลหิตจาง ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการของโรคโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ใจสั่น ซีด เป็นต้น

2) ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและลำไส้ใหญ่ขาลง (transverse and descending colon) เมื่ออุจจาระผ่านมาถึงบริเวณนี้จะมีการดูดน้ำกลับไปทางลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้นถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้และอุดกั้นการเคลื่อนตัวของอุจจาระทำให้เกิดการอุดตันขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง (abdominal cramping) เกิดการอุดตัน (obstruction) เกิดการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหนือต่อการอุดตัน (perforation) เมื่อตรวจทางรังสีจะพบลักษณะเฉพาะของรอยโรคที่เรียกว่า apple core หรือ napkin ring เหมือนวงแหวนรัดรอบลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่โตรอบผนังลำไส้ใหญ่

3) ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวและลำไส้ตรง (rectosigmoid colon and rectal cancer) เนื่องจากอุจจาระที่ผ่านมาในส่วนนี้จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งและเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่ส่วนนี้จะมีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น ทำให้พบอาการต่าง ๆ คือ อาการถ่ายเป็นเลือด (hematochezia) ถ่ายเป็นมูกปนเลือด ปวดเบ่ง (tenesmus) ถ่ายไม่สุด อุจจาระมีลักษณะเส้นผ่าน

ศูนย์กลางเล็กลง ถ่ายเป็นเม็ดกระสุน จนถึงถ่ายไม่ออก อาจมีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่

1.4.3 มาพบแพทย์ด้วยอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ เลือดออก ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ มีน้ำในช่องท้อง การตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติ ความผิดปกติที่อาจพบได้ ได้แก่ ชีตคลำพบก้อนที่หน้าท้อง ตับโต คลำต่อมน้ำเหลืองที่ supraclavicular หรือที่สะดือ น้ำในช่องท้อง ตรวจทางทวารหนักโดยใช้นิ้วมือหรือเรียกว่า digital rectal examination ประมาณร้อยละ 5-10 สามารถตรวจพบมะเร็งที่ทวารหนักได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะกระจายไปบริเวณตับและปอด แต่ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการแต่ในระยะท้ายสุด ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ท้องโต ไอแห้งๆหรือหายใจได้ไม่เต็มอิม

2. แนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยง

แนวปฏิบัติการคัดกรองบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรู้รายละเอียด เกี่ยวกับตำแหน่ง ขนาด ชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยพยากรณ์โรคได้ดีมาก เช่น ถ้าก้อนมะเร็งที่เป็นอยู่นั้นยังไม่ลุกลามออกนอกโพรงลำไส้ใหญ่ ยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองโอกาสที่จะผ่าตัดรักษาจนหายขาดก็มีและที่สำคัญคืออัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี (5 year survival rate) จะสูงถึงร้อยละ 90 แต่ถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองแล้วอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีจะลดเหลือ ร้อยละ 65 หรือต่ำกว่านั้น การตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1-2) ในขณะที่ยังไม่มีอาการแสดงจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจพบโรคในระยะท้ายที่มีการแพร่กระจาย (ระยะที่ 3-4) รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หากมีการตรวจพบและกำจัดตั้งเนื้อในระยะก่อนมะเร็ง (premalignant adenomatous polyps) ออกไป

2.1 คำแนะนำในการตรวจคัดกรองบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

2.1.1 บุคคลกลุ่มเสี่ยงปกติ (Average risk) สรุปได้ดังนี้

The US Preventive Service Task Force (2008) แนะนำการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และสิ้นสุดการคัดกรองเมื่ออายุ 75 ปี

The American Cancer Society, The US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer และ The American College of Radiology (2008) ได้ร่วมกันปรับปรุงข้อเสนอแนะ โดยแนะนำผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

European commission (2008) กำหนดแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับประเทศสมาชิก โดยแนะนำให้คัดกรองในผู้ที่มีอายุ 50-75 ปี ด้วยการตรวจเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระเท่านั้น

ในประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปี พ.ศ. 2552 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งแนะนำวิธีการคัดกรองคือต้องทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ(Digital Rectal Examination) และมีข้อแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อการสืบค้นโรคเพิ่มเติมดังต่อไปนี้คือ

- 1) การตรวจเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood test) ปีละ 1 ครั้ง
- 2) การตรวจด้วย Flexible Sigmoidoscopy ทุก 5 ปี
- 3) การตรวจด้วย Double contrast barium enema ทุก 5-10 ปี
- 4) การตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ทุก 10 ปี

2.1.2 บุคคลกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีญาติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ สรุปได้ดังนี้

การมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่ง โดยพบความชุกของการมีญาติลำดับแรก ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง หรือลูก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณร้อยละ 12.25 ในประชากรไทย ที่ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าประชากรทั่วไป ทั้งนี้ความเสี่ยงยังขึ้นอยู่กับลำดับญาติ อายุของญาติเมื่อแรกวินิจฉัย และจำนวนญาติที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยแต่ละประเทศให้คำแนะนำและคำแนะนำในการคัดกรองแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้คำแนะนำว่าถ้ามีพ่อแม่ พี่น้อง ลูก หรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี ควรเริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุ 40 ขึ้นไป ถ้าพบว่าผลตรวจปกติ ควรตรวจส่องกล้องซ้ำทุก 10 ปี แต่ถ้ามีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ให้นับอายุของญาติที่เริ่มเป็นลบ 10 ปี แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี เช่น ญาติป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุ 60 ปี ควรรับการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อมีอายุ 50 ปี ถ้าผลการส่องกล้องปกติ ควรส่องกล้องตรวจทุก 5 ปี เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)

2.1.3 บุคคลที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ adenomas (Post polypectomy)

ถึงแม้ว่าการตรวจพบและการตัดชิ้นเนื้อ adenoma อันเป็นผลมาจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่จะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ แต่พบว่าผู้ที่มีประวัติส่วนบุคคลของการมีชิ้นเนื้อ adenoma นั้นจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป ดังนั้นคำแนะนำในการตรวจติดตามหลังการตัดชิ้นเนื้อไปแล้วจะต้องมีการติดตามด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในระยะเวลาที่แนะนำซึ่งขึ้นกับลักษณะของชิ้นเนื้อ adenoma ที่ตรวจพบในครั้งแรก ซึ่งใช้จำแนกความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการส่องกล้องเป็นครั้งแรก บุคคลกลุ่มเสี่ยงลำไส้ใหญ่ที่เคยได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตัดตึงเนื้อไปแล้ว (post polypectomy) จึงถูกคัดออกไปจากการศึกษา

2.2 วิธีการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยง

มะเร็งลำไส้ใหญ่จะเจริญเติบโตช้า บางรายแฝงในร่างกายเกือบ 10 ปียังมีสภาพที่สามารถผ่าตัดให้หายขาดได้ เพราะมะเร็งยังไม่ลุกลามจนเกินขีดความสามารถในการรักษา ดังนั้นการที่มะเร็งโตช้าทำให้บางรายมักไม่แสดงอาการในระยะแรกๆจึงต้องใช้วิธีเชิงรุกในการออกค้นหาตั้งแต่ต้นก่อนที่อาการจะปรากฏ โดยการตรวจคัดกรอง (screening) และการตรวจพิเศษที่นิยมแพร่หลายในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การตรวจทางทวารหนักด้วยมือ การตรวจเลือดที่แฝงกับอุจจาระ การตรวจทางรังสีวิทยา การส่องกล้องตรวจ การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิสภาพ(cytology) การตรวจสารที่มะเร็งแต่ละชนิดผลิตขึ้นมา (tumor marker) โดยมีรายละเอียดการตรวจดังต่อไปนี้

2.2.1 การตรวจร่างกาย

2.2.1.1 การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจความแข็งแรงของร่างกาย โดยทั่วไปอาการซีด ตัวเหลือง การทำงานของหัวใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การตรวจช่องท้อง เพื่อประเมินว่ามีอุจจาระคั่งในลำไส้มากหรือไม่ มีตับโต คลำได้ก้อนในช่องท้องหรือไม่ บางรายหากมีการกระจายไปที่เยื่อช่องท้อง (carcinomatosis peritonei) อาจตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites) หรือก้อนที่สะดือ (Sister Mary Joseph nodule) รวมถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้า และขาหนีบทั้ง 2 ข้าง การตรวจร่างกายอาจคลำพบก้อนได้ ถ้าปล่อยไว้จะทำให้ลำไส้ใหญ่มีแรงดันมากขึ้น เพิ่มแรงดันในช่องท้องสูงกว่าแรงดันหลอดเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงผนังลำไส้ใหญ่ เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงและเกิดการเน่าตาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือไม่มีอาการเคลื่อนไหวเลย ถ้าปล่อยไว้อีกจะเกิดการเน่าตายแล้วเกิดการทะลุของลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง

2.2.1.2 การตรวจทวารหนักด้วยมือ (Digital rectal examination) วิธีนี้แพทย์จะทำการตรวจโดยใส่ถุงมือแล้วทาน้ำมันหล่อลื่นที่นิ้วชี้ก่อนสอดกลิ้งเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูว่ามีสิ่งผิดปกติภายในไส้ตรง อาจคลำได้ก้อนขรุขระหากก้อนมะเร็งอยู่ส่วนล่างของลำไส้ มีมูกเลือดหรือสีของอุจจาระผิดปกติติดปลายนิ้ว ควรประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก ขนาด ความลึกของก้อนมะเร็ง รวมทั้งการลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง เช่น ต่อลูกหมาก ช่องคลอด และกระดูกกระเบนเหน็บ เนื่องจากเป็นข้อพิจารณาของการเลือกวิธีผ่าตัด

2.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2.2.1 การตรวจหาเลือดที่แฝงกับอุจจาระ (Fecal occult blood test; FOBT) จากการที่ก้อนเนื้องอกถูกอุจจาระเปียดหรือเสียดสีทำให้มีเลือดออกแต่ส่วนใหญ่จะออกเพียง

เล็กน้อยและมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า วิธีนี้เป็นการนำอุจจาระไปตรวจด้วยกระบวนการทางเคมีเพื่อดูว่ามีเลือดออกมาในอุจจาระ

2.2.2.3 การตรวจสารที่มะเร็งแต่ละชนิดผลิตขึ้น (Tumor marker)

สามารถตรวจพบได้จากส่วนประกอบที่เป็นสารน้ำในร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเลือด ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งชนิดใด เป็นการช่วยยืนยันการวินิจฉัยและใช้ในการติดตามผลการรักษา (สุตาพรรณ ธัญจิรา, 2545) ได้แก่

1) การตรวจการทำหน้าที่ของตับ (Liver function test) และการถ่ายภาพรังสีตับ (liver scan) หากคลำได้ตับโตหรือ alkaline phosphatase สูงแสดงว่ามีการแพร่กระจายมาที่ตับ

2) การตรวจโปรตีน CEA (Carcinoembryonic antigen: CEA)

ซึ่งปกติจะพบในเนื้อเยื่อทางเดินอาหารของทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาและจะตรวจไม่พบหลังคลอด แต่จะสามารถตรวจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารและมะเร็งหลายชนิด จึงไม่สามารถนำมาตรวจวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้แต่จะเหมาะในการติดตามผลหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้มากกว่า (รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, 2548)

2.2.2.4 การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิสภาพ (Cytology) โดยการใช้แปรงเก็บเนื้อเยื่อเมื่อถูกลำไส้ (cytology brush) จะได้ผลประมาณร้อยละ 86 ซึ่งได้ผลดีพอๆกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ควรทำในรายที่มีการอุดตันและไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้สะดวก

2.2.3 การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ

2.2.3.1 การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการตรวจที่เหมาะสมในการวางแผนการรักษาเบื้องต้น รวมถึงเป็นการตรวจที่ไวต่อการตรวจหาเนื้องอกในช่องท้อง ในปัจจุบันเครื่อง ultrasound ได้มีการพัฒนาจนมีความละเอียดสูง ได้แก่ endorectal ultrasound เพื่อประเมินความลึกของก้อนมะเร็งที่ผนังลำไส้ตรง การกดเบียดหรือลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงซึ่งอาจเกิดเซลล์มะเร็งลุกลามไป

2.2.3.2 Plain radiography of abdomen ภาพถ่ายรังสีของช่องท้อง แม้จะไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แน่นอนได้ แต่เป็นการตรวจที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน เช่น การอุดตันของลำไส้ใหญ่หรือมีการทะลุของลำไส้ใหญ่ เพราะเป็นการตรวจที่ง่ายและเร็วช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยเบื้องต้นหรือภาวะฉุกเฉินได้และเป็นแนวทางในการรักษาเพิ่มเติมอีกด้วย

2.2.3.3 การตรวจทางรังสีวิทยา โดยการสวนแป้งแบเรียมเพื่อฉาบลำไส้ใหญ่แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์ (barium enema) มี 2 วิธีคือ การใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ร่วมกับแป้งแบเรียม (Double contrast barium enema) มีประโยชน์ในการหาติ่งเนื้อก้อนเล็ก ๆ และจะทำให้

การตรวจมีความถูกต้องแม่นยำขึ้น และวิธีการใส่แป้งอย่างเดี่ยว (Single contrast barium enema) มีประโยชน์ในการหาก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่าโดยเฉพาะที่มีการอุดตันเพราะไม่สามารถเห็นรอยโรคที่มีขนาดเล็กได้และจะได้ภาพที่ไม่ชัดเจน

2.2.3.4 Computed tomography (CT scan) เป็นการตรวจแบบ cross section imaging จึงสามารถใช้เพื่อดูอวัยวะภายในต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน ทั้งดูรอยโรคที่ลำไส้ใหญ่ และรอยโรคที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ปอด ต่อม้ำเหลือง เป็นต้น โดย CT whole abdomen เรียกได้ว่าเป็นการตรวจที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใช้เป็นการตรวจเพื่อวางแผนการรักษาและการผ่าตัด อีกทั้งใช้ในการติดตามผลการรักษาอีกด้วย

2.2.3.5 Magnetic Resonance Imaging (MRI) ข้อดีของการตรวจคือ สามารถแยกชั้นต่าง ๆ ของเนื้อเยื่อที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (tissue characteristics) ซึ่งเหมาะสมในการดูระยะต่าง ๆ ของมะเร็ง ที่กระจายไปยังชั้นต่าง ๆ ของผนังลำไส้ รวมทั้งการกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง

2.2.3.6 การส่องกล้องตรวจ (Endoscopy) ที่ใช้โดยปกติมี 3 ชนิดได้แก่

1) Rigid sigmoidoscopy มีความยาว 25 เซนติเมตร สามารถตรวจได้ถึงบริเวณลำไส้ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง ถ้าพบรอยโรคก็สามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ จะวินิจฉัยโรคได้ค่อนข้างง่าย แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถตรวจหารอยโรคที่อยู่สูงกว่าลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งได้

2) Flexible sigmoidoscopy เป็นกล้องตรวจที่สามารถงอได้ มีความยืดหยุ่น มีความยาวประมาณ 60 เซนติเมตร จะวินิจฉัยรอยโรคที่อยู่สูงกว่ากล้อง rigid sigmoidoscopy ส่องได้ ทำให้สามารถตรวจพบติ่งเนื้องอกได้มากกว่า แต่มีข้อจำกัดคือการตรวจจะไม่ถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายได้ ทำให้พลาดรอยโรคที่ตำแหน่งเหล่านั้น

3) Colonoscopy มีความยาว 150 เซนติเมตร เป็นวิธีการตรวจลำไส้ใหญ่ที่ดีที่สุด สามารถตรวจได้ทุกส่วนของลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ และหากตรวจพบติ่งเนื้อก็สามารถทำการรักษาโดยการตัดติ่งเนื้อออกได้ (Polypectomy) มีข้อจำกัดคือในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้หรือลำไส้ไม่สะอาด มีโอกาสเกิดลำไส้ทะลุได้สูง

3. แนวทางการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

3.1 ความหมายของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยง

หมายถึง การกระทำหัตถการที่ใช้กล้องขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 11.1-11.5 มิลลิเมตร ความยาว 1,330-1,700 มิลลิเมตร และแพทย์สามารถปรับส่วนปลายให้สามารถหักพับงอเพื่อทำให้เกิดการมองเห็นตำแหน่งที่มีความผิดปกติได้ง่าย การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนปลายเริ่มตั้งแต่

ทวารหนัก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ย้อนขึ้นไปเปิดของลำไส้เล็กส่วนปลาย เพื่อตรวจหาความผิดปกติได้ตลอดความยาวของลำไส้ (ASGE, 2011)

3.2 อุบัติการณ์ของบุคคลที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นหัตถการที่ทำการอย่างแพร่หลายทั่วโลก และใช้คัดกรองผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือผู้ที่มีข้อสงสัยว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับลำไส้ส่วนล่าง ในประชากรกลุ่มทั่วไปและเป็นการเฝ้าระวัง (surveillance) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (high risk) และช่วยในการวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อลำไส้ของแพทย์นอกเหนือจากการสอบถามอาการและตรวจร่างกาย มีความไวในการพบติ่งเนื้อยื่นในลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 95 และเมื่อตัดติ่งเนื้อยื่นออก สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 77 (Garborg, 2015; Levin et al., 2008) ต้องทำโดยแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ต้องกระทำในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม สถิติการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2551 มี 3,553 ราย คิดเป็น ร้อยละ 38 จากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลราชวิถี 1,882 ราย ศูนย์ส่องกล้องโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 3,500 ราย โรงพยาบาลศูนย์ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 448 ราย โรงพยาบาลยะลา 400 ราย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 972 ราย สำหรับโรงพยาบาลสุรินทร์ มีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในแต่ละปีมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 2556-2560 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 177, 242, 545, 734, และ 739 ราย ต่อปีตามลำดับ

3.3 ข้อบ่งชี้สำหรับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Rex, 2000)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของลำไส้ใหญ่จะได้รับการตรวจสอบส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีข้อบ่งชี้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

3.3.1 การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อการวินิจฉัย

3.3.1.1 การตรวจพบความผิดปกติของลำไส้จากผลการตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจพบความผิดปกติของลำไส้จากการสวนแป้งแบเรียมทางทวารหนัก (barium enema) หรือพบรอยโรคจากการตรวจทางรังสีอื่น ๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะพบความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ทำให้ต้องตรวจซ้ำเพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน

3.3.1.2 การตรวจหาสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารในกรณีดังต่อไปนี้ คือ 1) Hematochezia ที่ไม่มีสาเหตุชัดเจนจาก anorectal area 2) Melena ในกรณีที่มี Normal upper endoscopy 3) Fecal occult blood เป็นบวกในกลุ่มเสี่ยง

3.3.1.3 การตรวจหาสาเหตุของโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่หาสาเหตุอื่นไม่พบ

3.3.1.4 การตรวจคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในกรณีต่าง ๆ เช่น 1) ในกรณีพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ตำแหน่งอื่นแล้วต้องทำการตรวจหาในบริเวณที่ยังตรวจไปไม่ถึง 2) ในการตรวจติดตามหลังจากผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วโดยทั่วไปทำทุก 3-5 ปี เช่นเดียวกันกับหลังทำ endoscopic Polypectomy 3) ตรวจคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง 4) ในผู้ป่วยที่เป็น ulcerative colitis หรือ Crohn's เพื่อค้นหาภาวะมะเร็งลำไส้ระยะแรก ให้เริ่มทำหลังจาก 8 ปีแล้ว ในภาวะ Pancolitis และทำหลังจาก 15 ปีในกรณีที่ เป็นแค่ left sided colitis 5) ในการตรวจหาขอบเขตของการดำเนินโรคใน Inflammatory Bowel disease และ 6) ภาวะท้องร่วงเรื้อรัง chronic diarrhea ที่การตรวจทั่วไปยังไม่ได้คำตอบ

3.3.2 การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อการรักษา

3.3.2.1 ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร

3.3.2.2 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น

3.3.2.3 ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของลำไส้ใหญ่จำเป็นต้องได้รับการใส่ Stent

3.3.2.4 การนำสิ่งแปลกปลอมออกจากลำไส้ใหญ่

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยศึกษาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคลำไส้ใหญ่ ซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการหรือไม่มีอาการแต่เมื่อแพทย์ประเมินพบพบปัจจัยเสี่ยงหรือมีข้อบ่งชี้ตามที่กล่าวมาแพทย์จะนัดหมาย เข้ารับการตรวจคัดกรองจากแพทย์ที่ห้องตรวจคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก แล้วพบว่ามีข้อบ่งชี้ที่จะต้องเข้ารับการส่องกล้อง ตามที่กล่าวมาข้างต้นจะต้องได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยใน

3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนล่าง แม้จะพบได้น้อยแต่อาจมีผลอย่างรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง อยู่ที่ร้อยละ 0.3-0.35 โดยเฉพาะการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง ร่วมกับการตัดติ่งเนื้อที่ลำไส้ พบได้ถึงร้อยละ 2.3 ซึ่งประกอบไปด้วย การมีเลือดออก (bleeding) การทะลุของลำไส้ (perforation) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะเส้นเลือดสมองอุดตันหรือแตก (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ, & อุดม คชินทร, 2554) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เลือดออกหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกหลังการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนล่าง พบได้ร้อยละ 0.1 ถึง 0.6 (Ko & Dominitz, 2010) ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะเลือดออกหลังการตัดติ่งเนื้อลำไส้ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่การตัดติ่งเนื้อทันทีหรือออกภายหลังการทำหัตถการได้นานถึง 29 วัน (Fisher et al., 2011)

2) ลำไส้ทะลุจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อุบัติการณ์ของภาวะลำไส้ทะลุพบประมาณร้อยละ 0.03-0.7 ซึ่งเกิดได้มากขึ้นถ้ามีการทำหัตถการรักษาร่วมด้วย จากการรายงานของ

ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหารวิจิตร วิจารณ์วัตต์ โรงพยาบาลศิริราชพบภาวะลำไส้ทะลุจากการส่องกล้องร้อยละ 0.07 โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 13 และมีอัตราทุพพลภาพร้อยละ 53 (Ko & Dominitz, 2010) ตำแหน่งที่มีการทะลุมากที่สุดได้แก่ sigmoid (ร้อยละ 55-80) ตามมาด้วยลำไส้ใหญ่ด้านขวา (ร้อยละ 20) (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย et al., 2554) ผู้ป่วยที่มีลำไส้ทะลุ จะมีการปวดท้อง ตามมาด้วย tachycardia และอาการแสดงทางหน้าท้อง การเห็นอวัยวะภายใน เช่นลำไส้เล็ก หรือ omentum ระหว่างการส่องกล้องถือว่าได้มีการทะลุเกิดขึ้นแล้ว (อัษฎา เมธเศรษฐ และ สมชาย ลีลากุลสงศ์, 2554)

3.5 การให้ยาระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การตรวจสอบส่องกล้องลำไส้ใหญ่สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ยาออกฤทธิ์กล่อมประสาทหรือยาแก้ปวดใด ๆ แต่การให้ยาเหล่านี้จะเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ ลดอาการเจ็บปวด ลดความกังวล เพิ่มความทนทาน ทำให้การตรวจง่ายขึ้น เป็นประโยชน์กับทั้งผู้ป่วยและแพทย์ผู้ตรวจ โดยสามารถแบ่งยาเป็นกลุ่มใหญ่ๆได้ดังนี้

1) Benzodiazepines เป็นยากลุ่มออกฤทธิ์ในการกล่อมประสาทและมีผลทำให้เกิดอาการหลงลืมไปชั่วขณะโดยเฉพาะขณะทำการตรวจสอบส่องกล้อง โดยทั่วไปมักใช้ในรูปของยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ยากลุ่มนี้ที่ใช้บ่อยได้แก่ Midazolam และ Diazepam นิยมใช้ Midazolam มากกว่าเนื่องจากออกฤทธิ์เร็ว ระยะเวลาออกฤทธิ์สั้นและมีผลทำให้เกิดอาการหลงลืมได้มาก ขนาดของ Midazolam (Domicum) เริ่มที่ขนาด 0.05 mg/kg (max 2 mg if > 70 years or significant comorbidity) และสามารถเพิ่มได้ทีละ 1 mg โดยจะมีผลของการหลงลืมที่ 1.5-3 ชม.

2) Opiates เป็นยาที่ออกฤทธิ์ระงับอาการปวด มักใช้เสริมร่วมกับยากลุ่ม Benzodiazepines โดยให้ในรูปของยาฉีดทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้บ่อยในกลุ่มได้แก่ Fentanyl และ meperidine ในต่างประเทศนิยมใช้ยาทั้งสองชนิด Fentanyl จะมีข้อดีกว่าที่ออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์เร็วกว่า มีผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้น้อยกว่าโดยเริ่มที่ขนาด Fentanyl 1 mcg/kg สามารถเพิ่มได้เท่าขนาดเริ่มต้นเมื่อใช้ร่วมกับกลุ่ม Benzodiazepine แล้วจะพบว่าสามารถฟื้นจากตัวยากลุ่มประสาทได้เร็วกว่าใช้แต่ opiates อย่างเดียว

3) Propofol เป็นยาที่ออกฤทธิ์ระงับประสาท (hypnotic agent) ออกฤทธิ์เร็วและมีครึ่งชีวิตสั้นเพียง 2-5 นาทีแต่มีข้อควรระวังในการปรับระดับยาเนื่องจากมีค่าดัชนีในการรักษา (therapeutic index) แคบ มีผลข้างเคียงทำให้เกิดความดันโลหิตลดลงและไม่มียาที่ใช้แก้ฤทธิ์

โดยตรงทั่วไปมักจะเริ่มออกฤทธิ์ 30-60 นาทีหลังฉีดยา นาน 4-8 นาที นอกจากนี้อาจมีผลทำให้เกิดการหลงลืมชั่วคราวและแก้ปวดได้จึงมีการนำมาใช้ในการตรวจสอบส่องกล้อง

American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) แนะนำให้มีการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

3.7 วิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ในขณะเริ่มการตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยได้รับการจัดอยู่ในท่านอนตะแคงซ้าย และเลื่อนลำตัวของผู้ป่วยชิดด้านข้างเตียงตรวจ (left lateral decubitus position) จัดให้ผู้ป่วยงอเข่าและเข่าชิดหน้าอก ในท่านี้นี้จะสามารถตรวจรอบ ๆ ทวารหนัก (perianal) ตรวจในทวารหนักด้วยนิ้ว (digital rectal examination) ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องปรับเปลี่ยนท่าขณะตรวจเป็นท่านอนหงาย (supine) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าผ่อนคลายมากขึ้น และทำการตรวจได้ง่ายขึ้น แพทย์จะค่อยๆสอดปลายกล้องตรวจเข้าไปในทวารหนัก ร่วมกับการใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนประกอบของยาชา เพื่อลดอาการเจ็บปวดขณะสอดกล้องเพื่อตรวจดูลำไส้ใหญ่ เช่น Lidocaine gel เป็นต้น ภายหลังจากปลายกล้องผ่านเข้าไปในทวารหนัก 4-5 เซนติเมตร แล้วแพทย์ปล่อยลมจากเครื่องอัดอากาศจนกระทั่งเห็นภายในลำไส้ (lumen of the distal rectum) ปรับให้เห็น lumen อยู่บริเวณตรงกลางตลอดการตรวจ จนกระทั่งถึง terminal ileum หรือ ileocecal valve ระหว่างการส่องกล้องแพทย์จะค้นหารอยโรค เช่น ก้อนเนื้องอก (adenoma) ตึงเนื้อในลำไส้ (polyp) ถ้าพบความผิดปกติแพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อออกมาเพื่อส่งตรวจวินิจฉัย

3.8 การเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Bowel preparation)

การเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้อง กระบวนการที่สำคัญก่อนการตรวจสอบกล้องทางลำไส้ใหญ่ จุดมุ่งหมายเพื่อให้ลำไส้ปราศจากอุจจาระ เพิ่มทัศนวิสัยในการตรวจผนังลำไส้ และตรวจหาพยาธิสภาพในลำไส้ หลักการของการเตรียมลำไส้ที่ดีคือ ง่าย สะดวก เกิดผลข้างเคียงน้อย ในขณะที่การเตรียมลำไส้ไม่ดียังจะทำให้เสียเวลา นำกล้องเข้าไปถึงจุดที่ต้องการได้ลำบาก และอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

European Society of Gastrointestinal Endoscopy (2013) American Society of Gastrointestinal Endoscopy (2015) กำหนดแนวปฏิบัติการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ว่า เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานยาระบาย การสวนล้างลำไส้ในบางรายช่วยให้ความสะอาดของลำไส้ในระดับที่ส่องกล้องได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 การรับประทานอาหารกากใยน้อย หรือ Diet control วิธีนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปริมาณอุจจาระในลำไส้ใหญ่โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากน้อย (Low residual diet or low fiber diet) โดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทธัญพืช (Whole grains) ผลไม้และผัก ก่อนหน้าที่จะทำการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่น้อย 2 วัน การรับประทาน อาหารเหลวใส (clear liquid) ได้แก่ น้ำซุปลี กาแฟหรือชาที่ปราศจากนม การรับประทานน้ำผลไม้จะต้องไม่มีกาก

มีลักษณะใสสามารถมองผ่านภาชนะได้ ควรหลีกเลี่ยงน้ำที่มีสีแดง เพราะอาจสับสนกับเลือดในลำไส้ใหญ่ได้

3.8.2 การรับประทานยาระบาย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยขจัดกากอุจจาระที่ค้างอยู่ในลำไส้ (โศภณา ว่องทวี และคณะ, 2558) ยาระบายสำหรับการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ คือ สารละลายโซเดียมฟอสเฟต (sodium phosphate solution หรือ swift) และโพลิเอทิลีนไกลคอล (polyethylene glycol หรือ PEG (โศภณา ว่องทวี, 2557) สำหรับชนิดของยาที่รับประทาน (Oral preparation) เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1) โซเดียมฟอสเฟต (Sodium phosphate, magnesium citrate, sodium sulphate and mannitol) มีหลายเครื่องหมายการค้า ได้แก่ SWIFF ในโรงพยาบาลศูนย์ ของกระทรวงสาธารณสุขนิยมใช้ SWIFF ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มปริมาณน้ำในลำไส้ใหญ่โดยดึงน้ำจาก extracellular fluid ผ่านผนังลำไส้ และคงปริมาณน้ำดื่มเข้าไปให้อยู่ในช่องว่างลำไส้ (lumen) การขับถ่ายอุจจาระจะเกิดขึ้นภายหลังจากรับประทานยาระบายประมาณ 20-30 นาที ออกฤทธิ์นาน 3-5 ชั่วโมง ขึ้นกับปริมาณยาที่ให้และน้ำที่ดื่มตามภายหลังยาระบาย สามารถดื่มยาระบายร่วมกับน้ำชุปใสหรือน้ำผลไม้ได้เพื่อให้รสชาติดีและรับประทานได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ควรรับประทาน sodium phosphate เพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากมีผลทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ นอกจากนี้จะทำให้มีระดับเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติได้แก่ hypocalcemia, hypokalemia, hyperphosphatemia, และ hypernatremia โดยอาจเลือกใช้ในบางกรณีที่ไม่สามารถช้ยาเตรียมลำไส้ใหญ่อื่น ๆ ได้ เช่น ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงได้ หรือในผู้ป่วยที่พิจารณาแล้วว่ามีความเสี่ยงต่ำ และประเมินค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำทดแทน ขนาดที่นิยมได้แก่รับประทานยาระบายโซเดียมฟอสเฟต 90 มิลลิกรัม โดยแบ่งรับประทาน 2 มื้อ ห่างกันอย่างน้อย 12 ชั่วโมง หลังจากรับประทานยาระบายหมด 45 มิลลิกรัมแล้ว ต้องดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตรภายใน 1 ชั่วโมง (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2552) สามารถดื่มยาระบายร่วมกับน้ำผลไม้ที่ใส ไม่มีกากใย เพื่อให้ดื่มได้ง่ายขึ้น (โศภณา ว่องทวี, 2557) อาการข้างเคียงที่อาจจะพบได้จากการใช้กลุ่มนี้ได้แก่ ปวดท้องกะทันหัน, คลื่นไส้ อาเจียน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ไตวายเรื้อรัง, hypokalemia, hyperphosphatemia (Cornor et al., 2012)

2) โพลิเอทิลีนไกลคอล (Polyethylene glycol ; PEG) เป็น based solution มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกับ osmotic agents มีความแตกต่างเล็กน้อยคือ Polyethylene glycol เป็น High-molecular-weight non-absorbable macrogol polymer ในสารละลายเจือจางของเกลือแร่ มีผลให้เกิด osmotic effect ดึงน้ำจากผนังลำไส้เข้าสู่ช่องว่างของลำไส้ และตัว polymer จะทำหน้าที่คั่งน้ำไว้ในช่องว่างของลำไส้ โดยจำกัดการแลกเปลี่ยนของน้ำและเกลือแร่ผ่านผนังลำไส้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม สามารถเลือกใช้ Polyethylene glycol ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ ยาระบาย

ออกฤทธิ์ให้ขับถ่ายประมาณ 1 ชั่วโมงหลังรับประทานยาระบายและออกฤทธิ์นานประมาณ 4 ชั่วโมง (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2552) อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ไม่สุขสบายท้อง ท้องอืด ระคายเคือง ทวารหนัก คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน หนาวสั่น กระหายน้ำ (Pinxteren et al., 2012)

3) Stimulants (castor oil, Senna, sodium picosulfate, and Bisacodyl) ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังลำไส้เพื่อการขับถ่ายของเสีย และยังมีผลเพิ่มปริมาณน้ำในลำไส้อีกด้วย สำหรับ Bisacodyl จะมีออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นการหลั่งน้ำใน ลำไส้เล็กและกระตุ้นกล้ามเนื้อในลำไส้ใหญ่ ยาจะออกฤทธิ์ให้ขับถ่ายประมาณ 1 ชั่วโมงหลัง รับประทานยาระบายและออกฤทธิ์นานประมาณ 4 ชั่วโมง (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2552) ปริมาณยาที่ใช้ ได้แก่ น้ำยาที่เป็นผงสีขาว 1 ซองละลายน้ำ 1 ลิตร แบ่งรับประทานให้หมดภายใน 1 ชั่วโมง และทาน ลิตรที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 2 ชั่วโมง

การเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง จะต้องทำร่วมกันทั้งการรับประทานยาระบาย และการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีกากใย 2 วันก่อนส่องกล้อง การเลือกยาระบายในการ เตรียมลำไส้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ในการพิจารณาเลือกให้กับผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่อระดับความสะอาดของ ลำไส้

4. การพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่นั้น พยาบาล จะต้องมีการดูแลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังเข้ารับการส่องกล้อง ผู้วิจัย ใช้กรอบของกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลตามระยะของการเข้ารับการทำการหัตถการ (สรญา ศิริวิธา, 2559)ดังนี้

4.1 การพยาบาลระยะก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

เป็นขั้นตอนที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจแล้วได้รับการนัดหมายวันส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ ในระยะนี้มีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย เนื่องจากจะต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อ วางแผนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในวันที่เข้ามารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ใน บางรายที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำการส่องกล้อง หรือมีโรคประจำตัว จะต้องได้รับการปรึกษาจากสหสาขาวิชาชีพก่อนนัดหมาย มีรายละเอียดในการเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วย ดังนี้

4.1.1 พยาบาลประจำห้องตรวจ ให้การพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

1) การซักประวัติและประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการ เจ็บป่วย การรักษา โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา แพ้อาหาร การแพ้สารทึบแสง ข้อ

บ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประวัติการผ่าตัด ประวัติการใช้ยา โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด ยาเบาหวาน ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาบำรุงเลือดที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็ก ประวัติการขับถ่าย ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ซึ่งมีข้อควรระวังในผู้ป่วยเฉพาะโรคดังนี้

1.1) ผู้ป่วยโรคไต ที่ได้รับการฟอกเลือดหรือล้างไตควรทำการก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อประเมินการทำงานของไต

1.2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนะนำให้รับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับมือเช้า เวลาประมาณ 6.00-7.00 น. วัดสัญญาณชีพ ถ้าความดันโลหิตสูงผิดปกติ (Systolic pressure มากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic pressure มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ต้องรายงานแพทย์ทราบ

1.3) ผู้ป่วยโรคหัวใจ ต้องได้รับการปรึกษาระหว่างแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประวัติการใช้ยา และข้อจำกัดในการดื่มน้ำ การหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug) การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (pacemaker) ก่อนการทำหัตถการด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้า)

1.4) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อต้องเข้ารับการส่องกล้อง ผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ จึงต้องมีการประเมินการใช้ยารักษาเบาหวาน ทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทาน ระดับน้ำตาลในปัจจุบัน การเกิดอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติ ในรายที่จะต้องได้รับการฉีดอินซูลินในเวลาเช้าและไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถงดฉีดยาหรือลดประมาณยาได้ครึ่งหนึ่งในตอนเช้าวันก่อนส่องกล้อง ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ ในรายที่ต้องรับประทานยาให้ผู้ป่วยหยุดยาในมือเช้าวันส่องกล้องและต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนส่งไปส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือต่ำกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต้องรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อรับการดูแลก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

1.5) ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะต้องรับประทานยา 7 วันก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด เช่น มีความผิดปกติของตับ มีความผิดปกติของเม็ดเลือด ได้รับยาต้านเกร็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด จะต้องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดก่อนเข้ารับการตรวจ ผู้ป่วยที่รับประทานยาที่มีส่วนผสมของธาตุเหล็ก ควรหยุดยาอย่างน้อย 5 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเพิ่มกากใยในอุจจาระ เช่น Mucillin ควรงดก่อนเข้ารับการตรวจอย่างน้อย 2-3 วันเพื่อมิให้เหลือกากในอุจจาระในลำไส้ใหญ่

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเอกซเรย์ปอด จะต้องพิจารณาตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย อายุ ความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ และข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

3) การให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน 2 วัน และ 1 วัน ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเตรียมตัวขณะอยู่ที่บ้าน ดังนี้

3.1) 2 วันก่อนได้รับการส่องกล้อง

อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่ ข้าวต้มไม่ใสผัก ใส่น้ำมันปลา ได้ โจ๊ก เต้าหู้ไข่ เต้าหู้ปลา เต้าหู้แผ่น ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม

อาหารที่ต้องงดรับประทาน ได้แก่ เนื้อ หมู อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล

3.2) 1 วันก่อนได้รับการส่องกล้อง อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่ มือเช้า ข้าวต้มไม่ใสผัก ไม่ใสเนื้อสัตว์ทุกชนิด โจ๊กไม่ใสผัก ไม่ใสเนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ตุ๋น

มื่อกลางวันและมื่อเย็น รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิ้ล น้ำมะนาว น้ำเก็กฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น

3.3) อาหารที่ต้องงดรับประทาน ได้แก่ งดเนื้อ หมู ปลา อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล ชา กาแฟ ไอศกรีม ของหวานทุกชนิด วุ้น เยลลี่ น้ำผลไม้มีกาก น้ำปั่น นมทุกชนิด น้ำหวานใส่สีแดง สีเขียว เนื่องจากจะสับสนกับสีของอุจจาระและสีเลือด

3.4) การงดน้ำและอาหารทางปาก บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จะต้องงดอาหารทางปาก ทุกชนิดตั้งแต่เวลา 24.00 น. วันก่อนส่องกล้องเว้นเฉพาะยาระบาย สามารถรับประทานได้เวลา 06.00 น. เข้าวันส่องกล้องลำไส้ใหญ่ บุคคลที่เข้ารับการส่องกล้องจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้มีอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่ ขณะส่องกล้อง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ลำไส้ใหญ่แตกทะลุ จากการมีอุจจาระตกค้าง ไม่สามารถมองเห็นลำไส้ได้ชัดเจน และป้องกันเกิดสำลักในขณะให้การระงับความรู้สึกขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตามแนวปฏิบัติในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะต้องงดน้ำและอาหารทางปากอย่างน้อย 6-8 ชม.

4) แนะนำผู้ป่วยเรื่องการเตรียมตัวเข้ามานอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยออกใบนัดหมายให้ผู้ป่วย ระบุเวลามาโรงพยาบาลไม่เกิน 10.00 น. เพื่อเข้ารับการ

เตรียมตัวและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะต้องมีญาติมาด้วยทุกครั้ง การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับการนอนโรงพยาบาล ไม่นำของมีค่าติดตัวมาเพื่อป้องกันการสูญหาย หลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะต้องไม่ขับรด ดังนั้นจะต้องมีญาติมาด้วย

4.1.2 พยาบาลหอบผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

1) ชักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารทึบแสง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การตั้งครรภ์ การผ่าตัด และประวัติการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งก่อนหน้านี้

2) ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ความเจ็บปวด ข้อจำกัดทางร่างกายและการสื่อสาร ความสามารถในการดูแลตนเอง และรายงานความผิดปกติต่อแพทย์ที่ทำการรักษา

3) ประเมินภาวะจิตใจ จิตสังคมเกี่ยวกับความเชื่อ ความวิตกกังวล สภาพเศรษฐกิจ สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและญาติผู้ดูแล พร้อมกับประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ

3) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารการลงนามยินยอมส่องกล้อง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล

4) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยมีเนื้อหา ดังนี้คือ

4.1) ประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

4.2) ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ให้สะอาดเพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

4.3) การเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล 1-2 วันก่อนการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้เตรียมตัวและของใช้ที่จำเป็นมานอนโรงพยาบาลตามวันเวลาที่แพทย์นัด ให้ญาติมาด้วย (แพทย์จะให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำท่านจะรู้สึกตัวขณะตรวจ) แจ้งข้อมูลให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี ยาที่รับประทานเป็นประจำ และประวัติการผ่าตัด

5) แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในเรื่องการรับประทาน อาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารกากใยน้อยและอาหารเหลวได้แก่

5.1) หลังรับประทานมื่อเช้า ให้เลือกดื่มเฉพาะน้ำสะอาด น้ำหวานที่ไม่มีสี ไม่มีตะกอน น้ำผลไม้แยกกาก เช่น น้ำเก๊กฮวย น้ำกระเจี๊ยบ น้ำลำไย น้ำมะตูม น้ำชุปใส น้ำเกลือแร่ ได้จนถึงเวลา 24.00 น.

5.2) แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ เพื่อช่วยไล่อุจจาระที่ค้างในลำไส้ออกมาให้หมด

6) ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาระบาย เพื่อขับอุจจาระที่ตกค้าง ทำความสะอาดลำไส้และเพื่อให้แพทย์ได้เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาระบาย 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 รับประทานยาระบายเวลา 18.00 น. ปริมาณ 45 มิลลิตรถ้าเป็นยาระบายโซเดียมฟอสเฟต หรือ 1 ลิตรสำหรับยาระบาย โพลีเอทิลีนไกลคอล

ครั้งที่ 2 เวลา 06.00 น. เช้าวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หลังทานยาระบาย ให้รับประทานน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตร ให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตร โดยรับประทานภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้สะอาด ไม่มีอุจจาระค้างในลำไส้

7) ให้คำแนะนำเรื่องการสังเกตและประเมินลักษณะอุจจาระ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระหลังจากรับประทานยาระบายครั้งแรกไปแล้ว 2 ชั่วโมง และ ในครั้งที่ 2 หลังรับประทานยาระบายไปแล้ว 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะปวดจนไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลวได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะอุจจาระ โดยพยาบาลหอผู้ป่วยจะสอบถามผู้ป่วยถึงปริมาณ ลักษณะ และสีของอุจจาระที่ผู้ป่วยถ่ายออกมาหลังรับประทานยาระบายและเปรียบเทียบกับภาพถ่าย ถ้าผู้ป่วยไม่มีการขับถ่ายหลังจากรับประทานยาระบาย จะต้องแจ้งแพทย์ทราบเพื่อเพิ่มปริมาณยาหรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำตาม จนกว่าอุจจาระมีลักษณะใส

8) ให้ความรู้และทบทวนการปฏิบัติตนขณะส่องกล้องและหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3 ระยะดังนี้

8.1) ระยะที่ 1 การเตรียมตัวในระยะก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

8.1.1) ในวันส่องกล้องจะมีพนักงานเปลี่ยนจากห้องส่องกล้องมารับผู้ป่วยที่ห้องพักตามเวลาที่แพทย์เรียก

8.1.2) เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะนำผู้ป่วยไปนอนรอในห้องดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องอีกครั้ง และวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ

8.1.3) ขณะนอนพักรอทำการส่องกล้อง ถ้าผู้ป่วยต้องการลุกออกจากเตียง หรือต้องการความช่วยเหลือใด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ภายในห้อง ได้ตลอดเวลา เมื่อถึงคิว พยาบาลจะนำผู้ป่วยเข้าไปในห้องส่องกล้องทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

8.2) ระยะที่ 2 ขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่

8.2.1) ผู้ป่วยจะได้รับการให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาโดยวิสัญญีแพทย์

8.2.2) หลังจากนั้นจะจัดท่าให้นอนตะแคง งอเข่าชิดลำตัว แพทย์ผู้ส่องกล้องจะหาสารหล่อลื่นที่ทวารหนัก แล้วจะใส่กล้องเข้าไป เมื่อกล้องอยู่ในลำไส้ใหญ่ จะมีการสูบลมอัดเข้าไปเพื่อให้ลำไส้ใหญ่ขยายตัว ให้แพทย์ผู้ส่องดูได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด หรือปวดท้องอยากถ่ายได้

8.2.3) ในระหว่างการส่องกล้องผู้ป่วยอาจถูกให้มีการขยับตัว หรือเปลี่ยนท่า เพื่อช่วยให้แพทย์ส่องกล้องเข้าไปในตำแหน่งต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น

8.2.4) ในบางรายที่มีความจำเป็น แพทย์อาจทำการตัดชิ้นเนื้อ หรือดึงเนื้องอก เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป โดยจะใส่อุปกรณ์เข้าไปในช่องใส่ของตัวกล้อง ซึ่งจะไม่เจ็บ การส่องกล้องนี้จะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

8.3) ระยะที่ 3 ระยะหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่

8.3.1) เมื่อการตรวจเสร็จสิ้น แพทย์จะดึงเครื่องมือออกพร้อมทั้งดูดลม ในลำไส้บางส่วนออก และย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อในห้องพักฟื้น เพื่อเฝ้าดูอาการจนกว่าฤทธิ์ยาจะหมดไปอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จึงจะส่งผู้ป่วยกลับห้องพัก

8.3.2) ภายหลังจากการส่องกล้องหากยังมีลมค้างในลำไส้ อาจทำให้ผู้ป่วยปวดท้องหรือแน่นท้อง เมื่อผายลมออกจะรู้สึกผ่อนคลายขึ้น และจะทุเลาลงได้เอง หากมีอาการแน่นท้องมากขึ้น ไม่ผายลม ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อจะได้ประเมิน ถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ทะลุ

8.3.3) กรณีมีการตัดชิ้นเนื้อหรือดึงเนื้องอก มักมีเลือดซึมออกทางทวารหนักหรือปนในอุจจาระเล็กน้อย 1-2 วันหลังตรวจ แล้วจะหายไปได้เอง หากมีเลือดออกมากหรือมีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ปวดท้องมาก ควรรีบแจ้งแพทย์

9) เข้าวันส่องกล้องพยาบาลหอบผู้ป่วยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตามเวลาที่นัดหมาย รวมทั้งเตรียมเอกสาร ตรวจสอบใบยินยอม วัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปห้องส่องกล้อง และส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลห้องส่องกล้องทราบ

10) ประเมินระดับความพร้อมของการเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่จากการซักถามลักษณะอุจจาระครั้งสุดท้าย ว่าอยู่ในระดับใด ถ้าพบว่าอยู่ในระดับ 3-4

แสดงว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แต่ถ้าระดับ 1-2 จะต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สวนอุจจาระก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

11) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ห่อภิปราย และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในขณะส่องกล้อง

13) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชักถาม หรือระบายความรู้สึก

14) ประสานการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและครบวงจร

4.2 การพยาบาลระยะส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ในระยะนี้พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัดหรือพยาบาลห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยมีขั้นตอนการดูแลดังนี้

1) ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมวิสัญญีพยาบาล/ศัลยแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการส่องกล้องโดยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งทำความรู้จัก ชื่อ สกุล และตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการส่องกล้องผิดคน

2) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในเรื่องการลงนามยินยอมส่องกล้อง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล

3) ประเมินความพร้อมด้านจิตใจและดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่อการส่องกล้อง

4) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ รวมทั้งความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ก่อนส่องกล้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ชักถาม หรือระบายความรู้สึก

5) ประเมินระดับความพร้อมของการเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้อง โดยการตรวจสอบจาก Nurse note และการซักถามผู้ป่วย

6) แจ้งข้อมูลให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในกรณีดังนี้ การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ไม่ครบ อาการผิดปกติที่ยังควบคุมไม่ได้

7) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ห่อภิปราย และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในขณะส่องกล้อง

8) ปฏิบัติการพยาบาลช่วยส่องกล้องตามมาตรฐานการพยาบาลช่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามกระบวนการพยาบาล

9) บันทึกกิจกรรมระหว่างการส่องกล้อง ได้แก่ ระยะเวลาเริ่มส่องกล้อง ระยะเวลาการใส่กล้องเข้าไปจนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด (Cecum, Terminal ileum) ระยะเวลาในการถอยกล้อง ระดับความสะอาดของลำไส้ สิ่งที่ตรวจพบ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ปริมาณยาที่ได้รับ เวลาสิ้นสุดการส่องกล้อง

10) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในห้องพักฟื้น ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย โดยการ ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว บันทึกข้อมูลและการส่งต่อการรักษาพยาบาลแก่ พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

4.3 การพยาบาลระยะหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่

4.3.1 พยาบาลห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ดังนี้

- 1) ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสือ และส่วนของร่างกายผู้ป่วย ที่อาจมี ผลกระทบ จากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดทำ
- 2) ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย
- 3) ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/แพทย์และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องส่องกล้อง
- 4) ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องส่องกล้องด้วยความปลอดภัย
- 5) บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 6) รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตาม มาตรฐานการทาลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ
- 7) ส่งต่อข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อวางแผนการพยาบาลในลำดับต่อไปแก่ พยาบาลหอผู้ป่วย หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

4.3.2 พยาบาลหอผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย 15 นาที 4 ครั้ง ตามมาตรฐานการพยาบาลหลังการ ทำหัตถการ ประเมินอาการท้องอืด แน่นท้อง อาการปวดท้องมาก เพื่อระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะ เกิดขึ้นจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- 2) ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารประมาณ 1 ชั่วโมงหลังการตรวจจนกว่าอาการ ท้วมหรือระดับความรู้สึกตัวปกติ
- 3) แนะนำผู้ป่วยว่าอาการท้องอืด แน่น เกิดจากการที่แพทย์ใส่ลมเข้าไปในลำไส้เพื่อ การตรวจ ลักษณะอาการแบบนี้มักหายไปในเวลาไม่นาน ในช่วงแรกหลังส่องกล้องผู้ป่วยจะมีความรู้สึก

ปวดท้องถ่ายได้บ่อย ๆ ดังนั้นหากพักอยู่ในบริเวณใกล้ห้องน้ำจะมีความสะดวก ไม่ต้องเดินไกลหากต้องการเข้าห้องน้ำ

4) แนะนำผู้ป่วยว่าอาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อยใน 2 วันแรกกรณีตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

5) ให้คำแนะนำว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มีความปลอดภัยสูง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ลำไส้ใหญ่ทะลุหรือฉีกขาดซึ่งต้องผ่าตัดซ่อมแซมมีน้อยมาก เลือดที่ออกจากการตัดชิ้นเนื้อหรือติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่มักหยุดได้เอง หากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเฉียบพลัน ไข้ หรือมีเลือดออกจากทวารหนักมากกว่าครึ่งถ้วยกาแฟ ให้รีบรายงานพยาบาลทราบ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอก พยาบาลหอผู้ป่วย และพยาบาลห้องส่องกล้อง จะต้องมีการประสานงานกันเพื่อส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทั้ง 3 ระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องที่เหมาะสม สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

5. การปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

5.1 ความหมายของการปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

European Society of Gastrointestinal Endoscopy (2013) American Society of Gastrointestinal Endoscopy (2015) กำหนดแนวปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ว่า เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานยาระบาย การสวนล้าง ลำไส้ในบางรายช่วยให้ความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับที่ส่องกล้องได้อย่างมีคุณภาพ

ทัศนีย์ ศิริรัตนประพันธ์ และคณะ (2549) กล่าวว่า การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประกอบไปด้วย การจำกัดการรับประทานอาหารกากใยน้อยร่วมกับการรับประทานยาระบาย และการสวนอุจจาระร่วมด้วย

พรเทพ อังสุวัชรกร และรังสรรค์ ฤกษ์นิมิต (2554) บรรยายถึงการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ว่าไม่เฉพาะแต่การได้รับยาระบายเท่านั้น การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยก่อนการส่องกล้องเป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง หรือการหยุดยาที่ทำให้ท้องผูก การหยุดยาที่มีธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบอย่างน้อย 7 วัน ก็มีส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมให้ยาระบายออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วรากานต์ ตั้งจุฑพร (2555) กล่าวว่า การปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มี 3 วิธี ได้แก่ การควบคุมอาหารหรือ Diet control เพื่อลดปริมาณอุจจาระ โดยให้รับประทานอาหารกากใยน้อย และรับประทานอาหารเหลวใส ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบายและการสวนล้าง ลำไส้

สมชาย อมรโยธิน (2555) กล่าวว่า การปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบไปด้วย 1) การจำกัดอาหารและการงดยาบางชนิด 2) การสวนอุจจาระ

ศจี ศักดิ์โสภี (2557) กล่าวว่า การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประกอบไปด้วย กิจกรรมในการเตรียมลำไส้ให้ปราศจากอุจจาระ โดยการจำกัดการรับประทานอาหาร การรับประทาน ยาระบาย การงดยาแอสไพริน ก่อนเข้ารับการส่องกล้องอย่างน้อย 7 วัน

ภคพร เกตุสีสังข์ (2558) อธิบายการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ว่าเป็นการเตรียม ตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการส่องกล้องโดยการงดยาบางชนิดก่อนเข้ารับการส่องกล้องอย่างน้อย 7 วัน การ เตรียมลำไส้ รวมทั้งการเตรียมด้านจิตใจ

โสภณา ว่องทวี (2559) การเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หมายถึง กิจกรรมในการเตรียม ลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้อง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารกากใยน้อยเพื่อลดปริมาณ อุจจาระ การรับประทานอาหารเหลวใส เพื่อไม่ให้มีกากอาหารในลำไส้ และการรับประทานยา ระบาย และได้กล่าวด้วยว่า ขั้นตอนในการเตรียมลำไส้มีความยุ่งยากจึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจคัด กรองลำไส้ใหญ่ต่ำ

ดังนั้นการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำด้วยตนเอง ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในเรื่องการเลือกชนิดของ อาหารที่รับประทาน การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวัง ความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้

5.2 องค์ประกอบการปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

5.2.1 การเลือกชนิดอาหารที่รับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การเลือกและปรับเปลี่ยนชนิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ลดปริมาณอุจจาระในลำไส้ใหญ่ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำและลดความผิดพลาดจาก การที่มีอุจจาระคั่งค้างในลำไส้ ทำให้มองไม่เห็นพื้นผิวของลำไส้ได้ชัดเจน การเลือกและปรับเปลี่ยน ชนิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จะเกี่ยวข้องกับกลไกขับถ่าย 2 ส่วน (อภิชาติ สุระเมธากุล, 2556) คือ การบีบตัวของลำไส้ที่ปกติและลักษณะของอาหารที่รับประทานเมื่อมีการรับประทานอาหาร อาหารจะอยู่ในระบบทางเดินอาหารและจะผ่านระบบการย่อยอาหาร ดูดซึมและถูกขับถ่าย ออกมาภายใน 24-72 ชั่วโมง ถ้าอาหารที่รับประทานเข้าไปเป็นอาหารที่แข็ง ย่อยยาก ก็จะทำให้ อุจจาระคั่งในลำไส้เวลานานเกิน 72 ชั่วโมงได้แก่ ผัก ผลไม้ ธัญพืชต่าง ๆ ซีเรียล โยเกิร์ต ข้าวกล้อง ข้าว ข้ามมือ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อมิให้อุจจาระคั่งนานเกินกว่า 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่เข้ารับการเตรียมลำไส้ ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่จึงต้องรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีกากใยน้อย (Low residual diet or low fiber diet)

อาหารที่มีกากใยน้อย (low residual diet or low fiber diet) หมายถึงอาหารที่มีอ่อน ย่อยง่าย มีเส้นใยอาหารน้อยกว่า 8 กรัมต่อวัน เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

อาหารเหลวใส (clear liquid diet) หมายถึงอาหารที่มีลักษณะเหลวใสเป็นน้ำ ไม่มีกากใยหรือไม่มีตะกอน มีความใสจนสามารถมองเห็นทะลุกันภาชนะที่ใสได้ มีสารอาหารโปรตีนประมาณ 5-10 กรัม มีคาร์โบไฮเดรต 100-150 กรัม ไม่มีไขมัน มีคุณค่าทางอาหารไม่เกิน 500 กิโลแคลอรี วัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดปริมาณอุจจาระในลำไส้ใหญ่

อาหารที่ต้องงด ได้แก่ อาหารที่ย่อยยาก มีกากใยอาหารสูง ขจัดออกจากลำไส้ได้ช้า อาหารที่มีกากใยสูง พบมากในผักและผลไม้ ธัญพืช ข้าวไม่ขัดสี รวมถึงการงดเครื่องดื่มที่มีผลต่อการบีบตัวของลำไส้ ดังนั้นการรับประทานอาหารก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จึงมีความสำคัญ ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหารก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ จะทำให้อุจจาระตกค้างในลำไส้ (Cheng et al., 2015) ทำให้ลำไส้ไม่สะอาด ไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างปลอดภัย และเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงขึ้นอีกด้วย

การงดยาบางชนิดก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เนื่องจากยาที่มีผลต่อการตรวจลำไส้ใหญ่ ทั้งนี้ต้องขึ้นกับแพทย์ที่ทำการรักษา โดยยาที่ผู้ป่วยจะต้องงดหรือหยุดการใช้ยาลดน้อย 7 วัน ได้แก่ กลุ่มยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Aspirin, Warfarin, Caumadin เพื่อป้องกันอาการเลือดหยุดยาก กลุ่มยารักษาเลือดที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็ก เนื่องจากสีของอุจจาระจะเป็นสีดำ แยกความผิดปกติของลำไส้ที่ผิดปกติได้ยาก กลุ่มยาที่มีคุณสมบัติเพิ่มกากใยในอุจจาระ เช่น Mucillin เพื่อช่วยลดปริมาณกากใยในอุจจาระก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

5.2.2 การรับประทานยาระบาย

การรับประทานยาระบายถือเป็นข้อปฏิบัติในการเตรียมลำไส้ที่มีความสำคัญ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จะต้องรับประทานยาระบายเพื่อช่วยขับอุจจาระที่ตกค้างในลำไส้ออกให้หมด โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้ยาระบายชนิดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามคำแนะนำของสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งมี 2 ชนิดดังนี้

1) ยาระบายโซเดียมฟอสเฟต ผู้ป่วยจะได้รับยาระบาย 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ได้แก่ ครั้งที่ 1 45 มิลลิลิตร เวลา 18.00 น. ของวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และครั้งที่ 2 เวลา 06.00 น. เข้าวันส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยต้องรับประทานให้หมด สามารถผสมน้ำผลไม้หรือน้ำหวานที่ใส ไม่มีกากใยได้ เพื่อให้รสชาติดีขึ้นและสามารถรับประทานได้ง่าย และหลังจกดื่มยาระบายหมดแล้ว ให้ดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตร ให้หมดภายใน 1 ชั่วโมง โดยสามารถแบ่งรับประทานครั้งละ 250 มิลลิลิตร ห่างกันทุก 15 นาที ได้แก่ เวลา 18.00 น., 18.15 น., 18.30 น. และ 18.45 น. เพื่อให้

สามารถดื่มน้ำได้ครบตามจำนวน ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำเพิ่มได้ เนื่องจากการดื่มน้ำจะช่วยขับให้อุจจาระที่ค้างคั่งในลำไส้ออกไปได้มากที่สุด

2) ยาระบายโพลิเอทิลีนไกลคอลหรือ PEG จะได้รับยาระบายเป็นสารละลาย ลักษณะใส ครั้งละ 1 ลิตร ห่างกัน 12 ชั่วโมง โดยได้รับยาครั้งที่ 1 เวลา 18.00 น. เย็นวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และครั้งที่ 2 เวลา 06.00 น. เช้าวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยสามารถแบ่งรับประทานครั้งละ 250 มิลลิลิตร 4 ครั้ง ให้หมดภายใน 1 ชั่วโมง ถ้ามีอาการท้องอืดแน่น สามารถยืดระยะเวลาแต่ละครั้งให้ห่างขึ้นได้ หลังจากผู้ป่วยรับประทานยาระบายหมดแล้วสามารถดื่มน้ำตามได้อีกตามต้องการถ้าไม่มีข้อห้าม เช่น ผู้ป่วยโรคไต โรคหัวใจ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดน้ำ สำหรับการรับประทานยาเตรียมลำไส้ใหญ่มีข้อสุดท้ายก่อนทำการตรวจไม่ควรรับประทานก่อนตรวจเกิน 4 ชั่วโมง กล่าวโดยสรุปแพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้เลือกชนิดของยาระบายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานยาได้ตามความเหมาะสมโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา และสามารถให้ยาเพิ่มเติมในกรณีที่ประเมินลักษณะอุจจาระแล้ว ยังไม่สะอาดเพียงพอที่จะเข้ารับการส่องกล้องได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมลำไส้โดยรับประทานยาระบายชนิดโซเดียมฟอสเฟต (SWIFF) ทั้งหมด

5.2.3 การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย

เมื่อรับประทานอาหารและผ่านระบบย่อยอาหารแล้ว กากอุจจาระทั้งหมดจะถูกส่งไปเก็บกักที่ลำไส้ใหญ่ โดยไม่มีการย่อยอีก และจะถูกขับถ่ายอุจจาระออกมา ถ้าเวลาและสถานที่ที่ยังไม่เหมาะกับการถ่ายอุจจาระ หรือไม่อยากถ่ายอุจจาระ ร่างกายสามารถบังคับให้หูดปิดแน่นยิ่งขึ้น แต่ถ้าต้องการถ่ายอุจจาระจะสามารถตอบสนองได้โดยการเบ่งถ่ายเพื่อให้อุจจาระผ่านออกมาได้

ตั้งแต่วินิจฉัยรับประทานอาหารเช้าไปจนถึงระยะเวลาที่ขับถ่ายออกมาใช้เวลาประมาณ 24-72 ชั่วโมงขึ้นกับการทำงานของลำไส้ และลักษณะอาหารที่รับประทานเข้าไป การรับประทานยาระบายทำให้ช่วยขับถ่ายอุจจาระออกมาได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องจะต้องรับประทานยาระบายเพื่อช่วยให้ลำไส้สะอาดปราศจากอุจจาระ สามารถมองเห็นพื้นผิวได้ชัดเจน ผู้ป่วยจึงต้องสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่ายหรืออุจจาระที่ออกมาภายหลังรับประทานยาระบาย โดยทั่วไปจะมีการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกภายใน 2 ชั่วโมง หลังจากรับประทานยาระบายครั้งแรก และ 1 ชั่วโมงหลังรับประทานยาระบายครั้งที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 83-87 จะถ่ายอุจจาระภายใน 30 นาที ถึง 6.30 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการสังเกตลักษณะอุจจาระ ปริมาณ จำนวนครั้ง เพื่อประเมินความพร้อมเบื้องต้นของความสะอาดของลำไส้ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง โดยลักษณะสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสมในการเข้ารับการส่องกล้อง ได้แก่ ระดับ 3 4 5 จึงจะสามารถตรวจได้สมบูรณ์ ดังตารางที่ 2 และ ภาพที่ 1 (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงษ์, ทวี รัตนชูเอกและสุกิจ พันธุ์พิมานมาศ, 2546)

ตารางที่ 2 ระดับความสะอาดของลำไส้

ระดับ	ลักษณะของลำไส้	ผลการตรวจลำไส้
1	มีอุจจาระมาก	ไม่สามารถทำการตรวจได้
2	มีเนื้ออุจจาระมากปนกับน้ำอุจจาระ	ตรวจได้แต่ไม่สมบูรณ์
3	มีน้ำอุจจาระปนอยู่มาก	ตรวจได้สมบูรณ์
4	มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้าง	ตรวจได้สมบูรณ์
5	สะอาด	ตรวจได้สมบูรณ์

ที่มา: ดัดแปลงจากการแบ่งระดับความสะอาดของลำไส้โรงพยาบาลราชวิถี ในการตรวจและรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงษ์, ทวี รัตนชูเอกและสุกิจ พันธุ์พิมานมาศ, 2546)

5.2.3.1 การประเมินลักษณะสิ่งขับถ่ายก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ใช้การเปรียบลักษณะอุจจาระที่ขับถ่ายออกมาหลังการรับประทานยาระบาย เพื่อประเมินระดับความสะอาดของลำไส้เปรียบเทียบกับภาพถ่าย ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ โดยระดับที่ 1 มีอุจจาระมาก ระดับ 2 มีเนื้ออุจจาระมากปนกับน้ำอุจจาระ ระดับ 3 มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้าง และ ระดับ 4 สะอาดไม่มีอุจจาระทั้งน้ำและเนื้อปน ระดับที่พร้อมเข้ารับการส่องกล้องที่แพทย์ยอมรับได้ ได้แก่ระดับที่ 3 และ 4 ถ้าหากประเมินลักษณะสิ่งขับถ่ายได้ระดับที่ 1 หรือ 2 จะต้องได้รับการรับประทานยาระบายเพิ่มหรือการสวนอุจจาระขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะสิ่งขับถ่ายกับระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้อง



ระดับ 1 มีเนื้ออุจจาระมาก

ระดับ 3 มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้าง

ระดับ 2 มีเนื้ออุจจาระมากปนกับน้ำอุจจาระ

ระดับ 4 สะอาดไม่มีเนื้ออุจจาระมีแต่น้ำใสๆ

ที่มา : งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์

5.2.3.2 การประเมินลักษณะความสะอาดของลำไส้ขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้องเข้าไปดูความสะอาดภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งประเมินโดยแพทย์ มี 3 วิธีดังนี้ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ, และอุดม คชินทร, 2554)

1) **Aronchick Bowel Preparation Scale** แบ่งความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยรวม ออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (Excellent) ดี (Good) พอใช้ (Fair) แย่ (Poor) และแบบที่ต้องเตรียมลำไส้อีกครั้ง (Inadequate, need re-preparation) ซึ่งวิธีประเมินแบบนี้ทำได้ง่าย สื่อสารเข้าใจได้ง่าย แต่ขาดความละเอียด ขาดเนื้อหาที่สื่อสารให้สามารถเข้าใจได้ตรงกัน ในการประเมินลำไส้ใหญ่แต่ละส่วน

2) **Ottawa Bowel Preparation Scale** ประกอบด้วยการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ลำไส้ใหญ่ด้านขวา (right-sided colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง (transverse and descending colon) และลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและทวารหนัก (recto-sigmoid colon) ซึ่งมีคะแนนความสะอาดตั้งแต่ 0 (ดีมาก) ถึง 4 (แย่, unprepared colon) ร่วมกับการประเมินของเหลวที่ตกค้างในลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 (น้อย) ถึง 2 (มาก) Ottawa scale ที่ระดับคะแนน 0 มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีที่สุด และคะแนนที่ 14 มีความสะอาดของลำไส้แย่ที่สุด

3) **Boston Bowel Preparation Scale** ประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนเช่นเดียวกับ Ottawa scale กล่าวคือมีคะแนนความสะอาดตั้งแต่ 0 (แย่) ถึง 3 (ดีมาก) ดังนั้น Boston bowel preparation scale ที่ระดับ 0 คะแนน มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่แย่ที่สุดและคะแนนที่ 9 มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีที่สุด

อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เท่านั้น ผู้วิจัยจึงเลือกให้คำแนะนำในการสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย โดยใช้แบบวัดลักษณะอุจจาระ 4 ระดับ ดังภาพที่ 1

5.2.4 การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้

การเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะต้องมีการจำกัดการรับประทานอาหารบางชนิดก่อนทำการส่องกล้องเป็นเวลา 2 วัน โดยการปรับเปลี่ยนอาหารจากที่เคยรับประทานตามปกติเป็นอาหารกากใยน้อยและอาหารเหลวใส และการงดน้ำดื่มน้ำทางปากอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการรับประทานยาระบาย เพื่อขจัดกากอาหารออกมาจากลำไส้ จะทำให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระออกจนหมด ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียน้ำออกมาทางอุจจาระ บางรายจะเกิดอาการอ่อนเพลียถึงแม้ว่าจะได้รับสารน้ำและสารละลายทางหลอดเลือดดำแล้วก็ตาม จึงต้องมีการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้

ระหว่างการเตรียมลำไส้ เช่น อาการอ่อนเพลียมาก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นลม หรือหยุดหายใจได้ การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ จึงมีความจำเป็นบุคคลที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่รวมถึงญาติจะต้องปฏิบัติตนในการสังเกตอาการที่ผิดปกติต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อยางงานเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ไม่สุขสบายท้อง ท้องอืด ระคายเคืองทวารหนัก กระหายน้ำ ถือเป็นอาการปกติที่อาจพบได้หลังการรับประทานยาระบาย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากกะทันหัน อาเจียนมาก เหงื่อออกมาก แน่นหน้าอก ใจสั่นหน้ามืด เป็นลม บางรายอาจมี Atrial fibrillation ได้ (Kajj & Ramappa, 2018) จะต้องรีบรายงานพยาบาลผู้ดูแลทราบ

5.3 การประเมินและแบบประเมินการปฏิบัติตนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบวัดหรือเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติตน ดังต่อไปนี้

1) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของกรพิชชา คล้ายพิกุล (2560) ศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ที่คลินิกลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 ราย ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2009) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมกรรมการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องของโสภณา ว่องทวี (2557) โดยข้อคำถามเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธ คือ ปฏิบัติกับไม่ปฏิบัติ วัดพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5 ข้อ การใช้ยาระบาย จำนวน 4 ข้อ การประเมินความสะอาดภายในลำไส้ใหญ่จากลักษณะอุจจาระจำนวน 1 ข้อ และการหยุดใช้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค .72

2) แบบวัดระดับคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ จากเครื่องมือวัดความสะอาดของลำไส้และระดับความวิตกกังวลของ ภคพร เกตุสีสังข์ (2558) จากการศึกษาผลของโปรแกรม การดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย แบบวัดการปฏิบัติตนเป็นการวัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยใช้แบบ Aronchick bowel preparation scale มีได้วัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องโดยตรง

3) โสภณา ว่องทวี และคณะ (2552) ศึกษาระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่จากการใช้แนวปฏิบัติในการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องแบบต่างๆ ในผู้ป่วยนอกจำนวน 213 รายที่มาตรวจด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เครื่องมือประกอบไปด้วย แบบบันทึกการรับประทานอาหารและน้ำ แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเตรียมลำไส้ แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ ซึ่งดัดแปลงมาจากการแบ่งระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลราชวิถี (ไพบุลย์ จิระไพศาลพงษ์, ทวี รัตนชูเอกและสุกิจ พันธุ์พิมานมาศ, 2546)

4) แบบวัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ที่ศึกษาในต่างประเทศ เป็นการวัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ขณะส่องกล้อง มีแบบวัดที่นิยมใช้กันทั่วไป ได้แก่ 1) Aronchick Bowel Preparation Scale แบ่งความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยรวม ออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (Excellent) ดี (Good) พอใช้ (Fair) แย่ (Poor) และแบบที่ต้องเตรียมลำไส้อีกครั้ง (Inadequate, need re-preparation) 2) Ottawa Bowel Preparation Scale ประกอบด้วยการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ลำไส้ใหญ่ด้านขวา (right-sided colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง (transverse and descending colon) และลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและทวารหนัก (recto-sigmoid colon) ซึ่งมีคะแนนความสะอาดตั้งแต่ 0 (ดีมาก) ถึง 4 (แย่, unprepared colon) ร่วมกับการประเมินของเหลวที่ตกค้างในลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 (น้อย) ถึง 2 (มาก) Ottawa scale ที่ระดับคะแนน 0 มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีที่สุด และคะแนนที่ 14 มีความสะอาดของลำไส้แย่ที่สุด 3) Boston Bowel Preparation Scale ประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนเช่นเดียวกับ Ottawa scale กล่าวคือมีคะแนนความสะอาดตั้งแต่ 0 (แย่) ถึง 3 (ดีมาก) ดังนั้น Boston bowel preparation scale ที่ระดับ 0 คะแนน มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่แย่ที่สุดและคะแนนที่ 9 มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบวัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นการวัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการส่องกล้อง ยังไม่มีผู้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้อง ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือวัดการประเมินการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะปลายปิด ซึ่ง ประกอบด้วยการปฏิบัติตนด้านการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, และ 9 การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาระบาย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 10 และ 11 การปฏิบัติตนด้านการสังเกตและประเมินลักษณะการขับถ่าย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และการปฏิบัติตนด้านการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

5.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีดังนี้

5.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

5.4.1.1 เพศ จากการศึกษาศึกษาของ Ness, Manam, Hoen, and Chalasani (2001) และ Chan et al. (2015) ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องดีกว่าเพศชายและมีระดับความสะอาดของลำไส้ก่อนการส่องกล้องดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Yee, Manoharan, Hall, and Hayashi (2015)

5.4.1.2 อายุ พบว่าบุคคลอายุที่น้อยกว่า 55 ปี ทำให้การปฏิบัติตนในการเข้ารับการส่องกล้องดีกว่าบุคคลที่อายุมาก (Modi et al., 2009; D. L. Nguyen & M. Wieland, 2010) และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้ให้สะอาดลดลง (Romero & Mahadeva, 2013; Wu et al., 2011)

5.4.1.3 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดหรือหย่า มีระดับความสะอาดของลำไส้ในระดับแย่กว่าผู้ที่สมรสแล้ว อันเนื่องจากการดูแลบุคคลในครอบครัวและการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Lebwohl.B , Wang, & Neugut, 2010; D. L. Nguyen & M. Wieland, 2010)

5.4.1.4 อาชีพและรายได้ พบว่า อาชีพมีความเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจและรายได้ในการดำรงชีวิต จากการศึกษาค้นคว้า บุคคลผู้มีเศรษฐกิจต่ำ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้ไม่ดีเท่าบุคคลที่มีฐานะและรายได้ดีซึ่งเป็นผลให้ระดับความสะอาดของลำไส้แย่กว่า (Romero & Mahadeva, 2013)

5.4.1.5 ระดับการศึกษา ผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย อันเนื่องมาจากการไม่เข้าใจในคำแนะนำ (W. K. Chan, A. Saravanan, J. Manikam, K. L. Goh, & S. Mahadeva, 2011) ความไม่เข้าใจภาษา ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความแตกต่างของชนบทชนนิยม การใช้ภาษาในท้องถิ่นมีความหลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติดูแลตนเองที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ ASGE (2015) กล่าวว่า คนที่ไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษหรือไม่เข้าใจภาษา ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องไม่เหมาะสม Nguyen D.L and Wieland M. (2010) และ Serper et al. (2014) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความต้องการล่ามในการแปลภาษาในการให้คำแนะนำการเตรียมลำไส้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้สำหรับการส่องกล้อง

5.4.1.6 การมีโรคร่วม โดยจากการศึกษาของ (Wexner et al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ภาวะหลงลืม โรคพาร์กินสัน มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมลำไส้และทำให้ระดับความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับที่แย่กว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan et al. (2012) และ D. L. Nguyen and M. Wieland (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับการเตรียมลำไส้ไม่เหมาะสม ทำให้ระดับความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับไม่เหมาะสมหรืออยู่ในระดับแย่ และผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมต้องได้รับยาหลายชนิด

โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวด ทำให้พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอที่จะทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Asge Standards of Practice Committee et al., 2015) รวมถึงการได้รับยามากกว่า 8 ชนิด (Douglas L. Nguyen & Mark. Wieland, 2010)

5.4.2 ปัจจัยด้านการรักษา

5.4.2.1 แผนการปรับเปลี่ยนอาหารเป็นการรับประทานอาหารกากใยน้อย

(Nguyen, Jamal, Nguyen, Puli, & Bechtold, 2016) ผลข้างเคียงของการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน (S. H. Kang et al., 2017; Radaelli et al., 2017) ความทนต่อรสชาติของยาระบาย (Seo et al., 2011) ปริมาณของยาระบายที่ได้รับ (Menees et al., 2014) และระยะเวลาของการรอคอยส่องกล้องนาน (W.-K. Chan, A. Saravanan, J. Manikam, K.-L. Goh, & S. Mahadeva, 2011; Romero & Mahadeva, 2013) การใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของลำไส้ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย เช่นการได้รับยาแก้ปวด ขั้นตอนในการเตรียมยุงยาก ช่วงเวลาของการส่องกล้อง เข้าหรือป่วย (Kang. J et al., 2015)

5.4.2.2 ระบบบริการสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพ (Health care system factors) เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะทำได้และระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ สามารถรับบริการในชุมชนได้สะดวกมากยิ่งขึ้น การเดินทางที่ยากลำบากเพื่อเข้ารับการรักษจะทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้รู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและต่อการดูแลสุขภาพ (Denberg et al., 2010) และการเปิดโอกาสให้บุคลากรทางสุขภาพในทุกระดับสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ สิทธิเบิกจ่ายตรง สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

5.4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษา และบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่าความพึงพอใจต่อผู้ให้การรักษาหรือให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีการติดตามการรักษาที่ดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาหรือผู้ให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและไม่ซับซ้อนจะทำให้บุคคลเข้าใจและปฏิบัติตนได้ดี จากการศึกษาพบว่า การแจกคู่มือการปฏิบัติตนและการให้ความรู้โดยใช้สื่อต่าง ๆ และการโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือน จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการส่องกล้องและไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระ (Lorenzo-Zuniga, Moreno de Vega, Marin, Barbera, & Boix, 2015; Walter et al., 2018)

5.4.3 ปัจจัยนำหรือปัจจัยเสริม ได้แก่

การให้ความรู้ หรือคำแนะนำ การได้รับการสอนโดยช่วยให้มีการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้ดีและมีระดับความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ได้แก่ ใช้คู่มือการให้คำแนะนำหลายภาษา (Calderwood, et al, 2011) การใช้วีดิทัศน์ในการให้ความรู้ (Prakash et al., 2013) การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ (Liu et al., 2014; Ergen et al., 2016; Hsu, Liang, Lin, Lee, & Chung, 2016; Tae et al., 2012; Yoo Jin Lee et al., 2015; X. Kang et al., 2016; Rosenfeld et al., 2010; Yee et al., 2015) การส่งข้อมูลทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Denberg.D et al., 2007) การให้ความรู้โดยแพทย์ (Shieh et al., 2013; Johnson et al., 2014)) การใช้ภาพการ์ตูนช่วยสอน (J. W. Tae et al., 2012) การให้ความรู้ทางวิดีโอออนไลน์ (Hayat, Lee, Lopez, Vargo, & Rizk, 2016) การส่งข้อความสั้น 4 วันก่อนส่องกล้อง (Yoo Jin Lee et al., 2015; Walter et al., 2018) การใช้ Smartphone application (Lorenzo-Zuniga et al., 2015) ผลของวิธีการให้ความรู้ที่แตกต่างกันทำให้ความสะอาดในการเตรียมลำไส้แตกต่างกัน (Hsueh et al., 2014; Gausman et al., 2018)

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่หลายปัจจัย ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยด้านการให้ความรู้เพื่อที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความรู้และสามารถปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นเพื่อส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพดีต่อบุคคลดังกล่าว

6. แนวคิดในการให้ความรู้ทางสุขภาพ

การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เป็นบทบาทอิสระและเป็นความรับผิดชอบโดยตรงที่พยาบาลสามารถกระทำได้ (มรยาท ณ นคร, 2544) โดยการให้ข้อมูลหรือความรู้เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว ได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ความรู้สามารถช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ นำความรู้ที่ได้รับไปประมวลผล และเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมและคงอยู่ถาวร (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2553)

6.1 ความหมายของการให้ความรู้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) การให้ข้อมูลทางสุขภาพที่ดี ต้องให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติและมีรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี สามารถใช้วิจารณ์ญาณและความรอบรู้ ในการเลือกใช้บริการต่าง ๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เพื่อ

ปรับปรุงสถานสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาสุขภาพและเพิ่มความรู้หรือเกิดทัศนคติที่ดี

Devine and Cook (1986) การให้ความรู้ หมายถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ โดยผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวอันจะเกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

Rakel (1992) การให้ความรู้ด้านสุขภาพหมายถึง การสอน กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ป่วยได้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม สามารถควบคุมหรือป้องกันอาการรุนแรงของโรคได้ ดังนั้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการสอนนั้น จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์ที่มีอยู่กับสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ และสามารถโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์และแนวทางในชีวิตประจำวันได้

อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2553) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่ทำใหบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเป็นประโยชน์ต่อบุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งประชาชนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและเผยแพร่แก่บุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

ปิยภัทร พรหมสุวรรณ (2548) การให้ข้อมูลหมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้บุคคลได้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้าและให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยความรู้ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับข้อมูลนั้นจะต้องมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการข้อมูลให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ (ชูลีกรณ์ ด่านยุทธศิลป์, 2541) และข้อมูลจะเป็นประโยชน์เมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลนั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผนเพื่อให้สามารถปรับเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (2543) ได้จำแนกกว่า การให้ข้อมูลเป็นประเภทหนึ่งของการกระทำทางการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การบอกบางสิ่งบางอย่างแก่บุคคล ส่วนการสอนเป็นประเภทหนึ่งของการให้ข้อมูลซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบแก่บุคคลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และการให้สุขศึกษา เป็นประเภทหนึ่งของการสอน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การให้ความรู้บางสิ่งบางอย่างแก่บุคคลรวมทั้งอนามัยโลก (1974) ได้ระบุไว้ว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพ สุขศึกษา การสอนสุขภาพ มีความหมายเดียวกัน ดังนั้น การให้ข้อมูล การให้ความรู้จึงเป็นการปฏิบัติพยาบาลอย่างหนึ่งและมีความหมายถึงการให้ความรู้ การสอน การให้สุขศึกษา

สมพร รูปช้าง (2550) การให้ความรู้ทางการแพทย์ หมายถึง การให้ความรู้ การบอก การสอน การแนะนำ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ วิธีการรักษาที่ได้รับ ความรู้สึกที่จะเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติ และข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มด้วยวิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือให้ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ดังนั้นการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เกี่ยวกับการเลือกชนิดของการรับประทานอาหาร การรับประทานยาระบาย การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่ายและการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ โดยใช้กระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพของ Alice (2004) ได้แก่ การกำหนดปัญหาและประเมินความต้องการการเรียนรู้ วางแผนการเรียนรู้ การปฏิบัติการให้ความรู้ และการประเมินการเรียนรู้ เพื่อให้บุคคลเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

6.2 แนวคิดพื้นฐานภายใต้หลักการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

การให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นการส่งเสริมการป้องกันโรคแก่บุคคล (Health and its promotion) ซึ่ง สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม และเป็นภาวะที่บุคคลทั่วไปปรารถนา คำตรงข้ามคือการเจ็บป่วย และเมื่อต้องการสุขภาพดีต้องมีการวางแผนเพื่อให้มีสุขภาพดี สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีความเสี่ยงหรือเสี่ยงจะเป็นโรคพยาบาลจึงต้องรับรู้แนวทางการป้องกันที่แบ่งเป็น 3 ระดับ (คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 2561)

6.2.1 ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention)

การป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลมากที่สุดกว่าการป้องกันและควบคุมโรคระดับอื่น ๆ วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ หรือการ

ปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้เกิดภาวะที่โรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การปรับปรุงสุขภาพให้สิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกัน มิให้มีพาหะและสื่อนำโรค ทั้งนี้เพื่อทำให้การแพร่กระจาย

ของเชื้อที่เป็น สาเหตุทำให้เกิดโรค โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนหมดไป ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันโรค ล่วงหน้ามีดังนี้

- 1) การให้สุศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรค การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติงานให้ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลและชุมชน
- 2) การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะสมกับกลุ่มอายุและภาวะความต้องการของบุคคล เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมลูก หรือผู้ป่วย ด้วยโรคบางชนิดที่มีความต้องการอาหารพิเศษเฉพาะโรค
- 3) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้โดยการให้วัคซีน เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นวัยสูงอายุ หรือกลุ่มเสี่ยง
- 4) กิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง
- 5) การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนได้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นการ สันทนาการ สนามกีฬา สนามเด็กเล่น รวมทั้งสถานที่สำหรับประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม
- 6) การจัดหรือปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำสะอาดการกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุมมลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ
- 7) การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร การเดินทางท่องเที่ยว ฯลฯ
- 8) การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะสำหรับเด็กเล็กหรือเด็กนักเรียนซึ่งกำลังเจริญเติบโต เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ
- 9) การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรสการส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรค และการโภชนาการ

6.2.2 ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary Prevention) คือ การป้องกันโรคล่วงหน้าระดับที่ 2 ในกรณีที่การดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผล ทำให้มีโรคเกิดขึ้น ดังนั้น ความมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรคในระยะมีโรคเกิด คือ หยุดกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยของบุคคล ในชุมชนให้ลดลงและหายเร็วที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรคเกิด มีดังนี้

- 1) การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก นับว่าเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและสามารถแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ ไข้หวัดใหญ่ อหิวาตกโรค ไข้หัด โรคคอตีบ ไข้ไขสันหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่สามารถค้นหา

ผู้ป่วยโรคเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง และสามารถป้องกันมิให้โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจเกิดตามมา เป็นผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความพิการลดน้อยลงได้

2) การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็ว และสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้เป็นอย่างดี และการรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่โรคหรือบ่อเกิดโรค ซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย

3) การป้องกันการแพร่เชื้อ มีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชน โดยปะปนไปกับอาหาร น้ำ และแมลงนำโรคชนิดต่าง ๆ ดังนั้นการดำเนินการเกี่ยวกับการกำจัดเชื้อที่อยู่ในน้ำ อาหาร สิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อนำโรค โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การทำน้ำให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยเติมสารฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีนตลอดจนการสุขาภิบาลอาหารและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันการแพร่เชื้อโรค

4) การเพิ่มความต้านทานหรือป้องกันโรคให้แก่บุคคลหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความต้านทานต่อโรคที่เกิดขึ้น ที่สามารถจะป้องกันได้โดยการใช้วัคซีน เช่น การฉีดวัคซีน ป้องกันอหิวาตกโรค วัคซีนป้องกันโรคไข้ไทฟอยด์ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในระยะที่เกิดการระบาดของโรคขึ้นควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาแก่ชุมชน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น การระมัดระวังในเรื่องอาหาร น้ำ การระมัดระวังและหลีกเลี่ยงจากการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วย การระมัดระวังในด้านสุขภาพร่างกายเป็นพิเศษ

5) การใช้กฎหมายสาธารณสุข ในกรณีที่มีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น และแม้ว่าจะได้ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโดยวิธีการต่าง ๆ แล้วแต่ไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยดี จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้โรคสงบลงเร็วที่สุด

6.2.3 ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention)

คือการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันในระดับนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วย การดำเนินงานจะเกิดผลดีจะต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1) มีวิธีการรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ

2) มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงและ
มากพอที่ประชาชนจะมาใช้บริการได้สะดวก

3) ประชาชนมีความเข้าใจ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุขที่มีอยู่ให้ถูกต้อง

4) มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าถึงวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคให้หายโดย
รวดเร็วและรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่
อาจจะเกิดตามมาให้น้อยลง

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งผลในการค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อ
ป้องกันการเกิดโรคในระยะเริ่มแรก จากการที่ดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผล ทำให้มีโรคเกิดขึ้น
ดังนั้น ความมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรคในระยะมีโรคเกิด คือ หยุดกระบวนการดำเนินของ
โรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรค และการลดการเจ็บป่วยของบุคคลให้ลดลงและหาย
เร็วที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรคเกิด ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรกโดยการ
คัดกรองบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ การ
วินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมี
ประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็ว และสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่
เกิดตามมา และลดอัตราการเสียชีวิตได้

6.3 หลักการให้ความรู้ทางสุขภาพ

6.3.1 จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้

การให้ความรู้เป็นการให้บุคคลร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและชุมชน มีวิธีการ
ดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นในการพัฒนาตนเอง การได้รับข้อมูลความรู้ที่สอดคล้องกับ
สภาพปัญหาและความต้องการของบุคคลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี 3
ประการ(อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2553a) ได้แก่

1) เกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้
ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมีถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็น
ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2) เกิดเจตคติด้านสุขภาพ (Health attitude) หมายถึง การสอน อธิบาย การให้
เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่ดี

3) เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทาง
วิธีการและการกระทำเพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพให้
เหมาะสมยิ่งขึ้น

ดังนั้นการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แล้วสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารกากใยน้อย ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง การปฏิบัติตนในการรับประทานยาระบายให้ครบตามจำนวน และการดูแลตนเองระหว่างการเตรียมลำไส้ทั้งระยะที่อยู่ที่บ้านและเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

6.3.2 วิธีการให้ความรู้

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องเลือกวิธีให้เหมาะสมกับผู้รับ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคนั้นจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูลโดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้ความรู้ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ วิธีการ ความสำเร็จของการให้ข้อมูล ที่จะเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติตน และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มี 2 วิธี ดังนี้ (Hathaway, 1986; Katz, 1997)

- 1) การให้ข้อมูลที่จำเพาะ (specific) คือการให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยสนใจ ตรงกับความต้องการเรียนรู้ เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง
- 2) การให้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานไม่จำเพาะแต่ละบุคคล (standardized) คือการให้ข้อมูลที่พยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้คัดเลือกหรือระบุหัวข้อหรือเนื้อหาที่คิดว่าจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการตนเอง

6.3.4 รูปแบบในการให้ความรู้

- 1) การสอนรายบุคคล (individualized) เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสในการซักถามข้อสงสัย
- 2) การสอนแบบรายกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลความรู้ที่มีผู้รับตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นเตือนให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้

6.3.5 สื่อการสอนที่ใช้ประกอบในการให้ความรู้

สื่อการสอน (Instruction Media) เป็นสิ่งนำมาใช้เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูล ประกอบไปด้วย สื่อการเห็นหรือทัศนูปกรณ์ (Visual media) ได้แก่ หนังสือ คู่มือ แผ่นภาพ บัตรคำ นิทรรศการ สื่อการฟังหรือโสตอุปกรณ์ (Audio media) ได้แก่ วิทยุ เทปบันทึกเสียง ระบบกระจายเสียง และสื่อการเห็นร่วมกับการฟังหรือ โสตทัศนูปกรณ์ (audio-visual media) ได้แก่ เทปโทรทัศน์

ภาพยนตร์ สไลด์ประกอบเสียง เป็นต้น การเลือกใช้สื่อการสอนจะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ ประสิทธิภาพของผู้ป่วยเนื้อหาในการสอนมีความถูกต้อง ทันสมัย น่าสนใจ มีการเรียงลำดับเนื้อหาที่ดี ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีขั้นตอน นำไปใช้ได้ถูกต้อง และการเลือกใช้ให้ตรงกับวัยของผู้ป่วย จำนวน ผู้ป่วย (สมพร รูปช้าง, 2550)

6.3.6 ความถี่ในการให้ข้อมูล คือจำนวนครั้งในการให้ข้อมูล แบ่งเป็นการให้ข้อมูล เพียงครั้งเดียวและการให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง

6.3.6 ลักษณะของข้อมูล

1) ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำเป็นขั้นตอนหรือข้อมูลวิธีการ (procedural information) เป็นการอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น หรือต้องประสบ ช่วยให้ผู้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (cognitive control) ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาบรรเทาหรือคุกคามได้ นิยมใช้ในการให้ข้อมูลในการทำหัตถการต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลเรื่องโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ วิธีการตรวจแผนการรักษา และการพยาบาลที่ได้รับก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส (sensory information) คือการรับรู้สัมผัส กลิ่นเสียง และมองเห็นภาพเกี่ยวกับขั้นตอนการทำการก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จะช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองได้ (response control) ซึ่ง Mchugh, Christman & Johnson (1982) เสนอหลักการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไว้ว่า บอกความรู้สึกที่อาจประสบขณะได้รับการตรวจรักษาแต่ไม่ควรบอกว่าจะได้พบสิ่งที่น่ากลัว หรือบอกถึงความรู้สึกถึงในส่วน ประสิทธิภาพที่จะได้รับเท่านั้นและบอกสาเหตุที่ต้องทำให้ประสบกับความรู้สึกนั้น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วย แปลความหมายของข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

3) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไรในขณะเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคาม (coping information) เพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดภาวะเครียด ซึ่งช่วยทำให้ควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (behavior control) การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง เมื่ออยู่ที่บ้านและเมื่อพักอยู่โรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกชนิดของข้อมูลทั้ง 3 ชนิด ในการให้ความรู้ย่อมมีแบบแผนทั้ง 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องทั้งด้านการรับประทานอาหารากไยน้อย การรับประทานยาระบาย การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ 2) ข้อมูลความรู้สึกที่ต้องประสบเมื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่รสชาติของ ยาระบาย การเพิ่มความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระภายหลังการรับประทานยาระบาย สิ่งรบกวนจากการสิ่งแวดล้อมขณะอยู่โรงพยาบาล และความไม่สุขสบายจากการเตรียมลำไส้ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับ

วิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคามต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องและรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้

6.3.7 ข้อคำนึงถึงในการให้ความรู้

การให้ข้อมูลหรือความรู้เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ควรผสมผสานไปพร้อมกับการปฏิบัติการพยาบาลให้ความรู้ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้และกำลังมีความสงสัยอยากรู้ อยากเห็นว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง ไม่ควรให้ในขณะที่ยังกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤต เพราะความสามารถในการรับรู้และการคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง Scott, Oberst, and Dropkin, (1980) ได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูลดังนี้ (Manley, 1988; Stank, 1990; Edwards, 2003 อ้างถึงใน ปิยภัทร พรหมสุวรรณ, 2548)

- 1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูลและสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ประเมินผู้รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็นหรือการได้ยินตลอดจนภาวะทางจิตใจและอารมณ์มีการแปรปรวนหรือไม่ เพราะความแปรปรวนทางด้านจิตใจและอารมณ์มีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการรับข้อมูลลดลง
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำสุภาพ แสดงความจริงใจ กริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตรและให้ความสนใจผู้เรียนมากที่สุด
- 3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความหมายชัดเจน ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น
- 4) มีขั้นตอนของการให้ข้อมูล ไม่สับสน พูดให้ช้าและชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลมีการซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ระยะห่างระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับข้อมูลต้องห่างกันในระยะที่พอเหมาะ เพื่อจัดสิ่งรบกวนอื่น ๆ ช่วยให้การมองเห็นชัดและได้ยินชัดเจน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีการที่ดี
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล
- 6) ให้ความเหมาะสม การให้ข้อมูลความรู้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดี ควรให้ในช่วงที่ผู้ป่วยผ่อนคลาย
- 7) ให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อาการข้างเคียงหรือ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตรวจด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ด้วย ผู้เรียนเกิดความประทับใจสามารถนำไปปฏิบัติได้ (ชนกพร จิตปัญญา, 2551)

สำหรับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้วิจัยเลือกการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Individualized) โดยใช้การผสมผสานสื่อในการให้ความรู้ทั้งการสื่อสารโดยตรงกับพยาบาล การใช้เอกสารคู่มือในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และภาพพลิกการปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และการใช้โทรศัพท์ติดตามมากกว่า 1 ครั้ง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม การโทรศัพท์ให้ข้อมูลและติดตามเยี่ยมขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน จนถึงวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่

6.3.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

1) ผู้รับความรู้ ได้แก่ ผู้ฟังหรือบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องมีความพร้อมทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ พื้นฐานเดิมของผู้ฟัง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ประสบการณ์ ความเชื่อส่วนบุคคล ความต้องการพื้นฐานของบุคคล (Maslow) ประสบการณ์ และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา วุฒิภาวะและวัยเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ และการรับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งนี้ต้องพิจารณาความต้องการของบุคคลด้วย

2) ผู้ให้ความรู้หรือผู้สอน จะต้องมีความรู้ในเนื้อหาวิชาการ มีทักษะ ในการสอน และมีความสามารถเฉพาะทางหรือมีประสบการณ์ในด้านการพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ความรู้ในเรื่องโรคและการวางแผนการรักษา มีบุคลิกภาพที่จริงใจต่อผู้เรียน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี น่าเชื่อถือ มั่นใจในตนเอง สุภาพ และมีทักษะในการสื่อสาร มีเทคนิคการสร้างบรรยากาศทางการเรียนรู้ กระตุ้นผู้ฟัง เป็นกันเอง และมีการสร้างแรงจูงใจ มีความคิดสร้างสรรค์ รับฟังความคิดเห็นของผู้ฟัง เข้าใจธรรมชาติและความต้องการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และมีการเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นหรือบอกความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และสามารถตอบคำถามได้ชัดเจน

3) ความรู้หรือบทเรียนที่จะให้กับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีความเหมาะสมกับความสนใจ เหมาะสมกับเวลา และความเชื่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

4) สิ่งแวดล้อม หรือแหล่งเรียนรู้ สถานที่ ต้องเหมาะสมกับการให้ความรู้ ระยะเวลา ความยากง่ายของเนื้อหา ต้องเหมาะสมกับผู้ฟัง เตรียมอุปกรณ์และสื่อที่เหมาะสมกับผู้ฟัง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา มาใช้ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกับการทดลอง ซึ่งได้นำปัจจัยด้านระยะเวลาในการให้ข้อมูล จำนวนครั้งในการให้ข้อมูลไปใช้ในโปรแกรม ทั้งหมดแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ระยะที่ 2 เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ระยะที่ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรม

6.3.9 แนวคิดการใช้โทรศัพท์ติดตาม

ในยุคปัจจุบัน การใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นแนวคิดใหม่และบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลยุทธ์สำคัญของตลาดทางสุขภาพ ที่นำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา สามารถติดต่อผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น มีต้นทุนต่ำ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ได้รับบริการที่รวดเร็ว การใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจที่เป็นมาตรฐานทั้งสองฝ่าย (Hass & Androwich, 1999) ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

การใช้โทรศัพท์ติดตามในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงแต่ละบุคคล (Individualized) โดยการผสมผสานสื่อในการให้ข้อมูล และมีการสื่อสารโดยตรงกับพยาบาล ผู้ให้ความรู้ การใช้เอกสารคู่มือ ภาพพอลิกรัฟ ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามมากกว่า 1 ครั้งจะช่วยเพิ่มความรู้อในการดูแลตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และมีประสบการณ์ในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

6.3.10 กระบวนการให้ความรู้

Alice Kiger (2004) ระบุว่า การให้ความรู้มีหลายขั้นตอน ซึ่งสรุปได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

6.3.10.1 การประเมินความต้องการการเรียนรู้

6.3.10.2 การวางแผนการให้ความรู้

6.3.10.3 ปฏิบัติการสอนหรือการให้ความรู้

6.3.10.4 ประเมินผลการให้ความรู้

จากการศึกษาถึงความต้องการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า บุคคลมีความต้องการที่สำคัญคือ การได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และพบว่าการการปฏิบัติตนที่ผ่านมาของบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จากการพบอุบัติการณ์ของการเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เนื่องจากระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้องไม่เหมาะสม โดยการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสุรินทร์พบว่า โดยการวัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ จากการใช้ Aronchick bowel preparation scale พบว่า อยู่ในระดับ fair และ poor ถึง ร้อยละ 14.36

และ 22.03 และพบระดับ inadequate ร้อยละ 5.74 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่อีกครั้ง การที่มีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะตกค้างในลำไส้ใหญ่จำนวนมากจะทำให้การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทำได้ยาก ไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนต่าง ๆ ได้ครบทั้งหมด เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้ใหญ่ได้สูงถึงร้อยละ 42 และพลาดการวินิจฉัย Advanced adenoma ได้ร้อยละ 27 (Lebwohl. B. et al., 2011; วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2554) ใช้เวลาในการส่องกล้องนานขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ (Fisher et al., 2011) มีแนวโน้มที่จะถูกส่องตรวจลำไส้ใหญ่ซ้ำและเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Pyenson, Scammell, & Broulette, 2014) ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้จึงต้องได้รับความรู้หรือข้อมูลที่ประกอบไปด้วย การปฏิบัติตนในการเลือกชนิดของอาหาร การรับประทานยาระบายให้ครบตามจำนวนที่กำหนด การเฝ้าระวังและสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย เพื่อให้สามารถประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ และการเฝ้าระวังความผิดปกติต่าง ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเตรียมลำไส้ การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระและเป็นบทบาทความรับผิดชอบโดยตรงที่พยาบาลจะสามารถกระทำได้ (มรรยาท ณ นคร และคณะ, 2544) โดยการให้ข้อมูลความรู้เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว ได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ความรู้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับมาประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542)

จากความสำคัญของการให้ความรู้ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในห้องผ่าตัด ได้เห็นปัญหาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาดหรือไม่ได้รับการคัดกรองภาวะการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงประเทศชาติในการให้บริการบุคคลกลุ่มนี้ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อย่างมีกระบวนการและขั้นตอนและเหมาะสมกับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Alice, 2004)

7. โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มที่มีโรคหรือกำลังเกิดโรค การให้ความรู้จึงมีความมุ่งหมายที่สำคัญในการป้องกันโรคในระยะมีโรคเกิดขึ้นแล้ว และเป็นการระงับกระบวนการดำเนินของโรคมะเร็งลำไส้ ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรคเกิด ได้แก่ การคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยในโรงพยาบาล การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มุ่งหวังให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้สำเร็จ โดยมีการพบผู้ป่วยทั้งหมด 3 ระยะ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ห้องตรวจคัดสรรแผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

1.1) ผู้วิจัยจัดสถานที่และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการให้ความรู้แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีบรรยากาศกระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ สร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ทำความรู้จัก ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติ แสดงความเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลาย แสดงความพร้อมและการเต็มใจในการให้ข้อมูล คำแนะนำ ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้และความต้องการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.2) ประเมินความต้องการการเรียนรู้ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้อง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้และความต้องการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จัดสถานที่และบรรยากาศกระตุ้นการเรียนรู้แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.3) วางแผนการเรียนรู้ กำหนด เรื่องที่จะต้องเรียนรู้ลำดับแรก คือ วิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การเลือกอาหารที่รับประทานต้องรับประทานก่อนส่องกล้องในแต่ละวันและ ช่วงเวลา

1.4) ให้ความรู้ทั่วไปแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกี่ยวกับการส่องกล้อง และวิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้สื่อการสอนโดยคือ ภาพพลิกเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และวิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนและตัดสินใจลงมือปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระหว่างการให้ความรู้ ผู้วิจัย ใช้คำพูดชักจูงให้ทราบผลดีของ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้งผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหา ดังนี้

1.4.1) ความรู้เรื่องการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ การเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1.4.2) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหารก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ ดังนี้

1.4.2.1) 2 วันก่อนได้รับการส่องกล้อง

อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่ ข้าวต้มไม่ใสผัก ใส่น้ำมันปลาได้ โจ๊ก เต้าหู้ไข่ เต้าหู้ปลา เต้าหู้แผ่น ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม

อาหารที่ต้องงดรับประทาน ได้แก่ เนื้อ หมู อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล

1.4.2.2) 1 วันก่อนได้รับการส่องกล้อง อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่

มี้อเช้า ข้าวต้มไม่ใสผัก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ทุกชนิด โจ๊กไม่ใสผัก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ทุกชนิด ไข่ตุ๋น

มี้อกลางวันและมี้อเย็น รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิล น้ำมะนาว น้ำเก็กฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น

1.4.2.3) อาหารที่ต้องงดรับประทาน ได้แก่ งดเนื้อ หมู ปลา อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล ชา กาแฟ ไอศกรีม ของหวานทุกชนิด วุ้น เยลลี่ น้ำผลไม้มีกาก น้ำปั่น นมทุกชนิด น้ำหวานใส่สีแดง สีเขียว เนื่องจากจะสับสนกับสีของอุจจาระและสีเลือด

1.4.2.4) การงดน้ำและอาหารทางปาก บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จะต้องงดอาหารทางปาก ทุกชนิดตั้งแต่เวลา 24.00 น. วันก่อนส่องกล้องเว้นเฉพาะยาระบาย สามารถรับประทานได้เวลา 06.00 น. เข้าวันส่องกล้องลำไส้ใหญ่ บุคคลที่เข้ารับการส่องกล้องจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้มีอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้อง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ลำไส้ใหญ่แตกทะลุ จากการมีอุจจาระตกค้าง ไม่สามารถมองเห็นลำไส้ได้ชัดเจน และป้องกันเกิดสำลักในขณะให้การระงับความรู้สึกขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตามแนวปฏิบัติในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะต้องงดน้ำและอาหารทางปากอย่างน้อย 6-8 ชม.

1.4.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้ามานอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยออกใบนัดหมายให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระบุเวลามาโรงพยาบาลไม่เกิน 9.00 น. เพื่อเข้ารับการเตรียมตัวและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะอยู่

โรงพยาบาลเพื่อส่งกลัองลำไส้ใหญ่ การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับการนอนโรงพยาบาล ไม่นำของมีค่าติดตัวมาเพื่อป้องกันการสูญหาย หลังการส่งกลัองลำไส้ใหญ่ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะต้องไม่ขับรถ ดังนั้นจะต้องมีญาติมาด้วย

1.5) ประเมินผลการสอน และเปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยน ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รู้สึกว่าเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติตน ช่วยแก้ปัญหาและชี้แนะวิธีในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งให้การสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นำไปอ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน

ระยะที่ 2 ขณะอยู่ที่บ้าน ใช้การโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้งดังนี้

2.1) ครั้งที่ 1 การโทรศัพท์ติดตาม 3 วันก่อนส่งกลัองลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2.1.1) กล่าวแนะนำตัว ทักทายด้วยความเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ แล้วทวนถามวันเวลาที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องเข้ารับการส่งกลัองลำไส้ใหญ่ตามกำหนด

2.1.2) ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรคและกระตุ้นให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระบายความรู้สึก พร้อมประเมินการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน 2 วันก่อนส่งกลัองลำไส้ใหญ่

2.1.3) กำหนดแผนการเรียนรู้ หากพบว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังไม่สามารถเข้าใจหรือจดจำความรู้ทั่วไปในครั้งที่ 1 ได้ ผู้วิจัยจะยังคงใช้แผนการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะกำหนดแผน เรื่อง การเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกลัอง ในแต่ละช่วงวัน และเวลา ได้แก่ อาหารอ่อนย่อยง่าย ทั้ง 3 มื้อ ก่อนการส่งกลัอง 2 วัน

2.1.4) ให้ความรู้ซ้ำแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในด้านการเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกลัอง โดยใช้สื่อในการสอน และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะต้องรับประทานอาหารกากใยน้อย อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มไม่ใส่ผัก ไข่ต้ม เต้าหู้ ไข่ การงดรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว อาหารแปรรูปต่าง ๆ เช่น กุนเชียง ไส้กรอก ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี รับประทานเนื้อปลาได้ ให้การชี้แนะในการเลือกอาหารเพื่อให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความเชื่อมั่นในการเลือกและจัดเตรียมอาหารที่จะรับประทานโดยไม่ขัดคำสั่งการรักษา

2.1.5) ประเมินและเปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซักถาม ข้อสงสัยในการเลือกรับประทานอาหาร และ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร 2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

2.2) ครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตาม 2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2.2.1) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการเลือกอาหาร

2.2.2) ผู้วิจัย ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตน สอบถามปัญหาและอุปสรรคและกระตุ้นให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระบายความรู้สึก พร้อมประเมินการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.2.3) กำหนดแผนการเรียนรู้ หากพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังไม่สามารถเข้าใจหรือจดจำการปฏิบัติตนที่สอนในครั้งที่ 1 เรื่องการเลือกอาหารได้ ผู้วิจัยจะยังคงใช้แผนการเรียนรู้ครั้งที่ 1 และ 2 แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะกำหนดแผน เรื่อง การรับประทานชนิดเหลวใส เป็นลำดับถัดไป

2.2.4) ผู้วิจัยทบทวนให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารเหลวใสก่อนส่องกล้อง 1 วัน ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง กล่าวคือ มื้อเช้าให้รับประทานข้าวต้มขาว โจ๊ก งด ผักผลไม้ทุกชนิด หลังจากนั้นรับประทานอาหารเหลวใส ได้จนถึงเวลา 24.00 น. ได้แก่ น้ำดื่มสะอาด น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิล น้ำมะนาว น้ำเก๋กฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น โดยใช้สื่อในการสอน และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา

2.2.4) ให้ข้อมูลการเตรียมตัวเข้ามานอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระบุเวลามาโรงพยาบาลไม่เกิน 9.00 น.เพื่อเข้ารับการเตรียมตัวและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะต้องมีญาติมาด้วยทุกครั้ง การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับการนอนโรงพยาบาล ไม่นำของมีค่าติดตัวมาเพื่อป้องกันการสูญหาย หลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะต้องไม่ขับรถ ดังนั้นจะต้องมีญาติมาด้วย

2.2.5) เปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซักถาม ข้อสงสัยในการเลือกรับประทานอาหาร และ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

ระยะที่ 3 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3.1) ครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการพักค้างในช่วงเช้าไม่เกิน 9.00 น.

3.1.1) เมื่อเวลา 9.00-10.00 น. ที่ห้องพักของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องที่เคยได้รับการสอนมาก่อนหน้าในด้านการรับประทานอาหารเหลว การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการรับประทานยาระบาย

3.1.2) กำหนดแผนการเรียนรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาระบาย

3.1.3) ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารเหลวใส การรับประทานยาระบายการสังเกตและประเมินลักษณะการขับถ่าย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเตรียมลำไส้โดยใช้สื่อในการสอน ได้แก่ ภาพพลิกการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ดังนี้

3.1.3.1) แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารกากใยน้อยและอาหารเหลวใสได้แก่

3.1.3.1.1) หลังรับประทานมื้อเช้า ให้เลือกดื่มเฉพาะน้ำสะอาด น้ำหวานที่ไม่มีสี ไม่มีตะกอน น้ำผลไม้แยกกาก เช่น น้ำเก๊กฮวย น้ำกระเจียบ น้ำลำไย น้ำมะตูม น้ำซุบใส น้ำเกลือแร่ ได้จนถึงเวลา 24.00 น.

3.1.3.1.2) แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ เพื่อช่วยไล่อุจจาระที่ค้างในลำไส้ออกมาให้หมด

3.1.3.2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาระบาย เพื่อขับอุจจาระที่ตกค้าง ทำความสะอาดลำไส้และเพื่อให้แพทย์ได้เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาระบาย 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 รับประทานยาระบายเวลา 18.00 น. ปริมาณ 45 มิลลิตรถ้าเป็นยาระบายโซเดียมฟอสเฟต หรือ 1 ลิตรสำหรับยาระบาย โพลีเอทิลีนไกลคอล

ครั้งที่ 2 เวลา 06.00 น. เช้าวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หลังทานยาระบาย ให้รับประทานน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตร ให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตร โดยรับประทานภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้สะอาด ไม่มีอุจจาระค้างในลำไส้

3.1.3.3) ให้คำแนะนำเรื่องการสังเกตและประเมินลักษณะอุจจาระ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระหลังจากรับประทานยาระบายครั้งแรกไปแล้ว 2 ชั่วโมง และ ในครั้งที่ 2 หลังรับประทานยาระบายไปแล้ว 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะปวดจนไม่สามารถถ่วงอุจจาระได้ ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลวได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะอุจจาระ โดยพยาบาลหอผู้ป่วยจะสอบถาม

ผู้ป่วยถึงปริมาณ ลักษณะ และสีของอุจจาระที่ผู้ป่วยถ่ายออกมาหลังรับประทานยาระบายและเปรียบเทียบกับภาพถ่าย ถ้าผู้ป่วยไม่มีการขับถ่ายหลังจากรับประทานยาระบาย จะต้องแจ้งแพทย์ทราบเพื่อเพิ่มปริมาณยาหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตาม จนกว่าอุจจาระมีลักษณะใส

3.1.3.4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ใน 3 ระยะส่องกล้อง ได้แก่

การเตรียมตัวในระยะก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

- ในวันส่องกล้องจะมีพนักงานเปลจากห้องส่องกล้องมารับผู้ป่วยที่ห้องพักตามเวลาที่แพทย์เรียก
- เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะนำผู้ป่วยไปนอนรอในห้องดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องอีกครั้ง และวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ
- ขณะนอนพักรอทำการส่องกล้อง ถ้าผู้ป่วยต้องการลุกออกจากเตียง หรือต้องการความช่วยเหลือใด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ภายในห้อง ได้ตลอดเวลา เมื่อถึงคิวพยาบาลจะนำผู้ป่วยเข้าไปในห้องส่องกล้องทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การปฏิบัติตนขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่

- ผู้ป่วยจะได้รับการให้นอนหงายตามแผนการรักษาโดยวิสัญญีแพทย์
- หลังจากนั้นจะจัดท่าให้นอนตะแคง งอเข่าชิดลำตัว แพทย์ผู้ส่องกล้องจะหาสารหล่อลื่นที่ทวารหนัก แล้วจะใส่กล้องเข้าไป เมื่อกล้องอยู่ในลำไส้ใหญ่ จะมีการสูบลมอัดเข้าไปเพื่อให้ลำไส้ใหญ่ขยายตัว ให้แพทย์ผู้ส่องดูได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือปวดท้องอยากถ่ายได้
- ในระหว่างการส่องกล้องผู้ป่วยอาจถูกให้มีการขยับตัวหรือเปลี่ยนท่า เพื่อช่วยให้แพทย์ส่องกล้องเข้าไปในตำแหน่งต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น
- ในบางรายที่มีความจำเป็น แพทย์อาจทำการตัดชิ้นเนื้อหรือดึงเนื้องอก เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป โดยจะใส่อุปกรณ์เข้าไปในช่องใส่ของตัวกล้องซึ่งจะไม่เจ็บ การส่องกล้องนี้จะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การปฏิบัติตนหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่

- เมื่อการตรวจเสร็จสิ้น แพทย์จะดึงเครื่องมือออกพร้อมทั้งดูดลม ในลำไส้บางส่วนออก และย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อในห้องพักฟื้น เพื่อเฝ้าดูอาการจนกว่าฤทธิ์ยาจะหมดไปอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จึงจะส่งผู้ป่วยกลับห้องพัก

- ภายหลังการส่องกล้องหากยังมีลมค้างในลำไส้อาจทำให้ผู้ป่วยปวดท้องหรือแน่นท้อง เมื่อผายลมออกจะรู้สึกผ่อนคลายขึ้น และจะทุเลาลงได้เอง หากมีอาการแน่นท้องมากขึ้น ไม่ผายลม ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อจะได้ประเมิน ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ทะลุ

- กรณีมีการตัดชิ้นเนื้อหรือดิงเนื้อ มักมีเลือดซึมออกทางทวารหนักหรือปนในอุจจาระเล็กน้อย 1-2 วันหลังตรวจ แล้วจะหายไปได้เอง หากมีเลือดออกมากหรือมีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ปวดท้องมาก ควรรีบแจ้งแพทย์

3.1.4) ผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหา กล่าวชมเชยให้กำลังใจและสนับสนุน ช่วยสร้างความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก บอกเล่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ให้การช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

3.1.5) ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังให้โปรแกรม

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่าม้งานวิจัยดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

Feng-Chi Hsueh et al. (2013) ศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยด้วยภาพยนตร์ต่อคุณภาพความสะอาดของลำไส้ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสะอาดของการเตรียมลำไส้ ในกลุ่มตัวอย่าง 218 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้ผ่านภาพยนตร์ 104 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 114 รายวัดระดับความสะอาดของลำไส้โดยใช้ Aronchick scale ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้ผ่านภาพยนตร์มีผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกได้ดีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุรวมถึงผู้ที่มีปัญหาในการอ่าน

Fang et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด ใน 3 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะท้องผูก การได้รับอาหารที่มีกากใย และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้ในกลุ่มตัวอย่าง 409 คน พบว่า การได้รับการศึกษาน้อย ภาวะท้องผูก การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังได้รับยาระบาย การได้รับอาหารกากใยน้อยภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้อง การดื่มยาระบายไม่ครบตามจำนวน การระบุลักษณะอุจจาระไม่ถูกต้อง การรอคอยส่องกล้องนาน มีความสัมพันธ์กับการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงทางโทรศัพท์หรือทางวีดิทัศน์ ช่วยให้ผลลัพธ์ในการเตรียมลำไส้ดีขึ้น

Gausman et al. (2018) ศึกษาการเข้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 100 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้กรอบทฤษฎี Health Belief Model ในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ผ่านคู่มือเล่มเล็ก เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และ การรับประทานอาหารกากใยน้อย วัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยใช้ Boston Bowel preparation scale พบว่า กลุ่มทดลอง เข้ารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าและมีคะแนนความสะอาดของลำไส้ขณะส่องกล้องสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

Hsu et al (2016) ศึกษาการพัฒนาแบบการเพิ่มคุณภาพความสะอาดของลำไส้ใหญ่ โดยให้คำแนะนำผ่านทางแผ่นพับการปฏิบัติตัว และวิดีโอที่แนะนำให้คำแนะนำการรับประทานอาหารกากใยน้อย ส่งข้อความเตือนทางโทรศัพท์ในวันเริ่มเตรียมลำไส้ และให้ข้อมูลการประเมินลักษณะอุจจาระหลังการรับประทานยาระบาย พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพความสะอาดของลำไส้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และให้คำแนะนำว่า แนวทางปฏิบัติในการเตรียมลำไส้ที่ง่ายต่อการเข้าใจ รูปภาพ วิดีทัศน์และการเตรียมลำไส้ด้วยการรับประทานอาหารอ่อน กากใยน้อย 2 วันก่อนส่องกล้องช่วยให้การเตรียมลำไส้อยู่ในระดับดี

Jae Woong Tae et al. (2012) การศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้ภาพการ์ตูนช่วยสอนต่อการเตรียมลำไส้ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 103 ราย ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ภาพการ์ตูนช่วยสอน ซึ่งประกอบไปด้วยการ์ตูน 4 หน้ามีภาพ 16 ภาพ เป็นภาษาเกาหลีและภาษาอังกฤษ ออกแบบรูปภาพเป็นบทสนทนาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นภาษาต่างๆ ภาพที่แสดงลักษณะของอุจจาระที่เหมาะสมสำหรับการส่องกล้อง อาหารที่ไม่ควรรับประทานและวิธีการปฏิบัติตัว อันตรายและภาวะแทรกซ้อน เช่น การทะเลาะ ถูกรังแกได้ง่ายๆ เพื่อป้องกันความวิตกกังวล กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์หลักที่ต้องการคือ คุณภาพการเตรียมลำไส้ประเมินโดยใช้ Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) ผลลัพธ์รองได้แก่ เวลาที่ส่องกล้อง เวลาที่ถอยกล้อง เวลาในการวินิจฉัยและอัตราการตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้โดยใช้ภาพการ์ตูนช่วยสอนมีผลทำให้ระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลด้านระยะเวลาการส่องกล้อง อัตราการตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน

Jongha Park et al. (2015) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ข้อความสั้นผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบายตามระยะเวลาที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม 1) SMS group 136 ราย 2) No SMS group 135 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อความสั้น (SMS) เตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยาระบายในครั้งสุดท้ายคือประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้อง กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตือนข้อความสั้น ผลลัพธ์ในการศึกษาคือระดับ

ความสะอาดในการเตรียมลำไส้วัดโดยใช้ Ottawa Bowel Preparation Scale พบว่าการใช้ข้อความสั้น (SMS) เพื่อเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาละลายตามกำหนดเวลา มีผลต่อระยะเวลาที่เหมาะสมในการเตรียมลำไส้และระดับความสะอาดในการเตรียมลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lorenzo-Zuniga et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนแอพลิเคชันในการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ ในกลุ่มตัวอย่าง 206 คน วัดระดับความสะอาดโดยใช้ Harefield Cleansing Scale (HCS) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสะอาดของลำไส้ ดีกว่า (100% vs 96.1%, respectively; $P = 0.037$). มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lui et al (2014) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทบทวนทางโทรศัพท์ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 1 วัน ต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ และอัตราการตรวจพบติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 605 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสะอาดในการเตรียมลำไส้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับการทบทวนความรู้ทางโทรศัพท์ มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดี 81.6% กลุ่มควบคุม 70.3%

Maness et al (2014) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามผลลัพธ์จากการเตรียมลำไส้ ด้วยวิธีการแบ่งดื่มน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมลำไส้ วัดระดับความสะอาดของลำไส้ด้วย Boston bowel preparation scale โดยศึกษาในผู้ป่วย 462 คน พบว่า 15.4 % ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและผลลัพธ์การเตรียมลำไส้ ได้น้อยกว่า 5 คะแนนและ 16% ของผู้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของความสะอาดลำไส้ใหญ่ได้

Modi et al (2009) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้เพิ่มเติมในการเตรียมลำไส้ที่มีคุณภาพ ทำการศึกษาในประชากร 182 คน ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี กลุ่มควบคุม 84 คน และกลุ่มทดลอง 84 คน แล้วให้ความรู้เรื่องชนิดของอาหาร ระยะเวลาในการรับประทานอาหาร พบว่าคุณภาพการเตรียมลำไส้ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่การให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำการเตรียมลำไส้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ness et al (2001) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ศึกษาในประชากร 649 คนพบว่า มี 18% ที่ลำไส้ไม่สะอาดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการปฏิบัติตัว ระยะเวลาในการส่องกล้องนาน และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า การเคยทำผ่าตัดมาก่อน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงจากการเตรียมลำไส้ที่ไม่สะอาดได้

Pillai, Menon, Ousteky, and Ahmad (2017) ศึกษาการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มตัวอย่าง 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 56 คน กลุ่มทดลอง 48 คน ได้รับความรู้ผ่านวิดีโอในวันที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจก่อนนัดหมาย ภายใน 30

วันก่อนมารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ วัดระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยใช้ Ottawa scale และคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนความสะอาดของลำไส้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Prakash, S Verma, J McGowan, et al. (2013) การศึกษาระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยให้ความรู้ผ่านวิดีโอ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 67 คน ให้ความรู้โดยการดูวิดีโอเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องผ่าน website โดยสามารถเข้าถึงได้เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มทดลองเท่านั้น และกลุ่มควบคุม 66 คน ได้รับการให้ความรู้ตามมาตรฐาน ประเมินระดับความสะอาดของลำไส้โดยใช้เครื่องมือ Ottawa bowel preparation scale ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอมีระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

Tae et al (2012) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการเตรียมลำไส้โดยใช้ภาพการ์ตูนช่วยสอนต่อระดับความสะอาดในการเตรียมลำไส้ ในกลุ่มตัวอย่าง 205 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 102 คน กลุ่มตัวอย่าง 103 คน วัดระดับความสะอาด โดยใช้ Boston bowel preparation scale พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรู้ผ่านการดูการ์ตูนช่วยสอน มีคะแนนการเตรียมลำไส้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tze-Yu Shieh et al. (2013) การศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยโดยแพทย์ต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยศึกษาในผู้ป่วยนอกเนื่องจากพบว่าการศึกษาที่มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่เหมาะสมเกิดจากการไม่ตระหนักและไม่ยึดมั่นปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้ และหลายๆการศึกษาบอกถึงความแตกต่างของการให้ข้อมูลหรือความรู้โดยบุคลากรที่แตกต่างกัน เช่น พยาบาล แพทย์ส่องกล้อง แพทย์ต่อยอด นักให้คำปรึกษา จึงได้ทำการศึกษาโดยแบ่งผู้ป่วยนอกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 109 คน กลุ่มทดลองให้คำแนะนำและปรึกษาโดยแพทย์ 10 นาทีโดยเน้น 3 จุดสำคัญได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมก่อนส่องกล้อง ลักษณะลำไส้ที่สะอาดหลังการรับประทานยาละลาย และ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานยาละลาย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์หลักของการศึกษาคือคุณภาพการเตรียมลำไส้ซึ่งวัดโดย Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) ผลลัพธ์รองคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนการเตรียมลำไส้ เวลาที่ใช้ส่องกล้อง อัตราการตรวจพบเนื้องอกในลำไส้และจำนวนที่พบเนื้องอกในลำไส้ ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาโดยแพทย์มีผลต่อระดับความสะอาดในการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องในผู้ป่วยนอกแต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเตรียมลำไส้ เวลาที่ใช้ส่องกล้อง อัตราการตรวจพบเนื้องอกในลำไส้และจำนวนที่พบเนื้องอกในลำไส้ของทั้ง 2 กลุ่ม

Xiaoyu Kang et al (2015) ศึกษาการให้ความรู้ผ่านสื่อประยุกต์ทางสังคม (Social media application) ต่อระดับความสะอาดในการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องกลุ่มตัวอย่าง 770 ราย

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม ที่ได้รับความรู้ผ่าน social media app 387 ราย กลุ่มควบคุม 383 ราย ใช้เครื่องมือวัดระดับความสะอาดของลำไส้ The Ottawa scores ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้โดย Social media app (Wechat) มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อัตราการตรวจพบเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ อัตราการส่องกล้องสำเร็จ เวลาที่ใช้ในการส่องกล้อง และความเต็มใจที่จะกลับมารับการส่องกล้องครั้งต่อไปสูงกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Yoo Jin Lee, et al (2015) ศึกษาผลของการให้ความรู้เสริมโดยการเตือนซ้ำทางโทรศัพท์มือถือและข้อความสั้นต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ ในผู้รับบริการส่องกล้อง Colonoscopy 390 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มที่ได้รับความรู้เสริมทางโทรศัพท์ 126 ราย 2) กลุ่มที่ได้รับความรู้เสริมทางข้อความสั้น 127 ราย 3) กลุ่มควบคุม 137 ราย วัดระดับความสะอาดของลำไส้โดยใช้ Boston bowel preparation scale พบว่า ระดับความสะอาดในการเตรียมลำไส้ในกลุ่มที่ได้รับความรู้เสริมทางโทรศัพท์และข้อความสั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้และมีความทนมากกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยในประเทศ

ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดข้อเข่าผ่านกล้องส่องข้อ จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 ราย ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุและปัจจัยเสริม อาการและอาการแสดงของโรค การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มรรยาท ณ นคร (2544) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกในร่างกาย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพอาการและอาการแสดงของโรค ความเร็วในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลมีความรู้ในการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

อุรวาดี เจริญชัย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกละและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนสันหัวใจ จำนวน 30 ราย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ

Leventhal & Johnson (1983) ข้อมูลที่ได้แก่ วิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำสิ่ง ที่ควรปฏิบัติก่อนการผ่าตัดผ่านเทปโทรทัศน์ ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ แบบวัดความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของ Johnson และแบบ สังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดประเมินผลหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลและมีคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร ลวดทอง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตก กังวลของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal & Johnson (1983) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน ได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและ หัตถการที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ผ่านภาพพลิก จำนวน 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 5-15 นาที ประเมินผลความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ยุพิน สังฆะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความ วิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน กลุ่มละ 17 คน ได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การปรับตัวของ Leventhal & Johnson (1983) ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2 ครั้ง ประเมินความวิตก กังวลขณะเผชิญโดยใช้แบบประเมินผลความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการปฏิบัติ ตนมากกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลใน กลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรรณุช ฤทธิธรรมและ สมพร ชีโนรส (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อ ความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย ได้รับข้อมูล เตรียมพร้อมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal & Johnson (1983) ผ่านสื่อ มัลติมีเดีย เป็นเวลา 20 นาทีก่อนผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ และมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข โดยประเมินความปวดและความวิตก กังวลก่อนและหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความ วิตกกังวลและความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภัคพร เกตุสีสังข์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพการเตรียม ลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการนัดหมายเพื่อทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 41 ราย และกลุ่มทดลอง 42 ราย ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การดูแลในระยะวันมารับการนัดหมาย ระยะเข้ารับการตรวจและระยะเตรียมจำหน่าย ก่อนกลับบ้าน วัดคุณภาพของการเตรียมลำไส้ พบว่า กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลในวันก่อนส่องกล้องน้อยกว่าวันมารับการนัดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โสภณา ว่องทวี และคณะ ได้ทำการศึกษาระดับความสะอาดลำไส้ใหญ่จากการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องในผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม (โสภณา ว่องทวี, วิภา แซ่เซี้ย, และ ขนิษฐา ศรีวรรณยศ, 2552) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 213 ราย เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่นัดมาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และพิจารณาให้ใช้ยาระบายโซเดียมพอสเฟต กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเตรียมความสะอาดของลำไส้โดยการงดอาหารกากมาก 2 หรือ 3 วัน และรับประทานอาหารเหลวใส 1 วัน ก่อนการส่องกล้องร่วมกับรับประทานยาระบาย มีระดับความสะอาดของลำไส้ที่แพทย์ส่องกล้องได้สมบูรณ์ ร้อยละ 86.2 และร้อยละ 85.2 ตามลำดับ แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่งดอาหารกากมาก 1 วัน หรือไม่ได้งดอาหารกากมากและรับประทานอาหารเหลวหรือข้าวต้มมื้อเช้า 1 วัน ก่อนการส่องกล้องร่วมกับรับประทานยาระบาย ซึ่งมีระดับความสะอาดของลำไส้ที่แพทย์ส่องกล้องได้สมบูรณ์เพียงร้อยละ 75.0 และร้อยละ 47.8 ตามลำดับ

กรพัชชา คล้ายพิกุล (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย จับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วย เพศ อายุ และชนิดของยาระบาย ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2009) ผลการทดลองพบว่า พฤติกรรมเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งงานในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อแผ่นพับ คู่มือ รูปภาพ การ์ตูน วิดีโอ คอมพิวเตอร์ช่วยสอน การใช้โทรศัพท์ติดตาม เป็นต้น แต่พบการศึกษาในประเทศไทยเพียง 3 เรื่อง ที่ใช้แนวปฏิบัติในการเตรียมลำไส้ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง

และโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ไม่พบว่ามี การศึกษาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรกดังกล่าว

9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) มาออกแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการเตรียมลำไส้ใหญ่ เพื่อให้บุคคลเข้ารับการส่องกล้องได้ถูกต้องครบถ้วน



โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ระยะที่ 1 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

ครั้งที่ 1

- สร้างสิ่งแวดล้อมและสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตัว
- ประเมินความต้องการการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- วางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

- ประเมินผลการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นการระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ ช่วยแก้ปัญหา

ระยะที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมขณะอยู่ที่บ้าน (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ครั้งที่ 1 โทรศัพท์ติดตาม 3 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และ

ครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตาม 2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

- กำหนดแผนการเรียนรู้ และค้นหาความต้องการการเรียนรู้
- วางแผนให้ความรู้ในการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารกากใย น้อย 2 วันก่อนส่องกล้อง และอาหารเหลวใส 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- ให้ความรู้เข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารก่อนส่องกล้อง
- ประเมินผลการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นการระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ ช่วยแก้ปัญหา

ระยะที่ 3 ขณะอยู่โรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

ครั้งที่ 4

- ค้นหาความต้องการโดยการทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องที่เคยได้รับการสอนมาก่อนหน้า .
- ให้ความรู้ด้านการรับประทานอาหารเหลวใส การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่ายและการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ การปฏิบัติตัวขณะส่องกล้องและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- ประเมินผลการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นการระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ ช่วยแก้ปัญหา

การปฏิบัติตน 4 ด้าน

1. การรับประทานอาหาร
2. การรับประทานยาระบาย
3. การสังเกตประเมินลักษณะการขับถ่าย
4. การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และเปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยรูปแบบการทดลองมีรายละเอียดดังนี้

กำหนดให้

	กลุ่มทดลอง	X_1	O_1
	กลุ่มควบคุม	X_2	O_2
X_1	หมายถึง	โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	
X_2	หมายถึง	การพยาบาลตามปกติ	
O_1	หมายถึง	การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้	
O_2	หมายถึง	การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 44 ราย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

เป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้อง ดังนี้

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และเป็นผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นครั้งแรก
2. เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด หรือการเขียน
3. มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถทำการติดต่อได้สะดวก
4. ระยะเวลาในการนัดหมายส่องกล้องไม่เกิน 8 สัปดาห์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนด และใช้แนวทางของ สุมิตล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย (2546) ที่กล่าวไว้ว่า การวิจัยกึ่งทดลอง ขนาดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องมีจำนวนกลุ่มไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 20 ราย และได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด และป้องกันการสูญหายอีก ร้อยละ 20 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 ราย กำหนดให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)			กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
1	ชาย	45	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ชาย	41	มัธยมศึกษาตอนปลาย
2	ชาย	56	ประถมศึกษา	ชาย	59	ประถมศึกษา
3	หญิง	55	ประถมศึกษา	หญิง	53	ประถมศึกษา
4	หญิง	58	ประถมศึกษา	หญิง	58	ประถมศึกษา
5	หญิง	58	ประถมศึกษา	หญิง	58	ประถมศึกษา
6	ชาย	59	ประถมศึกษา	ชาย	59	ประถมศึกษา
7	หญิง	57	ประถมศึกษา	หญิง	57	ประถมศึกษา
8	หญิง	54	ประถมศึกษา	หญิง	54	ประถมศึกษา
9	หญิง	55	ประถมศึกษา	หญิง	55	ประถมศึกษา
10	หญิง	56	ประถมศึกษา	หญิง	55	ประถมศึกษา
11	หญิง	51	ประถมศึกษา	หญิง	51	ประถมศึกษา
12	หญิง	44	ประถมศึกษา	หญิง	47	ประถมศึกษา
13	ชาย	58	ประถมศึกษา	ชาย	58	ประถมศึกษา
14	หญิง	40	ปวช.	หญิง	38	ปวช.
15	หญิง	52	ประถมศึกษา	หญิง	52	ประถมศึกษา
16	ชาย	48	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ชาย	44	มัธยมศึกษาตอนปลาย
17	ชาย	56	ประถมศึกษา	ชาย	54	ประถมศึกษา
18	ชาย	56	ประถมศึกษา	ชาย	53	ประถมศึกษา
19	ชาย	49	ประถมศึกษา	ชาย	54	ประถมศึกษา
20	ชาย	41	ปริญญาตรี	ชาย	41	ปริญญาตรี
21	ชาย	59	มัธยมศึกษาตอนต้น	ชาย	59	มัธยมศึกษาตอนต้น
22	หญิง	54	ประถมศึกษา	หญิง	49	ประถมศึกษา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n1 = 22)		กลุ่มควบคุม (n2 = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	10	45.5	10	45.5	20	45.5
หญิง	12	54.5	12	54.5	24	54.5
อายุ 36-40	1	4.5	1	4.5	2	4.5
41-45	3	13.6	3	13.6	6	13.6
46-50	2	9.1	2	9.1	4	9.1
51-55	9	40.9	6	27.3	15	34.1
56-59	7	31.8	10	45.5	17	38.6
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	17	77.3	17	77.3	34	77.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.5	1	4.5	2	4.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	9.1	2	9.1	4	9.1
ปวช.	1	4.5	1	4.5	2	4.5
ปริญญาตรี	1	4.5	1	4.5	2	4.5
ชนิดของยาระบายที่ได้รับ						
SWIFF	22	100	22	100	44	100
PEG	0	0	0	0	0	0
สถานภาพ						
โสด	1	4.5	1	4.5	2	4.5
คู่	21	95.5	20	90.9	41	93.2
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	0	0	1	4.5	1	2.3
อาชีพ						
ข้าราชการ	2	9.1	2	9.1	4	9.1
พนักงานบริษัท	0	0	1	4.5	1	2.3
ค้าขาย	2	9.1	1	4.5	3	6.8
เกษตรกร	18	81.8	18	81.8	36	81.8

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n1 = 22)		กลุ่มควบคุม (n2 = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	15	68.2	13	59.1	28	63.6
5,000-10,000 บาท	4	18.2	6	27.3	10	22.7
10,001-15,000 บาท	0	0	0	0	0	0
มากกว่า 15,000 บาท	3	13.6	3	13.6	6	13.6
สิทธิการรักษาพยาบาล						
เบิกต้นสังกัด	0	0	8	36.4	8	18.2
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19	86.4	14	63.6	33	75.0
ประกันสังคม	3	13.6	0	0	3	6.8
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	20	90.9	15	68.2	35	79.5
ความดันโลหิตสูง	2	9.1	7	31.8	9	20.5
ระยะเวลานัดหมายส่องกล้อง						
น้อยกว่า 2 สัปดาห์	13	59.1	13	59.1	26	59.1
2 สัปดาห์ขึ้นไป	9	40.9	9	40.9	18	40.9
กำหนดเวลาที่เข้ารับการส่องกล้อง						
เช้า	2	9.1	1	4.5	3	6.8
บ่าย	20	90.9	21	95.5	41	93.2
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่						
มีอาการ/อาการแสดง	11	50.0	10	45.45	21	47.72
พบรอยโรคจากการตรวจอื่น	11	50.0	11	50.0	22	50.0
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	0	0	1	4.54	1	2.27

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า

กลุ่มทดลองมีจำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-55 ปี (ร้อยละ 40.9) และมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ($SD = 6.35$) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95.5) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 81.8) รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.2) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.9) ระยะเวลานัดหมายส่องกล้องในกลุ่มทดลองน้อยกว่า 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 59.1) ช่วงเวลาในการส่องกล้องส่วนใหญ่เป็นช่วงบ่าย (ร้อยละ 90.9)

สำหรับกลุ่มควบคุมมีจำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 56-60 ปี (ร้อยละ 45.5) และมีอายุเฉลี่ย 53 ปี ($SD = 5.82$) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.3) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.5) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 81.8) รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.2) ระยะเวลารอคอยในการส่องกล้องในกลุ่มควบคุม น้อยกว่า 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 59.1) ช่วงเวลาในการส่องกล้องส่วนใหญ่เป็นช่วงบ่าย (ร้อยละ 95.5)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ 2) แผนการสอนการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) ภาพพลิกการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 4) คู่มือการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาดังนี้

1.1.1 โปรแกรมการให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ Alice (2004) ซึ่งคือ กิจกรรมกระบวนการและขั้นตอนการให้ความรู้ทางสุขภาพ 4 ขั้นตอนคือ การกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้เรียน การวางแผนการเรียนรู้ การปฏิบัติการให้ความรู้และการประเมินผลการเรียนรู้ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยครอบคลุมการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานยาละลาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะเตรียมลำไส้

2) สรุปและกำหนดเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีความเหมาะสมกับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการเตรียมลำไส้ ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในแต่ละระยะ และครั้งที่พบ โดยกำหนดสาระสำคัญ และโครงสร้างหลักของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

3) สร้างโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ทั้งหมด 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ห้องตรวจคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยและยืนยันจากแพทย์ว่า ต้องได้รับการส่องกล้อง ระยะเวลา ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

1. ประเมินความต้องการการเรียนรู้ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้อง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้และความต้องการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จัดสถานที่และบรรยากาศกระตุ้นการเรียนรู้แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. วางแผนการเรียนรู้ กำหนด เรื่องที่จะต้องเรียนรู้ลำดับแรก คือ วิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การเลือกอาหารที่รับประทานต้องรับประทานก่อนส่องกล้องในแต่ละวันและ ช่วงเวลา

3. ให้ความรู้ทั่วไปแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และวิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารก่อนส่องกล้อง ในแต่ละช่วงวัน และเวลา การรับประทานยา การประเมินสิ่งขับถ่าย การสังเกตสิ่งผิดปกติ โดยใช้สื่อในการสอนโดย คือ ภาพพลิกเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และวิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระหว่างการให้ความรู้ ผู้วิจัย ใช้คำพูดชักจูงให้ทราบผลดีของ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้งผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหา

4. ประเมินผลการสอน และเปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยน ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รู้สึกว่าเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติตน ช่วยแก้ปัญหาและชี้แนะวิธีการในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งให้การสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นำไปอ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน

ระยะที่ 2 การโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 2 การโทรศัพท์ติดตาม 3 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการเลือกอาหาร
2. กำหนดแผนการเรียนรู้ หากพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังไม่สามารถเข้าใจหรือจดจำความรู้ทั่วไปในครั้งที่ 1 ได้ ผู้วิจัยจะยังคงใช้แผนการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะกำหนดแผน เรื่อง การเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกล่องในแต่ละช่วงวัน และเวลา ได้แก่ อาหารอ่อนย่อยง่าย ทั้ง 3 มื้อ ก่อนการส่งกล่อง 2 วัน
3. ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกล่อง โดยใช้สื่อในการสอน และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 2 วัน ก่อนได้รับการส่งกล่อง ให้เลือกรับประทานอาหารการกายน้อย ได้แก่ อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊กไม่ใส่ผักและเนื้อสัตว์ทุกชนิดยกเว้นเนื้อปลา ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม เต้าหู้ เป็นต้น งดรับประทานผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์
4. ประเมินและเปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซักถามข้อสงสัยในการเลือกรับประทานอาหาร และ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร 2 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ได้

ครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตาม 2 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการเลือกอาหาร
2. กำหนดแผนการเรียนรู้ หากพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังไม่สามารถเข้าใจหรือจดจำการปฏิบัติตนที่ สอนในครั้งที่ 1 เรื่องการเลือกอาหารได้ ผู้วิจัยจะยังคงใช้แผนการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 และ 2 แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะกำหนดแผน เรื่อง การรับประทานชนิดเหลวใส เป็นลำดับถัดไป
3. ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารเหลวใสก่อนส่งกล่อง 1 วัน ก่อนเข้ารับการส่งกล่อง กล่าวคือ มื้อเช้าให้รับประทานข้าวต้มขาว โจ๊ก งดผักผลไม้ทุกชนิด หลังจากนั้นรับประทานอาหารเหลวใส ได้จนถึงเวลา 24.00 น. ได้แก่ น้ำดื่มสะอาด น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิล น้ำมะนาว น้ำเก็กฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น โดยใช้สื่อในการสอน และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา

4. เปิดโอกาสให้ผู้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซักถาม ข้อสงสัยในการเลือกรับประทานอาหารเหลวใส กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร 2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

ระยะที่ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรม

ครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการพักค้างในช่วงเช้าไม่เกิน 9.00 น.

1. เมื่อเวลา 9.00-10.00 น. ที่ห้องพักของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องที่เคยได้รับการสอนมาก่อนหน้าในด้านการรับประทานอาหารเหลว การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการรับประทานยาระบาย

2. กำหนดแผนการเรียนรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาระบาย

3. ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารเหลวใส น้ำผลไม้ไม่มีกาก จนถึงเวลา 24.00 น.ของวันก่อนส่องกล้อง การรับประทานยาระบายเวลา 18.00 น. วันก่อนส่องกล้อง และเวลา 06.00 น.เช้าวันส่องกล้อง รวมถึงการสังเกตและประเมินลักษณะการขับถ่าย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเตรียมลำไส้โดยใช้สื่อในการสอน ได้แก่ ภาพพลิกการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหา กล่าวชมเชยให้กำลังใจและสนับสนุน ช่วยสร้างความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก บอกเล่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ให้การช่วยเหลือ และแก้ปัญหาให้ผู้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

5. ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังให้โปรแกรม

1.1.2 แผนการสอนการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาหลักที่สำคัญในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ความหมายของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2) ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ให้สะอาด 4) ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 5)ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 6) วิธีการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบาย วิธีสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย และการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ แผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ด้านการรับประทานอาหารก่อนเข้ารับการส่องกล้อง (ภาคผนวก ฉ)

1.1.3 คู่มือการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบไปด้วย 1) ความหมายของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2) ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) ความสำคัญของการเตรียม

ลำไส้ให้สะอาด 4) ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 5)ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 6) วิธีการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบาย วิธีสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย และการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ (ภาคผนวก ฉ)

1.1.4 ภาพหลักการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบไปด้วย 1) ความหมายของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2) ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ให้สะอาด 4) ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 5) ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 6) วิธีการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบาย วิธีสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย และการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ (ภาคผนวก ฉ)

1.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ที่อยู่ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โดยให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 9 ข้อ

1.2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวหรือโรคร่วม วันนัดหมาย ในการส่องกล้อง แพทย์ผู้นัดหมายส่องกล้อง ชนิดยาระบายที่ได้รับ กำหนดเวลาที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อาการทั่วไปของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยผู้วิจัยบันทึกจากทะเบียนประวัติการรักษา และสังเกตอาการบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 7 ข้อ

1.2.2 แบบวัดการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นแบบสอบถามวัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.2.2.1 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องประกอบด้วย การปฏิบัติตนด้านการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน ด้านการรับประทานยาระบาย ด้านการสังเกตและประเมินลักษณะการขับถ่าย และด้านการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้

1) การปฏิบัติตนด้านการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานมี 7 ข้อ และแบ่งระดับการวัดเป็น ได้แก่

ข้อ 5, และ 9 แบ่งระดับการวัดเป็น 2 ลักษณะ คือ

ปฏิบัติ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0	คะแนน

ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 แบ่งระดับการวัดเป็น 3 ลักษณะ คือ

ปฏิบัติทุกกิจกรรม/ทุกมือ	1	คะแนน
ปฏิบัติบางกิจกรรมหรือบางมือ	0	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0	คะแนน

2) ด้านการรับประทานยาระบาย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 10 และ 11 แบ่งระดับการวัดเป็น 2 ลักษณะ คือ

ปฏิบัติ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0	คะแนน

3) ด้านการสังเกตและประเมินลักษณะ การขับถ่าย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 แบ่งระดับการวัดเป็น 2 ลักษณะ คือ

ปฏิบัติ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0	คะแนน

4) ด้านการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 แบ่งระดับการวัดเป็น 2 ลักษณะ คือ

ปฏิบัติ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0	คะแนน

การแปลผลคะแนน เป็นการคิดคะแนนรวมของทุกข้อ ในแบบวัดมีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดชุดนี้มาก แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 1 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2 ท่าน
- 3) พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิกทางด้านการพยาบาลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 1 ท่าน
- 4) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล 1 ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดทั้งหมดมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยกำหนดการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพิจารณา ระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 (Davis, 1992) ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit et al., 2007) ซึ่งจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .82

สำหรับโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยได้นำคู่มือการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ภาพพลิกการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดังกล่าวข้างต้นเพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาให้มีความครอบคลุม ความตรง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมระยะเวลาในการทำกิจกรรม แล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และความสอดคล้องเหมาะสมของสื่อภาพพลิกที่ใช้กับเนื้อหา

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการปฏิบัติตนที่ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือ จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์เพื่อขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือ จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องตรวจคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรม และห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์

1.3 เตรียมตัวผู้วิจัยโดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ในการเป็นผู้ให้ความรู้ ในเรื่องการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทบทวนแผนการให้ความรู้แก่ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการส่องกล้อง 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันที่ 12-13 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 บริษัทบอสตัน ไช
แอนด์พิก ประเทศไทยจำกัด

ครั้งที่ 2 วันที่ 24-25 เดือน พฤษภาคมพ.ศ. 2561 สถานที่อบรม
โรงพยาบาลราชวิถี

1.4 เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อ
ป้องกันการปนเปื้อน (contamination) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจงตาม
คุณสมบัติที่กำหนด ให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) จำนวน 22 คน
ดำเนินการเก็บทดลองและเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม- 22 ตุลาคม 2561 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำห้อง
ตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม และได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร
เมื่ออยู่ที่บ้าน ก่อนจะเข้ามานอนในโรงพยาบาลเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การงดยา
ละลายลิ่มเลือด บอกวันนัดหมายในการเข้ามานอนโรงพยาบาล

เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง หลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้อง
ลำไส้ใหญ่ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ใช้
เวลา 20 นาที เมื่อกลุ่มควบคุมเข้ามารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล จะได้รับการสอนวิธีการ
ปฏิบัติตนเพื่อเตรียมลำไส้ตามมาตรฐานจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเมื่อบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เข้า
นอนโรงพยาบาลเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้อง
ลำไส้ใหญ่ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในเรื่องการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล การรับประทานอาหาร
อาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะอุจจาระและการเฝ้า
ระวังอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ใหญ่

2.2 กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง เวลาที่ใช้ 10-40 นาที ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ผู้วิจัยเข้าพบ 1 ครั้ง ใช้
เวลา 40 นาที

ครั้งที่ 1 ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์เพื่อเข้ารับการส่อง
กล้องลำไส้ใหญ่ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ใช้เวลา 40 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้าง
สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาล

สุรินทร์ แจ่งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของครอบครัว สิทธิการรักษา เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกซึ่ง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องครั้งนี้ โรคประจำตัวหรือโรค ร่วม วันนัดหมายส่องกล้อง แพทย์ผู้นัดหมายส่องกล้อง ชนิดของยาระบายที่ได้รับ กำหนดเวลาที่ต้อง เข้ารับการส่องกล้อง

3) ผู้วิจัยให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1) ประเมินความต้องการการเรียนรู้ และประเมินความรู้ เกี่ยวกับการส่องกล้อง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้และความต้องการ ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จัดสถานที่และบรรยากาศกระตุ้นการเรียนรู้แก่บุคคลกลุ่ม เสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

3.2) วางแผนการเรียนรู้ กำหนด เรื่องที่จะต้องเรียนรู้ลำดับแรก คือ วิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การเลือกอาหารที่ รับประทานต้องรับประทานก่อนส่องกล้องในแต่ละวันและ ช่วงเวลา

3.3) ให้ความรู้ทั่วไปแก่ผู้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และวิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้แก่ การเลือก รับประทานอาหารก่อนส่องกล้อง ในแต่ละช่วงวัน และเวลา การรับประทานยา การประเมินสิ่ง ขั้วถ่าย การสังเกตสิ่งผิดปกติ โดยใช้สื่อในการสอนโดย คือ ภาพพลิกเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และ วิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระหว่างการให้ความรู้ ผู้วิจัย ใช้ คำพูดชักจูงให้ทราบผลดีของ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้ง ผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหา

3.4) ประเมินผลการสอน และเปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยน ปัญหาและ อุปสรรค ปัจจัยที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รู้สึกว่าเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติตน ช่วย แก้ปัญหาและชี้แนะวิธีในการแก้ปัญหา พร้อมกับให้การสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง เพื่อให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นำไปอ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน

ระยะที่ 2 การโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 2 การโทรศัพท์ติดตาม 3 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ ใช้เวลา

ประมาณ 10-15 นาที

1) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการเลือกอาหาร

2) กำหนดแผนการเรียนรู้ หากพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังไม่สามารถเข้าใจหรือจดจำความรู้ทั่วไปในครั้งที่ 1 ได้ ผู้วิจัยจะยังคงใช้แผนการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะกำหนดแผน เรื่อง การเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกล่องในแต่ละช่วงวัน และเวลา ได้แก่ อาหารอ่อนย่อยง่าย ทั้ง 3 มื้อ ก่อนการส่งกล่อง 2 วัน

3) ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกล่อง โดยใช้สื่อในการสอน และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 2 วัน ก่อนได้รับการส่งกล่อง ให้เลือกรับประทานอาหารการกายน้อย ได้แก่ อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊กไม่ใส่ผักและเนื้อสัตว์ทุกชนิดยกเว้นเนื้อปลา ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม เต้าหู้ เป็นต้น จดรับประทานผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์

4) ประเมินและเปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซักถามข้อสงสัยในการเลือกรับประทานอาหาร และ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร 2 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ได้

ครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตาม 2 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

1) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการเลือกอาหาร

2) กำหนดแผนการเรียนรู้ หากพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังไม่สามารถเข้าใจหรือจดจำการปฏิบัติตนที่ สอนในครั้งที่ 1 เรื่องการเลือกอาหารได้ ผู้วิจัยจะยังคงใช้แผนการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 และ 2 แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะกำหนดแผน เรื่อง การรับประทานอาหารชนิดเหลวใส เป็นลำดับถัดไป

3) ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารเหลวใสก่อนส่งกล่อง 1 วัน ก่อนเข้ารับการส่งกล่อง กล่าวคือ มื้อเช้าให้รับประทานข้าวต้มขาว โจ๊ก งดผักผลไม้ทุกชนิด หลังจากนั้นรับประทานอาหารเหลวใส ได้จนถึงเวลา 24.00 น. ได้แก่ น้ำดื่มสะอาด น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิล น้ำมะนาว น้ำเก๋ฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น โดยใช้สื่อในการสอน และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา

4) เปิดโอกาสให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซักถาม ข้อสงสัยในการเลือกรับประทานอาหารเหลวใส กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร 2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

ระยะที่ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรม

ครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการพักค้างในช่วงเช้าไม่เกิน 9.00 น.

1) เมื่อเวลา 9.00-10.00 น. ที่ห้องพักของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องที่เคยได้รับการสอนมาก่อนหน้าในด้านการรับประทานอาหารเหลว การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการรับประทานยาระบาย

2) กำหนดแผนการเรียนรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาระบาย

3) ให้ความรู้ซ้ำแก่กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารเหลวใส น้ำผลไม้ไม่มีกาก จนถึงเวลา 24.00 น.ของวันก่อนส่องกล้อง การรับประทานยาระบายเวลา 18.00 น. วันก่อนส่องกล้อง และเวลา 06.00 น.เช้าวันส่องกล้อง รวมถึงการสังเกตและประเมินลักษณะการขับถ่าย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเตรียมลำไส้โดยใช้สื่อในการสอน ได้แก่ ภาพพลิกการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

4) ผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหา กล่าวชมเชยให้กำลังใจและสนับสนุน ช่วยสร้างความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก บอกเล่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ให้การช่วยเหลือ และแก้ปัญหาให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

5) ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังให้โปรแกรม

เก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินการปฏิบัติด้วยแบบวัดการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนที่เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจะมารับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เวลา 10.00 น. ใช้เวลา 20 นาที เพื่อทำแบบวัดการปฏิบัติตน ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการทดลองด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

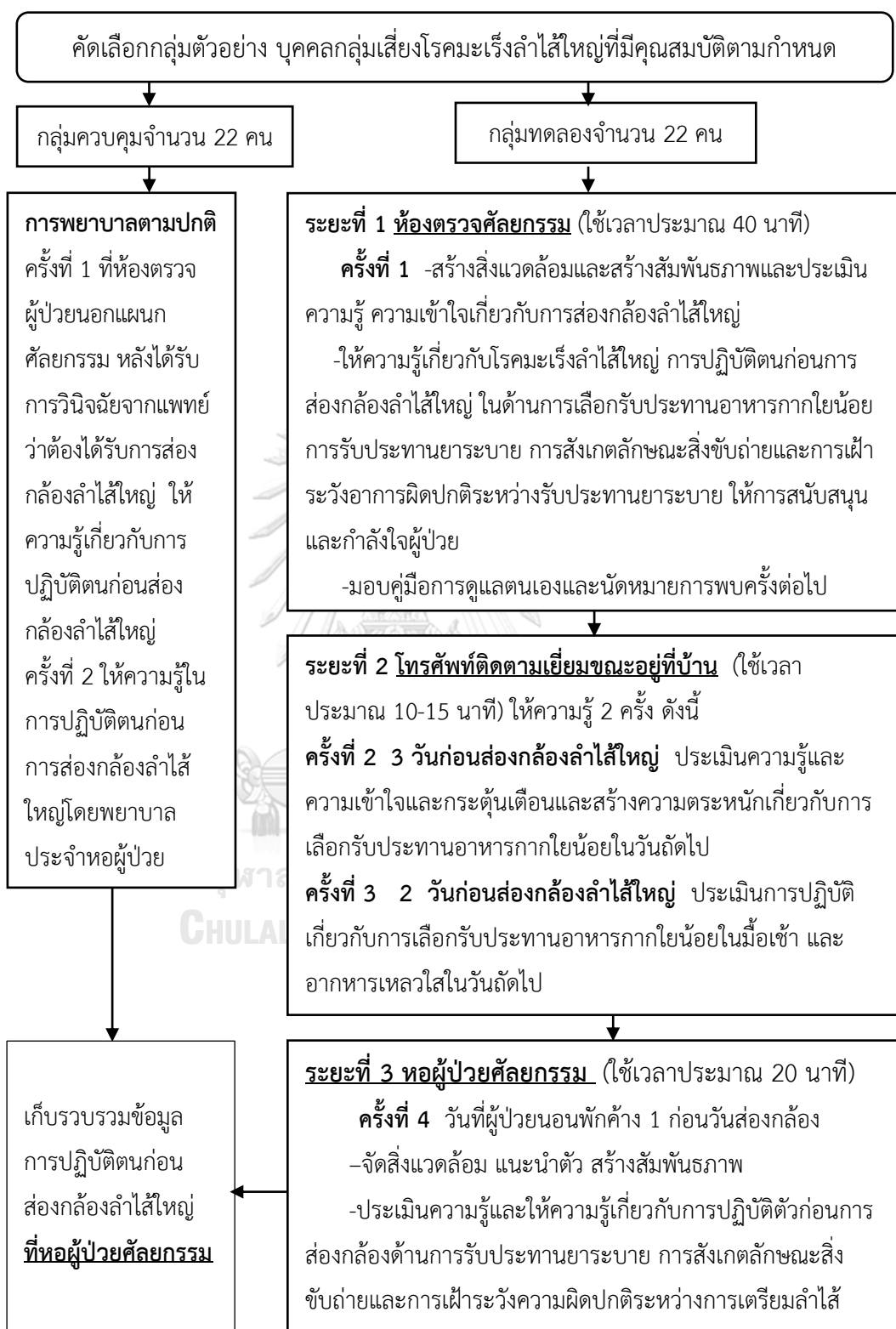
ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2561 ใบรับรองเลขที่ 43/2561 ผู้วิจัย พัทธ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนด เวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาประมวลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ศึกษาผลของการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้กับการพยาบาลตามปกติ ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และค่าเฉลี่ย
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (The posttest only design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และเปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ตอนที่ 2 การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 1 การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับ
โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่**

ตารางที่ 5 ร้อยละการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	การปฏิบัติตน	
	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	
1. 2 วันก่อนส่องกล้องท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย กากน้อย ครบ ทุกมื้อ เช่นข้าวต้มปลา โจ๊กไม่ใส่หมูหรือเนื้อ ไข่ตุ๋น เต้าหู้ เป็นต้น	21	95.5
2. งดรับประทานข้าวเหนียว ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ เมล็ดธัญพืช ซีเรียล	22	100.0
3. ท่านงดการรับประทานเนื้อสัตว์ทุกมื้อ	22	100.0
4. ท่านงดการรับประทานผักและผลไม้ ทุกมื้อ	22	100.0
5. ในมือเช้า วันก่อนส่องกล้อง ท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ได้แก่ ข้าวต้ม เปล่าๆ โจ๊ก ไม่ใส่น้ำผลไม้ ไม่ใส่ผักทุกชนิด ไข่ตุ๋น น้ำเต้าหู้ไม่ใส่เครื่อง	22	100.0
6. หลังจากมือเช้าแล้ว ท่านรับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารเหลวใส ไม่มีกาก เช่น น้ำหวานไม่ใส่น้ำผลไม้ไม่มีกาก น้ำซูปเส น้ำแกงจืด น้ำเกลือแร่ น้ำดื่มไม่ อัดลม	19	86.4
8. เวลา 18.00 น.ท่านรับประทานยาระบาย จำนวน 45 ซีซี จนหมด	22	100.0
9. 06.00 ท่านดื่มยาระบายครั้งที่ 2 จำนวน 45 ซีซี จนหมด		
7. หลังเที่ยงคืนท่านงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิด	22	100.0
10. ภายหลังรับประทานยาระบาย ท่านดื่มน้ำ 1 แก้ว ปริมาณ 250 ซีซี ห่างกัน 15 นาทีจนครบ 4 แก้ว	18	81.8
11. หากท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานยาระบาย ท่านแจ้ง พยาบาลทันที	22	100.0
12. เมื่อท่านปวดถ่ายอุจจาระท่านลุกเข้าห้องน้ำทันที โดยไม่กลั้นอุจจาระ	22	100.0
13. ท่านบันทึกจำนวนครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระ	17	77.3
14. ท่านบันทึกสีและลักษณะอุจจาระที่ท่านขับถ่ายลงในแบบบันทึก	17	77.3
15. ท่านแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ	22	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่าการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตน ได้น้อยที่สุดจำนวน 17 คนคิดเป็น ร้อยละ 77.3 และมีข้อที่ปฏิบัติได้มากที่สุด 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยพบว่าข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดได้แก่ ข้อที่ 13 ท่านบันทึกจำนวนครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระและ ข้อที่ 14 ท่านบันทึกสีและลักษณะอุจจาระที่ท่านขับถ่ายลงในแบบบันทึก



ตอนที่ 2 การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		U	p-value
	คะแนน	อันดับที่	คะแนน	อันดับที่		
1	15	39	13	25.5	-5.59	.000
2	15	39	11	19.5		
3	15	39	11	19.5		
4	15	39	11	19.5		
5	15	39	11	19.5		
6	15	39	10	16.5		
7	15	39	10	16.5		
8	15	39	9	13.5		
9	15	39	9	13.5		
10	15	39	9	13.5		
11	15	39	9	13.5		
12	14	31.5	8	9		
13	14	31.5	8	9		
14	14	31.5	8	9		
15	14	31.5	8	9		
16	13	25.5	8	9		
17	13	25.5	7	2.5		
18	13	25.5	7	2.5		
19	13	25.5	7	2.5		
20	13	25.5	7	2.5		
21	13	25.5	6	2		
22	13	25.5	4	18.25		
N=22		$\sum R = 733.5$	N=22	$\sum R = 248.5$		

จากตารางที่ 6 พบว่าการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลภายหลังการทดลอง (The posttest only design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตน ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และเปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่ อายุ ระหว่าง 18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาดำเนินการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย จับคู่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม สำหรับ เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย 1) ประเมินความต้องการการเรียนรู้ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2) วางแผนการเรียนรู้ 3) ปฏิบัติการให้ความรู้ตามแผน และ 4) การประเมินผลการเรียนรู้ ร่วมกับการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานยาระบายและน้ำดื่ม การประเมินและสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังความผิดปกติขณะเตรียมลำไส้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 22 ใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการทดสอบ Mann-Whitney U test วิเคราะห์ค่ามัธยฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า มี จำนวน 2 ข้อ ที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตนได้ 17 คน (ร้อยละ 77.3) และ มีจำนวน 13 ข้อ ที่ปฏิบัติได้ถึง 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 พบว่าข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดได้แก่ ข้อที่ 13 ท่านบันทึกจำนวนครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระ และ ข้อที่ 14 ท่านบันทึกสีและลักษณะอุจจาระที่ท่านขับถ่ายลงในแบบบันทึก

2. การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยอภิปรายตามสมมุติฐาน ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีค่าคะแนนการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นั้น เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการให้ความรู้ทางสุขภาพของ Alice (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีระยะเวลาการให้ความรู้และการติดตาม 3 ระยะ ตั้งแต่ที่คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 1 ครั้ง และการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ามานอนพักรักษาในโรงพยาบาล อีก 1 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมีการประเมินความต้องการการเรียนรู้ กำหนดแผนการเรียนรู้ และมีการประเมินในแต่ละครั้ง

ในการให้โปรแกรมแต่ละครั้ง ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานยาละลายและน้ำดื่ม การประเมินและสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังความผิดปกติขณะเตรียมลำไส้ ซึ่งในครั้งที่ 1 พบเป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อประกอบการสอน ได้แก่ ภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเอง คู่มือมีลักษณะที่กะทัดรัด มีรูปภาพประกอบชัดเจน อ่านทำความเข้าใจได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีการทบทวนความรู้และให้ผู้ป่วยสอบถามข้อที่ไม่เข้าใจและมีความคลุมเครือ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญในการเตรียมลำไส้รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนภายหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้ง ให้อาสาสมัครผู้ป่วยกลับบ้านไปอ่านที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน ทำความเข้าใจ และเกิดการเรียนรู้ที่สามารถเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม

ในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้วิจัย ใช้โทรศัพท์ติดตามใน 3 วันและ 2 วันก่อนการส่องกล้อง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามความรู้ที่ได้รับซึ่งยังมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจที่นำไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกปัญหาและอุปสรรคของการเตรียมตัวหรือการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานได้หลากหลายและไม่เกิดอาการอ่อนเพลียมากจนเกินไป การติดตามดังกล่าวเป็นการป้องกัน มิให้กลุ่มตัวอย่างลืมนึกความตั้งใจ ตัวอย่างที่กลุ่มตัวอย่างมีการสอบถามกับผู้วิจัย คือ

กลุ่มทดลอง : “วันนี้จะรับประทานอะไรได้บ้าง สามารถทานกาแฟหรือดื่มนม โอวัลตินได้หรือไม่” “พรุ่งนี้เริ่มทานข้าวต้มทั้ง 3 มื้อเลยหรือไม่” “ถ้าทานแต่ข้าวต้มจะมีแรงหรือคุณพยายาล” “ทานข้าวต้มขาวกับอะไรดีคะ ไม่อยากทานข้าวต้มเปล่าๆ” เป็นต้น

ในครั้งที่ 4 ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายและแนะนำวิธีการแบ่งรับประทานยาระบายที่ผสมกับน้ำดื่มตามเวลา ดังนี้ คือ แบ่งน้ำดื่มเป็น 4 แก้ว ๆ 250 ซีซี แล้วดื่มห่างกันทุก 15 นาที 4 ครั้ง เพื่อให้ได้ปริมาณที่ต้องการและไม่มากจนเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแน่นอึดอัดจนไม่ยอมรับประทานหรือไม่สามารถรับประทานได้หมดในครั้งเดียว ระยะเวลาที่ห่างกันนี้กระเพาะอาหารและลำไส้ที่ไม่มีกากอาหาร ยาระบายที่ผสมกับน้ำดื่มสามารถเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารและลำไส้ได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้ประสบความสำเร็จในการดื่มน้ำตามเป้าหมายได้ ซึ่งการตั้งเป้าหมายดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและมุ่งมั่นลงมือปฏิบัติได้สำเร็จ

จากสมมติฐานและผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ (2013) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ติดตามในการให้ข้อมูลในวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial study) โดยผลของการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการให้ข้อมูลซ้ำทางโทรศัพท์ในวันก่อนการส่องกล้อง มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติในกลุ่มทดลองดีกว่าในกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ได้รับการเตรียมตั้งแต่ที่คลินิกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้านและติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ส่งผลให้คุณภาพการเตรียมลำไส้มีคะแนนในระดับดี และสอดคล้องกับ ภัคกร เกตุสีสังข และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = .03$) ซึ่งหมายถึง กลุ่มทดลองมีความสะอาดของการเตรียมลำไส้ดีกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องด้าน

การเลือกอาหารอ่อนย่อยง่าย การดื่มน้ำอาหารเหลว ชুষปใสและสามารถดื่มน้ำระบายได้ดีกว่ากลุ่มทดลอง

สำหรับการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องใหญ่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครบทุกข้อนั้น มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดความเข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้ใหญ่ เช่น การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตามระยะเวลาที่กำหนด การรับประทานยาระบายให้หมดตามกำหนด (Hillyer et al 2012 ; Liu et al 2013; Nguyen & Wieland, 2010) และเป็นผลมาจากระยะเวลาการนัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก มีช่วงระยะเวลายาวนาน ทำให้จดจำข้อมูลที่ได้รับตั้งแต่วันที่ได้รับการนัดหมายลดลง (Chan, Saravanan, Manikam, Goh, & Mahadeva, 2011) ถึงแม้ว่าจะได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับก็ยังคงพบว่า มีปฏิบัติในการเตรียมลำไส้ไม่ครบทุกข้อจึงทำให้มีลำไส้ที่ไม่สะอาดเพียงพอ (Modi et al, 2009)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลฝ่ายปฏิบัติการที่ดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการส่องกล้องควรจัดโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่มีความเฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะ ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายตั้งแต่ห้องตรวจ กลับบ้านเพื่อรอการเรียกตรวจลำไส้ใหญ่ และเข้านอนพักค้างอย่างเป็นระบบ รวมทั้ง มีการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนที่บ้าน ในเรื่องการรับประทานอาหารและยาระบาย
2. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและได้รับยารักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานที่ได้รับยาเบาหวาน โรคหัวใจที่ได้รับยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนา สื่อวีดิทัศน์ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้นเพื่อใช้ร่วมกับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กชกร ธรรมนำศีล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พัทธพร เกิดมงคล และจินตนา อาจสันเทียะ. (2558).

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of Public Health Nursing*, 29(2), 43-55.

กนกวรรณ พูนพานิชย์. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กนต์กมล กิจตรงศิริ, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2558).

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับประชากร. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

กษยา ดันติผลาชีวะ. (2558). Colon and rectum. ใน สุทธิพร จิตมิตตภาพ และ พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ.), *ตำราศัลยศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด.

ชนิษฐา นิลสร. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. (2561). การควบคุมและป้องกันโรค. Retrieved from http://www.ipesp.ac.th/learning/poungkaew/chapter3/Unti3_8_2.html

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2552). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ พัทธรินทร์ ขวัญชัย และทัศนีย์ สร้อยอ่อน. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *Rama Nurse Journal*, 18(1), 102-118.

จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ผลกระทบและการพยาบาล. *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธมลวรรณ ยอดกลกิจ. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร

นทรวิโรฒ.

ธัญทิพย์ คลังชำนาญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการใส่สายระบายน้ำดีผ่านผิวหนัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตย ทัศนียม, ประสบสุข ศรีแสนปาง และ โสมภัทร ศรีไชย. (2541). มโนคติการดูแลตนเองตามกรอบ ทฤษฎีโอเร็ม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 21(3), 1-12.

นิพนธ์ สิ้นทรัพย์. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และออกกำลังกายแบบร่ำต้งห่วยต่อ ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ วาตาดา. (2560). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลัง การสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ สามารถ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นรินาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บัวธร เวชพันธ์. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5).

กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

ผกามาศ วัฒนกะวรรณ. (2548). ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยาลัย พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. (2553). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์. มหาสารคาม: หจก.อภิชาติการพิมพ์.

พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 58-68.

- ภาคพร เกตุสีสังข์. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีวรรณ ดวงมาลา. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชณี พจนา. (2544). ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เรือเอกหญิง ลักขณา มรกต. (2548). ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการประคบเย็นต่อความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2560). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศิริพร รัตนเลิศ. (2555). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในท้องส่องกล้องทางเดินอาหาร. ใน ประชิด เตมียเสน (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2554). การเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. ใน สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ และ อุดม คชินทร (บรรณาธิการ). การส่องกล้องลำไส้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ศจี ศักดิ์โสภีษฐ์. (2556). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลายในระยะก่อนส่องกล้องโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2555. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษา

- โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สรญา ศิริวาท. (2559). *การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร*
โรงพยาบาลในเครือรามาฯแห่งจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้าง
หุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมชาย อมรโยธิน. (2554). *การให้ยาระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่*. ใน สุพจน์ พงศ์ประสพ
ชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ และอุดม คชินทร (บรรณาธิการ). *การส่องกล้องลำไส้ใหญ่*.
กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- สมพร รูปช้าง. (2550). *ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่*:
การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมนึก นิลบุหงา และ อุดมศรี โชว์พิทพรชัย. (2557). *ระบบทางเดินอาหารและการประยุกต์*.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.พรินท์(1991)จำกัด.
- สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต*
ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ และอุดม คชินทร. (2554). *การส่องกล้องลำไส้ใหญ่*. กรุงเทพฯ:
กรุงเทพเวชสาร.
- สุภาพร หมุ่กรอด. (2551). *ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของ*
มารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสต
รมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุภาวดี โสภณวัฒนกุล. (2545). *ผลการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการ*
การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2547). *ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง*
ในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสาวนีย์ โสบุญ. (2554). ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิด ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แสงรุ่ง รักอยู่, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และรุ่งระวี นาวีเจริญ. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 44-56.

โสภณา ว่องทวิ, โสภา บุญวิริยะ, ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, ขนิษฐา ศรีวรรณยศ, & และ มินา ทองวงศ์. (2559). เปรียบเทียบประสิทธิผลของการรับประทานอาหารกาน้อยกับอาหารเหลวใสก่อนรับประทานยาระบายในการทำความสะอาดลำไส้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 34(2), 61-70.

อัษฎา เมธเศรษฐ และ สมชาย ลีลากุลวงศ์. (2554). ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. ใน สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ และอุดม คชินทร (บรรณาธิการ). *การส่องกล้องลำไส้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.

อุษณีย์ ทับทอง. (2552). ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

Abulaziz, K.A. (2017). Knowledge attitude and practice of colorectal cancer among school teachers in AL-Ahsa Saudi Arabia. *Asian Paacific Journal cancer prevention*. 18(10). 2771-2774.

Alice, M. K. (2004). *Teaching for Health* (3 ed.). China: Elsevier.

Alligood, M. R. (2014a). *Nursing Theorists and Their Work* (8 ed.). USA: Mosby.

Alligood, M. R. (2014b). *Nursing Theory: Utilization and Application* (5 ed.). USA: Mosby.

ASGE. (2011). GI Endoscope. *Gastrointestinal Endoscopy*, 74(1-6).

Bhanthumkomol, P., Siramolpiwat, S., & Vilaichone, R. K. (2014). Incidence and predictors of inadequate bowel preparation before elective colonoscopy in Thai patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(24), 10763-10768.

Bloom, B. (1984). The 2 Sigma Problem: The Search for Methods of Group Instruction as

- Effective as One-to-One Tutoring *Educational Researcher*, 13(6), 4-16.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: W. B. Saunders.
- Chan, L. N., Chan, A. C., Ho, W. N., Chan, Q. W., Lau, S., & Chan, J. W. (2015). Predictive factors for colonoscopy complications. *Hong Kong Med J*, 21(1), 23-29.
- Chan, W. K., Saravanan, A., Manikam, J., Goh, K. L., & Mahadeva, S. (2011). Appointment waiting times and education level influence the quality of bowel preparation in adult patients undergoing colonoscopy. *BMC Gastroenterol*, 11, 86.
- Chang, C.-W., Shih, S.-C., Wang, H.-Y., Chu, C.-H., Wang, T.-E., Hung, C.-Y., . . . Chen, M.-J. (2015). Meta-analysis: The effect of patient education on bowel preparation for colonoscopy. *Endosc Int Open*, 03(06), E646-E652.
- Chelazzi, C., Consales, G., Boninsegni, P., A Bonanomi, G., Castiglione, G., & R De Gaudio, A. (2009). Propofol sedation in a colorectal cancer screening outpatient cohort. *Minerva anesthesiologica*, 75, 677-683.
- Chintan Modi, Joseph R DePasquale, W Scott DiGiacomo, Judith E Malinowski, Kristen Engelhardt, Sohail N Shaikh, . . . Robert S Spira. (2009). Impact of patient education on quality of bowel preparation in outpatient colonoscopies. *Quality in Primary Care*, 17, 397-404.
- Costa, M. J. (2001). The Lived Perioperative Experience of Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal*, 74(6), 874-881.
- Dodd, M. J. (1988). Efficacy of proactive information on self-care in chemotherapy patients. *Patient Education and Counseling*, 11(3), 215-225.
- Douglas K. Rex. (2000). Colonoscopy: a review of its yield for cancers and adenomas by indication. *Am J Gastroenterol*, 90(3), 353-365.
- Douglas K. Rex, Philip S. Schoenfeld, Jonathan Cohen, Irving M. Pike, Douglas G. Adler, M. Brian Fennerty, . . . David S. Weinberg. (2015). Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*, 81(1), 31-53.
- Elvas L, Brito D, Areia M, Carvalho R, Alves S, Saraiva S, & AT., C. (2017). Impact of Personalised Patient Education on Bowel Preparation for Colonoscopy: Prospective Randomised Controlled Trial. *GE Port J Gastroenterol.*, 24(1), 22-30.
- Ergen, W. F., Pasricha, T., Hubbard, F. J., Higginbotham, T., Givens, T., Slaughter, J. C., &

- Obstein, K. L. (2016). Providing Hospitalized Patients With an Educational Booklet Increases the Quality of Colonoscopy Bowel Preparation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(6),
- Fisher, D. A., Maple, J. T., Ben-Menachem, T., Cash, B. D., Decker, G. A., Early, D. S., . . . Dominitz, J. A. (2011). Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc*, 74(4), 745-752.
- Garborg, K. (2015). Colorectal Cancer Screening. *Surgical Clinics of North America*, 95(5), 979-989.
- Guo, X., Yang, Z., Zhao, L., Leung, F., Luo, H., Kang, X., . . . Guo, X. (2016). Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc*, 85(1), 90-97.
- Hass, S. A., & Androwich, I. A. (1999). Telephone consultation. In G.M. Bulechek and J.C. in Gloria M.B. and McClosekey (Ed.), *Nursing Interventions Effective nursing treatment*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hassan, C., Fuccio, L., Bruno, M., Pagano, N., Spada, C., Carrara, S., . . . Repici, A. (2012). A predictive model identifies patients most likely to have inadequate bowel preparation for colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 10(5), 501-506.
- Hassan, C., Fuccio, L., Bruno, M., Pagano, N., Spada, C., Carrara, S., . . . Repici, A. (2012). A Predictive Model Identifies Patients Most Likely to Have Inadequate Bowel Preparation for Colonoscopy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 10(5), 501-506.
- Hsu, W.-F., Liang, C.-C., Lin, C.-K., Lee, T.-H., & Chung, C.-S. (2016). A modified bowel preparation protocol improves the quality of bowel cleansing for colonoscopy. *Advances in Digestive Medicine*, 3(3), 144-147.
- Hsueh, F.-C., Wang, H.-C., Sun, C.-A., Tseng, C.-C., Han, T.-C., Hsiao, S.-M., . . . Yang, T. (2014). The effect of different patient education methods on quality of bowel cleanliness in outpatients receiving colonoscopy examination. *Applied Nursing Research*, 27(2), e1-e5.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a

- supportive educational intervention. *Heart Lung*, 29(5), 319-330.
- Kang, X., Zhao, L., Leung, F., Luo, H., Wang, L., Wu, J., . . . Guo, X. (2016). Delivery of Instructions via Mobile Social Media App Increases Quality of Bowel Preparation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(3), 429-435.e423.
- Kathleen, M. (2015). *Nursing Theories: A Framework for professional practice* (2 ed.). USA: Edwards Brothers Malloy.
- Ko, C. W., & Dominitz, J. A. (2010). Complications of Colonoscopy: Magnitude and Management. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 20(4), 659-671.
- Lebwohl, B., Kastrinos, F., Glick, M., Rosenbaum, A. J., Wang, T., & Neugut, A. I. (2011). The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rates and the factors associated with early repeat colonoscopy. *Gastrointest Endoscopy*, 73(6), 1207-1214.
- Lebwohl, B., Wang, T. C., & Neugut, A. I. (2010). Socioeconomic and other predictors of colonoscopy preparation quality. *Digestive Diseases and Sciences*, 55(7), 2014-2020.
- Lee, Y. J., Kim, E. S., Park, K. S., Cho, K. B., Jang, B. K., Chung, W. J., & Hwang, J. S. (2015). Education for Ward Nurses Influences the Quality of Inpatient's Bowel Preparation for Colonoscopy. *Medicine (Baltimore)*, 94(34), e1423.
- Levin, B., Lieberman, D. A., McFarland, B., Smith, R. A., Brooks, D., Andrews, K. S., . . . Winawer, S. J. (2008). Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *A Cancer Journal for Clinicians*, 58(3), 130-160.
- Liu, X., Luo, H., Zhang, L., Leung, F. W., Liu, Z., Wang, X., . . . Guo, X. (2014). Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. *Gut*, 63(1), 125-130.
- Lorenzo-Zuniga, V., Moreno de Vega, V., Marin, I., Barbera, M., & Boix, J. (2015). Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using a smart phone

- application: a randomized trial. *Digestive Endoscopy*, 27(5), 590-595.
- Martel, M., Barkun, A. N., Menard, C., Restellini, S., Kherad, O., & Vanasse, A. (2015). Split-Dose Preparations Are Superior to Day-Before Bowel Cleansing Regimens: A Meta-analysis. *Gastroenterology*, 149(1), 79-88.
- Marmo, R., Rotondano, G., Riccio, G., Marone, A., Bianco, M. A., Stroppa, I., . . . Cipolletta, L. (2010). Effective bowel cleansing before colonoscopy: a randomized study of split-dosage versus non-split dosage regimens of high-volume versus low-volume polyethylene glycol solutions. *Gastrointestinal Endoscopy*, 72(2), 313-320.
- McLachlan, S.-A., Clements, A., & Austoker, J. (2012). Patients' experiences and reported barriers to colonoscopy in the screening context - A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 137-146.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5 ed.). China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN Guidelines Colorectal Cancer Screening. Version 1.2014 Updates*. Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colorectal_screening.pdf Accessed
- Ness, R. M., Manam, R., Hoen, H., & Chalasani, N. (2001). Predictors of Inadequate Bowel Preparation for Colonoscopy. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(6), 1797-1802.
- Nguyen, D. L., Jamal, M. M., Nguyen, E. T., Puli, S. R., & Bechtold, M. L. (2016). Low-residue versus clear liquid diet before colonoscopy: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Gastrointest Endoscopy*, 83(3), 499-507.e491.
- Nguyen, D. L., & Wieland, M. (2010). Risk Factors Predictive of Poor Quality Preparation during Average Risk Colonoscopy Screening: the Importance of Health Literacy. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 19(4), 369-372.
- Orem. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4 ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Orem. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Orem. (2001). *Nursing: Concepts and Practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

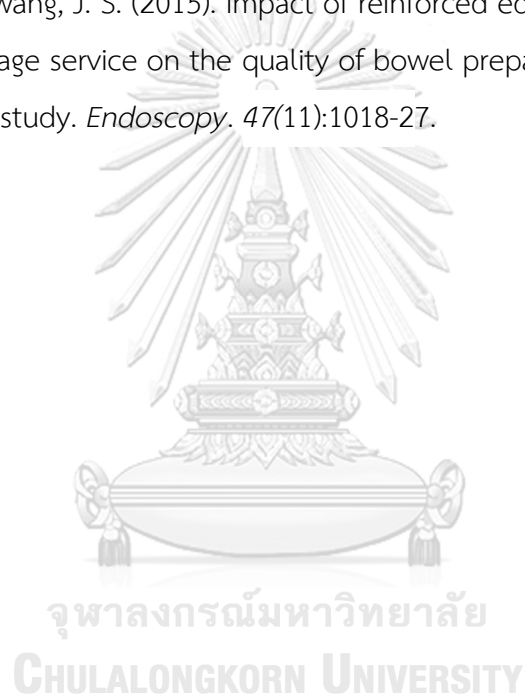
- Prakash, S. R., Verma, S., McGowan, J., Smith, B. E., Shroff, A., Gibson, G. H., . . . Mohanty, S. R. (2013). Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using an educational video. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 27(12), 696-700.
- Pyenson, B., Scammell, C., & Broulette, J. (2014). Costs and repeat rates associated with colonoscopy observed in medical claims for commercial and Medicare populations. *BMC Health Services Research*, 14, 92.
- Rai, T., Navaneethan, U., Gohel, T., Podugu, A., Thota, P. N., Kiran, R. P., . . . Sanaka, M. R. (2016). Effect of quality of bowel preparation on quality indicators of adenoma detection rates and colonoscopy completion rates. *Gastroenterology Report*, 4(2), 148-153.
- Reid M. Ness, Raj Manam, Helena Hoen, & Naga Chalasani. (2001). Predictors of Inadequate Bowel Preparation for Colonoscopy. *American College of Gastroenterology*, 96(6), 1797-1802.
- Rex, D. K., Schoenfeld, P. S., Cohen, J., Pike, I. M., Adler, D. G., Fennerty, M. B., . . . Weinberg, D. S. (2015). Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 81(1), 31-53.
- Romero, R. V., & Mahadeva, S. (2013). Factors influencing quality of bowel preparation for colonoscopy. *World J Gastrointest Endosc*, 5(2), 39-46.
- Rosenfeld, G., Krygier, D., Enns, R. A., Singham, J., Wiesinger, H., & Bressler, B. (2010). The impact of patient education on the quality of inpatient bowel preparation for colonoscopy. *Canadian Journal of Gastroenterol*, 24(9), 543-546.
- Rotondano, G., Rispo, A., Bottiglieri, M. E., De Luca, L., Lamanda, R., Orsini, L., . . . Mauro, B. (2015). Quality of bowel cleansing in hospitalized patients undergoing colonoscopy: A multicentre prospective regional study. *Digestive and Liver Disease*, 47(8), 669-674.
- Saltzman, J. R., Cash, B. D., Pasha, S. F., Early, D. S., Muthusamy, V. R., Khashab, M. A., . . . Acosta, R. D. (2015). Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 81(4), 781-794.
- Sermisri, N. (2014). Influence of payer source on treatment and outcomes in colorectal cancer patients in a university hospital in Thailand. *Asian Pacific Journal of*

- Cancer Prevention*, 15(20), 15-19.
- Serper, M., Gawron, A. J., Smith, S. G., Pandit, A. A., Dahlke, A. R., Bojarski, E. A., . . . Wolf, M. S. (2014). Patient Factors That Affect Quality of Colonoscopy Preparation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12(3), 451-457.
- Sharara, A. I., El Reda, Z. D., Harb, A. H., Abou Fadel, C. G., Sarkis, F. S., Chalhoub, J. M., & Abou Mrad, R. (2016). The burden of bowel preparations in patients undergoing elective colonoscopy. *United European Gastroenterol Journal*, 4(2), 314-318.
- Sipe, B. W., Fischer, M., Baluyut, A. R., Bishop, R. H., Born, L. J., Daugherty, D. F., . . . Rex, D. K. (2012). 726 Effect of Low Residual Diet on Colonoscopy Bowel Preparation. *Gastrointestinal Endoscopy*, 75(4, Supplement), AB163-AB164.
- Smith, S. G., von Wagner, C., McGregor, L. M., Curtis, L. M., Wilson, E. A., Serper, M., & Wolf, M. S. (2012). The influence of health literacy on comprehension of a colonoscopy preparation information leaflet. *Diseases of the Colon & Rectum*, 55(10), 1074-1080.
- Sondhi, A. R., Kurlander, J. E., Waljee, A. K., & Saini, S. D. (2015). A Telephone-Based Education Program Improves Bowel Preparation Quality in Patients Undergoing Outpatient Colonoscopy. *Gastroenterology*, 148(3), 657-658.
- Sorser, S. A., Konanki, V., Hursh, A., Hagglund, K., & Lyons, H. (2014). 1-day bowel preparation with polyethylene glycol 3350 is as effective and safe as a 3-day preparation for colonoscopy in children. *BMC Research Notes*, 7, 648.
- Tae, J. W., Lee, J. C., Hong, S. J., Han, J. P., Lee, Y. H., Chung, J. H., . . . Lee, M. S. (2012). Impact of patient education with cartoon visual aids on the quality of bowel preparation for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76(4), 804-811.
- The Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2014). *Standards of Clinical Nursing Practice and Role Delineations*. The Society of Gastroenterology Nurses and Associates.
- Wattanosoth Hospital. (2018). 9 เคล็ดลับอาหารต้านมะเร็ง. Retrieved from www.bangkokhospital.com/wattanosoth/web/th/
- Wexner, S. D., Force, T., Beck, D. E., Baron, T. H., Fanelli, R. D., Hyman, N., . . . Wasco, K. E. (2006). A consensus document on bowel preparation before colonoscopy:

Prepared by a Task Force From The American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Gastrointestinal Endoscopy*, 63(7), 894-909.

Wu, K.-L., Rayner, C. K., Chuah, S.-K., Chiu, K.-W., Lu, C.-C., & Chiu, Y.-C. (2011). Impact of Low-Residue Diet on Bowel Preparation for Colonoscopy. *Diseases of the Colon & Rectum*, 54(1), 107-112.

Yoo Jin Lee, Eun Soo Kim, Jae Hyuk Choi, Kyung In Lee, Kyung Sik Park, Kwang Bum Cho, . . . Hwang, J. S. (2015). Impact of reinforced education by telephone and short message service on the quality of bowel preparation: a randomized controlled study. *Endoscopy*. 47(11):1018-27.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 9/2559 ประจำปีการศึกษา 2559

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5777359136
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวศิริพร ศรีสุข
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล ภาคนอกเวลาราชการ)
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	พันเอกหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง EXPERIENCES OF BEING A CLINICAL NURSE COORDINATOR IN A PRIVATE HOSPITAL
ครั้งที่อนุมัติ	9/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877205236
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล)
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลจบใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง EXPERIENCES OF CLINICAL DECISION MAKING OF NEW GRADUATED NURSES WORKING AT INTENSIVE CARE UNITS, AN UNIVERSITY HOSPITAL
ครั้งที่อนุมัติ	9/2559
ระดับ	ปริญญาโท

วิภา จินตวิทย์
15 ธ.ค. 2559

12

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5777348236
 ชื่อ-นามสกุล นางนรินันท์ ช่อมะลิ
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่ Flexible)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการรณรงค์เสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม
 การดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
 THE EFFECT OF SELF CARE AGENCY PROMOTION ON PATIENT'S SELF
 CARE BEHAVIORS BEFORE COLONOSCOPY
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2559
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5777360736
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวสุกัญญา คล้ายชู
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่ Flexible)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ
 ที่ได้รับการใส่สายระบายปัสสาวะที่กรวยไตผ่านผิวหนัง
 FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
 OBSTRUCTIVE UROPATHY RECEIVING PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2559
 ระดับ ปริญญาโท

รับทราบ
 15 ธ.ค. 2559



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งงาน/ สถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์นายแพทย์นาวัน ชันธรักษา	ศัลยแพทย์แผนกศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. นางสาวรังสิมา ชัยวัฒน์	หัวหน้าหน่วยส่องกล้องระบบทางเดิน อาหารวิกิจ วีรานูวัตต์ โรงพยาบาลศิริราช
4. นางสาวสุมิตรา เวียงเงิน	พยาบาลห้องส่องกล้อง อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 10 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. นางดวงสุตา สุวรรณศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านวิสัญญี)พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (ด้านการให้ยาระงับความรู้สึก)



ที่ ศธ 0512.11/ 1018



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิรินธน์ ช่อมะลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ นาวัน ชันธรักษา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงศ์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิสิต

นายแพทย์ นาวัน ชันธรักษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 02-218-1156

นางนิรินธน์ ช่อมะลิ โทร. 08-8085-1848

ที่ ศธ 0512.11/ 1017



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิรินธ์ ช่อมะลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนการส่งกลัองลำไส้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156
นางนิรินธ์ ช่อมะลิ โทร. 08-8085-1848

ที่ ศธ 0512.11/ 1016



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิรินธน์ ช่อมะลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรังสิมา ชัยวัฒน์ หัวหน้าหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

นางสาวรังสิมา ชัยวัฒน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156

นางนิรินธน์ ช่อมะลิ โทร. 08-8085-1848

ที่ ศธ 0512.11/ 1015



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนรินธร- ช่อมะลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุมิตรา เวียงเงิน พยาบาลห้องส่องกล้อง อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 10 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

วิชาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิตินิสิต

นางสาวสุมิตรา เวียงเงิน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156

นางนรินธร ช่อมะลิ โทร. 08-8085-1848

ที่ ศร 0512.11/ 1090



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นางดวงสุดา สุวรรณศรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิรินธ์ ช่อมะลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิตา มณีจันทร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156
นางนิรินธ์ ช่อมะลิ โทร. 08-8085-1848





โรงพยาบาลสุรินทร์
68 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์

เลขที่หนังสือรับรอง 43 / 2561.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
ชื่อโครงการ/ ภาษาอังกฤษ	THE EFFECT OF SELF CARE AGENCY PROMOTION ON PATIENT'S SELF CARE BEHAVIORS BEFORE COLONOSCOPY
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางนิรินธร ช่อมะลิ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลสุรินทร์
เอกสารรับรอง	-แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา -หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ -แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์
วันที่รับรอง	12 มิถุนายน 2561
วันหมดอายุ	11 มิถุนายน 2562

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามเกณฑ์สากล (ICH-GCP)

(นางอุษณีย์ สุชนิดย์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

(นายสุสิทธิ์ พานิชวิทิตกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อนางนิรินธน์ ช่อมะลิ บ้านเลขที่ 71, 73 ถนนสุริยกานต์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ รหัสไปรษณีย์ 32000 โทรศัพท์มือถือ 088-0851848 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้รับไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สถานที่/ วันที่

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถานที่/ วันที่

นางนิรินธน์ ช่อมะลิ

ลงนามผู้วิจัย

สถานที่/ วันที่

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ชื่อผู้วิจัย นางนรินธน์ ช่อมะลิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสุรินทร์ 68 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 044-511757 ต่อ 02401, 02402

โทรศัพท์มือถือ 088-0851848 E-mail : nirin.ornurse@gmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4.1 ประชากรในการวิจัยได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปีบริบูรณ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย

4.2 โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 วันแรกของการทดลอง ที่ห้องตรวจคัดสรรแผนกผู้ป่วยนอก (ระยะคาดการณ์)

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลองก่อนการให้โปรแกรม ประเมินความรู้ผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้ง ประเมินการคาดการณ์ การคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการได้รับการส่องกล้อง โดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการสร้างสัมพันธภาพโดยการจัดสถานที่ในการดำเนินการพยาบาลอย่าง

เหมาะสม แสดงความพร้อมและการเต็มใจในการให้ข้อมูล คำแนะนำ สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความเป็นกันเอง

ขั้นที่ 2 การให้ความรู้และการชี้แนะแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่หลังจากที่พบแพทย์ ผู้วิจัยให้ข้อมูล ให้การสนับสนุน และกำลังใจ ในรูปแบบการสอนโดยใช้ภาพพลิกและคู่มือที่ค้นเกี่ยวกับเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และวิธีการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้ เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาละลาย การสังเกตลักษณะการขับถ่าย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนและตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การชี้แนะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัย แจกคู่มือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

ขั้นที่ 3 การสนับสนุน เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทบทวนความรู้และกิจกรรมการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ด้วยการใช้คำพูดหรือการทำท่าทางที่เป็นมิตร ให้กำลังใจและส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม จูงใจให้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ครั้งที่ 2 ใน 3 วันก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (ระยะปรับเปลี่ยน) เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการ คาดการณ์ การคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการส่องกล้อง การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีกากใยน้อย ได้แก่ ข้าวต้มไม่ใส่ผัก โจ๊ก เต้าหู้ไข่ การงดรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว อาหารแปรรูปต่างๆ เช่น กุนเชียง ไส้กรอก สามารถรับประทานเนื้อปลาได้ ให้การชี้แนะและสนับสนุน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และคาดการณ์ ปรับเปลี่ยนการเลือกรับประทานอาหารที่ตนสามารถจัดหาได้และไม่ขัดต่อคำแนะนำของแพทย์ เช่นเดียวกับครั้งที่ 1 แก่ผู้ป่วย ใช้เวลา ประมาณ 15-20 นาที

ครั้งที่ 3 ใน 2 วันก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารอ่อนๆอย่างง่าย ได้แก่ ข้าวต้ม โจ๊ก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ ไม่รับประทานผักและผลไม้ใด ๆเลย ให้การชี้แนะผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ กำลังใจในการปรับเปลี่ยนอาหารตามที่ผู้ป่วยสามารถจัดหาได้ โดยไม่ขัดกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ พร้อมกับแจ้งวันเวลาที่ต้องเข้านอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมเข้ารับการส่องกล้อง ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ประมาณ 15-20 นาที

ครั้งที่ 4 ในเช้าวันก่อนส่องกล้อง 1 วัน (ระยะลงมือปฏิบัติ) เมื่อผู้ป่วยเข้ามานอนพักในโรงพยาบาลตามนัด โดยนัดผู้ป่วยให้เข้ามานอนโรงพยาบาลก่อนเวลา 10.00 น. เพื่อเตรียมผู้ป่วยที่

ห้องพักของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติพร้อมกับแนะนำตัวอีกครั้ง ประเมินการคาดการณ์ การคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการส่งกล้องวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ข้อมูลและการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่โดยใช้สื่อคู่มือการดูแลตนเอง วิดีทัศน์และภาพพลิกและบรรยากาศการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ป่วยจะต้องรับประทานอาหารเป็นข้าวต้ม ไม่ใส่เครื่อง ไม่ใส่ผัก ไม่ใส่ไข่ และเนื้อสัตว์ ในมื้อเช้า หลังจากนั้นผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารเหลวใส น้ำผลไม้ไม่มีกาก จนถึงเวลา 24.00 น.ของวันก่อนส่งกล้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารระยะเวลา 18.00 น. วันก่อนส่งกล้อง และเวลา 06.00 น.เช้าวันส่งกล้อง รวมถึงการสังเกตและประเมินลักษณะการขับถ่าย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเตรียมลำไส้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยใช้ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การชี้แนะ การสนับสนุน เช่นเดียวกับครั้งที่ 1

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 088-0851848 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. หากเข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลรามาธิบดี

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147; E-mail: eccu@chula.ac.th



โรงพยาบาลสุรินทร์
รับเลขที่ 10403/63
วันที่ 13 มิ.ย. 2561
เวลา 10.00 น.

ที่ ศธ 0512.11/ 1084

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริหารบุคคลและคุณภาพ
2125
เลขที่ 13 มิ.ย. 61
วันที่
เวลา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิรินธร ช่อมะลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหารแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ นางนิรินธร ช่อมะลิ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริหาร
เพื่อโปรดทราบ. โรงพยาบาลสุรินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ขอความอนุเคราะห์ในสิ่งที่ขอมาไว้ใช้
นางนิรินธร ช่อมะลิ
นิสิต ปีที่ 2

ขอแสดงความนับถือ
ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

204
24 มิ.ย. 61

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156
ชื่อนิสิต นางนิรินธร ช่อมะลิ โทร. 08-8085-1848

5/7/61



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเท่านั้น

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า/แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
4. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ปวช. ☐ ปวส.
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานบริษัท
☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกร
☐ รับจ้าง ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อื่น ๆ
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน)
☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,000-10,000 บาท
☐ 10,001-15,000 บาท ☐ มากกว่า 15,000 บาท
7. สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ เสียค่ารักษาพยาบาลเอง ☐ เบิกจากส่วนราชการหรือต้นสังกัด
☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. การวินิจฉัยโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ในการส่งกลองไล่ไ้ใหญ่ครั้งนี้

.....

2. โรคประจำตัวหรือโรคร่วม

.....

3. วันนัดหมายส่งกลอง

.....

4. แพทย์ผู้นัดหมายส่งกลอง

.....

5. ชนิดยาระบายที่ได้รับ

.....

6. กำหนดเวลาที่ต้องเข้ารับการส่งกลองไล่ไ้ใหญ่

.....

แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 14 ข้อ ข้อความแต่ละข้อความที่ท่านได้ปฏิบัติจริงหลังจากท่านได้รับการสอน ชี้แนะจากพยาบาล ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

ปฏิบัติทุกกิจกรรม หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติกิจกรรมทุกกิจกรรม/ทุกมือ
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่สามารถปฏิบัติได้เลยทุกกิจกรรม/ทุกมือ

ข้อที่	พฤติกรรมในการดูแลตนเอง			หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
	2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่			
1	ท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย กากน้อย ครบทุกมื้อ เช่น ข้าวต้มปลา โจ๊กไม่ใส่หมูหรือเนื้อ ไข่ตุ๋น เต้าหู้ เป็นต้น			อาหารที่ท่านรับประทาน มือเช้า.....
2	งดรับประทานข้าวเหนียว ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ เมล็ดธัญพืช ซีเรียล เป็นต้น			มือเที่ยง..... มือเย็น.....
3			
4			
	1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่			
5	มือเช้าท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ได้แก่ ข้าวต้มเปล่าๆ โจ๊ก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ ไม่ใส่ผักทุกชนิด ไข่ตุ๋น น้ำเต้าหู้ไม่ใส่เครื่อง			อาหารที่ท่านรับประทาน มือเช้า.....
6			
7			
8			
9			

แผนการสอนการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

เรื่อง	การสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
ผู้สอน	นางนิรินธร ช่อมะลิ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สำหรับ	ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
สอนครั้งที่	1 (เมื่อได้รับการนัดส่องกล้อง)
สถานที่	ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
ระยะเวลาในการให้ข้อมูล	40 นาที
วิธีการสอน	สอนเป็นรายบุคคล ร่วมกับภาพพลิกประกอบการบรรยาย
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (K) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (A) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ถูกต้อง (P)
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสามารถบอกความหมาย ประโยชน์และความสำคัญของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ 2. ผู้ป่วยสามารถบอกข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ 3. ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ 4. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ 5. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาระบายก่อนเข้ารับการส่องกล้องได้ 6. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการสังเกตลักษณะอุจจาระและสิ่งขับถ่ายหลังรับประทานยาระบายได้ 7. ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานยาระบายได้

แผนการสอน

แผนการสอนเรื่อง การสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (ระยะที่ 1 ระยะคัดการณ์)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>สวัสดีค่ะ คุณ.....(ชื่อผู้ป่วย) ดิฉันชื่อ นิรินธ์ ช่อมะลิ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลสุรินทร์ จะมาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามที่แพทย์ได้นัดหมายคุณ.....(ชื่อผู้ป่วย) ไว้ในวันที่..... เพื่อให้คุณ.....(ชื่อผู้ป่วย) สามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อการส่องกล้องได้ถูกต้อง</p> <p>คุณ....(ชื่อผู้ป่วย) เคยส่องกล้องมาก่อนหน้านี้หรือไม่คะ มีญาติหรือคนรู้จักที่เคยได้รับการส่องกล้องมาแล้วให้ฟังบ้างหรือไม่คะ ทราบหรือไม่ว่าจะต้องปฏิบัติตัวหรือเตรียมความพร้อมใน</p>	<p>ใช้เวลา 3 นาที</p> <p>เมื่อผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเรียนรู้แล้ว กล่าวทักทายผู้ป่วยและแนะนำตัว</p> <p>-สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>-ชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลา เนื้อหา และกิจกรรมการ-</p> <p>การสอน</p> <p>-ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยด้วยแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>- ประเมินความสามารถในการคัดการณ์</p> <p>เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>-ตั้งคำถามเพื่อค้นหาปัจจัยภายในภายนอกที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในการดูแล</p>	<p>-ภาพพลิกเรื่องการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p>	<p>ผู้ป่วยมีท่าที่สนใจในการเรียนรู้ร่วมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการประสบการณการส่องกล้อง</p>	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ สอน	สื่อ การ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
	<p>การส่องกล้องอย่างไรบ้างค่ะ ต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง ช่วยกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยนะ คะ</p> <p>จากที่ได้ฟัง ประสบการณ์ของคุณ..... แล้ว ในลำดับต่อไปดิฉันจะ ขอให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความ พร้อมในการส่องตรวจลำไส้ ใหญ่ในเรื่องต่อไปนี้ค่ะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การส่องกล้องตรวจ ลำไส้ใหญ่และความสำคัญของ การเตรียมความพร้อมในการ ส่องตรวจ 2.ประโยชน์ของการ ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ 3. ข้อบ่งชี้หรือความ จำเป็นในการเข้ารับการตรวจ ด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 4. ภาวะแทรกซ้อน จากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 5.วิธีการปฏิบัติตัว ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ การเลือกชนิดของ อาหารที่ต้องรับประทานก่อน ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การ 	<p>ตนเองก่อนส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับ ประสบการณ์การส่อง กล้อง</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	รับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่ายและการเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการรับประทานยาระบาย				
1.ผู้ป่วยสามารถบอกความหมายประโยชน์และความสำคัญของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้	<p>การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นวิธีการที่ปลอดภัย ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพในการประเมินปัญหาในลำไส้ใหญ่ กล้องส่องลำไส้ใหญ่ (colonoscope) มีลักษณะเป็นท่อยาว ขนาดเล็ก ยืดหยุ่นได้ มีกล้องวิดีโอและดวงไฟขนาดเล็กมากติดอยู่ที่ปลายท่อ สอดเข้าทางทวารหนักผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ จะสามารถเห็นรายละเอียดต่างๆ ได้ตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ หากพบความผิดปกติ เช่น ตังเนื้อ เนื้องอก หรือเนื้อผิดปกติต่างๆ แพทย์สามารถตัดชิ้นเนื้อนั้นออกมาตรวจได้เลย และควรต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันว่าเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง</p>	<p>ใช้เวลา 5 นาที</p> <p>-ตั้งคำถามเพื่อค้นหาปัจจัยภายในภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรม</p> <p>การดูแลตนเองก่อนส่องกล้อง เช่น ทานยาระบาย การทำความสะอาดลำไส้ใหญ่</p> <p>การดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับความหมายและประโยชน์และความสำคัญของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>ตามที่ผู้ป่วยเข้าใจ</p> <p>-กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และกล่าวชื่นชม</p> <p>-ประเมินความรู้เมื่อ</p>	<p>-ภาพพลิกเรื่อง การดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p><u>หัวข้อ</u></p> <p>ความหมาย ประโยชน์ และความสำคัญของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถบอกความหมายประโยชน์และความสำคัญของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้</p> <p>อย่างถูกต้อง โดยตอบคำถามในรูปแบบวัดความรู้ในการ</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>สำหรับกรณีที่มีติ่งเนื้อหรือเนื้องอกที่เป็นจุดเริ่มต้นของมะเร็ง หลังจากการส่องกล้องและตัดออกแล้วจะสามารถหายสนิทโดยไม่ต้องผ่าตัดซ้ำ</p> <p>ประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่</p> <p>1. ใช้ในการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและอาการเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่ เช่น การเสียเลือด ความเจ็บปวด ท้องเสียเรื้อรัง หรืออาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจตรวจพบมาแล้วจากการตรวจร่างกายก่อนหน้านี้</p> <p>2. ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยและรักษาอาการเลือดออกในลำไส้ใหญ่</p> <p>3. ใช้ในการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และรักษาก้อนเนื้องอกแบบที่ไม่ใช่ มะเร็ง (polyps บริเวณผนังลำไส้ใหญ่)</p> <p>ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ให้สะอาดเพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีดังนี้</p>	<p>สิ้นสุดการสอนเกี่ยวกับความหมายประโยชน์ ความสำคัญของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>- ให้คำชี้แนะเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจสิ่งที่สอน</p>	การส่องกล้องลำไส้ใหญ่	ดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ข้อ 1-5	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>1.ลดจำนวนอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่เพื่อให้การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทำได้ง่ายและมองเห็น ส่วนต่างๆของลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ทำให้การตรวจรอยโรคต่างๆของลำไส้ใหญ่ชัดเจนและสมบูรณ์</p> <p>2.ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้ใหญ่ได้สูง</p> <p>3.ลดเวลาในการส่องกล้องและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น</p> <p>4.ลดโอกาสส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ซ้ำบ่อยมากขึ้นและลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น</p>				
2.ผู้ป่วยสามารถบอกข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	<p>ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>การส่องกล้องตรวจควรทำในผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้</p> <p>1. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องผูก หรือท้องเสียเป็น</p>	<p>ใช้เวลา 3 นาที</p> <p>-ตั้งคำถามเพื่อค้นหาปัจจัยภายในและภายนอกเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น ทราบหรือไม่ว่าทำไมท่านถึง</p>	ภาพ พลิก เรื่อง การดูแลตนเอง ก่อน	-ผู้ป่วยสามารถบอกข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ สอน	สื่อ การ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
ได้ถูกต้อง	<p>ประจำ หรือท้องผูกสลับท้องเสีย</p> <p>2. ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อาจจะเป็นสีแดงสดหรือสีคล้ำ มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ ผลการตรวจเลือดในอุจจาระเป็นบวก</p> <p>3. เวลาถ่ายอุจจาระมีติ่งเนื้อยื่นออกมาจากทวารหนัก และมีเลือดออก</p> <p>4. มีการแน่นอึดอัดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ และปวดท้องร่วมด้วย</p> <p>5. มีก้อนในท้อง น้ำหนักลด ชีต อ่อนเพลีย</p> <p>6. ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจทางทวารหนัก โดยการส่องกล้องทุก ๆ 3-5 ปี และการตรวจคัดกรองมะเร็งในกลุ่มเสี่ยง เช่น บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจติดตามภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่</p> <p>7. ตรวจพบความผิดปกติของลำไส้จากการถ่ายภาพรังสี</p>	<p>ต้องเข้ารับการส่องกล้อง</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามที่ผู้ป่วยเข้าใจ กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และกล่าวชื่นชม</p> <p>-ให้คำชี้แนะเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจสิ่งที่สอน และทวนซ้ำ</p>	<p>ส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>หัวข้อข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p>	<p>ใหญ่ได้ อย่างถูกต้อง โดยตอบคำถามในแบบวัดความรู้ ในการดูแลตนเอง ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ข้อ 6-7</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
3.ผู้ป่วยบอก ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ถูกต้อง	<p>ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>การส่องกล้องลำไส้ใหญ่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องได้ แม้จะพบประมาณน้อยมาก แต่ก็ต้องมีความระมัดระวัง ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการซักประวัติการตรวจวินิจฉัยโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดยาที่รับประทานเป็นประจำ การงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่</p> <p>1.เลือดออกภายหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบได้น้อยร้อยละ 0.1 ที่พบบ่อยที่สุดคือ ภายหลังการตัดติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีหรือ ภายหลังการส่องได้ในระยะ 29 วันหลังส่อง</p> <p>2. ลำไส้ทะลุจากการส่องกล้อง พบได้ 3 คนจาก 1000 คน ซึ่งเกิดจากการทำหัตถการร่วมด้วย ซึ่งอาการจากการทะลุ ได้แก่ อาการ</p>	<p>ใช้เวลา 3 นาที</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามที่ผู้ป่วยเข้าใจกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และกล่าวชื่นชม</p>	<p>-ภาพพลิก</p> <p>การดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p><u>หัวข้อ</u></p> <p>ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>โดยตอบคำถามในแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในข้อ 8-9</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	ปวดท้องมาก tachycardia และอาการปวดเกร็งท้อง หน้าท้องแข็ง				
4. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการรักษาส่งกล้องลำไส้ใหญ่ได้	<p>วิธีการปฏิบัติตัวก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่ 4 ด้าน</p> <p>1) การรับประทานอาหารก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>- ก่อนส่งกล้อง 2 วัน ทานอาหารกากใยน้อยหรืออาหารที่ไม่มีกาก เช่น ข้าวต้มขาวไม่ควรรานข้าวกล้องหรือข้าวไรเบอรี่ งดเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ทุกชนิด รวมทั้งธัญพืชทุกชนิด ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวซ้อมมือ เมล็ดเจีย เมล็ดผักต่างๆ งดรับประทานชา กาแฟ เนื่องจากทำให้ลำไส้บีบตัวมาก</p> <p>- ก่อนส่งกล้อง 1 วัน รับประทานอาหารไม่มีกากในตอนเช้า เช่น โจ๊ก งดเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ทุกชนิด สามารถดื่มน้ำหวานที่ไม่มีสี/น้ำผลไม้ แยกกาก/น้ำซูปได้ หลังจากรับประทานมือเช้าแล้ว หลังจากนั้นให้รับประทาน</p>	<p>ใช้เวลา 8 นาที</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับวิธีการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการรักษาส่งกล้องลำไส้ใหญ่ตามที่ผู้ป่วยเข้าใจกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และกล่าวชื่นชม</p>	<p>-ภาพพลิกการดูแลตนเองก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p><u>หัวข้อ</u></p> <p>วิธีการเลือกรับประทานกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>อาหารก่อนเข้ารับการรักษาส่งกล้องลำไส้ใหญ่ได้</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถบอกอธิบายวิธีการเลือกรับประทานอาหารก่อนเข้ารับการรักษาส่งกล้องลำไส้ใหญ่ได้</p> <p>อย่างถูกต้องโดยตอบคำถามในแบบวัดความรู้ในการ</p>	


วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>อาหารได้เฉพาะอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำซูปใส น้ำหวานไม่มีสี น้ำผลไม้แยกกาก</p> <p>- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ และต้องดื่มน้ำดอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืนก่อนวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่</p>			ดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ถูกต้องในข้อ 10-12	
5. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา	<p>2) วิธีการรับประทานยาระบาย</p> <p>เพื่อขจัดอุจจาระที่ตกค้าง ทำความสะอาดลำไส้ และเพื่อให้แพทย์ได้เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะได้ทานยาระบาย 2 ครั้ง</p> <p>ครั้งที่ 1 รับประทาน 45 ซีซี. เวลา 18.00 น วันก่อนส่องกล้อง หลังทานยาระบาย ให้รับประทานน้ำตามให้มากกว่า 1 ลิตร โดยจะแบ่งรับประทาน 4 แก้ว แก้วละ 250 ซีซี ห่างกัน 15 นาที ให้หมดภายใน 1 ชม.หลัง</p>	<p>ใช้เวลา 5 นาที</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาระบายก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามที่ผู้ป่วยเข้าใจกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นและกล่าวชื่นชม</p>	<p>-ภาพพลิกการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p><u>หัวข้อ</u> วิธีการรับประทานยาระบาย</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการรับประทานยาระบายก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>ถูกต้องโดยตอบคำถามในแบบวัดความรู้</p>	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ สอน	สื่อ การ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
	<p>รับประทานยาระบาย สามารถผสมยากับน้ำหวานเฮ ลล์บดบอยได้ แต่ไม่ควรผสม กับน้ำสีแดง เพื่อให้ รับประทานได้ง่ายขึ้น</p> <p>ครั้งที่ 2 รับประทาน เวลา 06.00 น. เข้าวันส่อง กล้อง รับประทานยาระบาย อีก 45 ซีซี ไม่ต้องรับประทาน น้ำตาม ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลว ได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ผู้ป่วยจะ ได้รับน้ำเกลือทางเส้นเลือด เพื่อลดอาการอ่อนเพลีย</p>		<p>ยก่อน เข้ารับ การ ส่อง กล้อง ลำไส้ ใหญ่</p>	<p>ในการ ดูแล ตนเอง ก่อนส่อง กล้อง ลำไส้ ใหญ่ ใน ข้อ 13- 15</p>	
<p>6.ผู้ป่วย สามารถ บอก วิธีการ สังเกต ลักษณะ อุจจาระ และสิ่ง ขับถ่าย หลัง รับประ ทานยา ระบายได้</p>	<p>3) วิธีการสังเกตลักษณะ อุจจาระและสิ่งขับถ่ายหลัง รับประทานยาระบาย</p> <p>เมื่อรับประทานยา ระบายหมดแล้ว ยาระบายจะ ช่วยขับอุจจาระและกาก อาหารออกจากลำไส้เพื่อให้ ลำไส้สะอาดสามารถส่อง กล้องเห็นพื้นผิวและรอยโรค ในลำไส้ได้ชัดเจน หลัง รับประทานยาหมดพร้อมกับ รับประทานน้ำตามให้ครบ อย่างน้อย 1 ลิตร จะถ่าย</p>	<p>ใช้เวลา 5 นาที</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วม ร่วมโดยให้ผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับวิธีการ รับประทานยาระบาย ก่อนเข้ารับการส่อง กล้องลำไส้ใหญ่ตามที่ ผู้ป่วยเข้าใจกระตุ้นให้ แสดงความคิดเห็น และกล่าวชื่นชม</p>	<p>-ภาพ พลิก การ ดูแล ตนเอง ก่อน ส่อง กล้อง ลำไส้ ใหญ่ <u>หัวข้อ</u> วิธีการ สังเกต</p>	<p>-ผู้ป่วย สามารถ บอก อธิบาย วิธีการ สังเกต ลักษณะ อุจจาระ และสิ่ง ขับถ่าย หลัง รับประ ทานยา</p>	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ สอน	สื่อ การ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
	<p>อุจจาระภายใน 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมงหลังจากทานยาหมด ประมาณ 6-8 ครั้ง ลักษณะอุจจาระจะมีกากนุ่มๆ จนกระทั่งค่อยๆหมดเป็นน้ำ และเริ่มใส ผู้ป่วยจะต้องนับจำนวนครั้งและสังเกตลักษณะอุจจาระเพื่อบอกพยาบาลให้ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่า ลำไส้มีระดับความสะอาดที่เพียงพอหรือไม่ การสังเกตลักษณะของอุจจาระ ให้ผู้ป่วยจดจำลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้ง และชี้บอกตามแผ่นภาพว่าเป็นระดับใด ผู้ป่วยสามารถถ่ายภาพลักษณะอุจจาระที่ถ่ายออกมาให้พยาบาลดูได้ ถ้าหากรับประทานน้ำและยาหมดแล้ว ยังไม่ถ่ายภายใน 2 ชั่วโมงให้แจ้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลทราบ</p>		<p>ลักษณะอุจจาระและการสังเกตอย่างละเอียด</p>	<p>ระบายน้ําก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ได้เป็นอย่างดี ถูกต้องโดยตอบคำถามในแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ ข้อ 16</p>	
7.ผู้ป่วยสามารถบอก	<p>4) การสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้</p> <p>หลังจากรับประทาน</p>	<p>ใช้เวลา 3 นาที</p> <p>-บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ผู้ป่วย</p>	<p>-ภาพพลิกการดูแล</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถบอกอธิบาย</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานนยา ระบายได้	ยาระบายแล้ว ผู้ป่วยจะมีการขับถ่ายอุจจาระออกมาประมาณ 6-8 ครั้ง จนกว่าจะสามารถจัดเศษอาหารและกากอุจจาระออกจากลำไส้ได้หมดและผู้ป่วยจะต้องดื่มน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิดเวลา 24.00 วันก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มีอาการอาเจียนจากการรับประทานยาระบาย รู้สึกไม่สุขสบายท้อง ได้บ้างบางครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาภาวะความสมดุลของร่างกายไว้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ปวดท้อง เวียนศีรษะหรืออ่อนเพลียมาก ให้แจ้งพยาบาลได้ตลอดเวลา	อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานนยา ยาระบายตามที่ผู้ป่วยเข้าใจกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และกล่าวชื่นชม	ตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่หัวข้อภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานนยาหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานนยา ระบายได้	ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานนยา ระบายได้ อย่างถูกต้องโดยตอบคำถามในแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ถูกต้อง ข้อ 17	
	สรุป หลังจากที่กล่าวมาทำให้น่านทราบถึงความสำคัญของการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่และเพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติเพื่อดูแล	ใช้เวลา 5 นาที -ผู้สอนและผู้เรียนร่วมสรุปสาระสำคัญที่ได้รับ -ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวก่อน	-ภาพพลิกเรื่องการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยสามารถสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้การเตรียม	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ สอน	สื่อ การ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
	ตนเองก่อนส่งกล่องลำไ้ใหญ่ได้ พยาบาลขอสรุปอีกครั้งนะคะว่าวันนี้เราได้เรียนรู้เกี่ยวกับความหมายของการส่งกล่องลำไ้ใหญ่ว่าทำอย่างไร มีความสำคัญอย่างไร มีข้อบ่งชี้ใดบ้างในการทำ และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้จากการส่งกล่องลำไ้ใหญ่ รวมทั้งได้ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับ การส่งกล่องลำไ้ใหญ่ ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทาน ยาระบาย การสังเกตลักษณะ สิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวัง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ระหว่างการรับประทานยา ยาระบาย และเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าท่านจะสามารถ ปฏิบัติการดูแลตนเองก่อน ส่งกล่องลำไ้ใหญ่ ได้ เรามา ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน ส่งกล่องร่วมกันว่า เมื่อถึง เวลา 3 วันก่อนส่งกล่อง ลำไ้ใหญ่ ท่านจะสามารถ	ส่งกล่องลำไ้ใหญ่ -เปิดโอกาสให้ซักถาม -แจกภาพพลิกให้ ผู้ป่วยนำกลับบ้าน พร้อม กำหนดนัดหมายข้างในแผ่น ปฏิทินภาพพลิก -นัดแนะกับผู้ป่วยใน การพบครั้งต่อไปโดย การโทรศัพท์ติดตาม คือ 3 วันก่อนเข้ารับ การส่งกล่องลำไ้ ใหญ่	ก่อน ส่ง กล่อง ลำไ้ ใหญ่ -ใบนัด ส่ง กล่อง ลำไ้ ใหญ่	ความ พร้อม ก่อนส่ง กล่อง ลำไ้ ใหญ่ได้ ครอบคลุม ทั้ง ความหม าย ความสำ คัญของ การส่ง กล่อง ลำไ้ ใหญ่ การ ปฏิบัติตัว ก่อนส่ง กล่อง ลำไ้ ใหญ่ใน ด้านการ เลือก ชนิดของ อาหารที่ รับประท	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ สอน	สื่อ การ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
	<p>ปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านตั้งใจได้หรือไม่ แล้วค่อยมาปรับหรือเพิ่มเป้าหมายด้วยกันอีกครั้ง โดยดิฉันจะโทรศัพท์มาเยี่ยมท่านอีกครั้งใน วันที่.....</p> <p>โดยเป้าหมายที่ท่านจะปฏิบัติได้ใน 2 วันก่อนส่งกล่อง ลำไส้ใหญ่ ได้แก่ การรับประทานอาหารกากน้อย รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ไม้สับผัก ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ รับประทานเนื้อปลาได้ ไม่รับประทานผัก ผลไม้ทุกชนิด ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยจะสามารถ</p> <p>ปฏิบัติการดูแลตนเองก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ได้</p> <p>หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและขอขอบคุณที่ตั้งใจฟังการให้คำแนะนำในครั้งนี้</p> <p>ทำข้อตกลงในการเจอกับคนไข้ในครั้งต่อไป ว่าอีกกี่ครั้งติดต่อกันไหน วันเวลาใด</p>			<p>าน การ รับประ ทานยา ระบ าย การ สังเกต ลักษณะ สิ่ง ขับถ่าย และการ เฝ้าระวัง อาการ ผิดปกติ ระหว่าง การ เตรียม ลำไส้</p>	

แผนการสอนการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

เรื่อง การสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ผู้สอน นางนิรินันท์ ช่อมะลิ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับ ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

สอนครั้งที่ 2 และ 3 (ก่อนวันส่องกล้อง 3 วัน และ 2 วัน)

สถานที่ ติดตามเย็บมทางโทรศัพท์

ระยะเวลาในการให้ข้อมูล 10-15 นาที

วิธีการสอน สอนเป็นรายบุคคลทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วย

มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (K)

ตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (A)

สามารถปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่(P)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้
2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

แผนการสอน (การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์)

แผนการสอนเรื่อง การสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่งกลัองลำไส้ใหญ่ (ระยะที่ 2 ระยะปรับเปลี่ยน)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>บทสนทนาทางโทรศัพท์</p> <p>“สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางนิรินทร์ ช่อมะลิ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นิสิตจาก คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยค่ะ ขอเรียนสายคุณ..... (ชื่อกลุ่มตัวอย่าง).....ค่ะ ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายกันไว้ที่โรงพยาบาลเมื่อคราวที่แล้วนะคะ”</p> <p>“ดิฉันขอรบกวนเวลาสักครู่นะคะ ไม่ทราบว่าคุณ.....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง).....สะดวกหรือไม่ค่ะ (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ.....ติดต่อกลับหรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการให้ดิฉันติดต่อกลับใหม่ค่ะ”</p> <p>บทนำ</p> <p>“คุณ.....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง).....เป็นอย่างไรบ้างคะ มีอาการผิดปกติอะไรหรือไม่คะ จำได้หรือไม่คะ ว่าวันนี้มีนัดกับดิฉันทางโทรศัพท์เพื่อติดตามและพูดคุยตามที่ได้นัดหมายเกี่ยวกับ</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 3 นาที</p> <p>-ทักทาย</p> <p>-แนะนำตัว</p> <p>-สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>-ทบทวนความรู้เดิม</p> <p>-ตั้งคำถามเพื่อประเมินปัจจัยภายใน</p> <p>และ</p> <p>ภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรม</p> <p>การเลือกชนิดอาหารที่รับประทานก่อนส่ง</p>	<p>ภาพพลิก</p> <p>การดูแลตนเองก่อนส่งกลัองลำไส้ใหญ่ที่ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน</p>	<p>ผู้ป่วยมีท่าที่สนใจในการเรียนร่วมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์การส่งกลัอง</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>การส่งกล่องลำไส้ใหญ่ของคุณไว้นะคะ ทราบหรือไม่คะว่าอีก 3 วันคุณต้องเข้ารับการส่งกล่องลำไส้ใหญ่แล้วและพรุ่งนี้คุณจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างคะ ท่านสามารถหยิบแผ่นภาพพลิกมาดูประกอบได้นะคะ ก่อนอื่นดิฉันขอทวนซ้ำเพื่อให้คุณทราบกำหนดนัดหมายและวัตถุประสงค์ในการโทรศัพท์ติดตามดังนี้คะ “</p> <p>การโทรศัพท์ติดตามจะมี 2 ครั้งคือ 3 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ และ 2 วันก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ หรือ 1 วันก่อนที่คุณจะเข้านอนโรงพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ</p> <p>1.เพื่อประเมินความสามารถในการปรับเปลี่ยนการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองด้านการเลือกชนิดอาหารที่รับประทานก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่</p> <p>2.เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจในการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่</p>	<p>กล่องเช่นท่านทราบหรือไม่ว่าการเลือกรับประทานอาหารก่อนส่งกล่องมีความสำคัญอย่างไร</p> <p>-ชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจในการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
ผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่ได้	<p>ความสำคัญในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>วิธีนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปริมาณอุจจาระในลำไส้ใหญ่ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำและลดความผิดพลาดจากการที่มีอุจจาระค้างค้างในลำไส้ ทำให้มองไม่เห็นพื้นผิวของลำไส้ได้ชัดเจน ซึ่งโดยปกติกลไกในการขับถ่ายจะมีกลไกที่เกี่ยวข้องกัน 2 ส่วน(อภิชาติ สุระเมธากุล, 2556) คือการบีบตัวของลำไส้ที่ปกติและลักษณะของอาหารที่รับประทานเข้าไป เมื่อมีการรับประทานอาหาร อาหารจะอยู่ในระบบทางเดินอาหารจะผ่านระบบการย่อยอาหารและถูกขับถ่ายออกมาภายใน 24-72 ชั่วโมง ถ้าอาหารที่รับประทานเข้าไปเป็นอาหารที่แข็ง ย่อยยาก ก็จะทำให้อุจจาระค้างในลำไส้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการเตรียมลำไส้ก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่จึงต้อง</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 3 นาที</p> <p>-ทบทวนความรู้เดิม</p> <p>-ตั้งคำถามเพื่อประเมินปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรม</p> <p>การเลือกชนิดอาหารที่รับประทานก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่ ให้การสนับสนุนและให้</p>	<p>ภาพพลิกร์การดูแลตนเองก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่ที่ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญของการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนส่งกล้องได้</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีกากใยน้อย</p> <p>1.เพื่อลดจำนวนอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่เพื่อให้การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทำได้ง่ายและมองเห็น ส่วนต่างๆของลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ทำให้การตรวจรอยโรคต่างๆของลำไส้ใหญ่ชัดเจนและสมบูรณ์</p> <p>2.ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้ใหญ่ได้สูง</p> <p>3.ลดเวลาในการส่องกล้องและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น</p> <p>4.ลดโอกาสส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ซ้ำบ่อยมากขึ้นและลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น</p>	<p>กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>-ประเมินความสามารถในการปรับเปลี่ยนเพื่อการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>ด้านการเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน</p>			
<p>ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตัวในการเลือก</p>	<p>การปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดอาหารที่ต้องรับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p> <p>การรับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 4 นาที</p> <p>-ทบทวนความรู้เดิมเกี่ยวกับการ</p>	<p>ภาพพลิก</p> <p>การดูแลตนเองก่อนส่องกล้อง</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกชนิดอาหารที่เลือก</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
ชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการรักษา	<p>- ก่อนส่องกล้อง 2 วัน ทานอาหารกากใยน้อยหรืออาหารที่ไม่มีกาก เช่น ข้าวต้มข้าวไม่ควรทานข้าวกล้องหรือข้าวไรเบอร์รี่ งดเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ทุกชนิด รวมทั้งธัญพืชทุกชนิด ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวซ้อมมือ เมล็ดเจีย เมล็ดผักต่างๆ งดรับประทานชา กาแฟ เนื่องจากทำให้ลำไส้บีบตัวมาก</p> <p>- ก่อนส่องกล้อง 1 วัน รับประทานอาหารไม่มีกากในตอนเช้า เช่น โจ๊ก งดเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ทุกชนิด สามารถดื่มน้ำหวานที่ไม่มีสี/น้ำผลไม้แยกกาก/น้ำซุปลีได้ หลังจากรับประทานมือเช้าแล้ว หลังจากนั้นให้รับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำซุปลี น้ำหวานไม่มีสี น้ำผลไม้แยกกาก</p>	<p>เลือกชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ - ตั้งคำถามเพื่อประเมินปัจจัยภายในและภายนอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ทานจะต้องเริ่มเลือกชนิดอาหารก่อนส่องกล้องกี่วัน วันใดบ้าง</p>	<p>ลำไส้ใหญ่ที่ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน</p>	<p>รับประทานก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ เช่น ข้าวต้ม ไม่ใส่ผัก โจ๊ก ไข่ ตุ่น น้ำเต้าหู้ เต้าหู้ไข่ งดผักผลไม้ งดเนื้อสัตว์ เป็นต้น</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อการ สอน	เกณฑ์ การ ประเมิน ผล	ประ เมิน ผล
		<p>หรือ ท่าน ต้องงด อาหาร ใดบ้างเพื่อ เตรียมตัว ก่อนส่ง กล้องลำไส้ ใหญ่ -ให้การ ชี้แนะเมื่อ ผู้ป่วยเกิด ความข้องใจ และให้การ สนับสนุน ช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วย ต้องการ - ประเมิน ความสามาร ถในการ ปรับเปลี่ยน</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	<p>สรุป</p> <p>หลังจากที่ได้กล่าวมาทำให้ท่านได้ทราบถึงความสำคัญของการเลือกชนิดของอาหารที่ เพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองก่อนส่งกล่องลำไส้ใหญ่ในด้านการเลือกรับประทานอาหารได้ ดังนั้นเพื่อให้มั่นใจได้ว่าท่านจะตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้ จึงตั้งเป้าหมายว่าในวันพรุ่งนี้ (2 วันก่อนส่งกล่อง) ท่านจะต้องตั้งใจในการปฏิบัติการเลือกชนิดอาหารที่รับประทานได้ โดยการทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่ใส่ผักและผลไม้ งดเนื้อสัตว์ทุกชนิด และ 1 วันก่อนส่งกล่อง ท่านจะรับประทานข้าวต้ม ไม่ใส่ผัก ไม่รับประทานผลไม้ และงดเนื้อสัตว์ทุกชนิดในมือเช้า และหลังจากนั้นท่านจะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลตามนัดหมาย และท่านได้เฉพาะอาหารเหลว น้ำซุปใสๆ ไม่มีกากเท่านั้น หากท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้ ผู้วิจัยจะช่วยให้การสนับสนุนผู้ป่วย</p>	<p>พฤติกรรม การเลือก อาหาร -ประเมิน พฤติกรรม การเลือก ชนิดของ อาหารที่ รับประทาน ก่อนส่ง กล่อง ตั้งเป้าหมาย ในการ ปฏิบัติ กิจกรรมการ เลือก รับประทาน อาหารก่อน ส่งกล่อง รวมกันกับ ผู้ป่วย และ ลงบันทึก</p>	<p>ภาพพลิก ในการ ดูแล ตนเอง ก่อนส่ง กล่อง ลำไส้ ใหญ่</p>	<p>ผู้ป่วยมี การ ตั้งเป้าหมาย ร่วมกับ ผู้วิจัย และ สามารถ ปฏิบัติ พฤติกรรม การ ดูแล ตนเองได้ ตาม เป้าหมายที่ กำหนด</p>	

วัตถุประสงค์ เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อการ สอน	เกณฑ์การ ประเมินผล	ประเมินผล
	ให้สามารถปฏิบัติได้อย่าง ต่อเนื่อง แต่หากผู้ป่วยไม่ สามารถทำได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยจะต้องเริ่มต้นใหม่และ อาจจะไม่สามารถเข้ารับการ ส่งกลองตามที่นัดหมายได้	นัดแนะใน การ โทรศัพท์ ติดตามครั้งที่ 2 ใน 2 วันก่อนส่ง กลอง และ นัดหมายวัน นอน โรงพยาบาล			

แผนการสอนการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

เรื่อง	การสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
ผู้สอน	นางนรินธร ช่อมะลิ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นิสิตคณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สำหรับ	ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
สอนครั้งที่	4 (เมื่อเข้านอนในโรงพยาบาล 1 วันก่อนส่องกล้อง)
สถานที่	หอผู้ป่วยศัลยกรรม แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
ระยะเวลาในการให้ข้อมูล	40 นาที
วิธีการสอน	สอนเป็นรายบุคคล ร่วมกับภาพพลิกประกอบการบรรยาย
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้ป่วย
	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (K)
	ตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (A)
	สามารถปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ถูกต้อง (P)
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	
	1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้
	2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการรับประทานยาระบายก่อนเข้ารับการส่องกล้องได้
	3. ผู้ป่วยสามารถสังเกตลักษณะอุจจาระและสิ่งขับถ่ายหลังรับประทานยาระบายได้
	4. ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติขณะรับประทานยาระบายได้

แผนการสอน

แผนการสอนเรื่อง การสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
(ระยะที่ 3 ระยะลงมือปฏิบัติ)

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล	ประ เมิน ผล
	<p>สวัสดีค่ะ เป็นอย่างไรบ้าง จะถึงวันส่องกล้องลำไส้ใหญ่แล้ว ในวันพรุ่งนี้ ที่ผ่านมามีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้แล้ว ทุกข้อหรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ท่านตั้งใจไว้บ้าง แต่ก่อนอื่นท่านต้องทราบถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ให้ครบทุกด้านเพื่อพร้อมเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร 1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะรับประทานยาระบาย</p>	<p>-จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้</p> <p>-ทักทายผู้ป่วย</p> <p>สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>-ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย</p> <p>ในการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>-ตั้งคำถามเพื่อประเมิน</p> <p>ความสามารถในการปฏิบัติ</p> <p>กิจกรรมดูแลตนเอง เช่น ท่านคิดว่าอุปสรรคใดที่จะทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติ</p> <p>กิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้</p>	<p>ภาพพลิ</p> <p>การปฏิบัติ</p> <p>กิจกรรมการดูแลตนเอง</p> <p>ก่อนส่อง</p> <p>กล้องลำไส้ใหญ่</p>	<p>ผู้ป่วยมี</p> <p>ท่าที่สนใจ</p> <p>และรับฟัง</p> <p>ด้วยความตั้งใจ</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการรักษา	<p>วิธีปฏิบัติตัวในการเลือกชนิดของอาหารที่ต้องรับประทานก่อนเข้ารับการรักษา</p> <p>ลำไส้</p> <p>ก่อนส่องกล้อง 1 วัน</p> <p>รับประทานอาหารไม่มีกากใน ตอนเช้า เช่น โจ๊ก งดเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ทุกชนิด สามารถ ดื่มน้ำหวานที่ไม่มีสี/น้ำผลไม้ แยกกาก/น้ำซุบใสได้ หลังจาก รับประทานมือเช้าแล้ว</p> <p>หลังจากนั้นให้รับประทาน อาหารได้เฉพาะอาหารเหลว ใส ไม่มีกาก น้ำซุบใส น้ำหวานไม่มีสี น้ำผลไม้แยก กาก</p> <p>- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำเปล่า มาก ๆ และต้องงดน้ำงด อาหารทางปากทุกชนิดหลัง เที่ยงคืนก่อนวันส่องกล้อง</p> <p>ตรวจลำไส้ใหญ่</p>	<p>ตั้งคำถามเพื่อ ประเมินความรู้ เดิม เช่น ท่านจำ ได้หรือไม่ว่าก่อน ส่องกล้อง 1 วัน ท่านจะ รับประทาน อาหารอะไรได้ บ้าง</p> <p>-ให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวใน การเลือก รับประทาน อาหารก่อนส่อง กล้อง 1 วัน</p> <p>-ให้การชี้แนะและ สนับสนุนเมื่อ ผู้ป่วยไม่สามารถ ปฏิบัติได้</p>	<p>ภาพพลิก การปฏิบัติ กิจกรรมการ ดูแลตนเอง</p> <p>ก่อนส่อง กล้องลำไส้ ใหญ่</p>	<p>ผู้ป่วย สามารถ เลือก รับประทาน อาหาร 1 วันก่อน ส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ ได้ถูกต้อง เช่น</p> <p>-มือเช้า รับประทาน อาหาร อ่อน ย่อย ง่าย ได้แก่ ข้าวต้ม โจ๊ก ไข่ต้ม ผัก ไข่ เนื้อสัตว์</p> <p>-</p> <p>หลังจาก มือเช้าแล้ว รับประทาน ได้เฉพาะ อาหาร เหลว น้ำ ซุบใส น้ำ</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
				ผลไม่ไม่มีกาก น้ำหวานไม่มีสี ไม่ดื่มกาแฟ ชา โอวัลติน หรือนม	
ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการรับประทานยา ระบาย ก่อนเข้ารับการส่งกลัองได้	<p>วิธีการรับประทานยาระบาย</p> <p>เพื่อขจัดอุจจาระที่ตกค้าง ทำความสะอาดลำไส้ และเพื่อให้แพทย์ได้เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะได้ทานยาระบาย 2 ครั้ง</p> <p>ครั้งที่ 1 รับประทาน 45 ซีซี. เวลา 18.00 น วันก่อนส่งกลัอง หลังทานยาระบาย ให้รับประทานน้ำตามให้มากกว่า 1 ลิตร โดยจะแบ่งรับประทาน 4 แก้ว แก้วละ 250 ซีซี ห่างกัน 15 นาที ให้หมดภายใน 1 ชม.หลังรับประทานยาระบาย สามารถผสมยากับน้ำหวานเฮลล์บลูบอยได้ แต่ไม่ควรผสมกับน้ำสีแดง เพื่อให้</p>	<p>-ตั้งคำถามเพื่อประเมินความรู้เดิม เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า การรับประทานยาระบายจะต้องรับประทานอย่างไร</p> <p>-ให้ความรู้ในการรับประทานยาระบายก่อนส่งกลัองลำไส้ใหญ่</p> <p>-ให้การชี้แนะและสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำได้</p>	<p>ภาพพลิก การปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเอง ก่อนส่งกลัองลำไส้ใหญ่</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาระบายได้ถูกต้อง และหมดตามปริมาณที่กำหนด ทั้ง 2 ครั้ง</p> <p>ได้แก่ เวลา 18.00 น. และ 06.00 เช้า วันส่งกลัอง รวมทั้งดื่ม น้ำตามได้อย่างน้อย</p>	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล	ประ เมิน ผล
	รับประทานได้ง่ายขึ้น ครั้งที่ 2 รับประทานเวลา 06.00 น. เข้าวันสองกลอง รับประทานยาระบายอีก 45 ซีซี ไม่ต้องรับประทานน้ำตาม ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลวได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับ น้ำเกลือทางเส้นเลือดเพื่อลด อาการอ่อนเพลีย			1 ลิตรหลัง รับประทาน ยาระบาย มื้อแรก	
ผู้ป่วย สามารถ สังเกต ลักษณะ อุจจาระ และสิ่ง ขับถ่าย หลัง รับประทา นยา ระบายได้	วิธีการสังเกตลักษณะ อุจจาระและสิ่งขับถ่ายหลัง รับประทานยาระบาย เมื่อรับประทานยาระบาย หมดแล้ว ยาระบายจะช่วยขับ อุจจาระและกากอาหารออก จากลำไส้เพื่อให้ลำไส้สะอาด สามารถส่องกล้องเห็นพื้นผิว และรอยโรคในลำไส้ได้ชัดเจน หลังรับประทานยาหมดพร้อม กับรับประทานน้ำตามให้ครบ อย่างน้อย 1 ลิตร จะถ่าย อุจจาระภายใน 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมงหลังจากทานยาหมด ประมาณ 6-8 ครั้ง ลักษณะ อุจจาระจะมีกากนุ่มๆ จนกระทั่งค่อยๆหมดเป็นน้ำ	-ตั้งคำถามเพื่อ ประเมินความรู้ เดิม เช่น ท่าน ทราบหรือไม่ว่า หลังรับประทาน ยาระบายแล้ว ท่านจะมีอาการ อย่างไร -บรรยายแบบมี ส่วนร่วมโดยให้ ผู้ป่วยอธิบาย เกี่ยวกับวิธีการ รับประทานยา ระบายก่อนเข้ารับ การส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ตามที่ ผู้ป่วยเข้าใจ	ภาพพลิก การปฏิบัติ กิจกรรมการ ดูแลตนเอง ก่อนส่อง กล้องลำไส้ ใหญ่	ผู้ป่วย สามารถ บอก ลักษณะสิ่ง ขับถ่ายให้ พยาบาล ทราบได้ ทั้งลักษณะ ปริมาณ และบันทึก จำนวนไว้ ได้ถูกต้อง	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
	และเริ่มใส่ ผู้ป่วยจะต้องนับจำนวนครั้งและสังเกตลักษณะอุจจาระเพื่อบอกพยาบาลให้ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่า ลำไส้มีระดับความสะอาดที่เพียงพอหรือไม่ การสังเกตลักษณะของอุจจาระ ให้ผู้ป่วยจดจำลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้ง และขับออกตามแผนภาพว่าเป็นระดับใด ผู้ป่วยสามารถถ่ายภาพลักษณะอุจจาระที่ถ่ายออกมาให้พยาบาลดูได้ ถ้าหากรับประทานน้ำและยาหมดแล้ว ยังไม่ถ่ายภายใน 2 ชั่วโมงให้แจ้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลทราบ	กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นและกล่าวชื่นชม			
ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ	การสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ หลังจากรับประทานยาระบายแล้ว ผู้ป่วยจะมีการขับถ่ายอุจจาระออกมาประมาณ 6-8 ครั้ง จนกว่าจะสามารถจัดเศษอาหารและกากอุจจาระออกจากลำไส้ได้	-ตั้งคำถามเพื่อประเมินความรู้เดิม เช่น หลังรับประทานยาระบายท่านมีอาการผิดปกติใดได้บ้าง -ให้ความรู้โดยการ	ภาพพลิกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องเรื่อง การสังเกตอาการ	ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการเตรียม	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล	ประ เมิน ผล
ขณะ รับประทาน ยา ระบายนได้	หมดและผู้ป่วยจะต้องงดน้ำ งดอาหารทางปากทุกชนิด เวลา 24.00 วันก่อนส่งกล้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มี อาการอาเจียนจากการ รับประทานยาระบาย รู้สึกไม่ สุขสบายท้อง ได้บ้างบางครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับ สารละลายทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาภาวะความสมดุล ของร่างกายไว้ แต่ถ้าผู้ป่วยมี อาการอาเจียน ปวดท้อง เวียนศีรษะหรืออ่อนเพลียมาก ให้แจ้งพยาบาลได้ตลอดเวลา	บรรยายประกอบ ภาพพลิก -ให้กำลังใจและ สนับสนุน ช่วยเหลือเมื่อ ผู้ป่วยไม่สามารถ ปฏิบัติได้	ผิปกติ ระหว่างการ เตรียมลำไส้	ลำไส้ใหญ่ ได้ เช่น อาการ เหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มาก ปวด ท้องมาก	
ผู้ป่วยสา มา	สรุป การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นเป็นวิธีมาตรฐานในการ ตรวจประเมินพยาธิสภาพต่าง ๆของลำไส้ใหญ่รวมถึงการ ตรวจคัดกรองโรคต่างๆและเฝ้า ระวังอุบัติการณ์และอัตราตาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับการยอมรับ ทั่วโลก ใช้ประเมินปัญหาใน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในลำไส้ ใหญ่ เช่น การเสียเลือด ความ	ทบทวนสิ่งที่ได้ ชี้แนะและให้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และสามารถดู เพิ่มเติมได้จาก ภาพพลิกการดูแล ตนเองก่อนส่ง กล้องลำไส้ใหญ่ -นัดหมายผู้ป่วย เพื่อประเมิน พฤติกรรม	ภาพพลิก การปฏิบัติ กิจกรรมการ ดูแลตนเอง ก่อนส่ง กล้องลำไส้ ใหญ่		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล	ประ เมิน ผล
	<p>เจ็บปวด และอาการเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่ เช่น ท้องเสียเรื้อรัง หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจตรวจพบมาแล้วจากการตรวจร่างกาย</p> <p>ก่อนหน้านี้ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพและสามารถตรวจพบความผิดปกติของลำไส้ขึ้นอยู่กับคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องและความสะอาดของลำไส้ใหญ่เป็นสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่มี 4 ด้านได้แก่ การเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่าย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนและปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆทั้ง 4 ด้านนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลตน.....</p>	<p>ดูแลตนเองก่อนส่องกล้องในเช้าวันส่องกล้อง</p>			

คู่มือการดูแลตนเอง

คู่มือ

การดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่



จัดทำโดย

นางนิรินธ์ ปรอมะลิ

นิสิตหลักสูตร ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนล่างหรือการส่องกล้องลำไส้ใหญ่(colonoscopy) เป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจประเมินพยาธิสภาพต่างๆของลำไส้ใหญ่รวมถึงเป็นวิธีการหนึ่งในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก ความสำเร็จในการส่องกล้อง ความถูกต้องสมบูรณ์และความปลอดภัยในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับเตรียมลำไส้ที่มีคุณภาพและมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนั้นเมื่อท่านจะต้องเข้ารับการส่องกล้องจะต้องดูแลตนเองให้ถูกต้องคู่มือเล่มนี้จะช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติถูกต้องและเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้อย่างปลอดภัย

ด้วยรักและห่วงใย

นิรินธน์ ช่อมะลิ

สารบัญ

ปฏิทินนัดหมายของท่าน.....	หน้า 1
การส่องกล้องลำไส้ใหญ่คืออะไร.....	หน้า 2
ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	หน้า 3
ความสำคัญของการเตรียมลำไส้.....	หน้า 4
ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	หน้า 5
ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	หน้า 6
การเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่.....	หน้า 7
การเลือกอาหารที่รับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	หน้า 8
2 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	หน้า 8
1 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่.....	หน้า 9
การรับประทานยาระบาย.....	หน้า 10
การสังเกตลักษณะอุจจาระ.....	หน้า 12
แบบบันทึกการรับประทานยาระบายและสังเกตอุจจาระ.....	หน้า 13
การสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้.....	หน้า 15

ปฏิทินนัดหมายส่งกลิ้งไล่ใหญ่

ผู้ช่วยชื่อ.....



วันนัดส่งกลิ้งไล่.....

วันนัดมอบใบหอบหืด.....

2 วันก่อนส่งกลิ้งไล่.....(ปฏิทินติดตามคำแนะนำในหน้า 8).

1 วันก่อนส่งกลิ้งไล่.....(ปฏิทินติดตามคำแนะนำในหน้า 9)

หอบหืดโทรแจ้งทางโทรศัพท์.....

อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)

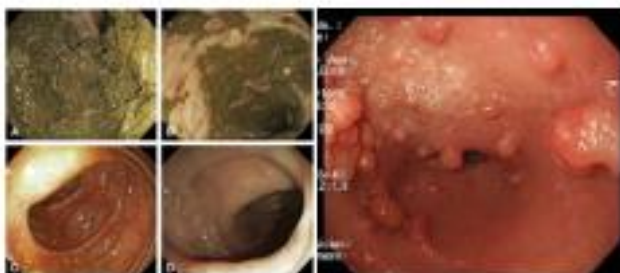


การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หมายถึง การตรวจลำไส้ใหญ่โดยใช้กล้องส่องตรวจ เป็นวิธีการที่ปลอดภัย ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพในการประเมินปัญหาในลำไส้ใหญ่ กล้องส่องลำไส้ใหญ่ (colonoscope) มีลักษณะเป็นท่อยาว ขนาดเล็ก ยืดหยุ่นได้ มีกล้องวิดีโอและดวงไฟขนาดเล็กมากติดอยู่ที่ปลายท่อ เมื่อสอดเข้าทางทวารหนักผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ จะสามารถเห็นรายละเอียดต่างๆ ได้ตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ หากพบความผิดปกติ เช่น ตึงเนื้อ เนื้องอก หรือเนื้องอกผิดปกติต่างๆ แพทย์สามารถตัดชิ้นเนื้องอกที่นั้นออกมาตรวจได้เลยและควรต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันว่าเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง สำหรับกรณีที่มีติ่งเนื้อหรือเนื้องอกที่เป็นจุดเริ่มต้นของมะเร็ง ภายหลังจากการส่องกล้องและตัดออกแล้วผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำ

ประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1. ใช้ในการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับลำไส้ใหญ่ เช่น การเสียเลือด ความเจ็บปวด และอาการเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่ เช่น ท้องเสียเรื้อรัง หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจตรวจพบมาแล้วจากการตรวจร่างกายก่อนหน้านี้
2. บ่งชี้ให้แพทย์ทราบและช่วยในการรักษาอาการเลือดออกในลำไส้ใหญ่
3. ใช้ในการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และช่วยในการรักษาก่อนเนื้องอกแบบที่ไม่ใช่มะเร็ง (polyps) ที่เจริญเติบโตขึ้นที่บริเวณผนังลำไส้ใหญ่

ความสำคัญของการเตรียมลำไส้



ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ให้สะอาดเพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีดังนี้

- 1.ลดจำนวนอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่เพื่อให้การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทำได้ง่ายและมองเห็น ส่วนต่างๆของลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ทำให้การตรวจรอยโรคต่างๆของลำไส้ใหญ่ชัดเจนและสมบูรณ์
- 2.ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้ใหญ่ได้สูง
- 3.ลดเวลาในการส่องกล้องและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น
- 4.ลดโอกาสการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ซ้ำและลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น

ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การส่องกล้องตรวจควรทำในผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้

1. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องผูก หรือท้องเสียเป็นประจำ หรือท้องผูกสลับท้องเสีย
2. ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อาจจะเป็นสีแดงสดหรือสีคล้ำ มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ ผลการตรวจเลือดในอุจจาระเป็นบวก
3. เวลาเบ่งถ่ายอุจจาระมีสิ่งเนื้อมันออกมาจากทวารหนักและมีเลือดออก
4. มีการแน่นอึดอัดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ และปวดท้องร่วมด้วย
5. มีก้อนในท้อง น้ำหนักลด ซีด อ่อนเพลีย
6. ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปหรือมีประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ เช่น บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
7. การตรวจติดตามภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่
8. ตรวจพบความผิดปกติของลำไส้จากการถ่ายภาพรังสี
9. ใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่



Change in
Bowel Habits



Blood
in Stool



Unexplained
Weight Loss



Persistent Abdominal
Discomfort

ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องได้ แม้จะพบประมานน้อยมาก แต่ก็ต้องมีความระมัดระวัง ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการซักประวัติ โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่รับประทานเป็นประจำ ควรเฝ้าด้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่

- 1.เลือดออกภายหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบได้น้อย ร้อยละ 0.1 ที่พบบ่อยที่สุดคือภายหลังการตัดติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีหรือภายหลังการส่องได้ในระยะ 29 วันหลังส่องกล้อง
2. ลำไส้ทะลุจากการส่องกล้อง พบได้ 3 คนจาก 1000 คน ซึ่งเกิดจากการทำหัตถการร่วมด้วย ซึ่งอาการจากการทะลุ ได้แก่ อาการปวดท้องมากหัวใจเต้นเร็ว และอาการปวดเกร็งท้อง หน้าท้องแข็ง



การเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1. แพทย์จะนัดผู้ป่วยให้เข้ามานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการส่องกล้อง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1-2 วันก่อนการส่องกล้อง ให้เตรียมตัว
และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นมานอนโรงพยาบาลตามวันเวลาที่แพทย์
นัดนำญาติมาด้วย(แพทย์จะให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ
ท่านจะไม่รู้สึกตัวขณะตรวจ)
2. แจ้งข้อมูลให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/
สารเคมี ยาที่รับประทานเป็นประจำ และประวัติการผ่าตัด



การเลือกชนิดอาหารที่รับประทานอาหารก่อนส่องกล้อง

2 วันก่อนส่องกล้อง (วันที่.....)

อาหารที่รับประทานได้	อาหารที่ต้องงดรับประทาน
ข้าวต้มไม่ใสผัก ใส่เนื้อปลาได้ โจ๊ก เต้าหู้ไข่ เต้าหู้ปลา เต้าหู้แผ่น ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม	เนื้อ หมู อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล
       โจ๊กไม่ใส่หมู	    

1 วันก่อนส่องกล้อง (วันที่.....)

อาหารที่รับประทานได้	อาหารที่ต้องงดรับประทาน
<p>มื้อเช้า ข้าวต้มไม่ใส่น้ำมัน ไข่ต้ม เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ไก่ไม่ใส่น้ำมัน ไข่ไก่เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ตุ๋น</p> 	<p>งดเนื้อ หมู ปลา อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพดอบคั่ว ข้าวขัดสี จีเรียล</p>
<p>มื้อกลางวันและมื้อเย็น รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีกาก ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิ้ล น้ำมะนาว น้ำเก๊กฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น หมายเหตุ ดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อย 4 แก้วทุก 250 ซีซี</p> 	<p>ชา กาแฟ ไอศกรีม ของหวานทุกชนิด ไข่ นม เนย น้ำผลไม้ที่มีกาก น้ำปั่น นมทุกชนิด น้ำหวานใสสีแดง สีเขียว เนื่องจากจะสับสนกับสีของอุจจาระและสีเลือด</p> 

การรับประทานยาละลาย

เพื่อขับอุจจาระที่ตกค้าง ทำความสะอาดลำไส้และเพื่อให้แพทย์ได้
เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะได้ทานยาละลาย 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 รับประทาน 45 ซีซี. เวลา 18.00 น. วันก่อนส่องกล้อง
หลังทานยาละลาย ให้รับประทานน้ำตามให้มากกว่า 1 ลิตร โดยจะแบ่ง
รับประทาน 4 แก้ว แก้วละ 250 ซีซี ท่างกัน 15 นาที ให้หมดภายใน 1 ชม.
หลังรับประทานยาละลาย สามารถผสมยากับน้ำหวานได้ เพื่อให้รับประทาน
ได้ง่ายขึ้นแต่ไม่ควรผสมกับน้ำสีแดงเพราะจะสับสนกับสีแดง



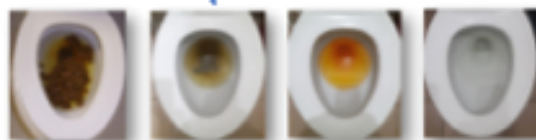
ครั้งที่ 2 รับประทานเวลา 06.00 น. เช้าวันส่องกล้อง
รับประทานยาละลายอีก 45 ซีซี ไม่ต้องรับประทานน้ำ
ตาม ผู้ป่วยอาจมีอาการเหลวได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ผู้ป่วยจะ
ได้รับน้ำเกลือทางเส้นเลือดเพื่อลดอาการอ่อนเพลีย



การสังเกตลักษณะอุจจาระ

เมื่อรับประทานยาระบายหมดแล้ว ยาจะช่วยขับอุจจาระและกากอาหารออกจากลำไส้เพื่อให้ลำไส้สะอาดสามารถส่องกล้องเห็นพื้นผิวและรอยโรคในลำไส้ได้ชัดเจน หลังรับประทานยาหมดพร้อมกับรับประทานน้ำตามให้ครบอย่างน้อย 1 ลิตร จะถ่ายอุจจาระภายใน 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง หลังจากทานยาหมด ประมาณ 6-8 ครั้ง ลักษณะอุจจาระจะมีกากนุ่มๆ จนกระทั่งค่อยๆ หมดเป็นน้ำและเริ่มใส ผู้ป่วยจะต้องนับจำนวนครั้งและสังเกตลักษณะอุจจาระเพื่อบอกพยาบาลให้ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่า ลำไส้มีระดับความสะอาดที่เพียงพอหรือไม่ การสังเกตลักษณะของอุจจาระ ให้ผู้ป่วยจดจำลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้ง และขับออกมาผ่านภาพว่าเป็นระดับใด ผู้ป่วยสามารถถ่ายภาพลักษณะอุจจาระที่ถ่ายออกมาให้พยาบาลดูได้ ถ้าหากรับประทานน้ำและยาหมดแล้ว ยังไม่ถ่ายภายใน 2 ชั่วโมงให้แจ้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลทราบ

ลักษณะของอุจจาระหลังได้รับยาระบาย



ระดับที่ 1

ระดับที่ 2

ระดับที่ 3

ระดับที่ 4

แบบบันทึกการรับประทานยาอธิบายและลักษณะอาการ

การรับประทานยา	จำนวนครั้งที่ รับประทานยา	ลักษณะอาการ
ชื่อเครื่องหมาย v ในช่อง เวลาที่ท่านปฏิบัติกิจกรรม	กรุณาขีด เครื่องหมาย / แผนการถ่าย อุจจาระ 1 ครั้ง	ชื่อเครื่องหมาย v ในช่อง ที่ตรงลักษณะอาการ ท่าน
1 วันก่อนส่งกล้องลำไส้ใหญ่ วันที่.....เดือน.....ปี		
ครั้งที่ 1 เวลา 18.00 น.วันที่..... <input type="checkbox"/> รับประทานยาจำนวน 45 ซีซี แล้วดื่มยาตาม 1 แก้ว (250 ซีซี) <input type="checkbox"/> 18.15 น. <input type="checkbox"/> 18.30 น. <input type="checkbox"/> 18.45 น. <input type="checkbox"/> 19.00 น. หลังจากนั้นดื่มยาเพิ่มได้อีกตามต้องการ	19.00 น..... 20.00 น..... 21.00 น..... 22.00 น..... 23.00 น..... 24.00 น.....	20.00 น. <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 22.00 น. <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4
<input type="checkbox"/> งดน้ำงดอาหารเวลา 24.00 น. วันที่.....	24.00-06.00 น.	24.00 น. <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4

ต่อหน้าถัดไป

14

วันส่งของกล่องใส่ไข่ไก่ วันที่.....เดือน.....ปี.....		
ครั้งที่ 2 เวลา 06.00 น.	06.00 น.....	06.00 น.
วันที่.....	07.00 น.....	<input type="checkbox"/> รอกับ 1 <input type="checkbox"/> รอกับ 2
.....	08.00 น.....	<input type="checkbox"/> รอกับ 3 <input type="checkbox"/> รอกับ 4
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารกลางวัน	09.00 น.....	09.00 น.
จำนวน 45 ไข่ ไม่ส่งคืนน้ำ	10.00 น.....	<input type="checkbox"/> รอกับ 1 <input type="checkbox"/> รอกับ 2
ความ.....	<input type="checkbox"/> รอกับ 3 <input type="checkbox"/> รอกับ 4
	10.00 น.
	<input type="checkbox"/> รอกับ 1 <input type="checkbox"/> รอกับ 2
		<input type="checkbox"/> รอกับ 3 <input type="checkbox"/> รอกับ 4

การสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้

หลังจากรับประทานยาระบายแล้ว ผู้ป่วยจะมีการขับถ่ายอุจจาระออกมาประมาณ 6-8 ครั้ง จนกว่าจะสามารถขจัดเศษอาหารและกากอุจจาระออกจากลำไส้ได้หมดและผู้ป่วยจะต้องงดรับประทานอาหารทางปากทุกชนิดเวลา 24.00 วันก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มีอาการอาเจียนจากการรับประทานยาระบาย รู้สึกไม่สบายท้อง ได้บ้างบางครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาภาวะความสมดุลของร่างกายไว้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ปวดท้อง เวียนศีรษะหรืออ่อนเพลียมากให้แจ้งพยาบาลได้ตลอดเวลา



ภาพพลิก

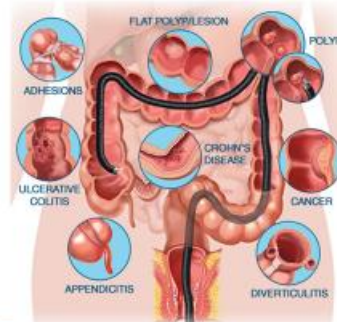


การดูแลตนเองก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่



1

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)



เป็นวิธีการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการประเมินปัญหาในลำไส้ใหญ่ โดยใช้กล้องส่องลำไส้ใหญ่ (colonoscope) ซึ่งมีลักษณะเป็นท่อยาว ขนาดเล็ก และยืดหยุ่นได้ มีกล้องวิดีโอและดวงไฟขนาดเล็กมากติดอยู่ที่ปลายท่อ สอดทางทวารหนักผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ เมื่อทำการขยับและปรับกล้องส่องลำไส้ใหญ่อย่างเหมาะสมแล้ว จะสามารถเห็นรายละเอียดต่างๆ ได้ตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ ในกรณีที่พบความผิดปกติ เช่น ตังเนื้อ เนื้องอก หรือเนื้อผิดปกติต่างๆ แพทย์สามารถตัดชิ้นเนื้อนั้นออกมาตรวจได้โดยตรง สำหรับกรณีที่มีตังเนื้อหรือเนื้องอกที่เป็นจุดเริ่มต้นของมะเร็ง หลังจากการส่องกล้องและตัดออกแล้วจะสามารถหายสนิทโดยไม่ต้องผ่าตัดซ้ำ นอกจากนี้ ชิ้นเนื้อที่ผิดปกติควรต้องส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันว่าเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในปัจจุบัน

2

ประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1. ใช้ในการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับลำไส้ใหญ่ เช่น การเสียเลือด ความเจ็บปวด และอาการเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่ เช่น ท้องเสียเรื้อรัง หรืออาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจตรวจพบมาแล้วจากการตรวจร่างกายก่อนหน้านี้
2. บ่งชี้ให้แพทย์ทราบและช่วยในการรักษาอาการเลือดออกในลำไส้ใหญ่
3. ใช้ในการตรวจหาเนื้องอกลำไส้ใหญ่และช่วยในการรักษาก่อนเนื้องอกแบบที่ไม่ใช่เนื้องอก (polyps) ที่เจริญเติบโตขึ้นที่บริเวณผนังลำไส้ใหญ่

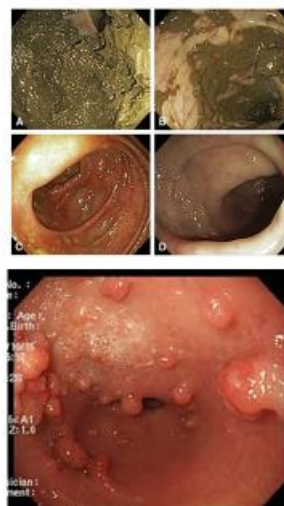


การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ช่วยให้เห็นความผิดปกติของเนื้อเยื่อในลำไส้ได้อย่างชัดเจน

3

ความสำคัญของการเตรียมลำไส้

1. ถ้าอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่มากจะทำให้การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทำได้ยาก บางครั้งไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนต่างๆได้ครบทั้งหมด ทำให้การตรวจรอยโรคต่างๆของลำไส้ใหญ่ทำได้หรือทำไม่ได้ไม่สมบูรณ์
2. การเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาดทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้ใหญ่ได้สูง
3. การเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาดจะทำให้ผู้ตรวจใช้เวลาในการส่องกล้องนานขึ้นและอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่มีการเตรียมลำไส้ที่ไม่สะอาด มีแนวโน้มที่จะต้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่ซ้ำบ่อยมากขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น



4

การเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1. แพทย์จะนัดผู้ป่วยให้เข้ามานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1-2 วันก่อนการส่องกล้อง ให้เตรียมตัวและอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นมานอนโรงพยาบาลตามวันเวลาที่แพทย์นัดนำญาติมาด้วย(แพทย์จะให้ยาระบายความรู้สึกละเลาะทางหลอดเลือดดำท่านจะไม่รู้สึกตัวขณะตรวจ)
2. แจ้งข้อมูลให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี ยาที่รับประทานเป็นประจำ และประวัติการผ่าตัด



5

การเลือกชนิดอาหารที่รับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2 วันก่อนส่องกล้อง

อาหารที่รับประทานได้	อาหารที่ต้องงดรับประทาน
ข้าวต้มไม่ใสผัก ใส่น้ำมันปลาได้ โจ๊ก เต้าหู้ไข่ เต้าหู้ปลา เต้าหู้แผ่น ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม	เนื้อ หมู อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล
        	     

6



การเลือกชนิดอาหารที่รับประทานอาหารก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

1 วันก่อนส่องกล้อง

อาหารที่รับประทานได้	อาหารที่ต้องงดรับประทาน
<p>มือเช้า ข้าวต้มไม่ใส่ผัก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ทุกชนิด โจ๊กไม่ใส่ผัก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ทุกชนิด ไข่ตุ๋น</p> 	<p>งาดำ เนื้อ หมู ปลา อาหารแปรรูป ไส้กรอก กุนเชียง ผักทุกชนิด ผลไม้ทุกชนิด เมล็ดผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรต์เบอร์รี่ ข้าวขัดสี ซีเรียล</p>
<p>มือกลางวันและมือเย็น รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิ้ล น้ำมะนาว น้ำเก๊กฮวย น้ำดื่มเกลือแร่ เป็นต้น</p> <p>หมายเหตุ ดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยชั่วโมงละ 4 แก้วละ 250 ซีซี</p> 	<p>ชา กาแฟ โยเกิร์ต ของหวานทุกชนิด ไข่ เยลลี่ น้ำผลไม้ที่มีกาก น้ำปั่น นมทุกชนิด น้ำหวานใสสีแดง สีเขียว เนื่องจากจะสับสนกับสีของอุจจาระและสีเลือด</p> 

ภ

การรับประทานยาระบาย

เพื่อขับอุจจาระที่ตกค้าง ทำความสะอาดลำไส้และเพื่อให้แพทย์ได้เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะได้ทานยาระบาย 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 (18.00 น. 1 วันก่อนส่องกล้อง)

- รับประทาน 45 ซีซี. เวลา 18.00 น. 1 วันก่อนส่องกล้อง หลังทานยาระบาย ให้รับประทานน้ำตามให้มากกว่า 1 ลิตร โดยจะแบ่งรับประทาน 4 แก้ว แก้วละ 250 ซีซี ห่างกัน 15 นาที ให้หมดภายใน 1 ชม. หลังรับประทานยาระบาย สามารถผสมยากับน้ำหวานได้ เพื่อให้รับประทานได้ง่ายขึ้นแต่ไม่ควรผสมกับน้ำสีแดง เพราะจะสับสนกับสีเลือด



ครั้งที่ 2 (06.00 น. เข้าวันส่องกล้อง)

- รับประทานเวลา 06.00 น. เข้าวันส่องกล้อง รับประทานยาระบายอีก 45 ซีซี **ไม่ต้องดื่มน้ำตาม** ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลวได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับน้ำเกลือทางเส้นเลือดเพื่อลดอาการอ่อนเพลีย



ภ

การสังเกตลักษณะอุจจาระ

การสังเกตและประเมินลักษณะอุจจาระ โดยให้ผู้ป่วยจดจำลักษณะและสี ปริมาณ ของอุจจาระ เพื่อแจ้งให้พยาบาลทราบหลังจากรับประทานยาเรียบร้อยแล้ว 1 ชั่วโมง

ลักษณะอุจจาระ

ระดับที่ 1 มีอุจจาระมาก

ระดับที่ 2 มีเนื้ออุจจาระมากปนกับน้ำอุจจาระ

ระดับที่ 3 มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้าง

ระดับที่ 4 สะอาดไม่มีอุจจาระทั้งน้ำและเนื้อปน



ระดับ 1



ระดับ 2



ระดับ 3



ระดับ 4

9

ขั้นตอนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ระยะที่ 1 การเตรียมตัวในระยะก่อนส่องกล้อง

ในวันส่องกล้องจะมีพนักงานเปลจากห้องส่องกล้องมารับผู้ป่วยที่ห้องพักตามเวลาที่แพทย์นัดหมาย เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะนำผู้ป่วยไปนอนรอในห้องดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง เพื่อทำการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องอีกครั้ง โดยผู้ป่วยจะได้รับการวัดตรวจสอบ สัญญาณชีพ เป็นระยะ เพื่อเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องซึ่งในขณะนอนพักรอทำการส่องกล้อง ถ้าผู้ป่วยต้องการลุกออกจากเตียง หรือต้องการความช่วยเหลือใด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ภายในห้อง ได้ตลอดเวลา เมื่อถึงเวลานัดหมาย พยาบาลจะนำเข้าไปในห้องส่องกล้องเพื่อเตรียมความพร้อมต่อไป



11

ระยะที่ 2 ขณะเตรียมส่องกล้อง



ตรวจวัดสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

จัดท่านอนตะแคงซ้าย ผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับ ขณะทำจะรู้สึกเจ็บ

***ได้รับอนุญาตจากเจ้าของภาพให้เผยแพร่เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยอื่นๆ



แพทย์จะค่อย ๆ สอดกล้องเข้า ๆ ด้วยความนุ่มนวลเข้าทางทวารหนักและจะมีการใส่ลมเพื่อขยายให้เห็นภายในลำไส้ได้ชัดเจน อาจจะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย หรือแน่นท้องได้ระหว่างที่กล้องอยู่ในลำไส้ใหญ่แพทย์จะสามารถเห็นสภาพภายในลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยได้ทั้งหมด



ตารางที่ 7 แสดงการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)			กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
1	ชาย	45	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ชาย	41	มัธยมศึกษาตอนปลาย
2	ชาย	56	ประถมศึกษา	ชาย	59	ประถมศึกษา
3	หญิง	55	ประถมศึกษา	หญิง	53	ประถมศึกษา
4	หญิง	58	ประถมศึกษา	หญิง	58	ประถมศึกษา
5	หญิง	58	ประถมศึกษา	หญิง	58	ประถมศึกษา
6	ชาย	59	ประถมศึกษา	ชาย	59	ประถมศึกษา
7	หญิง	57	ประถมศึกษา	หญิง	57	ประถมศึกษา
8	หญิง	54	ประถมศึกษา	หญิง	54	ประถมศึกษา
9	หญิง	55	ประถมศึกษา	หญิง	55	ประถมศึกษา
10	หญิง	56	ประถมศึกษา	หญิง	55	ประถมศึกษา
11	หญิง	51	ประถมศึกษา	หญิง	51	ประถมศึกษา
12	หญิง	44	ประถมศึกษา	หญิง	47	ประถมศึกษา
13	ชาย	58	ประถมศึกษา	ชาย	58	ประถมศึกษา
14	หญิง	40	ปวช.	หญิง	38	ปวช.
15	หญิง	52	ประถมศึกษา	หญิง	52	ประถมศึกษา
16	ชาย	48	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ชาย	44	มัธยมศึกษาตอนปลาย
17	ชาย	56	ประถมศึกษา	ชาย	54	ประถมศึกษา
18	ชาย	56	ประถมศึกษา	ชาย	53	ประถมศึกษา
19	ชาย	49	ประถมศึกษา	ชาย	54	ประถมศึกษา
20	ชาย	41	ปริญญาตรี	ชาย	41	ปริญญาตรี
21	ชาย	59	มัธยมศึกษาตอนต้น	ชาย	59	มัธยมศึกษาตอนต้น
22	หญิง	54	ประถมศึกษา	หญิง	49	ประถมศึกษา

ตารางที่ 8 คะแนนความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คู่ที่	คะแนนความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่					
	กลุ่มทดลอง (n=22)				กลุ่มควบคุม (n=22)	
	ก่อนทดลอง (คะแนน)	แปลผล (ร้อยละ)	หลังทดลอง (คะแนน)	แปลผล (ร้อยละ)	ก่อนทดลอง (คะแนน)	แปลผล (ร้อยละ)
1	14	82.35	16	94.12	13	76.47
2	13	76.47	16	94.12	12	70.59
3	11	64.71	16	94.12	11	64.71
4	12	70.59	17	100.00	13	76.47
5	11	64.71	16	94.12	12	70.59
6	12	70.59	17	100.00	13	76.47
7	12	70.59	17	100.00	12	70.59
8	14	82.35	17	100.00	14	82.35
9	12	70.59	17	100.00	13	76.47
10	12	70.59	17	100.00	11	64.71
11	11	64.71	17	100.00	10	58.82
12	14	82.35	17	100.00	12	70.59
13	11	64.71	17	100.00	12	70.59
14	13	76.47	16	94.12	12	70.59
15	12	70.59	16	94.12	12	70.59
16	12	70.59	17	100.00	11	64.71
17	12	70.59	17	100.00	14	82.35
18	13	76.47	17	100.00	11	64.71
19	14	82.35	17	100.00	13	76.47
20	14	82.35	17	100.00	14	82.35
21	14	82.35	17	100.00	14	82.35
22	12	70.59	16	94.12	14	82.35

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบร้อยละการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	จำนวนคนที่ปฏิบัติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.ท่านงดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดครบทั้ง 7 วันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่	22	100
1. 2 วันก่อนส่องกล้องท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย กากน้อย ครบทุกมื้อ เช่นข้าวต้มปลา โจ๊กไม่ใส่หมูหรือเนื้อ ไข่ตุ๋น เต้าหู้ เป็นต้น	21	95.5
2.งดรับประทานข้าวเหนียว ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรท์เบอร์รี่ เมล็ดธัญพืช ซีเรียล	22	100
3.ท่านงดการรับประทานเนื้อสัตว์ทุกมื้อ	22	100
4.ท่านงดการรับประทานผักและผลไม้ ทุกมื้อ	22	0
5. ในมือเช้า วันก่อนส่องกล้อง ท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ได้แก่ ข้าวต้มเปล่าๆ โจ๊ก ไม่ใส่น้ำมันสัตว์ ไม่ใส่ผักทุกชนิด ไข่ตุ๋น น้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล	22	100
6.หลังจากมือเช้าแล้ว ท่านรับประทานได้เฉพาะอาหารเหลวใส ไม่มีกาก เช่น น้ำหวาน ไม้สไลด์ น้ำผลไม้ไม่มีกาก น้ำซุปใส น้ำแกงจืด น้ำเกลือแร่ น้ำดื่มไม่อัดลม	19	86.4
8. เวลา 18.00 น.ท่านรับประทานยาระบาย จำนวน 45 ซีซี จนหมด	22	100
9. 06.00 ท่านดื่มยาระบายครั้งที่ 2 จำนวน 45 ซีซี จนหมด	22	100
7. หลังเที่ยงคืนท่านงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิด	22	100
10 .ภายหลังรับประทานยาระบาย ท่านดื่มน้ำ 1 แก้ว ปริมาณ 250 ซีซี ห่างกัน 15 นาทีจนครบ 4 แก้ว	18	81.82
11.หากท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานยาระบาย ท่านแจ้งพยาบาลทันที	22	100
12.เมื่อท่านปวดถ่ายอุจจาระท่านลุกเข้าห้องน้ำทันที โดยไม่กลั้นอุจจาระ	22	100
13.ท่านบันทึกจำนวนครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระ	17	77.3
14.ท่านบันทึกสีและลักษณะอุจจาระที่ท่านขับถ่ายลงในแบบบันทึก	17	77.3
15.ท่านแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ	22	100

จากตารางที่ 9 พบว่าการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 77.3-100 โดยพบว่าข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดได้แก่ ข้อที่ 13 ท่านบันทึกสีและลักษณะอุจจาระที่ท่านขับถ่ายลงในแบบบันทึก และ ข้อที่ 14 ปฏิบัติได้ร้อยละ 77.3

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		U	p-value
	คะแนน	อันดับที่	คะแนน	อันดับที่		
1	15	39	13	25.5	-5.59	.000
2	15	39	11	19.5		
3	15	39	11	19.5		
4	15	39	11	19.5		
5	15	39	11	19.5		
6	15	39	10	16.5		
7	15	39	10	16.5		
8	15	39	9	13.5		
9	15	39	9	13.5		
10	15	39	9	13.5		
11	15	39	9	13.5		
12	14	31.5	8	9		
13	14	31.5	8	9		
14	14	31.5	8	9		
15	14	31.5	8	9		
16	13	25.5	8	9		
17	13	25.5	7	2.5		
18	13	25.5	7	2.5		
19	13	25.5	7	2.5		
20	13	25.5	7	2.5		
21	13	25.5	6	2		
22	13	25.5	4	18.25		
	N=22	$\Sigma R = 733.5$	N=22	$\Sigma R = 248.5$		

จากตารางที่ 10 พบว่าการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ผลลัพธ์จากการคำนวณข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

Ranks				
	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks
การปฏิบัติตนครบทุกข้อ	กลุ่มควบคุม	22	11.66	256.50
	กลุ่มทดลอง	22	33.34	733.50
	Total	44		

ตารางที่ 12 ผลลัพธ์จากการคำนวณข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

Test Statistics ^a	
	การปฏิบัติตนครบทุกข้อ
Mann-Whitney U	3.500
Wilcoxon W	256.500
Z	-5.672
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
a. Grouping Variable: กลุ่ม	

จากตารางที่ 11 และ 12 แสดงว่าการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล จาก SPSS
การปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

Ranks

	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks
อาหาร 1	กลุ่มควบคุม	22	16.00	352.00
	กลุ่มทดลอง	22	29.00	638.00
	Total	44		
อาหาร 2	กลุ่มควบคุม	22	16.50	363.00
	กลุ่มทดลอง	22	28.50	627.00
	Total	44		
อาหาร 3	กลุ่มควบคุม	22	15.00	330.00
	กลุ่มทดลอง	22	30.00	660.00
	Total	44		
อาหาร 4	กลุ่มควบคุม	22	13.50	297.00
	กลุ่มทดลอง	22	31.50	693.00
	Total	44		
อาหาร 5	กลุ่มควบคุม	22	17.00	374.00
	กลุ่มทดลอง	22	28.00	616.00
	Total	44		
อาหาร 6	กลุ่มควบคุม	22	19.00	418.00
	กลุ่มทดลอง	22	26.00	572.00
	Total	44		
ยาระบาย 1	กลุ่มควบคุม	22	22.50	495.00
	กลุ่มทดลอง	22	22.50	495.00
	Total	44		
ยาระบาย 2	กลุ่มควบคุม	22	19.50	429.00
	กลุ่มทดลอง	22	25.50	561.00
	Total	44		

Ranks

	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks
อาหาร 7	กลุ่มควบคุม	22	22.50	495.00
	กลุ่มทดลอง	22	22.50	495.00
	Total	44		
ยาระบาย 3	กลุ่มควบคุม	22	22.00	484.00
	กลุ่มทดลอง	22	23.00	506.00
	Total	44		
ยาระบาย 4	กลุ่มควบคุม	22	21.00	462.00
	กลุ่มทดลอง	22	24.00	528.00
	Total	44		
ประเมินลักษณะการ ขับถ่าย 1	กลุ่มควบคุม	22	22.00	484.00
	กลุ่มทดลอง	22	23.00	506.00
	Total	44		
ประเมินลักษณะการ ขับถ่าย 2	กลุ่มควบคุม	22	15.00	330.00
	กลุ่มทดลอง	22	30.00	660.00
	Total	44		
ประเมินลักษณะการ ขับถ่าย 3	กลุ่มควบคุม	22	15.50	341.00
	กลุ่มทดลอง	22	29.50	649.00
	Total	44		
เฝ้าระวังความผิดปกติ ระหว่างการเตรียมลำไส้	กลุ่มควบคุม	22	20.00	440.00
	กลุ่มทดลอง	22	25.00	550.00
	Total	44		

Mann-Whitney U test

Test Statistics^a

	อาหาร 1	อาหาร 2	อาหาร 3	อาหาร 4	อาหาร 5	อาหาร 6	อาหาร 7
Mann-Whitney U	99.000	110.000	77.000	44.000	121.000	165.000	242.000
Wilcoxon W	352.000	363.000	330.000	297.000	374.000	418.000	495.000
Z	-4.087	-4.016	-4.716	-5.456	-3.786	-2.287	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.022	1.000

a. Grouping Variable: กลุ่ม

Test Statistics^a

	ยา ระบายน 1	ยา ระบายน 2	ยาระบายน 3	ยา ระบายน 4
Mann-Whitney U	242.000	176.000	231.000	209.000
Wilcoxon W	495.000	429.000	484.000	462.000
Z	.000	-1.920	-1.000	-1.774
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000	.055	.317	.076

a. Grouping Variable: กลุ่ม



Test Statistics^a

	ประเมิ น ลักษณะ การ ขับถ่าย 1	ประเมิ น ลักษณะ การ ขับถ่าย 2	ประเมิ น ลักษณะ การ ขับถ่าย 3
Mann-Whitney U	231.00 0	77.000	88.000
Wilcoxon W	484.00 0	330.000	341.000
Z	-1.000	-4.513	-4.190
Asymp. Sig. (2- tailed)	.317	.000	.000

a. Grouping Variable: กลุ่ม

Test Statistics^a

	เฝ้าระวังความ ผิดปกติระหว่างการ เตรียมลำไส้
Mann-Whitney U	187.000
Wilcoxon W	440.000
Z	-2.348
Asymp. Sig. (2- tailed)	.019

a. Grouping Variable: กลุ่ม

Ranks

	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks
การปฏิบัติตนก่อนการส่อง	กลุ่มควบคุม	22	11.66	256.50
กล้องลำไส้ใหญ่	กลุ่มทดลอง	22	33.34	733.50
	Total	44		

Test Statistics^a

	การปฏิบัติตน ก่อนการส่อง กล้องลำไส้ใหญ่
Mann-Whitney U	3.500
Wilcoxon W	256.500
Z	-5.672
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: กลุ่ม

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางนรินธ์ ช่อมะลิ

วัน เดือน ปี เกิด

23 พฤษภาคม 2521

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1 เหรียญทอง) จาก
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2544



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY