บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก

วัชรพันธ์ สุขอุบล* รุ่งรัตติกาล รุ่งเรือง* กัญญดา ประจุศิลป** ศกุนตลา อนุเรือง***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2567 ในผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยนอก แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลเอกชน ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วย อายุและโรค กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสะอาดของลำไส้ 3) แบบประเมินความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอก สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Mann Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย: หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจการบริการพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง Creer (2000) ทำให้ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกมีความรู้ และสามารถในการจัดการตนเองได้เพื่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง/การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน/ความสะอาดของลำไส้ใหญ่/ความพึงพอใจ

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 92-110

* พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Sakuntala.A@chula.ac.th

EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT WITH STRUCTURED INFORMATION PROGRAM ON BOWEL CLEANLINESS AND NURSING SERVICES SATISFACTION AMONG PATIENTS PREPARING FOR FIRST-TIME COLONOSCOPY

Watcharapan Suk-ubon* Rungrattikarn Rungruang* Gunyada Prachusilpa** Sakuntala Anuruang***

ABSTRACT

Objective: To compare bowel cleanliness and nursing services satisfaction among patients preparing for first-time colonoscopy before-after participating in a structured information program

Research Design: A quasi-experimental research design with two groups

Methods: Data were collected from February 1 to April 30, 2024, among patients preparing for first-time colonoscopy at the outpatient department of the Gastroenterology and Hepatology Unit in a private hospital. The participants were 50 including males and females who aged 20 years and above. They were divided into an experimental group and a control group, with 25 participants in each group. Participants were matched by age and disease characteristics. The experimental group received a Self-management with Structured Information Program, while the control group received routine nursing care. Three instruments were used for data collection: (1) a demographic data form, (2) a bowel cleanliness assessment form, and (3) an outpatient nursing service satisfaction questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann–Whitney U test, with the level of statistical significance set at 0.05.

Results: After completion of the program, the experimental group had significantly better than the control group at the .05 level. The mean nursing services satisfaction scores were also significantly higher in the experimental group than in the control group at the .05 level.

Conclusion: The structured information program improved knowledge and self-management ability among patients preparing for first-time colonoscopy, leading to better bowel cleanliness and higher satisfaction with nursing services.

Keywords: Self-management/Structured education/Bowel preparation quality/Patient satisfaction

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 92-110

Article info: **received May 6, 2025; revised May 6, 2026; accepted June 8, 2026**

* Registered Nurse, Sikarin Hospital, Bangkok.

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

E-mail: Sakuntala.A@chula.ac.th

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.7

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งด้านอัตราป่วยและอัตราตายจากข้อมูล GLOBOCAN ปี ค.ศ.2022 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 1.9 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 904,000 ราย สะท้อนว่ามะเร็งชนิดนี้ยังเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งระดับโลก[1,2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูล GLOBOCAN 2022 รายงานว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่รวม 20,173 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของมะเร็งทั้งหมดโดยพบเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในประชากรไทยทั้งสองเพศ และเมื่อแยกตามเพศพบเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการป้องกัน การค้นหาความผิดปกติระยะเริ่มต้น และการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพ[1] สถิติในประเทศไทยสอดคล้องกับสถิติโลก ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ช่วงปี 2564 ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 120,000 ถึง 140,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8-15 คน มะเร็งที่พบมากที่สุดได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่[3]

การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หมายถึงการตรวจค้นหาความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในบุคคลที่ยังไม่มีอาการเพื่อให้สามารถตรวจพบติ่งเนื้อระยะก่อนมะเร็งหรือมะเร็งระยะเริ่มต้น ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสการรักษา ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้การตรวจคัดกรองแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การตรวจจากอุจจาระ เช่น Fecal immunochemical test หรือ FIT, Guaiac fecal occult blood test หรือ gFOBT และ Stool DNA test และ 2) การตรวจที่มองเห็นโครงสร้างลำไส้โดยตรง เช่น Colonoscopy, Flexible sigmoidoscopy และ CT colonography โดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีความสำคัญเป็นพิเศษเพราะสามารถตรวจพบตัดชิ้นเนื้อและตัดติ่งเนื้อบางชนิดได้ในครั้งเดียวอีกทั้งยังใช้เป็นการตรวจติดตามเมื่อผลการตรวจคัดกรองชนิดอื่นผิดปกติหากประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดมะเร็งจากติ่งเนื้อที่สามารถป้องกันได้ ลดการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การตรวจหาและการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มต้น สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิตได้[1] แม้การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จะเป็นวิธีสำคัญในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคแต่คุณภาพของการตรวจขึ้นอยู่กับการเตรียมลำไส้ก่อนตรวจอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกซึ่งมักยังไม่มีประสบการณ์ ไม่เข้าใจขั้นตอนการจำกัดอาหาร การดื่มน้ำยาระบาย การดื่มน้ำ และการปฏิบัติตามเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง การศึกษาล่าสุดในจีนพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ระดับเพียงพอมีเพียงร้อยละ 42.0 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ[4] หลักฐานจากประเทศไทยศึกษาในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 94 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ยังต้องได้รับการสวนและหรือยาระบายเพิ่มเติมก่อนการตรวจ[5]

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ หมายถึง ระดับความ

พร้อมของลำไส้ภายหลังการเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง โดยลำไส้ควรมีอุจจาระหรือคราบตกค้างน้อยจนแพทย์สามารถมองเห็นเยื่อบุลำไส้ได้ชัดเจน ตรวจพบรอยโรคหรือติ่งเนื้อได้อย่างแม่นยำและดำเนินหัตถการได้อย่างปลอดภัย แนวทางคุณภาพการเตรียมลำไส้ระบุว่าหน่วยบริการควรมีอัตราการเตรียมลำไส้ที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 90 และแนะนำให้ใช้แนวทางที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การให้ยาแบบ Split-dose และการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอ[6] คุณภาพของการตรวจ การมองเห็นเยื่อบุลำไส้ การตรวจพบติ่งเนื้อ และการลดโอกาสการตรวจซ้ำ อย่างไรก็ตามหลักฐานจากหลายประเทศชี้ว่าการเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอ (Inadequate bowel preparation) ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยรายงานทั่วไปพบประมาณร้อยละ 20 ถึง 40 ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และต่ำกว่าเป้าหมายคุณภาพที่แนวทางสากลแนะนำให้หน่วยส่องกล้องมีอัตราการเตรียมลำไส้เพียงพอมากกว่าร้อยละ 90[4] พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ปัญหาที่พบ คือ การดื่มยาระบายไม่ครบตามปริมาณที่กำหนด การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงในช่วงระยะเวลาการเตรียมลำไส้ก่อนมาส่องกล้องทำให้มีอุจจาระค้างในลำไส้ใหญ่[7] นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยด้านระยะเวลา ได้แก่ ระยะเวลาที่นัดหมายล่วงหน้าเป็นเวลานาน ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้ลดลง[8] ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังประสบปัญหารสชาติของยาระบาย อาการไม่สุขสบายทางกาย ความวิตกกังวล และความไม่เข้าใจคำแนะนำ ซึ่งส่งผลต่อทั้งความสะอาดของลำไส้และประสบการณ์การรับบริการ การศึกษาในจีนพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52.8 ไม่พึงพอใจกับรสชาติของยาระบาย ร้อยละ 43.9 มีความวิตกกังวลและร้อยละ 59.3 มีอาการไม่สุขสบายระหว่างการเตรียมลำไส้[4] ดังนั้นความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการให้ข้อมูล การสื่อสาร การลดความกังวล และการสนับสนุนผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ โดยเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องครั้งแรก โดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่มีความคาดหวังจากผู้รับบริการสูง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่มีทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านพฤติกรรม และด้านระบบบริการ ได้แก่ อายุ โรคร่วม ภาวะท้องผูก ประวัติการใช้ยา ความรู้เรื่องการเตรียมลำไส้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความมั่นใจในการปฏิบัติตน ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การดื่มน้ำยาระบายครบตามกำหนด และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่มี Patient activation, Health literacy, ความรู้เรื่องการเตรียมลำไส้และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ที่ดีมีโอกาสมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ดีขึ้น โดยมีค่า Odds ratio เท่ากับ 2.93, 2.05, 1.34 และ 1.28 ตามลำดับ[9] ส่วนการศึกษาต่างประเทศพบว่า ความรู้เรื่องการเตรียมลำไส้ ชนิดของยาระบาย ความพึงพอใจต่อรสชาติยาระบาย ความวิตกกังวล และอาการไม่สุขสบายทางกายมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเตรียมลำไส้[4] สำหรับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ปัจจัยสำคัญคือความชัดเจนของคำแนะนำ ความเข้าใจง่ายของสื่อ ความสามารถในการตอบข้อสงสัย การติดตามเตือนก่อนวันตรวจ และการดูแลที่ลดความกลัวหรือความไม่สุขสบายของผู้ป่วย

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยก่อนส่องกล้องเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการเตรียม

ลำไส้ พบว่างานวิจัย 7 เรื่อง รวมผู้ป่วย 2,660 ราย ใช้วิธีการให้ความรู้หลายรูปแบบ เช่น เอกสาร วิดีโอ การโทรศัพท์ย้ำเตือน และคำแนะนำโดยบุคลากรสุขภาพ โดยภาพรวมพบว่าการให้ความรู้ช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ[10] นอกจากนี้ การศึกษาแบบ Randomized controlled trial พบว่าการให้ความรู้เสริมผ่านสื่อและช่องทางเสมือนจริงช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และมีแนวโน้มช่วยสนับสนุนการเตรียมลำไส้ที่ดีขึ้น[11] หลักฐานเหล่านี้สะท้อนว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการออกแบบกระบวนการให้ข้อมูลการติดตามและการสนับสนุนผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนวันตรวจจนถึงวันส่องกล้อง เพื่อให้เกิดทั้งผลลัพธ์ด้านคลินิก คือความสะอาดของลำไส้และผลลัพธ์ด้านประสบการณ์ผู้รับบริการ คือความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้ การใช้สื่อและการติดตามเตือนสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ได้ แต่การศึกษาจำนวนมากยังมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้าน “ความเพียงพอของการเตรียมลำไส้” เป็นหลัก ขณะที่การศึกษาเฉพาะกลุ่ม ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ยังมีจำกัด ทั้งที่กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวไม่ครบถ้วนมากกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษาความสะอาดของลำไส้ใหญ่ควบคู่กับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ยังมีไม่มาก โดยเฉพาะในบริบทของการบริการพยาบาลก่อนส่องกล้องที่ต้องให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การใช้ยาระบาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพโดยมีการตั้งเป้าหมาย การประเมิน การตัดสินใจ การลงมือที่จะปฏิบัติและมีการสะท้อนตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีการจัดการตนเองเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือกำลังรักษาตัว ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นหลักในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ครอบคลุมถึงการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมลำไส้ใหญ่ การใช้ยาระบาย การสังเกตความสะอาดภายในลำไส้ใหญ่จากลักษณะอุจจาระหลังได้รับยาระบาย และการใช้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการกำกับติดตามผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นลักษณะมีการกำกับติดตามและตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ซึ่งแตกต่างการพยาบาลตามปกติที่เป็นลักษณะให้ความรู้ครั้งเดียวที่โรงพยาบาล ไม่มีการใช้กระบวนการการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจและลดโอกาสการตรวจซ้ำในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ใหญ่ และความพึงพอใจการบริการพยาบาล หลังรับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพ โดยมี 1) การตั้งเป้าหมาย 2) มอบแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) การติดตามผู้ป่วยโดยสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ วันที่ 4,3,2 และ 1 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทำการประเมินการตัดสินใจ การลงมือที่จะปฏิบัติและมีการสะท้อนตนเองโดยผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นหลักในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนครอบคลุมถึงการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผล ความรู้ในการเตรียมลำไส้

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two groups posttest only)

กลุ่มประชากร คือ ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก แบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก เพศชาย-หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิครินทร์

ผู้วิจัยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 โดยอ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมา[11] เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือสูญหาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2567 โดยมีพยาบาลวิชาชีพ (Gate Keeper) ทำหน้าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยเพศชาย เพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ 3) มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และได้รับการนัดเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ล่วงหน้า 4) สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือและอนุญาตให้ติดต่อได้ 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (1) มีประสบการณ์เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (2) มีสติสัมปชัญญะบกพร่อง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จนครบจำนวน 25 คน ก่อนจากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จนครบจำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นหลักในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ครอบคลุมถึงการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผล มีการกำกับติดตามผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งภายในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแบบพบหน้ากัน ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยได้รับนัดหมายหรือวันที่มารับคำแนะนำก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยประเมินความรู้เดิม ประสบการณ์ ความพร้อม ปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย จากนั้นให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคู่มือประกอบการสอน เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ใหญ่ วัตถุประสงค์ของการตรวจ การตั้งเป้าหมายในการเตรียมตัว การเลือกและเตรียมอาหารที่เหมาะสมก่อนตรวจ การรับประทานยาระบาย วิธีเตรียมยาระบาย การดื่มน้ำ การประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระ และการใช้ยาที่อาจมีผลต่อการส่องกล้องตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและร่วมกันกำหนดแผนการปฏิบัติตนรายบุคคลก่อนกลับบ้าน

ครั้งที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 4 วัน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการเตรียมตัว ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการเตรียมอุปกรณ์หรือยาระบาย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตน ผู้วิจัยสอบถามปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความจำเป็น

ครั้งที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที มุ่งเน้นการประเมินการปฏิบัติตนด้านอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง และการเตรียมความพร้อมในการใช้ยาระบาย ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และแก้ไขความเข้าใจคลาดเคลื่อนที่อาจส่งผลต่อความสะอาดของลำไส้

ครั้งที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที เป็นการติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติตน ประเมินอาการผิดปกติหรือความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้น และเน้นการเตรียมตัวเข้าสู่ช่วงสำคัญก่อนตรวจ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามคำแนะนำ การเตรียมยาระบายและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการเตรียมลำไส้ได้อย่างถูกต้อง

ครั้งที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที เป็นการทบทวนขั้นตอนสุดท้ายก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจสอบความพร้อมในการรับประทานยาระบายตามเวลาที่กำหนด การดื่มน้ำ การสังเกตลักษณะอุจจาระ และการปฏิบัติตัวในวันตรวจ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ผ่านมา ประเมินปัญหาที่เหลืออยู่ และให้คำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในวันตรวจ เพื่อป้องกันการเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์และลดโอกาสการเลื่อนนัดหรือการตรวจซ้ำ

หลังดำเนินโปรแกรมครบทุกครั้ง ผู้วิจัยประเมิน

ผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จากแบบประเมินหรือผลการประเมินตามเกณฑ์ของหน่วยส่องกล้องและประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ภายในวันเดียวกันหลังการตรวจหรือภายในระยะเวลาที่กำหนดตามแผนการวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนและภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร 2 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ปรับปรุงจน เครื่องมือมีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ และเหตุผลของการต้องรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ 2) แบบประเมินสะอาดของลำไส้เป็นเครื่องมือมาตรฐานของหน่วยงาน ในการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่จากลักษณะอุจจาระเป็นวิธีการประเมินเบื้องต้น โดยที่ยังไม่ได้ทำการส่องกล้องเข้าไปตรวจภายในลำไส้ใหญ่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินลักษณะของอุจจาระหลังสุดก่อนเข้ารับการส่องกล้องโดยเปรียบเทียบกับรูปภาพสีและลักษณะของอุจจาระทั้งหมด 4 รูป มีระดับความสะอาดที่ 1 ถึง 4 ระดับ 1 มีตะกอนและกากมาก ระดับ 2 มีตะกอนและกากเล็กน้อย ระดับ 3 มีตะกอนเล็กน้อยไม่มีกาก ระดับ 4 เป็นน้ำใสไม่มีกากใยและตะกอน โดยระดับที่เตรียมได้ดีที่สุดคือระดับที่ 4 น้ำมีลักษณะใส อาจจะเป็นสีเหลืองหรือส้มใสคล้ายปัสสาวะ ไม่มีกากใยปน หากผู้ป่วยมีระดับความสะอาดที่ระดับนี้ จึงจะสามารถทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ วิธีการประเมินแบบนี้สามารถทำได้ง่าย สื่อสารเข้าใจได้ง่าย มีรายละเอียด ตามตารางที่ 1 3) แบบประเมินความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามเป็นแบบ Rating scale ประเมิน 5 ระดับ จากความพึงพอใจมากที่สุด 5 จนถึงน้อยที่สุด 1 โดยวัดผลองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร (ข้อ 1-6) 2) ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ (ข้อ 7-8) และ3) การเข้าถึงบริการ (ข้อ 9-15)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจบริการพยาบาล เป็นการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยแปลผลการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (11) คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับน้อยที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 จากนั้น นำไปหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ในการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ



ระดับ	คะแนน	คุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ประเมินจากลักษณะอุจจาระ
ดีมาก	4	อุจจาระมีลักษณะใส อาจจะเป็นสีเหลืองหรือส้มใสคล้ายปัสสาวะ ไม่มีกากใยปน
พอใช้	3	อุจจาระมีลักษณะขุ่นสีออกน้ำตาลจากการมีอุจจาระคงค้างระดับปานกลาง อาจจะต้องมีการรับประทานยาระบายเพิ่มเติม จึงจะสามารถทำการตรวจได้
แย่	2	มีอุจจาระคงค้างปริมาณมาก สีอุจจาระเป็นสีน้ำตาลขุ่นถึงดำ ทำให้ต้องมีการรับประทานยาระบายเพิ่ม จึงจะสามารถทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้
เตรียมใหม่	1	มีอุจจาระตกค้าง ทำให้ต้องมีการเตรียมลำไส้ใหม่

ถูกกับผิด ถ้าตอบคำถามถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์กำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกทุกข้อ หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหาอีกครั้ง แล้วทำการวัดผลใหม่จนกลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องทุกข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้น นำไปหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หนังสืออนุมัติเลขที่ 01101.660221 ดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้เข้าวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัยและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ระหว่างการทำวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์งานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม จากนั้นให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มควบคุมในการเข้าถึงการรับบริการและข้อมูลโดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการตรวจตามปกติ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 วัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม: เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในครั้งแรกที่ผู้ป่วย เข้ารับการนัดหมายเพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พูดคุยแนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริน ทร์ กรุงเทพฯ โดยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ตามมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ประจำสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ พร้อมได้รับใบคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กลับบ้าน

ระยะเวลา 1 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พยาบาลจากห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจะโทรศัพท์ไปยืนยันการนัดหมายและตอบข้อสงสัยของผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

วันเข้ารับการตรวจลำไส้ใหญ่ พยาบาลประจำแผนกส่องกล้องประเมินระดับของลักษณะอุจจาระ ว่าอยู่ในระดับที่พร้อมส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือไม่

กลุ่มทดลอง: เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริน ทร์ กรุงเทพฯ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์เรื่องนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ความสำคัญของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ แล้วสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบว่าความรู้หรือ

ความเชื่อใดยังไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมในการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาด

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 1) ผู้วิจัยให้ข้อมูล “แผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่” เนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนตรวจ เรื่องการรับประทานอาหาร การเตรียมตัวและการรับประทานยาระบาย ที่ถูกวิธี ข้อปฏิบัติหลังรับประทานยาระบาย และการประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับในเรื่องการเตรียมตัวก่อนตรวจ เรื่องการรับประทานอาหาร 3 วันก่อนทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การเตรียมตัวและการรับประทานยาระบายที่ถูกวิธี ข้อปฏิบัติหลังรับประทานยาระบายและการประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระ 3) ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ในการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ โดยจะต้องตอบคำถามได้ถูกต้องทุกข้อ หากมีข้อที่ผู้ป่วยตอบผิด ผู้วิจัยจะชี้แจงและให้ความรู้รายละเอียดเพิ่มเติมในข้อที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ผู้วิจัยพูดคุย สรุปเรื่องการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องให้ผู้ป่วยอีกครั้ง แจ้งผู้ป่วยให้ทราบเรื่องถึงกำหนดการที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติในช่วง 3 วันก่อนวันนัดส่องกล้อง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงปัญหาหรือเรื่องที่ผู้ป่วยคิดว่าจะพบ และช่วยวางแผนในการแก้ไขปัญหานั้นๆ เบื้องต้นและขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยตามโปรแกรมที่วางไว้

ขั้นที่ 4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) 1) ระยะเวลา 4 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 16.00 น. โทรศัพท์ติดตามแจ้งเตือนวันนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเตรียมความพร้อมการเตรียมลำไส้ในวันรุ่งขึ้น 2) ระยะเวลา 3 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 07.00 น. โทรศัพท์ติดตามเรื่องการรับประทานอาหาร รวมถึงให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยกรณีที่มีคำถามและข้อสงสัยเพิ่มเติม 3) ระยะเวลา 2 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 07.00 น. โทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ป่วยสำหรับวันพรุ่งนี้ที่ต้องรับประทานอาหารเหลวตั้งแต่มื้อเช้า และเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาระบายตอนเย็น หรือก่อนนอน (กรณีแพทย์บางท่านมีให้รับประทานยาระบายเพิ่มเติม) 4) ระยะเวลา 1 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 16.00 น. ผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาเน้นย้ำการผสมและรับประทานยาที่ถูกวิธี และแจ้งให้ผู้ป่วยประเมินลักษณะอุจจาระของตนเองทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระ

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เมื่อรับประทานยาครบแล้ว ให้ผู้ป่วยประเมินลักษณะอุจจาระของตนเองในทุกครั้งที่อุจจาระ โดยพบว่าน้ำอุจจาระเริ่มมีสีใส ไม่ขุ่น ให้ผู้ป่วยเริ่มถ่ายรูปถ่ายภาพอุจจาระจนถึงการถ่าย อุจจาระครั้งสุดท้าย โดยถ่ายภาพให้เห็นลักษณะอุจจาระทั้งหมด และนำภาพถ่ายครั้งสุดท้ายของการอุจจาระ มาให้พยาบาลแผนกส่องกล้องได้ประเมินก่อนว่าส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากลักษณะข้อมูลเป็นลำดับขั้น

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มาก การแจกแจงของข้อมูลอาจไม่เป็นปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 40 ถึง 49 ปี ร้อยละ 44 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 76 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 84 ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัทเอกชนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 56 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มียาโรคประจำตัวหรือยาที่ใช้เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 72 และ เหตุผลของการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 36 กลุ่มควบคุม พบว่า ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระคิดเป็นร้อยละ 32 มีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระคิดเป็นร้อยละ 32 และ มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องคิดเป็นร้อยละ 32

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้สร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนลำไส้ใหญ่นั้น เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถดูแลและจัดการตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้อง โดยผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน มีการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องจนทำให้ลำไส้ใหญ่สะอาดพร้อมในการส่องกล้อง เมื่อได้รับการส่องกล้องตามเวลาที่กำหนดไว้

อีกทั้งยังมีการกำกับติดตามและตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ซึ่งแตกต่างการพยาบาลตามปกติที่เป็นลักษณะให้ความรู้ครั้งเดียวที่โรงพยาบาล ไม่มีการใช้กระบวนการการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ทำให้เกิดความพึงพอใจการบริการพยาบาลดีมากขึ้นด้วย ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์เรื่องนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โปรแกรมดังกล่าวประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยใช้ Mann-Whitney U testทดแทนไต

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mann-Whitney U test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลำไส้สะอาด (ระดับ 4)	24	96.0	21	84.0	237.500*	.022
ลำไส้ไม่สะอาด (ระดับ 1-3)	1	4.0	4	16.9		

จากตารางที่ 1 พบว่า ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนลำไส้ใหญ่ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความสะอาดของลำไส้พร้อมในการส่องกล้อง คิดเป็นร้อยละ 96 มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ที่ต้องดื่มยาระบายเพิ่มก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มีความสะอาดของลำไส้พร้อมในการส่องกล้อง คิดเป็นร้อยละ 84 มี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ที่ต้องดื่มยาระบายเพิ่มก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แสดงว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความสะอาดของลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. พยาบาลให้การพยาบาลฉันด้วยความห่วงใยเสมือนหนึ่งเป็นญาติมิตร	4.88	.332	4.48	.586	198.500*	.006
2. พยาบาลให้คำอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย	4.92	.277	4.32	.690	159.500*	<.001
3. พยาบาลมีความเข้าใจในปัญหาของฉันที่มีอยู่	4.84	.374	4.36	.490	162.500*	<.001
4. พยาบาลให้ความช่วยเหลือกับฉันได้ทันทีเมื่อต้องการ	4.92	.277	3.84	.624	55.500*	<.001
5. พยาบาลสนใจและเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพของฉัน	4.88	.332	3.96	.455	58.000*	<.001
6. ฉันไว้ใจและยินดีเล่าปัญหาสุขภาพของฉันให้พยาบาลฟัง	4.92	.277	4.68	.476	237.500*	.036
7. พยาบาลให้คำแนะนำที่ฉันสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.92	.277	4.00	.764	105.500*	<.001
8. ฉันได้รับบริการจากพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	4.92	.277	4.48	.714	209.500*	.007
9. พยาบาลให้เวลาฉันในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของฉัน	4.92	.277	3.96	.889	127.500*	<.001

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
10. ฉันรับรู้ได้ว่าพยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคนของฉัน	4.96	.200	4.40	.577	149.500*	<.001
11. พยาบาลมีการติดตามการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของฉันอย่างต่อเนื่อง	4.92	.277	3.36	.569	20.500*	<.001
12. พยาบาลสามารถช่วยแก้ปัญหาที่ฉันพบได้	4.92	.277	4.28	.614	135.500*	<.001
13. ฉันเข้ารับบริการจากพยาบาลได้ง่ายและสะดวก	4.84	.374	4.40	.645	196.000*	.006
14. ฉันมั่นใจว่าได้รับพยาบาลที่ดีจากพยาบาล	4.96	.200	4.76	.436	250.000*	.044
15. ถ้าเลือกได้ฉันต้องการการบริการและการพยาบาลเหมือนที่ได้รับอยู่ขณะนี้	4.96	.200	4.44	.507	250.000*	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจการบริการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.91) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจการบริการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.24) แสดงว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง มีความพึงพอใจการบริการพยาบาล มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง มีความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกในทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิครินทร์ อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49) มีเพียงข้อเดียวที่มีความพึงพอใจบริการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49) ได้แก่ข้อ พยาบาลมีการติดตามการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของฉันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย เพียง 3.36

ตนเองของ Creer[12] ซึ่งเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การติดตามตนเอง และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เมื่อนำมาใช้กับผู้ที่เตรียมตัวก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรก จึงช่วยให้ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงผู้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่มีบทบาทในการวางแผนและกำกับพฤติกรรมของตนเอง เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง การรับประทานยาระบายตามเวลาที่กำหนด และการประเมินความพร้อมของลำไส้จากลักษณะการขับถ่าย การมีส่วนร่วมดังกล่าวอาจช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความสับสน และเพิ่มความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ ซึ่งนำไปสู่ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ดีขึ้นและกำกับการทดลองโดยการให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ในการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ ต้องตอบถูกต้องทั้งหมด หากมีข้อที่ตอบผิดผู้วิจัยจะชี้แจงและให้ความรู้รายละเอียดเพิ่มเติม จากนั้นมอบแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กลับไปทบทวนที่บ้านและมีการโทรศัพท์ติดตาม 4 วันก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยตามโปรแกรมที่วางไว้ เพื่อยืนยันวันนัดหมายส่องกล้องและแจ้งให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบแล้ว ให้ผู้ป่วยประเมินลักษณะอุจจาระของตนเองในทุกครั้งที่อุจจาระและนำภาพถ่ายครั้งสุดท้ายของการอุจจาระเพื่อให้พยาบาลแผนกส่องกล้องได้ประเมินก่อนทำการส่องกล้อง ซึ่งการติดตามและให้ความรู้ผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพิ่มเติมช่วยให้การเตรียมลำไส้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอาจจะได้รับความรู้ที่ไม่ครอบคลุม ไม่เข้าใจในความรู้ที่ได้รับ ขาดการติดตามอย่างใกล้ชิด หรือ เกิดปัญหาระหว่างการเตรียมลำไส้แล้วไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้อง ยังไม่เพียงพอต้องมีการรับประทานยาระบายเพิ่มก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทำให้ความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกอยู่ในระดับที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง จึงส่งผลให้ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอกสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิครินทร์ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนา ชินกรสกุล และสอนจิต เขื่อนชนะ (2562)[13] ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโทรศัพท์ติดตามกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโทรศัพท์ติดตามการเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีระดับความสะอาดของลำไส้ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโทรศัพท์ติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของกรพัชชา คล้ายพิกุล (2560)[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ

โดยวิธีการให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวและโทรศัพท์ติดตามกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปการวิจัย

โปรแกรมนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ร่วมกับกระบวนการพยาบาล จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ติดตามตนเอง และสะท้อนผลการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์และอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการเตรียมตัว

สำหรับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่สูงขึ้น อาจอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีช่องทางสื่อสารกับพยาบาล ได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนและเหมาะสมกับปัญหาของตนเอง รวมทั้งได้รับการติดตามและสนับสนุนต่อเนื่องก่อนวันตรวจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ อุ่นใจ และรับรู้ถึงคุณภาพของการบริการพยาบาลมากขึ้น ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้และส่งเสริมความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรก

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีการจัดการตนเองที่ดีส่งผลให้มีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่ไปปรับใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนต่อไป แต่ในผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกในการรับโทรศัพท์ตามเวลาที่กำหนดในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะมีการพัฒนาแอปพลิเคชั่นที่ใช้ในการแจ้งเตือนกับผู้ป่วยได้ทันทีและทำการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการโทรศัพท์แจ้งเตือนและการใช้แอพลิเคชั่นอีกครั้ง นอกจากนี้ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่กับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง ด้วย

.....

References

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today

2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834.

3. National Cancer Institute. Annual report of the National Cancer Institute. Bangkok: National Cancer Institute; 2021 [in Thai].

4. Jiang H, Li C, Hu B, Mou Y. Compliance with bowel preparation and its influencing factors in patients undergoing colonoscopy: cross-sectional study. Interact J Med Res. 2025;14(1):e77189. doi:10.2196/77189.

5. Khiadnoi K. Knowledge, bowel preparation and bowel cleansing of persons undergoing colonoscopy. Pathum Thani: Rangsit University; 2020 [in Thai].

6. Jacobson BC, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gross SA, May FP, et al. Optimizing bowel preparation quality for colonoscopy: consensus recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2025;168(4):798-829. doi:10.1053/j.gastro.2025.02.002.

7. Klai-pikul K. The effect of self-management program for individuals and families on bowel preparation behavior for colonoscopy in elderly patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017 [in Thai].

8. Kantawong T, Wongkhongkhum K, Chanruangwanich W, Khaosombatwattana A. The effect of telemedicine service program on quality of colon preparation in patients undergoing colonoscopy: a randomized controlled trial. J Nurs Counc. 2022;37(4):52-72 [in Thai].

9. Thammachad S, Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Iramaneerat C. Predictors of bowel preparation quality in patients undergoing colonoscopy. J Police Nurs Health Sci. 2023;15(2):266-78 [in Thai].

10. Kurlander JE, Sondhi AR, Waljee AK, Menees SB, Connell CM, Schoenfeld PS, et al. How efficacious are patient education interventions to improve bowel preparation for colonoscopy? A systematic review. PLoS One. 2016;11(10):e0164442. doi:10.1371/journal.pone.0164442.

11. Farid N, Sharifian S, Ghafouri R. Evaluation of the effect of reinforced education on the satisfaction of patients undergoing colonoscopy: a randomized controlled trial. PLoS One. 2024;19(1):e0296126. doi:10.1371/journal.pone.0296126.

12. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego (CA): Academic Press; 2000. p. 601-29. doi:10.1016/B978-012109890-2/50047-0.

13. Chinkornsakul C, Khueanchana S. A comparative study of colon cleanliness levels before colonoscopy between patients receiving follow-up calls and those not receiving follow-up calls in outpatient clinics. J Thai Oper Room Nurses Assoc. 2019;8(1):47-55 [in Thai].

14. Klai-pikul K. The effect of self-management program for individuals and families on bowel preparation behavior for colonoscopy in elderly patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. Available from: http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58390 [in Thai].