



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

ศิภาพันธ์ ลวสุต* และ รุ่งระวี นาวีเจริญ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน จับคู่ด้วยเพศ อายุ และชนิดการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล และ 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์ ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) และ 2) ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD. = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ ควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้กับผู้ป่วยโรคอ้วน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคอ้วน/ ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก/ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



The Effect of Self-Care Enhancement Program on Post-Bariatric Surgery Self-Care Behaviors among Morbid Obese Patients

Sipaphan Lavasut* and Rungrawee Navichareern**

Abstract

Purpose: 1) To study the self-care behaviors post-bariatric surgery among morbid obese patients who received the self-care enhancement program. 2) To compare the self-care behaviors post-bariatric surgery among the control group and the experimental group.

Design: Quasi-experimental research.

Methods: The 30 patients were male and female with morbid obese patients, aged between 18-59 years old, receiving post-bariatric surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital. They were hospitalized and assigned to the control and the experimental group (15 persons in each group), and matched pair by gender, age and type of operation. The experimental group received the self-care enhancement program based on Orem's self-care, consisted of 2 phases; 1st) Educative-Supportive program in the hospital and 2nd) Supportive program with telephone called post discharge, while the control group received conventional care. The data were collected at 8th weeks by using 1) The demographic data form, and 2) Self-care behaviors post-bariatric surgery questionnaire. The instruments were tested for content validity and Cronbach's alpha coefficient was .81. Descriptive statistics and Independent t-test were used for the data analysis.

Results: 1) The self-care behaviors post-bariatric surgery among morbid obese patients who received the self-care enhancement program had a good level (Mean = 4.13). 2) The self-care behaviors post-bariatric surgery among the experimental group receiving the self-care enhancement program (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) were significantly better than the control group receiving the conventional care (Mean = 3.68 ± SD. = 0.31) ($p < .05$).

Conclusion: This program can be used to enhance self-care behaviors among morbid obese patients on post-bariatric surgery.

Keywords: Morbid obese patients/ Post-Bariatric surgery/ Self-care enhancement program/ Self-care behaviors



บทนำ

ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในปัจจุบัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 40 กก./ม.² และมีไขมันสะสมในร่างกายจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณช่องท้องและอวัยวะต่างๆ ก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินส่งผลให้เกิดกลุ่มโรคเมตาบอลิก¹ มีระบบการหายใจที่ผิดปกติก่อให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ² และยังก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ มากมาย รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง³ และเพิ่มอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและอัตราตายก่อนวัยอันควร¹ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีการและการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอ้วนดังกล่าว

ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Bariatric surgery) โดยการผ่านกล้อง (Laparoscopy) เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนและมีแนวโน้มที่จำนวนการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เพิ่มสูงขึ้น สถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าปี ค.ศ. 2001 มีจำนวน 47,000 ราย⁴ และปี ค.ศ. 2013 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 179,000 ราย⁵ แต่สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547-2553 พบจำนวน 420 ราย⁶ และสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2556-2560 พบจำนวน 250 ราย⁷ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแม้จะมีจำนวนไม่สูงเพิ่มขึ้น แต่นับว่ามีความสำคัญ

การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การลดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ซึ่งมีข้อบ่งชี้สำหรับชาวเอเชียคือ การผ่าตัดผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 35 กก./ม.² หรือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 27.5 กก./ม.² ร่วมกับมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁸ ซึ่งหลักการผ่าตัดมีหลายรูปแบบ คือ การจำกัดปริมาณกระเพาะอาหาร และการจำกัดปริมาณกระเพาะอาหาร ร่วมกับการลดการดูดซึมสารอาหาร และมีเทคนิคการผ่าตัดในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การใช้ยางรัดกระเพาะ

อาหาร (Adjustable gastric banding; AGB) การผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy; SG) และการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB) การผ่าตัดแต่ละวิธีจะประสบผลสำเร็จเมื่อผู้ป่วยสามารถคงสภาพการลดน้ำหนักส่วนเกินได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของน้ำหนักตั้งต้นก่อนผ่าตัด⁹ ด้วยการมีพฤติกรรมตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักร่วมด้วยทุกราย เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและมีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นการปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างมีเป้าหมายด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด ปริมาณ และวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ ได้แก่ การจิบน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร ไม่ให้หกลดในการดื่มน้ำ เลือกรับประทานอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ ขนาดเท่าลูกเต๋า และเคี้ยวให้ละเอียดนาน 30-40 ครั้ง/คำ ใช้การปรุงด้วยวิธีต้ม ตุ่น ลวก นึ่ง อบ ย่าง เป็นต้น¹⁰ มีการฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (Continuous positive airway pressure: CPAP) การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยวันละ 30 นาที มีการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด มีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีการกำกับควบคุมตนเองในด้านต่างๆ เช่น การชั่งน้ำหนัก การคำนวณพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน และการบันทึกสมดุลพลังงาน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนยังคงมีพฤติกรรมตนเอง ภายหลังการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด¹⁰ ขาดแรง



จูงใจ¹¹ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดบกพร่อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยไม่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและอาจมีแนวโน้มน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมาอ้วนเช่นเดิม มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 มีน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมาเช่นเดียวกับระยะก่อนการผ่าตัดภายใน 2 ปี¹² ถึงแม้ผู้ป่วยโรคอ้วนจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดมาแล้วจากแพทย์และนักโภชนาการแล้ว แต่ข้อมูลที่ได้รับยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองภายหลังการผ่าตัดได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงยังคงต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงแรงจูงใจในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน¹³

การพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วงเวลาที่ผ่านมาเน้นการดูแลผู้ป่วย 2 ระยะ คือ ระยะการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและระยะภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคอ้วนในระยะก่อนผ่าตัดได้รับข้อมูลจากแพทย์และนักโภชนาการเป็นรายกลุ่มตั้งแต่ที่แผนกผู้ป่วยนอก และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเช่นเดียวกับผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทั่วไป และภายหลังการผ่าตัดได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย การดูแลภายหลังการผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายแบบเดียวกับผู้ป่วยศัลยกรรมผ่าตัดช่องท้องทั่วไป และไม่ได้รับการประเมิน และการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ไม่มีการตั้งเป้าหมายและการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงขาดความรู้ แรงจูงใจ ความมั่นใจ วินัย และยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณในต่างประเทศ พบว่า การประยุกต์โปรแกรมที่เน้นการจัดการกับพฤติกรรม

สามารถทำให้ลดน้ำหนักภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคอ้วนได้ ซึ่งต้องจัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดน้ำหนักได้ระยะยาว¹⁵ และต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีการสนับสนุนทางด้านจิตใจก่อนและภายหลังการผ่าตัด และต้องมีความถี่ในการติดตามผู้ป่วยภายในช่วง 6 เดือนแรก มีการติดตามด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้โทรศัพท์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรมต้องเน้นเป็นรายบุคคล จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนรู้สึกมีความผูกพันกับบุคคลากร มีเป้าหมายที่จะลดน้ำหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด จึงจะทำให้ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักระยะยาว¹⁶

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยสร้างโปรแกรมการดูแลตนเองอันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากแนวคิดของ Orem ระบุว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ต้องมีความรู้และได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์และต้องมีการรับรู้สุขภาพของตนเอง เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยเลือกมาจัดกระทำกับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดคือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนมาใช้เพื่อลดความพร้อมและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน ทั้งก่อน ระหว่างและภายหลังการผ่าตัด (Nursing care in perioperative surgery) มีความสนใจในการประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ประกอบด้วยการ



ประเมินความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สอน ชี้แนะและให้การสนับสนุนข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้มีทักษะและเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP ด้านการมีสมดุรกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และ 2) การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และทักษะต่างๆ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมด้วยโทรศัพท์ภายหลังการผ่าตัดที่ได้รับการจำหน่าย เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อลดน้ำหนักภายหลังการผ่าตัดด้านต่างๆ จึงคาดว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นภายหลังการผ่าตัดและการจำหน่าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย:

1. พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง (Posttest-only design with a comparison group)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นครั้งแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตและสามารถสื่อสารและเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกและกำหนด จำนวน 30 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี และชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem¹⁷ ครอบคลุมพฤติกรรม



การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนทั้ง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทาน อาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP ด้านการมีสมดุคลิกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบจำนวน 32 ข้อ ระดับการวัด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ระดับ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ และระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีคะแนนรวมระหว่าง 32-160 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Srisa-Ard¹⁸ คือ ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem^{17,20} และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มี 2 ระยะคือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ในระยะนี้พบผู้ป่วย 2 ครั้ง ในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด และวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีกิจกรรมคือ การจัดสิ่งแวดล้อม การสอน การชี้แนะ และการ

สนับสนุน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ด้านการรับประทาน อาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP ด้านการมีสมดุคลิกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และ 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังผ่าตัด และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอนในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังผ่าตัด ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที มีกิจกรรมคือ การชี้แนะและการสนับสนุน ทางด้านอารมณ์และทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดด้านต่างๆ มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติร่วมกันเป็นระยะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งหมด 30 ข้อ ใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁹ ในการแปลผลคะแนนความรู้ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0-59 มีความรู้ระดับน้อย ผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ แบบวัดความรู้นี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .76



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2562 IRB No. 328/61 ก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลหรือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเข้าดำเนินการทดลองที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 15 คน หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ราย ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องดูแลเพื่อให้เกิดการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย และได้รับการพยาบาลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทั่วไปในการมาตรวจติดตามผล ในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังจากผ่าตัด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

2. **กลุ่มทดลอง** คือ กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 2 ภายหลังจากผ่าตัด มีกิจกรรมดังนี้

2.1 **ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุน ภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล (Educative-Supportive intervention)** พบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ วันที่ 2 ภายหลังจากผ่าตัด และวันก่อนจำหน่าย 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีกิจกรรมคือ

2.1.1 วันที่ 2 ภายหลังจากผ่าตัด จัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด เมื่อได้ข้อมูลที่เป็นความพร้อมในเรื่องความรู้ด้านต่างๆ ผู้วิจัยจึงเลือกสอนให้ความรู้ในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีความพร้อม และให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนเพิ่มเติมในเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนัก ได้แก่ การจิบน้ำปราศจากหลอดดูด การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงอาหารด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง การมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว การฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การกำกับควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ภายหลังจากให้ความรู้แล้ว ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ เช่น “อะไรคือแรงจูงใจที่ทำให้อยากลดน้ำหนัก” ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องของตนเองและแสดงความคิดเห็นต่อตนเอง สาธิตการจิบน้ำ การตัดชิ้นอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก และการเคี้ยวนาน 30-40 ครั้ง/นาที มอบคู่มือและแบบบันทึกกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังจากผ่าตัดร่วมกัน

2.1.2 วันก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยประเมินติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลตามเป้าหมายที่กำหนด หากยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องผู้วิจัยให้การชี้แนะเพิ่มเติม และสนับสนุนด้วยการ



พูดให้กำลังใจหากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จากนั้นกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองครั้งถัดไปในด้านต่างๆ ร่วมกัน มีการใช้คำถามปลายเปิดกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ “คุณคิดว่าจะเลือกการปฏิบัติกิจกรรมใดก่อนระหว่างการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด” เพราะเหตุใดจึงเลือกการปฏิบัติ...ก่อนเป็นลำดับแรก” “การดื่มน้ำจะตั้งเป้าหมายอย่างไรกับตนเอง” “จะตั้งเป้าหมายการเคี้ยวอาหารอย่างไร” เป็นต้น

2.2 ระยะเวลาให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน (Supportive) กำกับติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับมาพบแพทย์ตามนัด ใช้เวลา 15 นาที มีกิจกรรม ดังนี้

2.2.1 ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด สอบถามเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ตกลงร่วมกัน และสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่างๆ ให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.2.2 ให้การชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ได้ และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติ

พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดครั้งถัดไปร่วมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม และคลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และแจกคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้กับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	33.33	5	33.33
หญิง	10	66.67	10	66.67
อายุ				
18 – 35 ปี	5	33.33	6	40.00
36 – 59 ปี	10	66.67	9	60.00
เฉลี่ย (Mean ± SD)	40.07 ± 11.15		40.07 ± 10.93	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	2	13.33	1	6.67
มัธยมศึกษา	4	26.67	3	20.00
ปริญญาตรี	5	33.33	9	60.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	26.67	2	13.33
วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก				
Laparoscopic Sleeve Gastrectomy	5	33.33	5	33.33
Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass	10	66.67	10	66.67
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม.²)				
ก่อนผ่าตัด	43.15 ± 8.33		49.28 ± 11.79	
สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด	37.33 ± 6.98		41.18 ± 9.88	
ค่าความแตกต่าง (ก่อนผ่าตัด - สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด)	5.82 ± 2.55		8.10 ± 3.73	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 40.07 ปี ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกาย

ก่อนผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 9 เฉลี่ย 43.15 กก./ม.² และ 37.33 กก./ม.² ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 49.28 กก./ม.² และ 41.18 กก./ม.² ตามลำดับ ส่วนต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนการผ่าตัดและสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.82 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.10



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม		แปลผล	กลุ่มทดลอง		แปลผล	t
	Mean	SD.		Mean	SD.		
1. ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	4.18	0.64	ดี	4.73	0.20	ดีมาก	3.190*
2. ด้านการรับประทานอาหาร	3.82	0.52	ดี	4.33	0.32	ดีมาก	3.263*
3. ด้านการดื่มน้ำ	4.08	0.45	ดี	4.32	0.52	ดีมาก	1.312
4. ด้านการจัดการความเครียด	3.88	0.50	ดี	4.29	0.45	ดีมาก	2.388*
5. ด้านการมีสมรรถกิริยกรรมทางกายและการพักผ่อน	3.60	0.68	ดี	4.22	0.63	ดีมาก	2.606*
6. ด้านการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้	3.50	1.04	ดี	4.03	0.97	ดี	1.455
7. ด้านการฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ตอนกลางคืน	3.70	0.70	ดี	3.70	0.80	ดี	0.000
8. ด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ	2.35	0.82	ต่ำ	2.85	0.67	ปานกลาง	1.836
รวมทั้ง 8 ด้าน	3.68	0.31	ดี	4.13	0.25	ดี	4.368*

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยรวมทั้ง 8 ด้านของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13) และพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยรวมทั้ง 8 ด้านของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD. = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดีมากคือ ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดื่มน้ำ ด้านการจัดการความเครียด



ด้านการมีสมดุกลกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน สำหรับระดับดี ได้แก่ ด้านการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ที่เชื่อถือได้ และด้านการฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ตอน กลางคืน และระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ

จากผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้เป็นกิจกรรมที่จัดให้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลภายหลังการผ่าตัด โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนมาใช้ลดความพร้อมรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้านให้กับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความรู้จึงพบความพร้อมรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดในด้านต่างๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร สัดส่วนอาหาร ชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน ภายหลังการผ่าตัด ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด และอาหารที่เหมาะสมจากบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์ และนักกำหนดอาหาร แต่กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถจินตนาการและเข้าใจสภาพร่างกายที่เป็นจริงของตนเอง ภายหลังการผ่าตัดได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการความรู้และแสวงหาข้อมูล การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยแนะนำให้ความรู้ และเชื่อมโยงระหว่างอาการและการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลด้านต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งมอบคู่มือแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ศึกษาด้วยตนเอง และมีการสาธิตการจิบน้ำแทนการใช้หลอดดูด การตัดแบ่งชิ้นอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ และเคี้ยววนาน 30 ครั้ง/คำ การควบคุมตนเองด้วยการชั่งน้ำหนักและจดบันทึกในคู่มือ เพื่อเป็นการสะท้อนพฤติกรรมและเห็นผลในการปฏิบัติ มีการตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่นำไปสู่การติดตามเยี่ยมต่อไป และ

2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจ และการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ ติดตามเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดไว้ร่วมกับผู้วิจัย หากขาดความมั่นใจผู้วิจัยจะส่งเสริมในพฤติกรรมที่ถูกต้องให้ดำเนินต่อไป แต่ถ้าหากมีอาการที่ร้ายแรงจึงชี้แนะให้มาที่ห้องฉุกเฉิน และชี้แนะความรู้ในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างยังสับสน มีการใช้คำถามที่ช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง เป็นเพราะพฤติกรรมดังกล่าวต้องมีการชั่งน้ำหนักทุกวัน การคำนวณพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันร่วมกับการจดบันทึก จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับบ้านอาจไม่ได้มีการจดบันทึก คำนวณพลังงาน และชั่งน้ำหนักทุกวัน

จากที่กล่าวมาสอดคล้องกับทฤษฎีของ Orem^{17,20} ที่ระบุว่า การพยาบาลที่ให้ความรู้ การสอน ร่วมกับการชี้แนะ และการสร้างแรงจูงใจ ที่สอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ และสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยสนใจ สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aguilera¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรที่จะได้รับความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนพฤติกรรมในด้านต่างๆ หากบุคคลมีความรู้และแรงจูงใจ ได้รับการกระตุ้นติดตามเป็นระยะๆ จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างดี

2. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแล

ตนเอง (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD. = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่า คือ ด้านการรับ



ประทานอาหาร ด้านการมีสมดุกลกิจกรรมทางกาย และการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และด้านการจัดการความเครียด สามารถอธิบายได้ดังนี้ ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้และกิจกรรมที่ช่วยในการสนับสนุนให้เกิดความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ทั้งด้านการปรับพฤติกรรมกรจิบน้ำ การรับประทานอาการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยระบุเหตุผลของการกระทำทุกขั้นตอน ให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกการปฏิบัติที่สามารถกระทำได้ตามลำดับก่อนหลังตามความต้องการของกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการพยาบาลแบบเดียวกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดของห้องทั่วไป ไม่มีการประเมินความรู้และไม่มีการสอนในแบบที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง แต่เป็นการสอนแบบทางเดียว เน้นการให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน แต่ไม่สามารถระบุถึงเนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติได้อย่างจริงจังและไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ในระยะภายหลังการจำหน่าย ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และมีการติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับมาพบแพทย์ตามนัดภายหลังการผ่าตัด กิจกรรมคือ การประเมินอาการภาวะแทรกซ้อน ความรู้ แรงจูงใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมด้านต่างๆ ซ้ำอีกครั้ง เพื่อค้นหาอุปสรรคต่างๆ ที่อาจทำให้กลุ่มทดลองมิได้ปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันไว้ หากกลุ่มทดลองสามารถแจกแจงการปฏิบัติได้ ผู้วิจัยให้คำชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจากพยาบาลหอผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย และเมื่อกลับมาพบแพทย์ตามนัด การพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมไม่ได้ประเมินอาการ ความรู้ แรงจูงใจในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด มีแต่การประเมินระดับน้ำหนักรวมและค่าดัชนีมวลกาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์

พบว่า ส่วนต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนการผ่าตัดและสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลอง (8.10 ± 3.73) มากกว่ากลุ่มควบคุม (5.82 ± 2.55) สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่กล่าวมาสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem^{17,20} ที่ระบุว่าระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ประเมิน และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยมีพยาบาลคอยให้ความรู้และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wykowski และ Krouse¹² ที่พบว่า การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้ประสบผลสำเร็จในด้านการลดน้ำหนักต้องได้รับโปรแกรมต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด ทั้งโปรแกรมการสนับสนุนและการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในด้านต่างๆ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจะมีการลดลงของน้ำหนักมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนไปพัฒนาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมและประเมินน้ำหนักมากกว่า 8 สัปดาห์ จนถึง 2 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมและความยั่งยืนของพฤติกรรมกรดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้



References

1. Nightingale CE, Margaron MP, Shearer E, Redman JW, Lucas DN, Cousins JM, et al. Guidelines Peri-operative management of the obese surgical patient 2015. *Anesthesia* 2015; 70(7): 859-76.
2. Weingarten TN, Flores AS, McKenzie JA, Nguyen LT, Robinson WB, Kinney TM, et al. Obstructive sleep apnoea and perioperative complications in bariatric patients. *BJA: The British Journal of Anaesthesia* 2011; 106(1): 131-9.
3. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Long-Term Health-Related Quality of Life in Bariatric Surgery Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity* 2016; 24(1): 60-70.
4. Doolen JL, Miller SK. Primary care management of patients following bariatric surgery. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17(11): 446-50.
5. Zhang L, Tan WH, Chang R, Eagon JC. Perioperative risk and complications of revisional bariatric surgery compared to primary Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical Endoscopy* 2015; 29(6): 1316-20.
6. Puchong Timrat. Bariatric and Metabolic Surgery: An Overview. In Theerapol Angkoolpakdeekul, Preeda Samlitpradit and Paisal Pongchailert, editors. *Salayasardwiwat 44 (Surgery for Metabolic and Morbid Obesity)*. Bangkok: Bangkok Vejchasarn; 2011. (In Thai)
7. Medical Records of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data of Bariatric Surgery at Sirindhorn Operating Theatre King Chulalongkorn Memorial Hospital; 2016 1 Jan 2016 - 31 Aug 2016. (In Thai)
8. Kasama K, Mui W, Lee WJ, Lakdawala M, Naitoh T, Seki Y, et al. IFSO-APC consensus statements 2011. *Obesity surgery* 2012; 22(5): 677-84.
9. Deitel M. Overview of operation for morbid obesity. *World journal of surgery* 1998; 22(9): 913-8.
10. Bauchowitz A, Azarbad L, Day K, Gonder-Frederick L. Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients. *Surg Obese Relat Dis* 2007; 3(5): 554-8.
11. Aguilera M. Post-surgery support and the long-term success of bariatric surgery. *Practice Nursing* 2014; 25(9): 455-9.
12. Wykowski K, Krouse HJ. Self-Care Predictors for Success Post-Bariatric Surgery. *Gastroenterology Nursing* 2013; 36(2): 129-35.
13. LePage CT. The lived experience of individuals following Roux-en-Y gastric bypass surgery: A phenomenological study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2010; 5(1): 57-64.
14. Sobhani Z, Amini M, Zarnaghash M, Hosseini SV, Foroutan HR. Self-Management Behaviors in Obese Patients Undergoing Surgery Base on General and Specific Adherence Scales. *World journal of plastic surgery* 2019; 8(1): 85-92.
15. Rudolph A, Hilbert A. Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews* 2013; 14(4): 292-302.
16. McGrice M, Paul KD. Interventions to improve long-term weight loss in



- patients following bariatric surgery: challenges and solutions. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2015; 8: 263-74. Doi: 10.2147/DMSO.S57054.
17. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
 18. Srisa - Ard B. *Basic Research*. Bangkok: Suriyasan; 2018.
 19. Bloom S, *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
 20. Chaiyawat W. Orem's Self-care. In: Waraporn Chaiyawat and Jintana Yunibhand, editor. *Nursing Theory*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2550.