

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของ  
ผู้ป่วยโรคอ้วน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-CARE ENHANCEMENT PROGRAM ON POST-BARIATRIC SURGERY  
SELF-CARE BEHAVIORS AMONG MORBID OBESE PATIENTS



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	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน
โดย	น.ส.ศิภาพันธ์ ลวสุต
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

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

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ศีกาพันธ์ ลวสุด : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน. ( THE EFFECT OF SELF-  
 CARE ENHANCEMENT PROGRAM ON POST-BARIATRIC SURGERY SELF-CARE  
 BEHAVIORS AMONG MORBID OBESE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รุ่งระวี นาวิ  
 เจริญ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด  
 ลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการ  
 พยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลด  
 น้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน จับคู่ด้วยเพศ  
 อายุ และชนิดการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่  
 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะการให้ความรู้และการ  
 สนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล และระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล 8  
 สัปดาห์ ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81  
 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13)
2. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์  
 ปีการศึกษา    2561

ลายมือชื่อนิสิต .....  
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5877201736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Morbid obese patients, Self-care enhancement program, Self-care behaviors, Post-Bariatric surgery

Sipaphan Lavasut : THE EFFECT OF SELF-CARE ENHANCEMENT PROGRAM ON POST-BARIATRIC SURGERY SELF-CARE BEHAVIORS AMONG MORBID OBESE PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Rungrawee Navicharern, Ph.D.

The Quasi-experimental research aimed to study the self-care behaviors post-bariatric surgery among morbid obese patients who received the self-care enhancement program and compared the self-care behaviors post-bariatric surgery among the control group and the experimental group. The sample were male and female with morbid obese patients, aged between 18 – 59 years old, post-bariatric surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The 30 patients were assigned to the control and the experimental group (15 persons in each group). They were matched pair by gender, age and type of operation. The experimental group received the self-care enhancement program based on Orem's self-care, which consisted of 2 phases; 1<sup>st</sup>) Educative-Supportive program in the hospital and 2<sup>nd</sup>) Supportive program with telephone called at post discharge, while the control group received conventional care. Data was collected at 8<sup>th</sup> weeks by using 1) The demographic data form, 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.

Major finding of this study were as follow:

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 experiment 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).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ ความช่วยเหลือ และกำลังใจอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ด้วยความเอาใจใส่อย่างดี มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจถึงความกรุณาและความเอาใจใส่ของอาจารย์ที่มีต่อลูกศิษย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่ทุกคน ของแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณสภากาชาดไทย ที่มอบโอกาสและให้ระยะเวลาในการลาศึกษาต่อ รวมถึงทุนที่ใช้ในการศึกษาเป็นเวลา 2 ปี ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอ พี ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ พยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผ่าตัดศัลยกรรม ภูมิสิริฯ 5A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกคนที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนในการเรียนมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ของผู้วิจัยที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นบุคคลที่มีความวิริยะ อุตสาหะ และมีความสนใจใฝ่ศึกษา ขอขอบคุณครอบครัว ญาติ ๆ และเพื่อนของผู้วิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณยาย น้องสาวของผู้วิจัย พี่ชาย และเพื่อนแอม ที่คอยให้คำปรึกษา รับฟัง ให้กำลังใจ และคอยสนับสนุนช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่องของการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาตลอดช่วงทำวิทยานิพนธ์ ที่ทำให้ผู้วิจัยมีความมานะ พยายาม และฝ่าฟันอุปสรรคจนผ่านพ้นไปได้ และทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก.....	13
2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	48
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก.....	63
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก.....	78

5. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน .....	86
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	91
7. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	106
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	107
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	107
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	108
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	108
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	114
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	125
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	130
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	131
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ .....	131
สรุปขั้นตอนการวิจัย .....	133
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	134
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	147
สรุปผลการวิจัย.....	151
อภิปรายผล.....	151
ข้อเสนอแนะ.....	161
บรรณานุกรม.....	162
ภาคผนวก.....	173
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	174
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	176
ภาคผนวก ค หนังสือขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	182



ภาคผนวก ง เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	184
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	206
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม).....	223
ประวัติผู้เขียน.....	233



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงค่าดัชนีมวลกายของคนยุโรปและคนเอเชีย (World Health Organization media care, 2016).....	14
ตารางที่ 2 แสดงค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักที่เกินตามแต่ละวิธีของการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Mechanick et al., 2009) .....	20
ตารางที่ 3 แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วน (Demaria, Murr, Byrne et al., 2007; Nightingale et al., 2015).....	23
ตารางที่ 4 แสดงแนวปฏิบัติในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของ Mechanick et al. (2009) และ Suthep Udomsawaengsup et al. (2014).....	30
ตารางที่ 5 ปริมาณวิตามินและแร่ธาตุที่ผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัด Bariatric Surgery ควรได้รับในแต่ละวัน (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), 2008; Leahy & Luning, 2015) .....	32
ตารางที่ 6 แสดงแนวทางในการได้รับวิตามินเสริมภายหลังการทำผ่าตัดลดน้ำหนัก (Mechanick et al., 2008; Rickers & McSherry, 2012) .....	33
ตารางที่ 7 ตารางการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอย่างง่าย.....	74
ตารางที่ 8 แสดงพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามระดับกิจกรรม .....	75
ตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ และชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนัก ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก.....	109
ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อ้วน วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สิ่งที่ปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ การเข้ากลุ่มสนับสนุน การมีเบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน.....	110

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการ  
ผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายข้อ  
..... 135

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก  
ของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล  
ตามปกติ..... 139

ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการ  
ผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่  
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05..... 225

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแล  
ตนเอง ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับ  
นัยสำคัญทางสถิติ .05..... 226

ตารางที่ 15 แสดงการทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ  
ดูแลตนเอง ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับ  
นัยสำคัญทางสถิติ .05..... 227

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการ  
ผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนจำแนกเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแล  
ตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ..... 228

ตารางที่ 17 แสดงคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และพฤติกรรม  
การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม  
การดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายบุคคล ..... 229

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลด  
น้ำหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ..... 230

ตารางที่ 19 แสดงการเปรียบเทียบน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ระหว่าง  
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกเป็นรายคู่  
..... 231

ตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก  
 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกเป็น  
 รายคู่.....232



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001).....	50
ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง.....	54
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	106
ภาพที่ 4 สรุปลขั้นตอนการวิจัย .....	133



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่มีภาวะอ้วน (Obese patients) ตามเกณฑ์ของคนเอเชียคือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป (World Health Organization media care, 2016) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนักตามเกณฑ์ของคนเอเชียคือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตอันเกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน (Kasama, Mui, Lee et al., 2012) ผู้ป่วยโรคอ้วนเป็นผู้ที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายจำนวนมากโดยเฉพาะบริเวณช่องท้องและอวัยวะต่าง ๆ ก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินส่งผลทำให้เกิดกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (Nightingale, Margaron, Shearer et al., 2015) มีระบบการหายใจที่ผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Weingarten, Flores, McKenzie et al., 2011) นอกจากนี้โรคอ้วนยังเป็นโรคที่มีภาวะอักเสบเรื้อรังทำให้ระบบสำรองของภูมิคุ้มกันและการเผาผลาญลดลงคล้ายกับผู้ป่วยวิกฤต (สุทธจิต ลีนานนท์, 2554) เนื้อเยื่อไขมันมีความไวต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะในระหว่างการผ่าตัด (Smeltzer, Bare, Hinkle et al., 2008) การที่ผู้ป่วยโรคอ้วนมีสภาพร่างกายที่เป็นปัญหาดังกล่าว จึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าคนปกติทั่วไป และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดมากกว่าคนทั่วไปด้วย (Nightingale et al., 2015) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการลดน้ำหนัก

การผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นมาตรฐานที่ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน เนื่องจากสามารถลดน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างรวดเร็ว สามารถควบคุมและรักษาโรคร่วมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ได้ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด (Maggard, Shugarman, Suttrop et al., 2005) การผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้จัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) (Ide, Farber & Lautz, 2008) และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น จากสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในปี ค.ศ. 1990, 2001, 2003, 2013 มีสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักตามลำดับ ดังนี้ 16,000 ราย (Harrington, 2006), 47,000 ราย (Doolen & Miller, 2005), 103,000 ราย (Harrington, 2006) และ 179,000 ราย (Zhang, Tan, Chang et al., 2015) สำหรับในประเทศไทย พบสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - 2553 มีจำนวน 420 ราย (พูนงค์ ทิมรัตน์, 2554) และสถิติการผ่าตัด

ลดน้ำหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560 มีจำนวน 250 ราย (เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2560) ถึงแม้ในประเทศไทยจะมีสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักจำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ เนื่องจากการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องใช้ศัลยแพทย์ผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง จึงมีการผ่าตัดเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีหน่วยศัลยกรรมโรคอ้วนเท่านั้น การผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 150,000 บาทต่อคน และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักนาน 3 – 7 วัน (เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2560) ซึ่งระยะเวลาการนอนพักค้างในโรงพยาบาลถือว่าค่อนข้างสั้นที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

การผ่าตัดลดน้ำหนักให้ผลลัพธ์ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผลลัพธ์ในด้านบวกคือ สามารถลดน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว สามารถควบคุมและรักษาโรคร่วมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนได้ (Puzziferri, Roshek 3rd, Mayo et al., 2014) น้ำหนักที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Jensen, Petersen, Larsen et al., 2014) และสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Driscoll, Gregory, Fardy et al., 2016) สำหรับผลลัพธ์ในด้านลบคือ ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และในรายที่มีภาวะเสี่ยงมากอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดได้ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้แก่ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งพบร้อยละ 38.2 ภาวะหัวใจล้มเหลวพบร้อยละ 17.6 การรั่วของลำไส้พบร้อยละ 17.6 และภาวะหายใจล้มเหลวพบร้อยละ 11.8 (Morino, Toppino, Forestieri et al., 2007) การเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถพบได้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดทันทีไปจนถึงสองปีภายหลังการผ่าตัด ซึ่งอัตราการเสียชีวิตในระยะสามสัปดาห์แรกภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักพบร้อยละ 0.28 และอัตราการเสียชีวิตในระยะตั้งแต่สามสัปดาห์ถึงสองปีภายหลังการผ่าตัดพบร้อยละ 0.35 (Buchwald, Estok, Fahrbach et al., 2007) และจากการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักในรัฐเมสซาชูเซต สหรัฐอเมริกา ระหว่าง 1 มี.ค. 2003 – 31 ต.ค. 2004 มีอัตราการเสียชีวิตถึง 16 ราย ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดมากถึง 10 ราย จาก 16 ราย และแนวโน้มของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 16 ราย เกิดขึ้นจากการขาดความรู้ของทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรที่ให้การดูแล (Ide et al., 2008)

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนต้องสอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และควรเป็นการกระทำกิจกรรมอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายด้วยตัวของผู้ป่วยเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด ปริมาณ และวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ มีการฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น มีการ

ป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม มีการสอบถามข้อมูลหรือแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากบุคลากรทางสุขภาพ และมีการกำกับควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ ตามปกติแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักหากมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาภายหลังการผ่าตัด จะมีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 6 เดือนแรก ภายหลังการผ่าตัด แต่เมื่อเวลาผ่านไปร่างกายจะเริ่มปรับตัวและสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น และน้ำหนักจะเริ่มคงที่ที่ 18 – 24 เดือนภายหลังการผ่าตัด (Ferraro, 2004 cited in Doolen & Miller, 2005)

อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่ยังเป็นปัญหาคือขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ทั้งด้านภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การรับประทานน้ำและอาหารภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Herzog, 2010) มีแนวคิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง (Bauchowitz, Azarbad, Day et al., 2007) ขาดแรงจูงใจและความตั้งใจในการควบคุมความอยากอาหาร (Aguilera, 2014) ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยขาดระเบียบวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ มีการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง ไม่มีการควบคุมรูปแบบในการรับประทานอาหารเช้า เช่น การรับประทานอาหารเช้าเป็นต้น และขาดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย ซึ่งผลกระทบสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้อย่างเหมาะสมนั้นคือ พบว่าร้อยละ 30 มีน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมาเช่นเดียวกับระยะก่อนการผ่าตัด (Wykowski & Krouse, 2013) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 – 2559 มีผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเพิ่มกลับคืนมาภายหลังการผ่าตัด 9 ราย ระยะเวลาที่น้ำหนักเริ่มไม่ลดลงและกลับคืนมาตั้งแต่ 3 – 18 เดือนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้และขาดความตระหนัก รวมถึงขาดแรงจูงใจและความตั้งใจในการควบคุมการรับประทานอาหารเช้าที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ตามสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ถึงแม้ผู้ป่วยโรคอ้วนจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด แต่ข้อมูลที่ได้รับยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ (LePage, 2010)

Orem (2001) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด บุคคลจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลจะมาช่วยลดความพร่องในการดูแลตนเองนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย



ภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี (สุพร พริ้งเพริศ, 2538) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (สุวรรณณี ชอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ, 2556) อายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ทิพวรรณ แยมศรีบัว, 2552) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี (ภารณี เทพส่องแสง, 2541) แต่ไม่พบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การพยาบาลตามปกติที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักในโรงพยาบาล จะมุ่งเน้นการพยาบาลเพียง 2 ระยะคือ ระยะการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระยะภายหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาล (นัทธมน วุฑธานนท์, 2554) ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักพักรวมกับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ได้รับการประเมินและการสอนในระยะก่อนผ่าตัดจากแพทย์และนักโภชนาการ และการดูแลภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ได้รับการประเมินความพร้อมและการวางแผนจำหน่ายแบบเดียวกับผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องทั่วไป ผู้ป่วยโรคอ้วนจึงไม่ได้รับการประเมินที่เฉพาะเจาะจง ไม่มีเอกสารในการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ไม่มีคู่มือสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่มีการตั้งเป้าหมายและการติดตามเยี่ยมภายหลังการผ่าตัดเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว และพยาบาลประจำการที่หน่วยศัลยกรรมแต่ละคนจะมีวิธีการและรายละเอียดในการให้ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากการวางแผนจำหน่ายทั่วไป พยาบาลไม่ได้มีการเตรียมข้อมูลสำหรับใช้ในการดูแลภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้กับผู้ป่วยโรคอ้วน ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะของพยาบาลประจำการแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงขาดความรู้ แรงจูงใจ ความมั่นใจ วินัย และยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม (Sobhani, Amini, Zarnaghash et al., 2019) จนทำให้เมื่อจำหน่ายและกลับมาพบแพทย์ตามนัดมีน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมาเช่นเดิมเหมือนก่อนการผ่าตัด

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นโปรแกรมที่จัดขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) มาพัฒนาร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) มาใช้เพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยจะมีการประเมินความรู้ในเรื่อง

ที่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักยังพร้อมหรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเป็นรายบุคคล สอน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถคิดพิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยการใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้มีทักษะและเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด มีการกำกับติดตามเป็นระยะ ๆ ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วนในประเทศไทย พบงานวิจัย 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การศึกษาเพื่อประเมินวิเคราะห์ผลของการผ่าตัดใส่ยางซิลิโคนชนิดสวีดิชในคนไทยที่เป็นผู้ป่วยโรคอ้วนในระยะเบื้องต้น (Angkoolpakdeekul, Theerapol, Samlitpradit, Waradomwichit et al., 2006) 2) การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคอ้วนในระยะสั้น ระหว่างวิธีการผ่าตัดผ่านกล้อง 2 วิธี คือ วิธีรัดกระเพาะอาหาร และวิธีเลียงกระเพาะอาหาร (Angkoolpakdeekul, Theerapol, Vitoopinyopaab & Lertsithichai, 2011) 3) การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับอัลโดสเตอโรนใน 3 เดือนหลังการลดน้ำหนักโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคอ้วน (แพรว สุวรรณศรีสุข, 2557) 4) การศึกษาถึงผลระยะสั้นของการผ่าตัดแบบ Laparoscopic Sleeve gastrectomy ในวชิรพยาบาล (อมฤต ตาลเศวต, ศุภภักานต์ เตชะพงศธร, โสภณ เลิศสิริโสภณ et al., 2557) ซึ่งทั้ง 4 เรื่องเป็นงานที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ทั้งสิ้น ไม่พบงานวิจัยที่จัดกระทำเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) มาพัฒนาร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) มาใช้ลดความพร้อมในการดูแลตนเอง ด้วยการพัฒนาให้เป็นขั้นตอน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาบุคคล มีกิจกรรมการสอนเพื่อให้เกิดความรู้ มีการชี้แนะและการสนับสนุน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้น สามารถคิด พิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้มีความสามารถและแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอยู่ในระดับใด
2. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นการปฏิบัติอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายด้วยตัวของผู้ป่วยเองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด ปริมาณ และวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ การฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (CPAP) ในผู้ที่จำเป็นต้องใช้ในตอนกลางคืน การมีสมดุรกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักส่วนเกินลดลงและไม่มีน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมา (Rudolph & Hilbert, 2013) การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องนั้น มีสาเหตุมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ทั้งด้านการปรับเปลี่ยนชนิดและวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด (Herzog, 2010) และมีแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง (Bauchowitz et al., 2007) ขาดทักษะและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Sobhani et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Wykowski and Krouse (2013) ที่รวบรวมงานวิจัยต่าง ๆ ที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ประสบผลสำเร็จภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พบว่า ในการจัด

กิจกรรมให้กับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรจัดให้เป็นรายบุคคลมากกว่าเป็นกลุ่มแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินไม่ควรยาวเกินไป ควรใช้กลยุทธ์พฤติกรรมบำบัดแบบ Cognitive behavioral strategies และใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ (Interviewing motivation) และควรมีการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินพฤติกรรมตนเองที่ 8 สัปดาห์ Nijamkin, Campa, Sosa et al. (2012) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการให้ความรู้แบบกลุ่มเล็ก ๆ และมีการติดตามโดยนักโภชนาการเป็นระยะ ๆ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคอ้วนในด้านต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น สามารถช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าได้ มีการลดลงของน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Aguilera, 2014)

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) มาใช้ในการลดความพร่องในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพียงพอต่อการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล ในระยะนี้จะเป็นการให้ความรู้ ชี้แนะ ฝึกทักษะ และตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ความรู้ที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถคิด พิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ด้วยตนเอง 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ในระยะนี้เป็นการกำกับติดตาม ชี้แนะ ให้การสนับสนุน และตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถพัฒนาได้ทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล ในด้านของระยะเวลาที่ความสามารถในการดูแลตนเองจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองนั้นสามารถพัฒนาได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ไปจนถึง 2 – 4 เดือน (สุรชาติ สิทธิภรณ์, 2547) ในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

ดังนั้น ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน จะทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

- ตัวแปรต้น** คือ 1. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง  
2. การพยาบาลตามปกติ

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน และส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีกลับคืนมา ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สามารถประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย

- 1) การดื่มน้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยยังคงต้องดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร หรือประมาณ 8 แก้วต่อวัน โดยการจิบน้ำอย่างช้า ๆ ได้ตลอดทั้งวัน ไม่ใช่หลอดในการดื่มน้ำ ไม่ดื่มหรือ

จิบน้ำในเวลาใกล้มื้ออาหาร มีการเว้นระยะเวลาในการดื่มน้ำอย่างน้อย 30 นาที ก่อนและหลังมื้ออาหาร และน้ำที่จะดื่มต้องเป็นน้ำที่ไม่ให้พลังงานหรือมีส่วนผสมของน้ำตาล

2) การรับประทานอาหาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้ได้ 20 กรัมต่อมื้อ หรือเนื้อสัตว์ประมาณ 6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ โดยในการรับประทานอาหารแต่ละครั้งต้องตัดแบ่งอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ประมาณเท่าลูกเต๋า และเคี้ยวให้ละเอียดประมาณ 30 – 40 ครั้ง/คำ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรต ไม่รับประทานของจุกจิก เมื่อรู้สึกอิ่มให้หยุดรับประทานทันที และรับประทานวิตามินและแร่ธาตุเสริมเป็นประจำทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์

3) การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการฝึกบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างสม่ำเสมอ และมีการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP/BIPAP) ขณะนอนหลับอย่างต่อเนื่องทุกคืนในผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ และจะสามารถหยุดใช้ได้เมื่อแพทย์พิจารณาให้หยุดใช้ได้เท่านั้น

4) การมีสมรรถกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการนอนหลับพักผ่อนอย่างต่อเนื่องนาน 6 – 8 ชั่วโมงต่อวัน และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน

5) การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการที่ผิดปกติรวมถึงมีการป้องกันและแก้ไขในเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย การสังเกตอาการและการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขา (Deep Vein Thrombosis) การปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ (Pulmonary dysfunction) การสังเกตอาการและการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound infection) การสังเกตและการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting) การสังเกตอาการและการป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Marginal ulcer) การสังเกตอาการและการป้องกันการเกิดภาวะอาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (Dumping syndrome) และการป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Nutrition deficiencies)

6) การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสมในการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ไม่แก้ความเครียดด้วยการรับประทานอาหารและดื่มน้ำเหล้า ไม่ใช้การสูบบุหรี่เพื่อระบายความเครียด หาวิธีการในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองทุกวัน เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การหางานอดิเรกที่ชื่นชอบทำ หาเพื่อนหรือสัตว์เลี้ยงที่สามารถพูดระบายความทุกข์ได้ เปลี่ยนสถานที่หรือบรรยากาศ เป็นต้น มองตนเองในแง่ดี รู้จักตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและคาดหวังว่าจะสามารถไปถึง และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

7) การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้น หรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ จากบุคลากรทางสุขภาพ หรือจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

8) การควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อการกำกับและเฝ้าระวังตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนักทุกวันในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้า การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามสภาพร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายของแต่ละคน และการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน และการบันทึกการมีกิจกรรมทางกาย

**โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการให้ความรู้และการสนับสนุน ร่วมกับการฝึกทักษะและการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กิจกรรมประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาของบุคคล การสอน การชี้แนะ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ใช้เวลา 8 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล ในระยะนี้จะทำกิจกรรมในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด และวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยคือ ความรู้เรื่องโรคอ้วน ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภายหลังการให้ความรู้ มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและมีการประเมินติดตามเป็นระยะ

2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ในระยะนี้จะเป็นการกำกับติดตามเพื่อกระตุ้นเตือน และชี้แนะให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และการติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัด ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปขณะอยู่โรงพยาบาล (ระยะกลาง ภายหลังการผ่าตัด) และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเมื่อมาตรวจติดตามผลตามนัดในระยะ ภายหลังจำหน่าย (ระยะท้ายภายหลังการผ่าตัด) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1) การพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปขณะอยู่โรงพยาบาล (ระยะกลางภายหลังการผ่าตัด) ประกอบด้วย

1.1) การประเมินผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้องโดยทั่วไป

1.2) การดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้อง ได้แก่ การสอนบริหารการหายใจ การสอนไออย่างมีประสิทธิภาพ การสอนให้พลิกตะแคงตัวและลุกจากเตียงโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด และการสอนเกี่ยวกับการจัดการความปวด

1.3) การดูแลแผลและส่งเสริมการหายของแผล

1.4) การจัดการอาการปวดแผลผ่าตัด

1.5) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจัดการต่อความวิตกกังวล

1.6) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องโดยทั่วไป

2) การพยาบาลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเมื่อกลับมาตรวจติดตามผลตามนัดในระยะภายหลังจำหน่าย (ระยะพักฟื้นภายหลังการผ่าตัด) ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป การดูแลแผลภายหลังการผ่าตัด และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดโดยทั่วไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 1.3 ชนิดของการผ่าตัดลดน้ำหนักและกลไกในการลดน้ำหนัก
  - 1.4 ประโยชน์ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 1.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก
2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
  - 2.1 กระบวนทัศน์ทางการพยาบาล หรือ มโนคติทางการพยาบาล
  - 2.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
    - 2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-care)
    - 2.2.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care deficit)
    - 2.2.3 ทฤษฎีระบบพยาบาล (Theory of Nursing system)
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
  - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
5. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients) เป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายภาพ และสรีรภาพของร่างกายจากภาวะปกติ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ อีกทั้งยัง ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเกิดภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ เป็นต้น ที่ เกิดขึ้นจากโรคอ้วน วิธีการรักษาโรคอ้วนสำหรับในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง การลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนอาจไม่สามารถกระทำได้ และหากปล่อยทิ้งไว้ในระยะ เวลานานอาจเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร การผ่าตัดลดน้ำหนักจึงเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคอ้วน เนื่องจากสามารถบรรเทาและรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก โรคอ้วนได้ และการผ่าตัดยังสามารถทำให้น้ำหนักลดลงได้อย่างรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควบคู่ไปด้วยจึงจะประสบผลสำเร็จต่อเนื่องในระยะยาว ผู้วิจัยขออธิบายความหมายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ดังนี้

### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

คำว่า “ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก” เกิดจากการผสมคำระหว่างคำว่า “ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients)” ผสมกับคำว่า “ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Post-bariatric surgery)” ซึ่งต้องมีข้อบ่งชี้ในการได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้วิจัยจึงขอแจกแจงเพื่อให้ได้ ความหมายผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ดังนี้

#### 1.1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients)

ฉินซา สมหล่อ (2558) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคอ้วน หมายถึง บุคคลที่เป็นโรคที่เกิดจาก พลังงานที่ร่างกายได้รับมากกว่าพลังงานที่ใช้ไป ทำให้ร่างกายมีการสะสมปริมาณไขมันมากกว่าปกติ โดยผู้ที่เป็นโรคอ้วนสามารถประเมินความอ้วนได้จากการวัดปริมาณไขมันในร่างกาย การคำนวณค่า ดัชนีมวลกาย และการวัดเส้นรอบเอว

องค์การอนามัยโลก (2016) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคอ้วน หมายถึง บุคคลชาวเอเชียที่มี ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือ บุคคลชาวยุโรปที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือจัดอยู่ในผู้ที่มี ภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่ 2 ขึ้นไป (World Health Organization media care, 2016) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้แบ่งระดับของค่าดัชนีมวลกายของคนยุโรปและคนเอเชีย ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าดัชนีมวลกายของคนยุโรปและคนเอเชีย (World Health Organization media care, 2016)

เกณฑ์	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)
	ในผู้ใหญ่ชาวยุโรป	ในผู้ใหญ่ชาวเอเชีย
ผอม (Underweight)	< 18.5	< 18.5
ปกติ (Normal)	18.5 – 24.9	18.5 – 22.9
น้ำหนักเกิน (Overweight)	25.0 – 29.9	23.0 – 24.9
อ้วนระดับ1 (Obesity1)	30.0 – 34.9	25.0 – 29.9
อ้วนระดับ2 (Obesity2)	35.0 – 39.9	30.0 – 34.9
อ้วนระดับ3 (Obesity3)	> 40.0	> 35.0

สุทธจิต ลีนานนท์ (2548) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients) หมายถึง บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 35 – 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 40 – 50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เรียกว่า Severe morbid obese และบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 50 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป เรียกว่า Super morbid obese

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients) คือผู้ที่มีไขมันสะสมในร่างกายจำนวนมากและมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ขึ้นไปตามเกณฑ์ของคนเอเชีย ผู้ที่เป็นโรคอ้วนนี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนแฝงอยู่ด้วย เนื่องจากการที่มีไขมันมาสะสมในร่างกายจำนวนมากก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินส่งผลทำให้เกิดกลุ่มโรคเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน เป็นต้น (Nightingale et al., 2015) นอกจากนี้ยังมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอีกด้วย การรักษาโรคอ้วนคือการลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนอาจไม่สามารถกระทำได้ การผ่าตัดลดน้ำหนักจึงเป็นการรักษาโรคอ้วนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากๆ ร่วมกับมีภาวะโรคร่วม เพื่อจะได้สามารถรักษาและบรรเทาโรคร่วมที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดลดน้ำหนักมีดังนี้

### 1.1.2 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก

National Institutes of Health (NIH) (1991) ได้มีการประชุมตกลงร่วมกันถึงเกณฑ์ทั่วไปสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ดังนี้ (Mechanick et al., 2009)

- 1) เป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

2) เป็นผู้ที่มียุคดัชนีมวลกายน้อยกว่า 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมที่คุกคามต่อชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและปอด (เช่น มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับอย่างรุนแรง (severe sleep apnea) Pickwickian syndrome หรือโรคหัวใจที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน) หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้

3) เป็นผู้ที่มียุคดัชนีมวลกายน้อยกว่า 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ที่มีปัญหาโรคอ้วนส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ครอบคลุมต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (เช่น เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อจากความอ้วน หรือมีขนาดร่างกายที่ใหญ่มากจนเป็นปัญหา ขัดขวางหรือรบกวนต่อการประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ต่อครอบครัว และการเคลื่อนไหว)

4) สามารถยอมรับกับความเสี่ยงจากการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้

5) เคยพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีการต่าง ๆ มานานกว่า 6 เดือน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

6) เป็นผู้ที่มีภาวะมันคงทางจิตใจ สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทหรือมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษา

7) เป็นผู้ที่ได้รับทราบข้อมูลและมีแรงจูงใจที่ดี

8) มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระยะยาวและมาตรวจติดตามผลในระยะยาวสม่ำเสมอ

9) มีแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว

10) ไม่ติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์

สำหรับชาวเอเชียซึ่งมีรูปร่างเล็กกว่าชาวยุโรปและอเมริกาทาง International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders – Asia Pacific Chapter (IFSO-APC) consensus statement (2011) จึงได้มีการประชุมตกลงร่วมกันถึงเกณฑ์สำหรับผู้ที่มีความสมบูรณ์ที่จะได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักไว้ ดังนี้ (Kasama et al., 2012)

1) เป็นผู้ที่มียุคดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

2) เป็นผู้ที่มียุคดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน

### 1.1.3 ความหมายของภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Post-bariatric surgery)

Arzouman, Lacovara, Blackett et al. (2006) กล่าวว่า Bariatric เป็นการแพทย์สาขาหนึ่งที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการจัดการในผู้ป่วยโรคอ้วน และโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน คำว่า Bariatric มีที่มาจากคำว่า “baros” ในภาษากรีก มีความหมายว่า “น้ำหนัก”

McKee and Tassinari (2006) กล่าวว่า Bariatric Surgery เป็นการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เพื่อควบคุมภาวะอ้วน การผ่าตัดจึงถูกนำมาใช้ในการลดน้ำหนัก ซึ่ง “bariatric” มีรากศัพท์มาจากคำว่า “baro” มีความหมายว่า “เกี่ยวกับเรื่องของน้ำหนัก” และ “iatic” มีความหมายว่า “มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาหรือทางการแพทย์” (Anderson, Anderson, & Glanze, 1994) แนวคิดของการใช้การผ่าตัดเพื่อควบคุมภาวะอ้วนถูกคิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบ่งส่วนของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กจากสาเหตุอื่น ๆ แล้วได้รับการบันทึกว่ามีน้ำหนักลดลง (O'Connell, 2004)

ดังนั้นคำว่า “ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก” (Post-bariatric surgery) หมายถึงระยะเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยโรคอ้วนได้รับผลการดัดแปลงด้วยการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอ้วนมีน้ำหนักลดลงเรียบร้อยแล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับที่ 2 ขึ้นไปตามเกณฑ์ของชาวเอเชีย หรือผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร่วมกับมีโรคร่วมที่คุกคามต่อชีวิตและได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เพื่อให้มีน้ำหนักลดลงเรียบร้อยแล้ว

## 1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในปี ค.ศ. 1990 มีผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จำนวน 16,000 ราย (Harrington, 2006) ในปี ค.ศ.2001 มีจำนวน 47,000 ราย (Doolen & Miller, 2005) ในปี ค.ศ. 2003 มีจำนวน 103,000 ราย (Harrington, 2006) และในปี ค.ศ.2013 เพิ่มขึ้นเป็น 179,000 ราย (Zhang et al., 2015) สำหรับในประเทศไทย พบสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักรวมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2547 - 2553 มีจำนวน 420 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass (RYGB)) จำนวน 264 ราย วิธีใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB)) จำนวน 123 ราย และวิธีผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG)) จำนวน 33 ราย (พฤษมรงค์ ทิมรัตน์, 2554) สถิติผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560 มีจำนวน 250 ราย แบ่งเป็นการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้จำนวน 133 ราย วิธีผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนจำนวน 116 ราย และวิธีตกแต่งกระเพาะอาหาร (Laparoscopic gastric plication) จำนวน 1 ราย (เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2560) ถึงแม้ในประเทศไทยจะมีสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักจำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ เนื่องจากการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องใช้ศัลยแพทย์ผู้มีความชำนาญ

เฉพาะทาง จึงมีการผ่าตัดเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีหน่วยศัลยกรรมโรคอ้วนเท่านั้น การผ่าตัดลดน้ำหนักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในต่างประเทศมีค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 7,423 – 33,541 ดอลลาร์สหรัฐ (Doble, Wordsworth, Rogers et al., 2017) จากการรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าผ่าตัดและค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดลดน้ำหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่ต่ำกว่า 150,000 บาท และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักนาน 3 – 7 วัน (เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2560) ซึ่งถือว่าค่อนข้างสั้นที่จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

### 1.3 ชนิดของการผ่าตัดลดน้ำหนักและกลไกในการลดน้ำหนัก

การผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถแบ่งออกเป็นชนิดที่มีผลต่อกลไกในการลดน้ำหนักได้ ดังนี้

**1.3.1 ชนิดการจำกัดหรือลดขนาดกระเพาะอาหาร (Restrictive procedure)** คือ การทำผ่าตัดกระเพาะอาหารให้มีขนาดเล็กลง เพื่อลดปริมาณของอาหารที่รับประทานและทำให้อิ่มเร็วขึ้น เป็นการลดพลังงานที่รับประทานเข้าไป การทำผ่าตัดชนิดนี้มีภาวะขาดสารอาหารภายหลังการทำผ่าตัดน้อยกว่าการทำผ่าตัดชนิดอื่น วิธีการทำผ่าตัดในกลุ่มนี้ ได้แก่ การใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Adjustable gastric banding; AGB) คือการนำวัสดุที่มีลักษณะภายนอกคล้ายเข็มขัด (gastric band) มารัดรอบส่วนบนของกระเพาะอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารถูกแบ่งออกเป็นสองส่วน คือส่วนที่อยู่เหนือ gastric band ซึ่งมักจะทำให้มีขนาดหรือปริมาตรที่เล็กมาก (ไม่เกิน 30 มิลลิลิตร) เพื่อให้อาหารไหลผ่าน gastric band ลงสู่กระเพาะอาหารส่วนล่างได้ลำบาก และการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy; LSG) คือ การตัดกระเพาะอาหารในแนวตั้งให้มีปริมาตรของกระเพาะอาหารเหลือ 80 - 150 มิลลิลิตร (เฉลี่ย 125 มิลลิลิตร) (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556)

**1.3.2 ชนิดลดการดูดซึมสารอาหาร (Malabsorbtive procedure)** คือ การทำผ่าตัดเพื่อให้มีการดูดซึมสารอาหารที่ผิดปกติ นั่นคือการทำให้อาหารผ่าน Roux limb ก่อนถึงจะมีน้ำย่อยจากถุงน้ำดีและตับอ่อนมาช่วยย่อย ทำให้มีช่วงของการย่อยอาหารและการดูดซึมสั้นลง ส่งผลให้มีการดูดซึมอาหารลดลงด้วย วิธีการทำผ่าตัดในกลุ่มนี้ ได้แก่ Biliopancreatic diversion (BPD), Biliopancreatic diversion with duodenal switch (BPD with DS) Staged bariatric surgical procedures และ การทำ Sleeve (longitudinal) gastrectomy ก่อนแล้วค่อยทำวิธี RYGB หรือ BPD/DS ต่อ (พฤษมณงค์ ทิมรัตน์, 2554)

**1.3.3 ชนิดการทำผ่าตัดแบบทั้งลดขนาดกระเพาะอาหารและลดการดูดซึมสารอาหาร (Combined restrictive and malabsorbtive procedure)** คือ การทำผ่าตัดที่มีทั้งการลดขนาดกระเพาะอาหารและลดการดูดซึมสารอาหาร วิธีการทำผ่าตัดในกลุ่มนี้ ได้แก่ การผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB), Standard limb, Long limb และ Banded RYGB ซึ่งวิธีการหลักของการผ่าตัดด้วยวิธีเหล่านี้คือ

การตัดกระเพาะอาหารให้มีปริมาตรลดลง ร่วมกับมีการทำ Roux limb เพื่อให้มีการดูดซึมสารอาหารที่ผิดปกติ การทำทั้งสองอย่างร่วมกันนี้จะทำให้ทั้งการได้รับพลังงานลดลง และยังลดการดูดซึมสารอาหารด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556) สำหรับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB) ในช่วง 2 ปีแรกของการผ่าตัด กลไกในการลดน้ำหนักจะเป็นทั้งแบบการจำกัดขนาดกระเพาะอาหารและลดการดูดซึมสารอาหาร แต่เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 2 ปีภายหลังการผ่าตัด ร่างกายจะมีกลไกในการปรับตัวทางด้านฮอร์โมนต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูดซึมสารอาหารให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ สุดท้ายแล้วกระบวนการในการลดน้ำหนักจะเหลือเพียงแค่การจำกัดขนาดกระเพาะอาหาร

กลไกในการลดน้ำหนักด้วยวิธีการผ่าตัดนั้นนอกจากจะใช้กลไกทางด้านกายภาพของผ่าตัดแล้ว ยังอาศัยกลไกทางด้านฮอร์โมนในการลดน้ำหนักด้วย เช่น การผ่าตัด Roux-en-Y gastric bypass ทำให้มีการลดลงของ Ghrelin (ความรู้สึกหิวลดลง) มีการเพิ่มขึ้นของ Glucagon like peptide-1 (GLP-1) และ Pancreatic polypeptide (PYY) (ความรู้สึกอิ่มเร็วขึ้น) มีการเพิ่มขึ้นของ Pancreatic beta cell ทำให้เพิ่มการหลั่งอินซูลิน และมีการเพิ่มขึ้นของ Adiponectin และการลดลงของ Resistin (เกิดการลดลงของเนื้อเยื่อไขมัน) (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักในระยะยาวภายหลังการผ่าตัด

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดด้วยชนิดการจำกัดหรือลดขนาดกระเพาะอาหาร (Restrictive procedure) อันได้แก่ การผ่าตัดด้วยวิธีการใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Adjustable gastric banding; AGB) การตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy; LSG) และการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB) มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อควบคุมลักษณะทางกายภาพของกระเพาะอาหาร รวมถึงพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนภายหลังการผ่าตัดให้มีความใกล้เคียงกัน

#### 1.4 ประโยชน์ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่า ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตรด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก ให้ผลลัพธ์ที่ดีภายหลังการผ่าตัด ในด้านการลดน้ำหนักและสามารถควบคุมรักษาโรคร่วมที่เกิดจากโรคอ้วนได้ดีกว่าการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด (Maggard et al., 2005) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**1.4.1 สามารถลดน้ำหนักลงได้อย่างรวดเร็วและให้ผลการลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องในระยะยาว** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนักให้ผลลัพธ์ในด้านการลดลงของน้ำหนักได้มากกว่าการรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้การผ่าตัด เนื่องจากสามารถลด

น้ำหนักลงได้อย่างรวดเร็วและให้ผลการลดน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว หากมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตร่วมด้วยภายหลังการผ่าตัด และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การผ่าตัดแต่ละวิธีให้ผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักได้ไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องมาจากวิธีการของการผ่าตัดที่มีผลต่อทางกายภาพและโครงสร้างการทำหน้าที่ในร่างกายของผู้ป่วยรวมถึงกลไกทางด้านฮอร์โมนด้วย นั่นคือ การผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อให้กระเพาะอาหารมีปริมาตรลดลงส่งผลให้สามารถรับประทานอาหารได้ลดลง และการผ่าตัดชนิดที่มีการตัดต่อลำไส้ร่วมด้วยกระทำเพื่อลดการดูดซึมสารอาหาร การผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร จึงส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการกระตุ้นของฮอร์โมนในลำไส้ (Intestinal hormone) การลดลงของน้ำหนักจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสมบูรณ์ในด้านกายภาพและโครงสร้างหน้าที่ของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ระบบประสาทส่วนกลางจะได้รับและมีการส่งสัญญาณที่แตกต่างไปจากปกติ ดังนั้นการผ่าตัดลดน้ำหนักจึงไม่ได้เป็นเพียงแค่เทคนิคการผ่าตัดเท่านั้น แต่ยังเป็นการผ่าตัดเพื่อการเผาผลาญที่มีผลซับซ้อนมากยิ่งขึ้นด้วย (พฤษภาคม, 2554) เช่น การทำผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) ทำให้มีการลดลงของฮอร์โมนเกรลิน (Ghrelin) ซึ่งเกรลินเป็นฮอร์โมนในกระเพาะอาหาร (Gut hormones) ที่กระตุ้นความอยากอาหารและการรับประทานอาหาร เกรลินถูกสร้างโดย A cells ที่ Gastric fundus จะเพิ่มขึ้นก่อนมีอาหารและจะลดลงหลังมีอาหาร เมื่อ Gastric fundus ถูกตัดออกจากการทำผ่าตัด ส่งผลให้ระดับของเกรลิน ไม่สัมพันธ์กับอาหาร และจะต่ำมากเมื่อเทียบกับคนอ้วนที่ไม่ได้ผ่าตัด ส่งผลทำให้มีความรู้สึกหิวลดลง (Pitombo, Jones, Higa et al., 2008 อ้างถึงใน พฤษภาคม, 2554) หรือทำให้ฮอร์โมนเปปไทด์ วายวาย (Peptide YY; PYY) ซึ่งเป็นเปปไทด์ จาก Intestinal endocrine L cell พบมากในลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ ร่างกายจะมีการหลั่ง PYY มากขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นด้วยคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ในการทำผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) อาหารจะผ่านไปสู่ลำไส้เล็กส่วน Ilium ได้เร็วขึ้น ทำให้ PYY หลั่งออกมาเร็วขึ้น ส่งผลให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น (Pitombo et al., 2008 อ้างถึงใน พฤษภาคม, 2554) การผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงให้ผลในการลดน้ำหนักในระยะยาวได้มากกว่าการทำผ่าตัดด้วยวิธีการใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Puzziferri et al., 2014)

การผ่าตัดลดน้ำหนักให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนจะถือว่าประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อ ผู้ป่วยสามารถคงสภาพการลดลงของน้ำหนัก (maintain weight loss) ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของน้ำหนักส่วนเกิน (excessive weight) (Deitel, 1998) ซึ่งค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินของการผ่าตัดลดน้ำหนักในแต่ละวิธีตามแต่ละเวลาจะไม่เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และการหาค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินมีวิธีในการคำนวณ ดังนี้



ค่าน้ำหนักส่วนเกิน (EBW) = น้ำหนักปัจจุบัน (ที่เริ่มรักษา) – น้ำหนักในอุดมคติ

$$\%EWL = \left[ \frac{\text{น้ำหนัก(ที่เริ่มผ่าตัด)} - \text{น้ำหนัก (วันที่มาตรวจติดตามผล)}}{\text{EBW}} \right] \times 100$$

**ตารางที่ 2** แสดงค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักที่เกินตามแต่ละวิธีของการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Mechanick et al., 2009)

วิธีการผ่าตัด	ระยะเวลาในการติดตามผล (ปี)		
	1 – 2 ปี	3 – 6 ปี	7 – 10 ปี
การใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Gastric banding)	29 - 87	45 - 72	14 - 60
การตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy)	33 - 58	66	-
การผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับ การตัดต่อลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass)	48 - 85	53 - 77	25 - 68

**1.4.2 สามารถบรรเทาและรักษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคอ้วน** ภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถบรรเทาและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนได้ จากกลไกทางด้านฮอร์โมนและกลไกทางด้านสรีรวิทยา กลไกทางด้านสรีรวิทยาเมื่อน้ำหนักลดลงข้อต่อและกระดูกต่าง ๆ ที่ใช้ในการรับน้ำหนักของร่างกายมีการรับน้ำหนักที่ลดลงส่งผลให้สามารถบรรเทาโรคข้อเสื่อมได้ การสะสมของไขมันในร่างกายตามอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไขมันในเลือดสูง และยังสามารถรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับเนื่องจากมีการสะสมของไขมันที่บริเวณคอลดลงสำหรับกลไกทางด้านฮอร์โมนภายหลังจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) พบว่ามีการลดลงของ Insulin Like Growth Factor1 (IGF-1) และมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดสู่ภาวะปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Pitombo et al., 2008 อ้างถึงใน พุขมงค์ ทิมรัตน์, 2554 ) ฮอร์โมน Endogenous GLP-1 มีกลไกในการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินโดยตรง ยับยั้งการหลั่งกลูคากอน เพิ่มขนาดของเบต้าเซลล์ และทำให้อิ่มเร็วขึ้น ระดับของฮอร์โมนจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการรับประทานคาร์โบไฮเดรต จากการศึกษาพบว่า Endogenous GLP-1 เพิ่มขึ้นหลังทำผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า

GLP-1 มีผลต่อการทำให้เบาหวานกลับคืนสู่ภาวะปกติ (Pitombo et al., 2008 อ้างถึงใน พุขมงค์ ทิมรัตน์, 2554) ส่งผลทำให้รักษาโรคเบาหวานได้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Puzziferri et al. (2014) ที่พบว่าการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) สามารถรักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 66.7 และการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Gastric banding) สามารถรักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 28.6 โดยทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA<sub>1c</sub>) ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6.5 โดยปราศจากการใช้ยาในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) สามารถรักษาความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.2 และการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Gastric banding) สามารถรักษาความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 17.4 โดยค่าความดันโลหิตลดลงน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทโดยปราศจากการใช้ยาในการลดความดันโลหิต สำหรับการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงพบว่า การผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) สามารถรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงได้ร้อยละ 60.4 และการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Gastric banding) สามารถรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงได้ร้อยละ 22.7 โดยสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลได้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าไขมันเอชดีแอล (HDL) มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าไขมันแอลดีแอล (LDL) น้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Puzziferri et al., 2014) นอกจากนี้การผ่าตัดลดน้ำหนักยังทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (Driscoll et al., 2016)

### 1.5 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

การผ่าตัดลดน้ำหนักนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลงได้อย่างรวดเร็วและให้ผลการลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สามารถบรรเทาและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ เป็นต้น ได้แล้ว การผ่าตัดลดน้ำหนักยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดได้ด้วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักประกอบด้วย

**1.5.1 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism)** สามารถแสดงอาการได้ 2 ลักษณะคือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (Pulmonary embolism) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึก (Deep vein thrombosis) อัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำมีอัตราการเกิดร้อยละ 0.3 - 3 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 30 (Quidley, Bland, Bookstaver et al., 2014) การทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่ 30 วัน ภายหลังการผ่าตัด แต่ความเสี่ยงของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำยังคงมีต่อเนื่องไป

เป็นเดือนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งความเสี่ยงในการเกิดสูงสุดคือ 1 – 2 เดือนภายหลังการผ่าตัด (Quidley et al., 2014; Rajasekhar & Streiff, 2013) และภาวะนี้สามารถป้องกันการเกิดได้ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด อาการของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขา ได้แก่ ปวดเมื่อยที่ขา และน่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลายืนนาน ๆ ขาบวม คล้ำที่ขาจะร้อน หรือคล้ำได้หลอดเลือดเป็นเส้นแข็ง มีไข้ต่ำ ๆ สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มแรกจะมีสีแดง หากเกิดนานไปผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2556)

**1.5.2 การรั่วของรอยต่อที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ (Anastomosis leakage)** เป็นภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่มีการตัดต่อลำไส้ โดยการรั่วของรอยต่อที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ในระยะแรก (Early leaks) เกิดขึ้นภายใน 24 – 48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด และต้องได้รับการผ่าตัดใหม่อย่างรีบด่วน ส่วนใหญ่มักเกิดจากปัญหาในการทำการตัดต่อลำไส้ ส่วนการรั่วของรอยต่อที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ในระยะท้าย (Late leaks) เกิดขึ้นภายใน 5 – 10 วันภายหลังการผ่าตัด มักจะเกิดขึ้นจากการขาดเลือดมาเลี้ยง การสมานแผลที่ไม่ดีของรอยต่อ อาการที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ มีภาวะหัวใจเต้นเร็วที่ไม่สามารถอธิบายได้ หายใจหอบและรุนแรงมากขึ้น มีไข้ มีภาวะพร่องออกซิเจน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ค่อยมีอาการปวดท้อง อาการเริ่มแรกไม่เฉพาะเจาะจง และแยกอาการการเกิดรอยรั่วที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ กับอาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด และอาการหัวใจขาดเลือดค่อนข้างลำบาก (พูนมงคล ทิมรัตน์, 2554)

**1.5.3 การทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ (Pulmonary dysfunction)** ผู้ป่วยโรคอ้วนมีความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ของปอดผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด เกิดได้ตั้งแต่ภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ไปจนถึงภาวะหายใจล้มเหลว เกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 ในระยะแรกของการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์สามารถป้องกันและลดการเกิดปัญหาดังกล่าวได้ โดยการสอนผู้ป่วยให้บริหารการหายใจ การใช้เครื่องบริหารการหายใจ (Tri flow) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และแนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ (พูนมงคล ทิมรัตน์, 2554) ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและกระทำต่อสืบเนื่องไปจนถึงภายหลังการผ่าตัด

**1.5.4 การเกิดการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัด** เป็นภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยเองและโรคร่วมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนของผู้ป่วย สาเหตุนำของการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก คือ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด เกิดร้อยละ 38.2 ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดร้อยละ 17.6 การรั่วของลำไส้เกิดร้อยละ 17.6 และภาวะหายใจล้มเหลวเกิดร้อยละ 11.8 (Morino et al., 2007) การเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถพบได้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดทันทีไปจนถึงสองปีภายหลังการผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตในระยะสามสัปดาห์แรกภายหลังการผ่าตัดพบร้อยละ 0.28 และอัตราการเสียชีวิตภายหลังสามสัปดาห์ถึงสองปีพบร้อยละ 0.35 (Buchwald et al., 2007) และ Demaria, Murr, Byrne et al (2007) ได้

แสดงความเสี่ยงของการเกิดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยมีคะแนน ความเสี่ยงของการเกิดการเสียชีวิต 4 – 5 คะแนน ควรจะได้รับการดูแลภายหลังการผ่าตัดอย่าง ใกล้ชิด ปัจจัยและคะแนนความเสี่ยงของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัด ดังแสดงใน ตารางที่ 3 (Nightingale et al., 2015)

**ตารางที่ 3** แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วน (Demaria, Murr, Byrne et al., 2007; Nightingale et al., 2015)

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนน
มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	1
เพศชาย	1
อายุมากกว่า 45 ปี	1
มีภาวะความดันโลหิตสูง	1
มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ได้แก่ มี ประวัติเคยเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ การไหลเวียน กลับของเลือดต่ำลดลง มีความดันในช่องปอดสูง มีการ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (มีการหายใจที่ผิดปกติขณะนอนหลับ)	1
ระดับคะแนน	ความเสี่ยงต่อการเกิดการเสียชีวิต
Class A: 0 – 1 คะแนน	0.2 – 0.3%
Class B: 2 – 3 คะแนน	1.1 – 1.5%
Class A: 4 – 5 คะแนน	2.4 – 3.0%

### 1.5.5 การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound infection) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน 5 – 20 วัน

ภายหลังการผ่าตัด (พฤษภาคม ติมรัตน์, 2554) เกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 8 - 15 ของผู้ป่วยโรคอ้วน ทั้งหมดที่ไม่ใช่แต่เฉพาะแต่ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักเท่านั้น (Quidley et al., 2014) การผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีผ่านกล้องทำให้อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลงเหลือร้อยละ 1 - 4 (Nguyen, Goldman, Rosenquist et al., 2001)

### 1.5.6 ภาวะคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting) เกิดจากพฤติกรรมกร

รับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานอาหารเช้า โดย รับประทานอาหารเช้าให้คำเล็กลง ไม่รับประทานอาหารเช้าที่มีเนื้อนุ่มหรือเร็วจนเกินไป หยุดรับประทาน อาหารเมื่อรู้สึกอิ่มไม่ฝืนรับประทานอาหารเช้า รวมถึงไม่รับประทานอาหารที่มีความเข้มข้นของไขมัน

และน้ำตาลในปริมาณมาก เวลาที่เกิดอาการนี้คือ ภายหลังจากผ่าตัดหลายสัปดาห์ไปจนถึง 3 เดือน ภายหลังจากผ่าตัด (พฤษภาคม ทิมรัตน์, 2554)

**1.5.7 การเกิดแผลในกระเพาะอาหารบริเวณที่ทำผ่าตัด (Marginal ulcer)** สภาวะนี้อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากผ่าตัดชนิดตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อลำไส้ (RYGB) ประมาณร้อยละ 3 – 5 มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) หรือมีเชื้อ *Helicobacter pylori* ภายในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัดและบางที่อาจเกิดจากเทคนิคการทำผ่าตัด ภาวะ Marginal ulcer สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 2 - 3 เดือนภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนัก (ธีรพล อังกุลภักติกุล, 2554) ดังนั้นก่อนผ่าตัดลดน้ำหนักแพทย์จะทำการส่องกล้องผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ *H.pylori* ก่อนผ่าตัดหรือไม่ หากพบว่ามี แพทย์จะให้การรักษาก่อนผ่าตัด ภายหลังจากผ่าตัดชนิดตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อลำไส้ (RYGB) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรรับประทานยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) และแพทย์มักจะให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดกรดประเภท proton pump inhibitor เป็นช่วงระยะเวลา 2 - 6 เดือน ภายหลังจากผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (ธีรพล อังกุลภักติกุล, 2554)

**1.5.8 อาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (Dumping syndrome)** เกิดจากการที่ปริมาตรกระเพาะอาหารเล็กลง อาหารเคลื่อนออกจากกระเพาะอาหารเร็วและมีความดันออสโมตีสสูงผ่านลงสู่ลำไส้เร็วขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนที่ของน้ำนอกเซลล์เข้าสู่ในลำไส้อย่างรวดเร็วเพื่อเจือจางอาหารที่มีออสโมลาริตีสูง ปริมาณน้ำในหลอดเลือดหรือพลาสมาลดลง จึงเกิดภาวะ hypovolemia ร่างกายจึงตอบสนองโดยการเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย (อรพินท์ สีขาว, 2559) อาการจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีระดับไขมัน น้ำตาล หรือคาร์โบไฮเดรตสูง อาการอาจเกิดได้ทั้งอาการของอาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติระยะแรก (Early dumping) คือภายใน 30 - 45 นาทีของมื้ออาหาร และอาการของอาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติระยะท้าย (Late dumping) คือ 2 - 4 ชั่วโมงหลังมื้ออาหาร (Rickers & McSherry, 2012; Ukleja A, 2005) การรักษาคือการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและเลือกชนิดของอาหารในการรับประทาน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานน้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือชา กาแฟ ที่ใส่นมและน้ำตาล

**1.5.9 ภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional deficiencies)** ผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน มักเกิดในผู้ป่วยที่เลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ มีภาวะอ่อนแรง บวมปลายมือปลายเท้า ตรวจเลือดพบระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ อาจมีอาการลำไส้บีบรัดตัวมากกว่าปกติหรือมีไขมันปนมากับอุจจาระ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารประเภทวิตามินและแร่ธาตุ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด

กระเพาะอาหารร่วมกับมีการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ เนื่องจากสารอาหารส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) การที่ผู้ป่วยได้รับการตัดต่อลำไส้ร่วมด้วยมีผลทำให้การดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ลดลงรวมถึงวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ด้วย อาการของการขาดวิตามินและแร่ธาตุแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดที่ขาด วิตามินและแร่ธาตุบางชนิดไม่มีอาการที่แสดงออกชัดเจน แต่จะตรวจพบได้เมื่อได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแนะนำผู้ป่วยให้เฝ้าระวังภาวะนี้ตลอดชีวิตของผู้ป่วย ภาวะขาดวิตามินและแร่ธาตุนี้สามารถเกิดได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจากการทำผ่าตัด และความร่วมมือในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ สามารถป้องกันและรักษาได้โดยการให้ผู้ป่วยได้รับวิตามินเสริมทดแทน (พูซมงค์ ทิมรัตน์, 2554)

## 1.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

สมาคมแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Clinical Endocrinologists; AACE), สมาคมโรคอ้วน (The Obesity Society; TOS) และสมาคมการเผาผลาญและการผ่าตัดลดน้ำหนักแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society for Metabolic & Bariatric Surgery; ASMBS) ได้ร่วมกันทำแนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ และการให้การสนับสนุนที่ไม่ใช่ด้วยวิธีการผ่าตัดในผู้ป่วยปริศลยกรรมโรคอ้วนที่จะเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักไว้ ดังนี้ (Mechanick, Youdim, Jones et al., 2013)

**1.6.1 แนวทางการดูแลในระยะก่อนการผ่าตัด** ในระยะก่อนการผ่าตัดเป็นระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เมื่อศัลยแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดลดน้ำหนักแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจคัดกรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ประกอบด้วย

**1.6.1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ** ได้แก่ การตรวจดูความเข้มข้นของเลือด การตรวจดูค่าสมดุลกรด-ด่างและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือเบาหวาน การตรวจหาระดับไขมันในเลือดต่าง ๆ เป็นต้น

**1.6.1.2 การตรวจการทำงานของระบบหัวใจและปอด** ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจการทำงานของปอด (Spirometry test)

**1.6.1.3 การตรวจการนอนหลับ (Sleep test)** เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอัตราการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัด หากตรวจพบแพทย์

จะให้การรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (CPAP) ตรวจสอบประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบภายหลังการผ่าตัด

**1.6.1.4 การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง** เพื่อตรวจหาภาวะไขมันเกาะตับที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา และตรวจหาโรคเกี่ยวกับตับ

**1.6.1.5 การตรวจประวัติและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ** ซึ่งภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ภายหลังการผ่าตัดได้ จึงต้องมีการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคอ้วนที่จะเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**1.6.1.6 การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร** มีรายงานการอัตราการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดซึ่งมีตั้งแต่ร้อยละ 8.7 (Kuper, Kratt, Kramer et al., 2010) ถึงร้อยละ 85.5 (Al-Akwaa, 2010) การตรวจพบและให้การรักษาเชื้อ *H. pylori* ก่อนผ่าตัดลดน้ำหนักจะช่วยลดอัตราการเกิดแผลในกระเพาะอาหารภายหลังการผ่าตัด

**1.6.1.7 การประเมินสภาพจิตใจ** ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจและได้รับการรักษาทางด้านจิตใจก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผู้ป่วยจะต้องได้รับการให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจเสียก่อน และเป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่จะพิจารณาในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคอ้วน

**1.6.1.8 อุปนิสัยการรับประทานอาหาร** ก่อนเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักแพทย์จะให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักให้ได้ร้อยละ 5 – 10 ของน้ำหนักเริ่มต้น เนื่องจากจะช่วยลดขนาดของตับลง ซึ่งจะทำให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างราบรื่น (Mechanick et al., 2013) นอกจากนี้จะมีนักโภชนาการมาให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิธีการในการรับประทานอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ว่าภายหลังการผ่าตัดต้องมีการรับประทานอาหารอย่างไร

**1.6.1.9 การประเมินภาวะขาดสารอาหาร** ควรมีการตรวจภาวะขาดสารอาหาร เช่น เหล็ก แคลเซียม วิตามินบี12 กรดโฟลิก วิตามินเอและดี และให้การรักษาภาวะขาดสารอาหารแก่ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด

**1.6.1.10 การตรวจและซักประวัติการเป็นมะเร็ง** เนื่องจากผู้ป่วยโรคอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง และยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งก็มีผลต่อการรักษาด้วยการผ่าตัดลดน้ำหนัก หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยได้ก่อนจะทำให้ทราบชนิดของมะเร็งที่เป็นอยู่ และสามารถให้ยาได้ตรงกับชนิดและสามารถป้องกันการเกิดผลกระทบต่อกรผ่าตัดลดน้ำหนักได้ (Mechanick et al., 2013)

**1.6.1.11 การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่อง CPAP** ผู้ป่วยโรคอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดทำงานผิดปกติภายหลังการผ่าตัดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ดังนั้นก่อน

การผ่าตัดจะต้องแนะนำผู้ป่วยให้ฝึกบริหารการหายใจโดยการใช้เครื่องบริหารการหายใจ (Tri flow spirometry) และในผู้ป่วยรายที่มีภาวะการหายใจผิดปกติ แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยให้ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (CPAP) ขณะนอนหลับเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

**1.6.1.12 การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ** ในระยะก่อนผ่าตัด แพทย์จะให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด unfractionated heparin หรือ low-molecular-weight heparin 1 เข็มก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Mechanick et al., 2013)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อคัดกรองความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัดครบตามแนวปฏิบัติแล้ว ผู้ป่วยจึงจะได้กำหนดการในการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**1.6.2 แนวทางการดูแลในระยะภายหลังการผ่าตัด** ในระยะภายหลังการผ่าตัดจะเป็นระยะของการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่มีสมรรถนะแข็งแรง และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แนวทางการดูแลในระยะภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ (Mechanick et al., 2009) ดังนี้

**1.6.2.1 แนวทางการดูแลในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด (Early Postoperative Management)** ระยะนี้คือระยะเวลาตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดจนถึงวันที่ 5 ภายหลังการผ่าตัด การดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การจัดการเกี่ยวกับโรคเดิมที่มีอยู่ก่อน และชี้แนะผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัด

#### 1) การจัดการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

- การรื้อระหว่างรอยต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่สามารถเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 5 ในผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนรวมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ แต่ในปัจจุบันสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่วิธีการผ่าตัด อัตรากาการเกิดจึงลดน้อยลง อาการที่ต้องระวังคือการมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ถ้ามีอาการควรได้รับการประเมินในทันที อาการอื่น ๆ ที่อาจมีร่วมด้วยในกรณีที่มีปัสสาวะออกน้อยคือ ค่า BUN และ Creatinine จะเพิ่มขึ้น อาการปวดไหล่ซ้ายอาจพบได้ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบมีการตัดต่อลำไส้ผ่านกล้อง ควรมีการประเมินอาการแสดงของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการคงที่ให้ทำการตรวจระบบทางเดินอาหารด้วยการฉายภาพรังสี เช่น Gastrograffin studies, CT Scan และการกลืนแป้ง ซึ่งจะช่วยให้การตรวจเกี่ยวกับการรื้อของรอยต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ให้เปิดการผ่าตัดใหม่ (Mechanick et al., 2009)

- การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยปกติมักจะไม่ค่อยผ่าตัดด้วยวิธีการเปิดหน้าท้องอยู่แล้ว แต่จะทำการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่านกล้อง เนื่องจากขนาดแผลผ่าตัดถ้ายิ่งใหญ่จะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด และก่อนที่จะลงมีดผู้ป่วยจะได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporin



เพื่อป้องกันการติดเชื้อและจะได้รับต่อเนื่องไปจนถึง 24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด (Mechanick et al., 2009)

**2) การจัดการเบาหวาน** ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นเบาหวานร่วมด้วยและต้องได้รับอินซูลินตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดลดน้ำหนัก ควรเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการผ่าตัด ซึ่งระดับน้ำตาลไม่ควรเกิน 180 mg/dl หากพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถใช้อินซูลินขนาดสูง (euglycemia) ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 – 110 mg/dl แต่ถ้าผู้ป่วยพักอยู่ที่หอผู้ป่วยให้ใช้อินซูลินชนิดฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (basal insulin) ฉีดแทน และควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดตามระเบียบวิธีการดูแล ให้ dextrose ในสารละลายทางหลอดเลือดดำและให้รับประทานอาหารเหลวที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย (Mechanick et al., 2009)

**3) การจัดการระบบหัวใจและความดันโลหิต** ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้วอาจจะได้รับการดูแลภายหลังการผ่าตัด 24 – 48 ชั่วโมงแรกในหอผู้ป่วยวิกฤต ยาที่ใช้ในการรักษาจะเป็นยาโรคหัวใจและยารักษาความดันโลหิต ในช่วงแรกยารักษาโรคหัวใจและยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นยาชนิดน้ำ และจะค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนเป็นยาชนิดเม็ดหากผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยาเพื่อบรรเทาความดันโลหิตตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยาขับปัสสาวะอาจจะไม่ได้ใช้อย่างต่อเนื่องหรืออาจลดและหลีกเลี่ยงภาวะขาดน้ำ และอาจมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ได้ใน 1 – 2 เดือนภายหลังการผ่าตัด (Mechanick et al., 2009)

**4) การจัดการระบบปอด** ภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจภายหลังการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด การจัดการเกี่ยวกับปอดภายหลังการผ่าตัดประกอบด้วย การใช้ spirometry ในการป้องกันภาวะปอดแฟบ ด้านการได้รับออกซิเจนผู้ป่วยจะได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องเพื่อช่วยในเรื่องระบบการหายใจให้ดีขึ้น (Mechanick et al., 2009)

**5) การจัดการภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึก** แนะนำให้ใช้การป้องกันสำหรับผู้ป่วยทุกราย การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกประกอบด้วย การใช้เครื่องกดอย่างต่อเนื่อง (Sequential compression devices: SCD) การได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด unfractionated heparin หรือ low-molecular-weight heparin ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และขยายการป้องกันไปจนถึงระยะหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกมาก่อน และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็ว (Mechanick et al., 2013)

**6) การจัดการเกี่ยวกับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์** การจัดการสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในระยะก่อน ขณะ และภายหลังการผ่าตัด ควรจัดการให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล และควรมีการควบคุมปริมาณปัสสาวะให้ออกอย่างน้อย 30 ml/h หรือ 240 ml ใน 8 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงการได้รับปริมาณสารน้ำที่มากเกินไป ภาวะไตวายอาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ถ้าผู้ป่วยได้รับปริมาณสารน้ำไม่เพียงพอ (Mechanick et al., 2009)

**7) การจัดการภาวะซีด** ปริมาณเม็ดเลือดแดงอาจลดลงได้ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด เนื่องมาจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (ธาตุเหล็ก โฟเลท วิตามินบี12) การลดลงของเม็ดเลือดแดงควรจะได้รับการแก้ไขใน 12 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัด ควรดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและป้องกันการสูญเสียเลือด (Mechanick et al., 2009)

**8) การจัดการภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย** ท่าที่ใช้ในระหว่างการผ่าตัดลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ กล้ามเนื้อถูกกดทับเป็นเวลานาน มีความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง และมีการกดทับเส้นประสาท ในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมาก ๆ และได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงได้แก่ เลือกใช้วิธีการในการผ่าตัดที่ใช้เวลาไม่นาน การใช้แผ่นรองเพื่อกระจายแรงในการกดทับ ประเมินระดับการทำงานของไตในระยะ 1 – 3 วันภายหลังการผ่าตัด (Mechanick et al., 2009)

**9) การจัดการด้านโภชนาการ** ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องมีการปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด ปริมาณ และวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ ดังนี้

**9.1) สารอาหารหลัก (Macronutrient)** ผู้ป่วยจะเริ่มได้รับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด (Mechanick, Kushner, Sugeran et al., 2008) แต่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อาจเลื่อนเป็น 24 – 48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากแพทย์ต้องมีการประเมินการทำงานของลำไส้และระบบทางเดินอาหารก่อน โดยแพทย์จะให้เริ่มจากการจิบน้ำก่อน ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่มีอาการจุก แน่น หรือคลื่นไส้อาเจียนจึงจะได้รับประทานอาหารในลำดับถัดไป ซึ่งลำดับของอาหารที่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรได้รับ ดังแสดงในตารางที่ 4 ผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนอย่างน้อย 60 กรัมต่อวัน และสามารถรับประทานได้มากถึง 1.5 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักในอุดมคติต่อวันถ้าต้องการ และเพิ่มได้มากที่สุดถึง 2.1 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักในอุดมคติต่อวันถ้าจำเป็น แต่ต้องได้รับการประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลก่อน (Leahy & Luning, 2015) ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณความเข้มข้นของน้ำตาลมากภายหลังได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Roux-en-Y gastric bypass เนื่องจากจะก่อให้เกิดภาวะอาหารผ่านกระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (dumping syndrome) ควรตัดแบ่งอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคี้ยวให้ละเอียดนาน 30 – 40 ครั้ง/คำ ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที เมื่อรู้สึกอิ่มให้หยุดรับประทานอาหารและน้ำทันที แต่

ถ้าหากหิวสามารถเพิ่มมื้ออาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ ในระหว่างวันได้ แต่ต้องเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน (Mechanick et al., 2009) ยาชนิดน้ำจะออกฤทธิ์ได้เร็วจึงควรที่จะใช้แทนยาชนิดที่ออกฤทธิ์ได้ช้า เพื่อให้ได้รับการดูดซึมมากที่สุดในระยะหลังผ่าตัดทันที

**ตารางที่ 4** แสดงแนวปฏิบัติในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของ Mechanick et al. (2009) และ Suthep Udomsawaengsup et al. (2014)

ตามแนวปฏิบัติของ AACE, TOS และ ASMBS (AACE/TOS/ASMBS Guidelines)	ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (Guidance for Post-Bariatric Surgery Diet)
<p>วันที่ 1 – 2 ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะเริ่มจิบน้ำที่ไม่ให้พลังงาน ไม่มีน้ำตาล และไม่มีคาเฟอีน ตัวอย่างอาหารเช่น น้ำเปล่า น้ำชาจืด เป็นต้น</p>	<p>วันที่ 1 – 2 ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหลวใสปราศจากน้ำตาล (สามารถใช้น้ำตาลเทียมได้) และไม่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน ไม่มีกากใย ไม่มีแก๊ส ตัวอย่างอาหารเช่น น้ำซุปลใส น้ำสมุนไพรร จลาติน เป็นต้น</p>
<p>วันที่ 3 – 10 ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทั้งเหลวใสและเหลวข้น ควรรับประทานอาหารให้ได้อย่างน้อยวันละ 48 – 64 ออนซ์ โดยในวันแรกของระยะนี้ผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารเหลวใสก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มปริมาณและทดแทนด้วยอาหารเหลวข้นในการรับประทาน ถ้าสามารถรับประทานได้ก็ให้เพิ่มปริมาณของอาหารเหลวข้น โดยจำกัดปริมาณน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่มน้อยกว่า 15 กรัมต่อมื้อ และโปรตีน 20 กรัมต่อมื้อ อาจใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาลได้ เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานวิตามินรวมพร้อมแร่ธาตุชนิดเคี้ยววันละ 2 ครั้ง และรับประทานวิตามินดี และแคลเซียมชนิดเคี้ยวหรือชนิดน้ำ</p>	<p>วันที่ 3 – 4 ภายหลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหลวใสได้โดยไม่มีอาการจุกแน่นท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียน ให้เริ่มทดแทนด้วยอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีเนื้อมากขึ้น อาหารหรือเครื่องดื่มเหลวข้น เน้นโปรตีนสูง หวานน้อย ไขมันต่ำ ไม่มีกากใย ตัวอย่างอาหารเช่น ซุปข้นชนิดต่าง ๆ นมจืดขาดหรือพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล โยเกิร์ตธรรมชาติ เป็นต้น</p>

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตามแนวปฏิบัติของ AACE, TOS และ ASMBS (AACE/TOS/ASMBS Guidelines)	ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (Guidance for Post-Bariatric Surgery Diet)
<p>วันที่ 10 – 14 ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเหลวชั้นแต่เพิ่มปริมาณและลักษณะของอาหาร เป็นอาหารที่มีลักษณะลิ้นๆสามารถเคี้ยวและย่อยได้ง่าย อาหารที่นำมาบดหรือปั่น โดยต้องตัดแบ่งอาหารเป็นคำเล็ก ๆ ขนาดลูกเต๋า เน้นอาหารประเภทโปรตีนและไขมันต่ำ เช่น ไข่ตุ๋น ปลาเนื้อ ไข่ตุ๋น อาจแบ่งมื้ออาหารในการรับประทานเป็น 4 – 6 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ภาชนะเล็ก ๆ ในการใส่อาหาร เพื่อควบคุมปริมาณอาหาร</p>	<p>วันที่ 4 – 14 ภายหลังจากผ่าตัด (อาหารในระยะจำหน่าย) หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหลวชั้นได้โดยไม่มีอาการจุกแน่นท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียน ให้เริ่มทดแทนด้วยอาหารอ่อนนุ่ม ย่อยง่าย เน้นอาหารโปรตีนสูง ไขมันต่ำ ไม่มีกากใย ตัวอย่างอาหาร เช่น ไข่ตุ๋น เกาเหลาหมูตุ๋น ไข่ตุ๋น ปลาหรือหมูปั่นก้อนนึ่ง แกงจืดเต้าหู้ เกี้ยวน้ำ หมูปด ไข่ต้ม เต้าหู้ทรงเครื่อง เป็นต้น</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3 – 4 ภายหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนที่มีเนื้อหยาบขึ้น เน้นอาหารไขมันต่ำ โปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์บด สามารถรับประทานผักต้มสุกนิ่มๆ และผลไม้ปอกเปลือกได้ ผลไม้ควรรับประทานแต่น้อย อาจนำมาต้ม ปั่น หรือบดได้ และควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนก่อนเสมอ</p>	<p>สัปดาห์ที่ 3 – 4 ภายหลังจากผ่าตัด หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้โดยไม่มีอาการจุกแน่นท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียน ให้เริ่มทดแทนด้วยอาหารธรรมดาที่มีเนื้อหยาบขึ้น ตามลำดับ อาหารสุก เน้นโปรตีนเป็นหลัก สามารถเริ่มรับประทานผักนิ่มๆได้ ส่วนผลไม้สามารถเริ่มรับประทานในปริมาณแต่น้อย และควรเป็นผลไม้ที่ปอกเปลือก ตัวอย่างอาหารเช่น ไข่/หมูปดซอส สเต็กหมู/ปลา หมูมะนาว กุ้งอบวุ้นเส้น ลาบหมู/ไก่ ไข่ยัดไส้ เป็นต้น</p>
<p>5 สัปดาห์ภายหลังจากผ่าตัด เริ่มรับประทานอาหารธรรมดา ย่อยง่าย เน้นรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้ได้วันละ 60 กรัม เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตทุกชนิด เช่น ข้าว แป้ง ขนมปัง เป็นต้น</p>	<p>1 เดือนภายหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ยังคงเน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง หวานน้อย ไขมันต่ำ สำหรับผักและผลไม้สามารถรับประทานได้แต่ต้องเคี้ยวให้ละเอียดทุกครั้ง ทานวิตามินและแร่ธาตุเสริมเป็นประจำทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์</p>

**9.2) สารอาหารรอง (Micronutrient)** คือ สารอาหารประเภทวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยควรจะได้รับสารประเมนถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดสารอาหารประเภทวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ผู้ป่วยควรได้รับวิตามินเสริมในแต่ละวันตามวิธีการผ่าตัดของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยควรที่จะได้รับประทานวิตามินเสริมตั้งแต่ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัดหรือภายใน 3 – 6 เดือนภายหลังการผ่าตัด (Mechanick et al., 2013) ปริมาณวิตามินและแร่ธาตุเสริมที่ผู้ป่วยควรได้รับมีรายละเอียดดังตารางที่ 5 และ 6

**ตารางที่ 5** ปริมาณวิตามินและแร่ธาตุที่ผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัด Bariatric Surgery ควรได้รับในแต่ละวัน (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), 2008; Leahy & Luning, 2015)

วิตามินและแร่ธาตุ	ปริมาณที่ควรได้รับในแต่ละวัน
Vitamin A	10,000 international units (IU)
Vitamic C	120 mg
Vitamin D <sub>3</sub>	3,000 IU – 6,000 IU
Vitamin E	60 IU
Vitamin K	160 mcg
Thiamine	3 mg
Riboflavin	3.4 mg
Niacin	40 mg
Vitamin B <sub>6</sub>	4 mg
Folic acid	400 mcg
Vitamin B <sub>12</sub>	1,000 mcg
Biotin	60 mcg
Pantothenic acid	20 mg
Calcium	1,200 mg – 2,400 mg
Iron	45 mg – 60 mg
Magnesium	400 mg
Zinc	15 mg
Selenium	No recommendation
Copper	2 mg
Manganese	3.6 mg

**ตารางที่ 6** แสดงแนวทางในการได้รับวิตามินเสริมภายหลังการทำผ่าตัดลดน้ำหนัก (Mechanick et al., 2008; Rickers & McSherry, 2012)

วิธีการผ่าตัด	วิตามินและแร่ธาตุที่ควรได้รับ	ความถี่
การผ่าตัดลดน้ำหนักทุกวิธี	วิตามินรวม แคลเซียมและวิตามินดี	ทุกวัน ทุกวัน
การผ่าตัดกระเพาะอาหารออก บางส่วนร่วมกับการตัดต่อ กระเพาะอาหารและลำไส้	วิตามินรวมและแร่ธาตุ แคลเซียมและวิตามินดี วิตามินบี 12 ธาตุเหล็กและวิตามินซี	ทุกวัน ทุกวัน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 3 เดือน ตามความต้องการ/ทุกวัน

**9.3) สารน้ำ** ควรจิบน้ำอย่างช้า ๆ และจิบน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ ไม่ใช้หลอดในการดูดน้ำจากแก้วหรือขวด และควรเว้นระยะในการจิบน้ำก่อนและหลังมื้ออาหารอย่างน้อย 30 นาที (Mechanick et al., 2008)

**9.4) การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ** ควรพิจารณาให้ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่มีความเสี่ยงต่อการรับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งก็คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารผ่านระบบทางเดินอาหารแบบปกติได้อย่างน้อย 5 – 7 วัน ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือ 3 – 7 วัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดโปรตีนอย่างรุนแรงและไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ควรพิจารณาให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Mechanick et al., 2013)

**1.6.2.2 แนวทางการดูแลในระยะท้ายภายหลังการผ่าตัด (Late Postoperative Management)** ระยะนี้คือเวลาภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักตั้งแต่วันที่ 5 เป็นต้นไป เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินและควบคุมการลดลงของน้ำหนักผู้ป่วย ประเมินโรคประจำตัวเดิม เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด และภาวะขาดสารอาหาร รวมถึงให้การชี้แนะและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้ขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังต้องมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที/วัน สำหรับความถี่ของการมาตรวจติดตามผล ในระยะหนึ่งปีแรกภายหลังการผ่าตัด แพทย์จะนัดถี่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายหลังการผ่าตัด โดยปกติจะนัด 2 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัด ที่ 6 เดือน และที่ 12 เดือนภายหลังการผ่าตัด หลังจากหนึ่งปีภายหลังการผ่าตัด ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ก็ควรมีการตรวจประจำปี

เพื่อประเมินการลดลงของน้ำหนักตั้งแต่เริ่มแรก การคงสภาพการลดลงของน้ำหนัก ภาวะโภชนาการ คือระดับวิตามินและแร่ธาตุในกระแสเลือด โรคร่วมต่าง ๆ และสภาพจิตใจ ในการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ควรใช้ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ขณะได้รับการผ่าตัด และระยะภายหลังการผ่าตัด ดังนี้

**1.7.1 การพยาบาลในระยะก่อนการผ่าตัด** ในระยะก่อนการผ่าตัดเป็นระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วย ซึ่งการพยาบาลในระยะนี้โดยหลักจะเป็นการประเมิน และการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด ดังนี้

**1.7.1.1 การประเมินก่อนผ่าตัด** การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเป็นการประเมิน ภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัด ในการประเมินก่อนการผ่าตัดจะประกอบด้วย การประเมินในเรื่องประวัติการใช้ ยา สภาพจิตใจ การตรวจร่างกาย และความรู้ต่าง ๆ ของผู้ป่วย (เรณู อาจสาลี, 2553) ดังนี้

**1) ประวัติการใช้ยาและภาวะสุขภาพ** ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งในอดีตและ ปัจจุบันพยาบาลควรบันทึกให้ครบถ้วน เนื่องจากมีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในระหว่าง การผ่าตัด ประวัติการใช้ยาที่ควรได้รับการประเมิน คือ

1.1) ประวัติการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกที่ผ่านมา

1.2) ประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออุบัติเหตุ ซึ่งมีความสำคัญต่อการผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย ใช้สัญลักษณ์เป็น A B C D E

A – Allergy การแพ้ยา สารเคมี และสิ่งอื่น ๆ ที่อยู่ในห้องผ่าตัด เช่น ยาง (latex) หากผู้ป่วยมีการแพ้สิ่งใดต้องรายงานให้ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รวมถึงการส่งเวรต่อให้ พยาบาลห้องผ่าตัดรับทราบ

B – Bleeding tendencies แนวโน้มการมีเลือดออกหรือการใช้ยาที่ทำให้ เลือดไม่แข็งตัว เช่น แอสไพริน หรือยาที่มีแอสไพรินผสมอยู่ heparin, warfarin หรือยาสมุนไพร ที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้า

C – Cortisone ประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์

D – Diabetes mellitus การเป็นโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

E – Emboli ประวัติการเกิด emboli เช่น การมีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำลึกที่ขา

1.3) ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เนื่องจากสารดังกล่าวเป็นปัญหาเกี่ยวกับการบริหารยาระงับความรู้สึกและยาแก้ปวด

1.4) อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ

1.5) ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังรวมถึงประวัติการใช้ยาต่าง ๆ ในการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วย

1.6) ความเชื่อและวัฒนธรรม ความรู้เกี่ยวกับเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน พยาบาลต้องยอมรับความเชื่อรวมถึงแนะนำในสิ่งที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย

1.7) แบบแผนการดำเนินชีวิต

1.8) ประวัติทางสังคม

**2) การประเมินสภาพจิตใจ** การผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากความกลัว เช่น กลัวการดมยาสลบหรือการได้รับยาระงับความรู้สึก กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวเสียโฉม กลัวการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวผู้อื่นรับรู้ข้อมูลส่วนตัว ซึ่งความกลัวเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการในการผ่าตัด รวมถึงไม่ทราบเกี่ยวกับวิธีการในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด (Fuller, 2010) ซึ่งผู้ป่วยในแต่ละคนจะมีการตอบสนองต่อความเครียดและความกลัวแตกต่างกัน บางคนเจ็บสงบ บางคนแยกตัว หลบเลี่ยง ร้องไห้เศร้าโศก ส่วนมากผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนขาดผู้ช่วยเหลือเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยและญาติมีการแสดงออกถึงความกลัวและความวิตกกังวลมากควรรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้ยาระงับประสาท (เรณู อาจสาลี, 2553)

**3) การตรวจร่างกาย** ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการตรวจร่างกายเพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพก่อนการผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังการผ่าตัด ข้อมูลเหล่านี้จะนำไปใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งวิธีการที่ดีที่สุดในการประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดคือการร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า นอกจากนี้ยังต้องมีการประเมินสภาพร่างกายรวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามระบบต่าง ๆ ได้แก่ การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด การประเมินกล้ามเนื้อและกระดูก การประเมินกระเพาะอาหารและลำไส้ การประเมินความแข็งแรงและความสะอาดของผิวหนัง การประเมินการทำงานของไต การประเมินการทำงานของตับ การประเมินการรับรู้และระบบประสาท การประเมินระบบต่อมไร้ท่อ และการประเมินเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น อายุ ความเจ็บปวด ภาวะโภชนาการ ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภูมิคุ้มกัน และการติดเชื้อ และระบบโลหิตวิทยา (เรณู อาจสาลี, 2553)



**4) การประเมินความรู้** ความไม่รู้เกี่ยวกับการผ่าตัดหรือสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด (deWit, 2009) ผู้ที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน ระดับความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับระดับความรู้และประสบการณ์ที่เคยได้รับมาก่อน (เรณู อาจสาลี, 2553)

**1.7.1.2 การสอนก่อนผ่าตัด** การสอนก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การผ่าตัดได้ผลดี หลายงานวิจัยได้สนับสนุนคุณค่าการสอนก่อนการผ่าตัดจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ความต้องการการเรียนรู้ ระดับความวิตกกังวล และการกลัวการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการสอนก่อนผ่าตัดจึงควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (เรณู อาจสาลี, 2553) ข้อมูลที่กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามความต้องการแต่ละคนมีดังนี้

**1) การสอนความรู้เกี่ยวกับห้องผ่าตัด** ผู้ป่วยหลายคนที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนอาจมีความต้องการทราบถึงลักษณะ สภาพ และบรรยากาศในห้องผ่าตัด พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องผ่าตัด เช่น ในห้องผ่าตัดจะมีอากาศเย็นแต่จะมีผ้าห่มอุ่นให้กับผู้ป่วย จะมีน้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาดผิวหนังให้กับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดมีการเปิดเพลงให้ฟังเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด เป็นต้น

**2) การสอนเกี่ยวกับขั้นตอนและการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด** ผู้ป่วยมีความต้องการทราบว่าในระยะก่อนและภายหลังการผ่าตัดจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อให้เกิดการฟื้นสภาพภายหลังการผ่าตัด เช่น การสอนเกี่ยวกับการบริหารการหายใจ การใช้เครื่อง tri-flow สอนวิธีการไอ การพลิกตะแคงตัวและลุกจากเตียงโดยเร็ว และการควบคุมความปวดจากการผ่าตัดด้วยวิธีการต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการทราบว่า การผ่าตัดใช้เวลานานเท่าไร ญาติสามารถรอได้ที่ไหน จะเข้าห้องผ่าตัดเวลาใดและกลับมาเวลาใด ภายหลังการผ่าตัดแล้วจะมีสิ่งใดติดตัวมาอยู่กับผู้ป่วยบ้าง เป็นต้น ซึ่งพยาบาลต้องให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าว

**1.7.1.3 การพยาบาลทางด้านร่างกาย** ก่อนเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายเพื่อให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดของผิวหนังเพื่อลดการติดเชื้อในการผ่าตัด การโกนขนในบริเวณที่ต้องทำผ่าตัด การเตรียมระบบทางเดินอาหารเพื่อให้สามารถมองเห็นลำไส้ขณะทำผ่าตัดได้อย่างสะดวก การงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยที่จะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายต้องมีการงดน้ำและอาหารทางปาก 8 – 10 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดการสำรอกและการสูดสำลักเข้าปอด เป็นต้น

ในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้รับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์ที่

จะทำผ่าตัดได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่า 150 mg/dl ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับต้องมีการเตรียมเครื่อง CPAP ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้พร้อมเพื่อที่จะต้องนำมาใช้ทั้งในระยก่อนและหลังการผ่าตัด ในคืนก่อนวันผ่าตัดดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา enoxaparin ก่อนผ่าตัด 10 - 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา (กัธร ยลสุริยัณวงศ์, 2561) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด

**1.7.1.4 การยินยอมก่อนการผ่าตัด** เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมิน ได้รับความรู้ และการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยต้องให้คำยินยอมในการเข้ารับการผ่าตัด โดยการเซ็นต์อนุญาตยินยอมเข้ารับการผ่าตัดซึ่งเป็นเอกสารทางกฎหมายที่ยืนยันว่า ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวและเข้าใจทุกอย่างเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงเป็นการป้องกันการคัดค้านของผู้ป่วยในอนาคตที่จะอ้างว่าไม่ได้อนุญาตให้ผ่าตัด เป็นการป้องกันหน่วยงานและทีมสุขภาพทุกคนถ้าหากผู้ป่วยมีการปฏิเสธว่าไม่เข้าใจถึงวิธีการในการรักษา (เรณู อาจสาตี, 2553)

**1.7.2 การพยาบาลในระยะผ่าตัด** ในระยะนี้พยาบาลห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัดจะประเมินภาวะสุขภาพอีกครั้งเชื่อมต่อกับที่พยาบาลหอผู้ป่วยได้ประเมินไว้ตั้งแต่แรกรับ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด

เนื่องจากการประเมินดังกล่าวจะช่วยทำให้มีการพยาบาลที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อม การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด อุปกรณ์การจัดท่าที่ใช้ในการผ่าตัด ดูแลการจัดท่าร่วมกับทีม ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ รวมถึงการให้การพยาบาลตามมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการคงค้างของเครื่องมือและผ้าซั้บ ดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด ดูแลประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับสารละลายและโลหิตตามแผนการรักษา ดูแลเรื่องการส่งตรวจชิ้นเนื้อและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากท่าที่ใช้ในการผ่าตัด เป็นต้น ในการจัดทำสำหรับการผ่าตัดควรจะต้องมีแผ่นเจลลึ่ร่อง เพื่อกระจายน้ำหนักของผู้ป่วยในการป้องกันการกดทับตามจุดต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยนอนหงายควรใช้ผ้า ม้วนหรือพั้บผ้ารองใต้ชายโครงด้านขวาของผู้ป่วย เพื่อลดการกดของหลอดเลือดเวนาควา สำหรับท่าที่ใช้ในการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักผู้ป่วยจะนอนในท่าศีรษะสูงปลายเท้าต่ำ (Reverse Trendelenburg) ในการจัดท้านี้จะต้องมีแผ่นรองเท้าผู้ป่วยเพื่อให้ขาและเท้าอยู่ตามแนวแกนของร่างกาย เท้าวางอยู่บนที่กั้นเท้า (foot board) (Fencl, Walsh & Vocke, 2015) จากนั้นใช้ผ้านุ่มๆหรือมอนเจลลึ่ร่อง บริเวณที่มีน้ำหนักกดทับจากปุ่มกระดูกตามจุดต่าง ๆ ได้แก่ บริเวณท้ายทอย ต้นคอ ไหล่ สะบัก สะโพก และสันเท้า เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท กล้ามเนื้อ และปุ่มกระดูก รั้ดตรงผู้ป่วยไว้กับเตียงให้มั่นคง ควรรั้ดเหนือเข้าประมาณ 2 นิ้ว เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการรั้ดตรงและการกดของปุ่มกระดูก (เรณู อาจสาตี, 2553) และก่อนผ่าตัดทีมผ่าตัดร่วมกันประเมินและทดสอบท่า

ที่ใช้ในการผ่าตัดโดยการปรับเตียง เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการตกเตียงหรือบาดเจ็บจากการจัดท่า (Fencl et al., 2015) นอกจากนี้ในระยะผ่าตัดและต่อเนื่องไปจนถึง 24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการใช้เครื่องกดอย่างต่อเนื่อง (Sequential compression devices: SCD) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกในขณะและภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว พยาบาลประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยทุกส่วนซ้ำถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ได้รับจากการจัดท่า การใช้อุปกรณ์ห้ามเลือดด้วยไฟฟ้า จากนั้นจึงส่งต่อไปยังพยาบาลห้องพักฟื้นดูแลต่อไป

**1.7.3 การพยาบาลในระยะภายหลังการผ่าตัด** การพยาบาลในระยะภายหลังการผ่าตัดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ตามแนวคิดของการฟื้นสภาพภายหลังการผ่าตัด (Postoperative recovery) (Allvin, Berg, Idvall et al., 2007) และผสมผสานกับกระบวนการพยาบาล ดังนี้

**1.7.3.1 การพยาบาลในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด (Early phase)** ในระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นและการได้รับยาระงับความรู้สึกสิ้นสุดลง ผู้ป่วยจะถูกส่งไปยังห้องพักฟื้นก่อนที่จะย้ายไปยังหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สติเริ่มกลับคืนมา สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง หายใจได้เองแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพ การฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะนี้มักใช้เวลาประมาณ 2 – 6 ชั่วโมง หรือในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด (deWit, 2009) แบ่งการพยาบาลได้เป็น 2 ช่วง คือ

**1) การพยาบาลจากพยาบาลในห้องพักฟื้น** ในระยะนี้วิสัญญีพยาบาลจะประเมินและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยการประเมินผู้ป่วยตามระบบ ABCs (airway, breathing, circulation) เป็นลำดับแรก จากนั้นจึงประเมินระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ผ้าปิดแผล ท่อระบายและอุปกรณ์พิเศษที่ติดมากับผู้ป่วย ตรวจสอบผิวหนังว่ามีอาการกดทับหรือรอยไหม้จากเครื่องจี้ไฟฟ้าหรือไม่ วัตถุประสงค์เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายปกติ และความปวดภายหลังการผ่าตัด (deWit, 2009) โดยประเมินอาการปวดจากสัญญาณชีพ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงจึงรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการปวด จากนั้นจึงประเมินภาวะสุขภาพซ้ำในระบบต่าง ๆ เมื่อพยาบาลในห้องพักฟื้นมีการประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงคงที่ที่แสดงถึงการฟื้นหายจากการได้รับยาระงับความรู้สึกดีแล้ว จึงจะส่งผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วย

**2) การพยาบาลจากพยาบาลในหอผู้ป่วย** เมื่อผู้ป่วยถูกส่งกลับมายังหอผู้ป่วยที่นอนพักค้าง พยาบาลที่หอผู้ป่วยจะมีการประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกับพยาบาลในห้องพักฟื้น ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนนี้ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและปอด และปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Elrazek, Elbanna & Bilasy, 2014) ส่วนอาการใช้ภายหลัง

การผ่าตัดพบว่าร้อยละ 27 – 58 ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจะมีไข้ภายใน 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงต้องประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะ และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พยาบาลเริ่มกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ จึงต้องประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ผู้ป่วยยังคงต้องงดน้ำและอาหารทางปาก แต่พยาบาลต้องมีการประเมินความพร้อมในการทำงานของลำไส้ เมื่อลำไส้เริ่มมีการทำงานแล้วจึงจะให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักรักษาในรายนี้จึงเน้นที่การดูแลด้านร่างกายอย่างใกล้ชิดเป็นหลัก

### 1.7.3.2 การพยาบาลในระยะกลางภายหลังการผ่าตัด (Intermediate phase)

ในระยะนี้เริ่มจากการทำงานและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วยเริ่มคงที่หรือภายหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด ต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน (Allvin et al., 2007) หรือในช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัด (Creven & Hirnle, 2003) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะพักอยู่ที่หอผู้ป่วย ร่างกายของผู้ป่วยจะเริ่มทำงานได้ตามปกติ มีสติสัมปชัญญะเต็มที่ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและลุกเดินได้เอง เริ่มรับประทานอาหารได้ ไม่มีการใช้ออกซิเจน สารละลายทางหลอดเลือดดำ หรือสายสวนปัสสาวะ ในระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น มีไข้ ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น (สิริมนต์ ดำริห์, 2553) การมีไข้ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด มักเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อจากสายสวนต่าง ๆ ที่ใส่จากห้องผ่าตัด ส่วนการมีไข้ในระยะ 48 – 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด จะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ มักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด หรือภาวะปอดอักเสบ และพบในผู้ป่วยที่ยังไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (เรณู อาจสาลี, 2553) การพยาบาลที่ในระยะนี้ประกอบด้วย

#### 1) การประเมินผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย

1.1) การประเมินระบบทางเดินหายใจ ประเมินจากรูปแบบการหายใจ อัตราการหายใจ ความลึกและความเบาของการหายใจ และฟังเสียงหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคอ้วนมีแนวโน้มเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (Apau & Whiteing, 2011; Neil, 2011) ผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและ opioids ทำให้การหายใจเข้าและออกลึก ๆ ลดลง นำไปสู่การเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (เรณู อาจสาลี, 2553) อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังการผ่าตัดก็คือ การขยายตัวของปอดลดลง เกิดการแฟบของถุงลมปอด หรือการสำลักเสมหะ น้ำลาย ต้องมีการประเมินการทำงานของปอด โดยการฟังเสียงปอดพร้อมกับประเมินอัตรา และจังหวะการหายใจ

1.2) ประเมินการทำงานของหัวใจ โดยการสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ นับอัตราการเต้นของชีพจร จังหวะของชีพจร และฟังเสียงเต้นของหัวใจ (Potter, P. & Perry, 2003)

1.3) การประเมินการไหลเวียนของเลือด โดยการวัดความดันโลหิต และสังเกตการณ์ไหลกลับของเลือดส่วนปลาย การประเมินสีของผิวหนัง เยื่อบุตา ริมฝีปาก และการตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (Potter, P. & Perry, 2003)

1.4) การประเมินการบาดเจ็บจากการผ่าตัด ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจะนอนนิ่ง ๆ จึงอาจมีการกดทับบนบางส่วนของร่างกายทำให้การไหลเวียนช้าลง ส่วนแขน ขาต้องตรวจดูว่ามีอาการอ่อนแรง การไหลเวียนปกติหรือมีอาการชาหรือไม่ บริเวณปุ่มกระดูกต้องมีการประเมินการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกมองเห็นเป็นจ้ำเลือดหรือไม่

1.5) การประเมินสภาวะการรับรู้สติ ผู้ป่วยโรคอ้วนระดับความรู้สึกตัวจะฟื้นตัวช้ากว่าคนปกติ เนื่องจากต้องใช้ยาในการระงับความรู้สึกมากกว่าคนปกติทั่วไป ยาระงับความรู้สึกที่ให้ทางหลอดเลือดดำมักเป็นยาที่ละลายในไขมัน และยาส่วนมากจะออกจากหลอดเลือดไปสู่ชั้นไขมัน การขับยาออกจากร่างกายจะช้าจึงทำให้ยาคั่งในร่างกายมาก (เรณู อาจสาสดี, 2553)

1.6) การประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยการสังเกตและบันทึกปริมาณของเหลวเข้าออกจากร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยปกติจะต้องมีการปัสสาวะภายหลังการผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรที่จะมีปริมาณปัสสาวะออกมากกว่า 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (Mechanick et al., 2009)

1.7) การประเมินอาการปวดแผล เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว พยาบาลประเมินอาการปวดแผลโดยการซักถามและสังเกตอาการ เช่น เหงื่อออก หน้าซีด สีหน้าตึงเครียด และนอนนิ่งๆไม่พยายามหายใจลึกๆ ไอ หรือขยับตัว หากผู้ป่วยมีอาการปวด พยาบาลควรสอบถามตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด ลักษณะอาการที่ปวด และความถี่ของอาการปวด เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง (Potter, P. A. & Perry, 2000; Timby & Smith, 2003)

1.8) การประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย (Timby & Smith, 2003)

**2) การดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย**

2.1) การดูแลระบบทางเดินหายใจ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ มีการไออย่างมีประสิทธิภาพ หากมีเสมหะที่ไม่อาจขับออกมาได้ ดูแลเคาะปอดให้กับผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นการขับเสมหะ

2.2) การดูแลการทำงานของหัวใจ พยาบาลประเมินติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย นับอัตราการเต้นของชีพจร ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์

2.3) การดูแลการไหลเวียนของเลือด เมื่อพยาบาลมีการประเมินความดันโลหิต สังเกตการณ์ไหลกลับของเลือดส่วนปลาย การประเมินสีของผิวหนัง เยื่อบุตา ริมฝีปาก และการตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด หากพบว่ามีอาการผิดปกติพยาบาลควรรายงานแพทย์ และเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา นอกจากนี้ต้องดูแลผู้ป่วยให้มีการขยับแขน-ขา และลุกจากเตียงโดยเร็วเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขาด้วย (Potter, P. & Perry, 2007)

2.4) การดูแลการบาดเจ็บจากการผ่าตัด เมื่อมีการประเมินการบาดเจ็บเนื้อเยื่อของผู้ป่วยที่ได้รับจากการผ่าตัดแล้ว หากพบว่ามีอาการบาดเจ็บ พยาบาลให้การดูแลแผลหรือเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บตามความเหมาะสม

2.5) การดูแลความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ พยาบาลตรวจสอบสมดุลปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารละลายตามแผนการรักษา หากพบว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (Mechanick et al., 2009) ให้รายงานแพทย์ทราบ

### 3) การดูแลแผลและส่งเสริมการหายของแผล

ในการส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัดลดน้ำหนัก พยาบาลควรมีการดูแลในเรื่องการป้องกันแผลติดเชื้อ การได้รับสารอาหารของผู้ป่วย และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ดังนี้

3.1) การประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล เช่น ประเภทของแผลผ่าตัด แผลของผ่าตัดลดน้ำหนักจัดเป็นแผลประเภทแผลสะอาด ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจึงมีน้อยหากได้รับการดูแลที่ดี แต่ผู้ป่วยโรคอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (เรณู อาจสาสิ, 2553) พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงในข้อนี้ ร่วมกับโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น โรคเบาหวาน ที่ทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยไม่ดี และส่งผลให้แผลผ่าตัดหายช้า เป็นต้น

3.2) สังเกตความผิดปกติของแผลผ่าตัด เช่น ผิวหนังบริเวณผ่าตัด มีการบวมแดงที่แผลผ่าตัด แผลผ่าตัดมีหนอง หรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมาตามแนวแผลหรือไม่

3.3) ดูแลทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ เป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผล เนื่องจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจะทำให้แผลผ่าตัดหายช้า การทำความสะอาดแผลผ่าตัดจะกระทำหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ (The Joanna briggs Institute, 2006; อัจฉรา สุจาจริง, 2551) ขณะทำแผลควรอธิบายจุดประสงค์ของการทำแผลและขั้นตอนของการทำแผลให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำแผล

3.4) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงลักษณะแผลที่เกิดขึ้น สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ระยะเวลาในการหายของแผล วิธีการและส่งเสริมการหายของแผล

3.5) ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและปริมาณครบตามแนวปฏิบัติหรือตามแผนการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละคน

#### 4) การจัดการอาการปวดแผลผ่าตัด

การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลเพื่อควบคุมอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้การดูแลดียิ่งขึ้น แนวปฏิบัติประกอบด้วย การประเมินความเจ็บปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การประเมินความเจ็บปวดซ้ำ และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด (Chou, Gorden, de Leon-Casasola et al., 2016)

4.1) การประเมินความปวด เพื่อให้พยาบาลทราบถึงตำแหน่ง ลักษณะชนิดและความรุนแรงของอาการปวด และสามารถเลือกวิธีการในการบรรเทาอาการปวดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย อาจพิจารณาใช้ยาหรือไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความปวด

4.2) การจัดการความปวดโดยการให้ยา ในปัจจุบันพบว่ามีการใช้หลายวิธีร่วมกัน แต่การใช้ยบบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องมีความระมัดระวังในเรื่องการใช้ยบบรรเทาปวด เช่น การใช้ยาประเภท opioids ในการบรรเทาอาการปวด ต้องมีความระมัดระวังในการใช้อย่างมาก เนื่องจากน้ำหนักที่มากของผู้ป่วยโรคอ้วนทำให้ต้องใช้ปริมาณยามากกว่าผู้ป่วยปกติ การใช้ยาในปริมาณที่มากจะส่งผลกระทบต่อระบบการหายใจของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อระบบการหายใจอยู่ก่อนแล้ว (Quidley et al., 2014) ส่วนการใช้ยาชนิด non opioids ชนิด NSAIDs ในการบรรเทาปวด ยา Ketorolac เป็นยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยทั่วไป แต่สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่มีพื้นผิวของกระเพาะอาหารที่ลดลง การใช้ยา Ketorolac จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือกระเพาะอาหารทะลุได้ (Masso Gonzalez, Patrignani, Tacconelli et al., 2010) ข้อตกลงของแนวปฏิบัติสำหรับการผ่าตัดลดน้ำหนักแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ NSAID สำหรับการผ่าตัดทุกวิธีเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่รอยต่อกระเพาะอาหารและลำไส้และอาจทำให้ทะลุได้ (Mechanick et al., 2013) แต่ถ้าหากมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ NSAID แนะนำให้ใช้ชนิด Cyclooxygenase-2-selective NSAID เช่น Celecoxib เนื่องจากทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้และเกิดการทะลุได้น้อยกว่า NSAID ชนิดอื่น (Masso Gonzalez et al., 2010) แต่ต้องให้ยาชนิด Proton pump inhibitor หรือ Histamine H<sub>2</sub>-receptor ร่วมด้วยเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

4.3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การบรรเทาความปวดด้วยวิธีนี้พยาบาลสามารถกระทำได้ตามบทบาทอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดร่วมกับการใช้ยา สามารถช่วยลดขนาดของการใช้ยบบรรเทาอาการปวดลง

ได้ แต่ไม่ควรใช้แทนที่ยาระงับปวด (McCaffery, 2002) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามืออยู่ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การใช้การสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ (นัทธมนวูธานนท์, 2554)

4.4) การประเมินความปวดซ้ำเป็นบทบาทของพยาบาลโดยตรง ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความปวดซ้ำทุก 15 – 30 นาที หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาระงับปวด และควรมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอในระยะ 24 – 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการผ่าตัด (Veterans Health Administration [VHA], 2006 อ้างใน อัจฉรา สุจาจริง, 2551) การที่พยาบาลต้องประเมินอาการปวดซ้ำทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และเพื่อหาแนวทางในการที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยต่อไปหากอาการปวดนั้นยังบรรเทาหลง

4.5) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ข้อมูลที่ใช้ในการบันทึกจะประกอบไปด้วย ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่เริ่มปวด ระดับความเจ็บปวด ยาที่ได้รับในการบรรเทาความปวดหรือวิธีที่ใช้ในการบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วย และผลการประเมินซ้ำหลังจากได้รับการบรรเทาอาการปวด การบันทึกเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

#### 5) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจัดการต่อความวิตกกังวล

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมักจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมถึงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พยาบาลบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรให้คำอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงตอบคำถามหรือข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ และเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจถึงสถานการณ์ของตนเอง และสามารถดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างดี

6) การวางแผนจำหน่าย เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ โดยใช้หลักของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การวางแผนเพื่อการจำหน่าย และการประเมินผล การวางแผนจำหน่ายสามารถเตรียมการวางแผนได้เป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลเรื่อยไปจนถึงระยะหลังจำหน่าย ซึ่งในแต่ละระยะจะเป็นการเตรียมเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552) ซึ่ง Hucy etc. อ้างถึงใน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกพัฒนาเป็นรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นวิธีการที่จะช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ คือ กิจกรรมตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งพยาบาลจะให้ความรู้แบบเดียวกับผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องทั่วไป ประกอบด้วย



6.1) Medication (M) คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด รวมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมถึงข้อห้ามของการใช้ยาด้วย ในการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านนั้น พยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ซึ่งเป็นยารักษาโรคร่วมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนที่ผู้ป่วยยังคงใช้อยู่ รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุเสริมต่าง ๆ และยาลดกรดประเภท Proton pump Inhibitor ที่ผู้ป่วยจะได้รับภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงการหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ซึ่งมีผลต่อกระเพาะอาหารโดยตรง สำหรับวิตามินและแร่ธาตุเสริมผู้ป่วยควรรับประทานทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์

6.2) Environment และ Economic (E, E) คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะแนะนำเกี่ยวกับสิทธิ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษา หรือประสานงานให้ติดต่อกับต้นสังกัด หรือฝ่ายสังคมสงเคราะห์เพื่อขอผ่อนผันการชำระค่าใช้จ่าย

6.3) Treatment (T) คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการของตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์และพยาบาลทราบได้ มีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง (อุซาวตี อัครวิเศษ, 2546) ในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก นั่นก็คือการรักษาโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน และผู้ป่วยจะต้องมีการดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินให้ได้ เพื่อควบคุมและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคอ้วน นอกจากนี้การผ่าตัดลดน้ำหนักยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดด้วย ผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการของตนเอง รวมถึงต้องมีความรู้ในการป้องกันการเกิดและสามารถจัดการกับภาวะนั้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดที่ผู้ป่วยควรรู้และเฝ้าระวังประกอบด้วย

6.3.1) การสังเกตอาการของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขา (Deep vein thrombosis) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขาจะเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดด้วย อาการที่พบ ได้แก่ ปวดเมื่อยที่ขาและน่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลายืนนาน ๆ ขาบวม คล้ำที่ขาตุงจะร้อน หรือคล้ำได้หลอดเลือดเป็นเส้นแข็ง มีไข้ต่ำ ๆ สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มแรกผิวหนังจะมีสีแดง หากเกิดนานไปผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ

6.3.2) การเฝ้าระวังอันตรายจากการทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ (Pulmonary dysfunction) เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจผิดปกติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) จะต้องใช้ต่อเนื่องไปจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัย

จากแพทย์ให้หยุดใช้ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ต้องมีการฝึกบริหารการหายใจร่วมด้วย รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่อง CPAP มาก่อนก็ต้องมีการฝึกบริหารการหายใจร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของปอดให้กลับสู่ภาวะปกติ และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนภายในปอดอย่างมีประสิทธิภาพ

6.3.3) การสังเกตอาการของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound infection) แผลผ่าตัดมักจะหายภายใน 7 – 14 วันภายหลังการผ่าตัด ถ้าหากเกินจากเวลานี้ไปแล้วผู้ป่วยยังมีอาการแผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากแผลผ่าตัด ร่วมกับมีไข้ แสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

6.3.4) การสังเกตอาการของการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Marginal ulcer) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักชนิดที่มีการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ สาเหตุเกิดได้จาก การมีกรดในกระเพาะอาหาร ปฏิกริยาจากสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย การอักเสบ การสูบบุหรี่ การใช้ยาแก้อักเสบประเภท NSAID และเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* อาการที่พบได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องรุนแรง หรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดท้องมาก เมื่อรับประทานอาหารจะทำให้ปวดท้องมากขึ้น ความรุนแรงของอาการปวดไม่สัมพันธ์กับขนาดของแผล มีโอกาสเกิดเลือดออกได้แต่ไม่บ่อย ภายหลังการผ่าตัดแพทย์จะให้ยาลดกรดไปรับประทานประมาณ 3 - 6 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง เนื่องจากยาบางชนิดมีผลต่อการหลังกรดในกระเพาะอาหาร

6.3.5) การสังเกตอาการของภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional deficiencies) ภาวะขาดสารอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ มีภาวะอ่อนแรง บวมปลายมือปลายเท้า ตรวจเลือดพบระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ อาจมีอาการลำไส้ปั่นป่วนมากกว่าปกติหรือมีไขมันปนมากับอุจจาระ การมาตรวจติดตามผลตามนัดอย่างต่อเนื่องจะสามารถตรวจพบภาวะขาดสารอาหารได้ การเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย และการรับประทานวิตามินและแร่ธาตุเสริม จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหารชนิดต่าง ๆ ได้

6.4) Health (H) คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจถึงผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (อูซาวดี อัครวิเศษ, 2546) สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดน้ำหนักส่วนที่เกิน ทั้งในด้านการ

รับประทานอาหาร การกำกับและควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ดังนี้

6.4.1) ด้านสมดุลงการมีกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แนะนำให้ผู้ป่วยงดยกของหนักเป็นเวลา 3 เดือนภายหลังการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยสามารถเริ่มเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเบา ๆ ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักหรือเมื่อแผลผ่าตัดแห้งสนิท ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เน้นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกและการเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการนอนหลับพักผ่อนตอนกลางคืนให้ได้ 6 – 8 ชั่วโมงต่อคืน เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยอาจมีภาวะอ่อนเพลียจากการรับประทานอาหารได้ลดลง

6.4.2) ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคต่อการชะลอการลดลงของน้ำหนักนั้นคือการบำบัดความเครียดด้วยการรับประทานอาหาร ดังนั้นพยาบาลควรมีการแนะนำวิธีในการจัดการกับความเครียดให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย หรือทำสมาธิ เป็นต้น โดยการเลือกกระทำตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ

6.4.3) ด้านการกำกับและควบคุมตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก ผู้ป่วยต้องมีการกำกับและควบคุมตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักของตนเองทุกวัน คำนวณพลังงานของตนเองที่ควรได้รับในแต่ละวัน รวมถึงการบันทึกปริมาณของอาหารและพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับจากการรับประทานอาหาร ชนิดและระยะเวลาการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และน้ำหนักของตนเองในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงสมดุลพลังงานของตนเองในแต่ละวัน รวมถึงความก้าวหน้าในการลดลงของน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนชนิดของอาหาร และเพิ่มการออกกำลังกายได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีน้ำหนักกลับคืนมา (พรพจน์ เปรมโยธิน, 2560)

6.5) Outpatient (O) คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ ต้องทราบว่าสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจติดตามผลอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นการประเมินติดตามการลดลงของน้ำหนักของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วย ซึ่งแพทย์จะตรวจวินิจฉัยร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ และให้การรักษาทันทีหากมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้น และหากผู้ป่วยมีปัญหาหรือสังเกตพบว่าตนเองมีอาการหรือภาวะผิดปกติต่าง ๆ ควรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้ง ไม่แนะนำให้รักษาหรือซื้อยามารับประทาน

เอง เนื่องจากยาบางชนิดมีผลโดยตรงกับกระเพาะอาหาร หากรับประทานยาที่มีผลต่อกระเพาะอาหารจะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารตามมาได้

6.6) Diet (D) คือ ผู้ป่วยต้องรู้จักการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพหรือโรคที่เป็น หลีกเลียง หรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการรับประทานอาหารและน้ำ ดังตารางที่ 4 ที่เป็นแนวปฏิบัติของทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดในระยะนี้ ผู้ที่ให้คำแนะนำจะเป็นแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ และนักโภชนาการ

**1.1.3.3 การพยาบาลในระยะท้ายภายหลังการผ่าตัด (Late phase)** คือ ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยกลับบ้านจนถึงผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติ หรือ ช่วงเวลาภายหลังจากสัปดาห์แรก ถึง 1 เดือน ภายหลังผ่าตัด ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการฟื้นฟูสภาพดีแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Allvin et al., 2007) การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จะเน้นการมาตรวจติดตามผลตามนัดภายหลังการผ่าตัด ที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย

**1) การประเมินด้านร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป** ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และประเมินค่าดัชนีมวลกายเพื่อประเมินการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน ตลอดจนได้รับการดูแล ประสานงานกับทีมสหสาขาหรือแผนกอื่น ๆ เพื่อให้ได้รับการตรวจพิเศษต่าง ๆ ตามที่แพทย์สั่ง ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี การส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร การตรวจที่แผนกอายุรกรรม การตรวจที่แผนกระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

**2) การดูแลแผลภายหลังการผ่าตัด** พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะช่วยแพทย์ในเรื่องการตัดไหมภายหลังการผ่าตัด หรือประเมิน ดูแล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดภายหลังการผ่าตัดแล้วพบว่าแผลมีปัญหา เช่น แผลติดเชื้อ แผลยังปิดไม่สนิท หรือที่แผลมีการอักเสบ เป็นต้น

**3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดโดยทั่วไป** พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด รวมถึงการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ แบบเดียวกับที่ให้การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องโดยทั่วไป

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนที่แผนกผู้ป่วยนอกนี้ ผู้ที่ให้คำแนะนำคือศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด และนักโภชนาการ ซึ่งจะสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคอ้วนที่มารับการรักษาแบบรายกลุ่ม เป็นการสอนรวมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดแล้วกับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด ใช้เวลาในการสอนประมาณ 60 นาที ก่อนการตรวจผู้ป่วย เน้นการสอนโดยรวมแล้วให้ผู้ป่วยซักถามจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจากการได้รับการผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยบางคนสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกับเพื่อนได้อย่างถูกต้อง แต่มีบางคนที่ไม่คำแนะนำที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งหากไม่มีบุคลากรสุขภาพคอยให้คำแนะนำที่ถูกต้องร่วมด้วยแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิด และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องภายหลังการผ่าตัดได้

## 2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

### 2.1 กระบวนทัศน์ทางการพยาบาล หรือ มโนคติทางการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมีอิทธิพลต่อกระบวนทัศน์ทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

**2.1.1 บุคคลหรือมนุษย์** ในทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (2001) หมายรวมถึงผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล โดยผู้ที่ได้รับการดูแลคือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ส่วนผู้ดูแลอาจเป็นพยาบาลหรือตัวของบุคคลที่ดูแลตนเองก็ได้ ซึ่งโอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการเรียนรู้และสามารถพัฒนาได้ การที่บุคคลแสวงหาหนทางที่จะเติมเต็มความต้องการของตนเองนั้นไม่ได้กระทำด้วยสัญชาตญาณ แต่เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ โดยบุคคลผู้กระทำการดูแลตนเองหรือให้การดูแลผู้อื่นต้องการพลังอำนาจและความสามารถในการดูแล มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองหรือผู้อื่น การแสดงการกระทำดูแลตนเองหรือผู้อื่นอย่างตั้งใจนั้น จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้อื่นและก่อให้เกิดเป็นลักษณะส่วนบุคคล

**2.1.2 สิ่งแวดล้อม** Orem (2001) เชื่อว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลมีจุดกำเนิดมาจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคล กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และชุมชน

**2.1.3 สุขภาพ** Orem (2001) ได้กล่าวถึง สุขภาพ (Health) ในความหมายของโครงสร้างและจิตใจของบุคคลที่ถูกพัฒนาขึ้น เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง บุคคลที่มีสุขภาพดีคือบุคคลที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ ส่วนสวัสดิภาพ (Well-being) ถูกใช้ในความหมายของการรับรู้ถึงเงื่อนไขที่เป็นอยู่ของบุคคล สวัสดิภาพนั้นพบในลักษณะของความพอใจและความสุข ความรู้สึกเติมเต็มในตนเองและการเป็นตัวของตัวเอง สวัสดิภาพและสุขภาพมีความสัมพันธ์

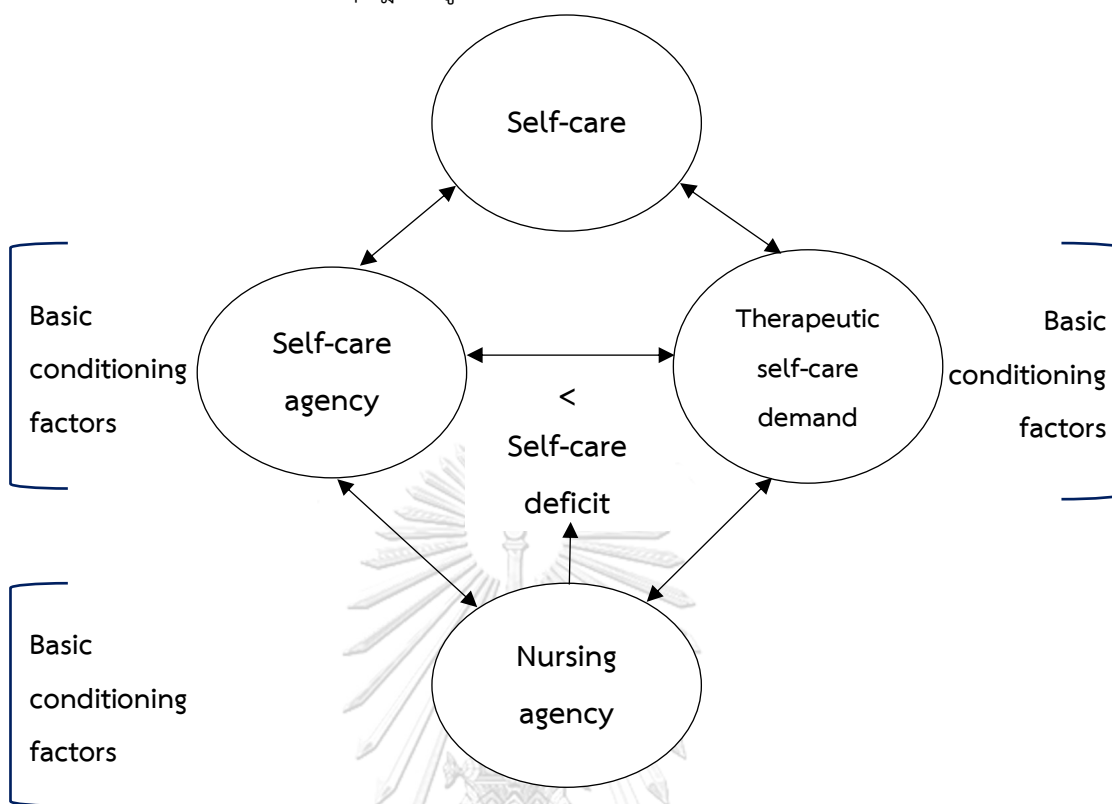
กัน บุคคลสามารถมีสวัสดิภาพได้แม้บุคคลนั้นจะมีความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายและการทำหน้าที่ (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556)

**2.1.4 การพยาบาล** คือ การดูแลที่ให้โดยพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นผ่านการกระทำอย่างตั้งใจ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามความพร้อมของสุขภาพที่เป็นอยู่ และคงไว้หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการพยาบาลมีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539b) ขั้นตอนของการกระทำจะเกิดขึ้นและคงอยู่หรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการกระทำที่บุคคลเลือกที่จะกระทำ การพยาบาลจะเป็นสิ่งที่ต้องการเมื่อบุคคลต้องการศักยภาพในการเรียนรู้และเต็มเต็มองค์ประกอบของความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่ไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพ บุคคลจะเข้าถึงความต้องการในการดูแลตนเองได้จากการที่มีผู้อื่นสังเกตการกระทำของบุคคลนั้นและให้ข้อมูลว่าควรกระทำหรือไม่ควรกระทำสิ่งใดด้วยเหตุผล (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556)

## 2.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) ซึ่งถูกพัฒนาโดยโดโรธี โอเรม (Dorothea Orem) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ทั้ง 3 ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกัน แต่ละทฤษฎีมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งที่เกี่ยวข้องในมุมมองที่แตกต่างกันออกไป โดยทฤษฎีการดูแลตนเองเน้นที่ตัวตนของบุคคล ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นกับตัวตนของบุคคลนั้น และทฤษฎีระบบการพยาบาลมุ่งเน้นที่บุคคลและชุมชน และจุดเน้นของทั้ง 3 ทฤษฎีมีความเหมือนกันที่การดูแลตนเอง (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556) ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001)



### 2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-care)

เป็นทฤษฎีพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้เข้าใจถึงทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล โดยทฤษฎีนี้ได้อธิบายเกี่ยวกับความต้องการในการกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ว่าบุคคลมีอำนาจที่จะพัฒนาความสามารถและกระทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความรู้และเติมเต็มต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) โอเร็มกล่าวว่า แนวคิดหลักของทฤษฎีการดูแลตนเองตั้งอยู่บนสมมติฐาน 4 ข้อต่อไปนี้ (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556)

- 1) ทุกสิ่งในโลกนี้เสมอภาคกัน มนุษย์มีศักยภาพในการพัฒนาทักษะและดำรงไว้ซึ่งแรงกระตุ้นที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง และดูแลสมาชิกที่ต้องการการดูแลในครอบครัว
- 2) วิธีที่เติมเต็มความต้องการการดูแลเป็นองค์ประกอบทางวัฒนธรรมและมีความแตกต่างกันไปตามบุคคลและกลุ่มคนในสังคม
- 3) การดูแลตนเองและการดูแลสมาชิกที่ต้องการการดูแลในครอบครัว เป็นรูปแบบของการกระทำอย่างตั้งใจ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของบุคคลและการชื่นชอบในการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์นั้น ๆ

4) การอธิบายหรือบอกถึงความต้องการในการดูแลที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และการดูแลสมาชิกที่ต้องการการดูแลในครอบครัวนำไปสู่การค้นหาและพัฒนาวิธีที่จะเติมเต็มความต้องการและรูปแบบของการดูแล

Orem (2001) ยังได้นำเสนอข้อเท็จจริงของทฤษฎีการดูแลตนเองเพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่นโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

#### กลุ่มที่ 1

1) สิ่งที่ต้องจัดหาอย่างต่อเนื่องหรือรักษาไว้โดยตลอดการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตคือ อากาศ น้ำ และอาหาร

2) เงื่อนไขที่ต้องดำรงรักษาไว้ตลอดการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของมนุษย์ การสุขภาพ การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิของร่างกาย การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และสิ่งที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาร่างกาย การคิดรู้ อารมณ์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการทำหน้าที่ของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3) คุณภาพและปริมาณของสิ่งที่ให้และเงื่อนไขที่ให้หรือดำรงไว้ผ่านการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้เกิดพัฒนาการ โครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์อย่างเหมาะสม

4) การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพากระทำโดยบุคคลที่มีความตั้งใจที่จะกระทำการที่ดีสำหรับตนเองหรือผู้อื่น อาจจะไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้บ้าง เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ หรือมีข้อจำกัดในการกระทำ

#### กลุ่มที่ 2

1) การกำหนดในการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาเกี่ยวข้องกับการคาดการณ์ถึงการกระทำหรือแสดงให้เห็นว่าสิ่งใดควรกระทำและสามารถทำได้ รวมถึงตัดสินใจว่าจะทำอะไรและให้การดูแล

2) การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาเป็นงานที่ต้องการเวลา พลังงาน แหล่งสนับสนุนด้านกำลังทรัพย์ และความเต็มใจของบุคคลอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา

3) การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาล่วงเวลาสามารถเข้าใจได้ เช่นเดียวกับระบบปฏิบัติการ (ระบบการดูแลตนเองและระบบการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา) เมื่อไรก็ตามที่มีเหตุผลและข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการประเมินการปฏิบัติการดูแลตนเอง และมีการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านั้น

4) การจัดการการดูแลถูกเลือกและกระทำในการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาถูกกำหนดโดยเทคโนโลยีหรือวิธีการเลือกที่จะนำไปสู่ความรู้หรือการคาดการณ์ความ



ต้องการ เพื่อให้เกิดการทำหน้าที่หรือพัฒนาการได้ (การดูแลตนเองที่จำเป็น) เมื่อบุคคลเข้าใจสิ่งเหล่านี้ และมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองหรือผู้อื่น การจัดการการดูแลจะกลายเป็นการกระทำตามความเคยชิน

ทฤษฎีการดูแลตนเองได้มีการอธิบายถึงความหมายของการดูแลตนเอง และอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งมีโน้ตหลักของทฤษฎีการดูแลตนเองประกอบด้วย

**2.2.1.1 การดูแลตนเอง (Self-care)** เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยผู้ที่กระทำกิจกรรมนั้นเป็นผู้ที่เติบโตเต็มที่ มีพลังและพัฒนาความสามารถในการใช้วิธีการที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ ในการควบคุมการทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) การดูแลตนเองต้องการความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลตนเองและการกระทำ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับตนเอง เช่น ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคม การดูแลตนเองยังรวมถึงการค้นหาและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ซึ่งการดูแลต้องการกิจกรรมที่ควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่มาจากภายในตัวบุคคล และพฤติกรรมที่ควบคุมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มาจากภายนอกตัวบุคคล เพื่อก่อให้เกิดการสื่อสารกับบุคคลอื่นและเกิดการใช้แหล่งสนับสนุนได้ โอเร็มยังกล่าวว่า พฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองได้รับอิทธิพลจากภายในตัวบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับภาวะเสี่ยง การรับรู้ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตัวของบุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือบริบทของบุคคลนั้น ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ความรู้ การดูแลไม่ได้หมายถึงเฉพาะการดูแลตนเองเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลที่กระทำโดยผู้อื่นจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้ โอเร็มกล่าวว่าจุดประสงค์ของการดูแลตนเองมีเพื่อให้บุคคลมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย และกระทำตามหน้าที่ที่ควรกระทำได้ (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556)

**2.2.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite)** เป็นวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การดูแลตนเองที่จำเป็นจะแสดงออกในรูปของกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลในการควบคุมปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของบุคคลหรือพัฒนาการของบุคคลนั้น Orem (2001) แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

### 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self - care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใดของชีวิต ซึ่งจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ 2) การดำรงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสียและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) การดำรงรักษาสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การดำรงรักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลา

ส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ และสวัสดิภาพ 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการภายในในกลุ่มสังคมตามศักยภาพที่บุคคลนั้นมีอยู่และส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) เมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่จำเป็นทั้ง 8 ปัจจัยดังกล่าวอย่างเหมาะสม การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

**2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)** Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนาของมนุษย์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาต่าง ๆ ของชีวิต เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดผลกระทบไปในทางที่ไม่ดีต่อพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการทำหน้าที่ในการส่งเสริมกระบวนการชีวิตและการเติบโตอย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันก็มีหน้าที่ป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตเต็มที่หรืออูฐภาวะด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งออกได้เป็น 2 อย่าง คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่เฉพาะเจาะจงกับพัฒนาการของมนุษย์ เช่น การดูแลตนเองให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอในแต่ละวัย ซึ่งความเพียงพอของอาหารสำหรับเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน เป็นต้น 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นชนิดใหม่ที่เกิดจากสภาวะหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การปรับตัวเมื่อได้รับงานใหม่ การแต่งงานแล้วตั้งครุฑ เป็นต้น (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550)

**3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)** เป็นความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะเจ็บป่วย พิกการ ทูพพลภาพ บาดเจ็บหรือเกิดโรค หรืออยู่ในระหว่างการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักนั้นก็ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นจากความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นใน 2 ด้านข้างต้น ผู้ป่วยจะแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านกายภาพจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ผู้ป่วยจะแสวงหาความรู้และใส่ใจต่อผลกระทบจากพยาธิสภาพหรือผลกระทบจากการผ่าตัด และผลกระทบต่อพัฒนาการ ผู้ป่วยจะจัดการให้ตัวเองได้รับการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความใส่ใจและรู้จักควบคุมความไม่สุขสบายจากการรักษามากขึ้น

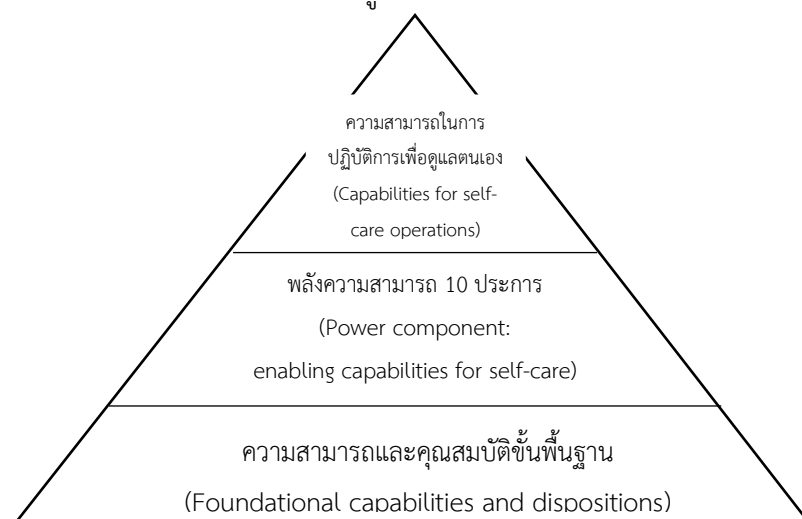
**2.2.1.3 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)** เป็นความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการนำศักยภาพของตนเองออกมา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะกระทำการดูแลตนเอง หรืออำนาจของบุคคลที่ตั้งใจหรือตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด ๆ เพื่อการดูแลตนเอง โดยความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการตามวัยขึ้นอยู่กับสุขภาพ

ความสามารถในการเรียนรู้ และประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองเป็นความพยายามของมนุษย์และเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีลักษณะการกระทำอย่างตั้งใจ โดยอาศัยอิทธิพลจากภายในและภายนอกตัวบุคคลเข้ามาผลักดันให้เกิดการกระทำหน้าที่และก่อให้เกิดพัฒนาการของบุคคลขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองถูกพัฒนาในระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวันผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยธรรมชาติ ซึ่งการพัฒนานี้บุคคลอาจต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นคอยแนะนำหรือเกิดจากประสบการณ์ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

การเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง (Learning self-care) อย่างต่อเนื่องเป็นหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้และใช้ความรู้ในการปฏิบัติตามขั้นตอนทั้งภายนอกและภายในร่างกายมนุษย์ โดยมีผู้ให้การดูแลตนเอง (Self-care agent) เป็นผู้เปิดรับองค์ประกอบทางวัฒนธรรมเพื่อให้เข้าถึงธรรมชาติของการดูแลตนเองที่จำเป็นและวิธีการที่จะทำให้เข้าใจ ผู้ให้การดูแลจะเกิดการปฏิบัติดูแลได้โดยการได้รับแนวคิดจากทั้งภายในและภายนอก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดโดยทั่วไปของวิธีการช่วยเหลือ (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556) การปฏิบัติดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากแนวคิดภายนอกมี 4 ชนิด ได้แก่ 1) ขั้นตอนการค้นหาความรู้ 2) ขั้นตอนการค้นหาแหล่งข้อมูลและให้การช่วยเหลือ 3) การกระทำระหว่างบุคคลที่แสดงออกมา 4) การกระทำที่เป็นขั้นตอนเพื่อควบคุมปัจจัยภายนอก ส่วนการปฏิบัติดูแลตนเองที่เกิดจากแนวคิดภายในมี 2 ชนิด ได้แก่ 1) การกระทำที่เป็นขั้นตอนและใช้แหล่งสนับสนุนเพื่อควบคุมปัจจัยภายใน 2) การกระทำที่เป็นขั้นตอนเพื่อควบคุมตนเอง (เช่น ความคิด ความรู้สึก และการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นต้น) และเกิดการควบคุมปัจจัยภายในหรือการประเมินภายนอกบุคคล (Orem, 2001: 269)

โครงสร้างของแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ซึ่ง Gast et al. (1989) ได้วิเคราะห์หมโนทัศน์ของความสามารถในการดูแลตนเองว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของลำดับที่สูงขึ้นไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539b) ดังภาพ ประกอบด้วย

**ภาพที่ 2** แสดงโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง



**1) ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)** เป็นโครงสร้างอย่างกว้างของแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองที่ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์และรูปแบบการกระทำที่เฉพาะในแต่ละระยะของการกระทำอย่างตั้งใจ ในรูปของการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน การใช้ดุลยพินิจ การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อที่จะรู้และค้นพบความต้องการในการดูแลตนเองนั้นต้องอยู่ในสถานที่และระยะเวลาที่เหมาะสม ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประการ คือ

1.1) การคาดการณ์ (Estimative operations) เป็นการปฏิบัติเพื่อค้นหาความรู้เชิงประจักษ์และเทคโนโลยีให้เกิดความรู้และความเข้าใจว่าอะไรควรกระทำเพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง การคาดการณ์มี 3 ชนิด คือ 1) การตรวจสอบเงื่อนไขภายในและภายนอกตัวบุคคล และปัจจัยที่สำคัญในการดูแลตนเอง 2) การตรวจสอบความหมายของลักษณะเงื่อนไข ปัจจัย และควบคุมการปฏิบัตินั้น 3) คำถามที่ใช้ในการตรวจสอบคือ จะสามารถควบคุมเงื่อนไขและปัจจัยในการดูแลตนเองที่มีอยู่นั้นได้อย่างไร (เช่น จะเปลี่ยนแปลง หรือ คงไว้) (ปาหนัน พิชยภิญโญ, 2556)

1.2) การปรับเปลี่ยน (Transitional operations) เป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง บุคคลจะรับทราบเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลตนเองจากประสบการณ์ของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็น และวิธีการในการดูแลตนเองที่จำเป็น รวมถึงคุณค่าและความเต็มใจของบุคคลในการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนมี 2 ชนิด คือ 1) การพิจารณาไตร่ตรองถึงเหตุผลของการดูแลตนเองว่าควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ 2) การตัดสินใจในการกระทำการดูแลตนเอง (ปาหนัน พิชยภิญโญ, 2556)

1.3) การลงมือในการปฏิบัติ (Production operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น การลงมือปฏิบัติมี 5 ชนิด คือ 1) การเตรียมตัวเอง อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมการปฏิบัติการดูแลตนเอง 2) การปฏิบัติการดูแลตนเองโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะภายในระยะเวลานั้น มีการกำหนดผลลัพธ์ในการปฏิบัติ ทั้งในระยะระหว่างปฏิบัติกิจกรรมนั้น และในระยะการติดตามผล 3) ติดตามหลักฐานของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่ต้องการและไม่เป็นที่ต้องการ 4) พิจารณาและยืนยันความเพียงพอของหลักฐานและนำเสนอผลของการควบคุม 5) การตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมการปฏิบัติว่าจะดำเนินการต่อไป ยุติการกระทำ หรือล้มเลิกการกระทำในขณะนั้นแล้วค่อยกระทำในเวลาอื่น หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการคาดการณ์ว่าจะใช้ผลลัพธ์ที่ได้จากการคาดการณ์(ข้อมูลปัจจุบัน)ต่อไป หรือจะเริ่มการคาดการณ์ใหม่ (ปาหนัน พิชยภิญโญ, 2556)

ใน Orem (2001: 273 – 277) ได้แบ่งความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การคาดการณ์และการปรับเปลี่ยน และ 2) การลงมือในการปฏิบัติ ดังนี้

1.1) การคาดการณ์และการปรับเปลี่ยน (Estimative and Transitional Operations) บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ก่อนที่บุคคลจะสามารถยืนยันได้ว่าสิ่งใดมีความเหมาะสมที่จะทำ บุคคลต้องทราบถึงเหตุผลของการกระทำนั้นก่อน และการกระทำนั้นต้องให้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ บุคคลที่ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นก้าวแรกของการนำไปสู่การดูแลตนเองอย่างใกล้ชิด โดยการตัดสินใจว่าสิ่งใดควรกระทำ สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ผู้ที่ปฏิบัติการดูแลตนเองต้องการความรู้อยู่ 2 ชนิด คือ 1) ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ ปัจจุบันภายในและปัจจุบันภายนอก และ 2) ความรู้ที่มีความเป็นเหตุเป็นผลกัน ว่าสิ่งใดเกิดก่อน และจะส่งผลอะไรตามมาบ้าง ซึ่งจะทำให้บุคคลเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อการกระทำนั้น นำไปสู่การพิจารณา ไตร่ตรอง ก่อนตัดสินใจเลือกว่าควรกระทำสิ่งใด หรือไม่ควรกระทำสิ่งใด

1.2) การลงมือในการปฏิบัติ (Production operations) ระยะที่ 2 นี้ จะเริ่มตัดสินใจเกี่ยวกับสาเหตุของการกระทำตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของความต้องการการดูแลตนเอง ทางเลือกที่ว่า จะกระทำหรือไม่กระทำเป็นจุดสิ้นสุดของระยะแรกซึ่งได้ผ่านการคิดอย่างรอบคอบมาแล้ว ทางเลือกดังกล่าวจะนำไปสู่เป้าหมายของการกระทำในระยะที่ 2 เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่ต้องการกระทำ เจื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความพยายามที่จะดูแลตนเองในสถานการณ์หรือเวลาที่เฉพาะ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะริเริ่มและพยายามให้บรรลุผลของการดูแลตนเอง ผลลัพธ์นี้มาจาก 1) บุคคลต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเฉพาะในเรื่องนั้น ๆ 2) มีแรงจูงใจตั้งแต่เริ่มแรกในการกระทำและต่อเนื่องไปจนบรรลุผลสำเร็จ 3) มีการให้สัญญาณร่วมกันถึงความต้องการการดูแลตนเอง หรืออย่างน้อยที่สุดต้องมีการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและสามารถประเมินได้ 4) สามารถดำเนินการเคลื่อนไหวได้ตามต้องการ 5) มีพลังงานและรับรู้ถึงสวัสดิภาพที่เพียงพอตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาความพยายามในการดูแลตนเอง

**2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power component: enabling capabilities for self-care)** เป็นพลังของมนุษย์ที่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเอง พลังความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวเชื่อมโดยธรรมชาติระหว่างการทำหน้าที่ของมนุษย์และอุปนิสัยของมนุษย์ ทั้งในด้านของการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ ซึ่งพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ (Orem, 2001) ประกอบด้วย

2.1) ความสามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งความใส่ใจและการกระทำที่จำเป็นอย่างระมัดระวังเพื่อตอบสนองต่อตนเอง ในฐานะที่เป็นผู้ให้การดูแลตนเอง และสนใจเงื่อนไขภายในและภายนอก รวมถึงปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายที่มีอยู่ให้เพียงพอสำหรับการเริ่มต้นในการดูแลตนเองและต่อเนื่อง

2.3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการเคลื่อนไหวที่จำเป็นสำหรับการเริ่มต้นในการดูแลตนเองและต่อเนื่อง

2.4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเป็นกรอบในการดูแลตนเอง

2.5) แรงจูงใจ เช่น เป้าหมายในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7) ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้

2.8) การปรับทักษะทางกระบวนการคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการทำการสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นให้เข้ากับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9) ความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง

2.10) ความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานการดูแลตนเองเข้าไปในการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

**3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)** เป็นการกำหนดรูปแบบแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีคุณสมบัติพื้นฐานใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกแสดงในรายการสำรวจศักยภาพที่จำเป็นในการดูแลตนเองของ Joan E. Bakscheider ในปี ค.ศ. 1970 และ 1971 ซึ่งมีทั้งด้านกายภาพ จิตใจ แรงจูงใจ อารมณ์ และศักยภาพในการกำหนดเป้าหมาย ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 ได้มีการปรับปรุงขึ้นใหม่ แบ่งออกเป็น 5 หมวด (Orem, 2001: 261-264) ดังนี้

3.1) ความสามารถขั้นพื้นฐานที่เลือกสรร (Selected basic capabilities) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถขั้นพื้นฐานที่เลือกสรรนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 หมวด ดังนี้ 1) การรับความรู้สึก ได้แก่ การเรียนรู้ การทำงาน และการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย 2) การเอาใจใส่ ได้แก่ การรับรู้ ความจำ และการควบคุมกระบวนการกระตุ้นทางอารมณ์ หากมีความผิดปกติของความสามารถดังกล่าวจะทำให้เกิดข้อจำกัดในการคาดการณ์

3.2) ความสามารถในการรู้และการกระทำ (Knowing and doing capabilities) เกิดจากการเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต รวมถึงทักษะในการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อการสื่อสารและการกระทำ เช่น (การอ่าน การนับ การ

เขียน การพูด การรับรู้ การทำด้วยตนเอง การมีเหตุผล) และความสม่ำเสมอของตนเองในการรู้และการกระทำ

3.3) อุปนิสัยที่ส่งผลต่อการค้นหาเป้าหมาย (Dispositions affecting goals sought) แสดงออกมาในรูปของเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความเต็มใจของบุคคลในการยอมรับตนเองเป็นผู้ให้การดูแลตนเอง ยอมรับตนเองว่าต้องการการดูแลหรือสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองได้ ได้แก่ การเข้าใจและตระหนักในตนเอง ภาพลักษณ์ตนเอง คุณค่าของตนเอง การยอมรับและหวังใยในตนเอง การยอมรับการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเต็มใจที่จะเติมเต็มความต้องการของตนเอง (ปาหนัน พิชยภิญโญ, 2556)

3.4) ความสามารถในการกำหนดความสำคัญและอุปนิสัย (Significant orientative capabilities and dispositions) เป็นตัวกำหนดความสนใจและความเต็มใจของบุคคลในการดูแลตนเอง ห่วงใยสุขภาพหรือสามารถระทำการดูแลตนเองได้ เช่น การแปลการรับรู้ (ต่อเวลา สุขภาพ ผู้อื่นและเหตุการณ์ต่างๆ) การจัดระบบตามลำดับความสำคัญและคุณค่า (จริยธรรม เศรษฐกิจ สุนทรียศาสตร์ วัตถุ สังคม) ความสนใจและหวังใย นิสัยประจำตัว ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ความสามารถในการจัดการตนเองและเรื่องส่วนบุคคล (ปาหนัน พิชยภิญโญ, 2556)

**2.2.1.4 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)** เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไป (Orem, 2001) ดังเช่นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจะมีปริมาณของกระเพาะอาหารเล็กลง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดต้องสอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาของแพทย์ คือ ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารประเภทโปรตีน 20 กรัมต่อมื้อ (ปริมาณขึ้นอยู่กับชนิดของอาหาร ตามลักษณะของอาหารแลกเปลี่ยน) หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวาน และน้ำอัดลม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (dumping syndrome) กำหนดปริมาณสารน้ำที่จะดื่มในแต่ละครั้ง โดยดื่มทีละน้อย เพราะถ้าดื่มครั้งละมาก ๆ อาจทำให้อาเจียน ต้องไม่ดื่มน้ำก่อนและหลังมีอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง สามารถรับประทานอาหารที่จำเป็น เช่น อาหารประเภทโปรตีน วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ และได้รับสารอาหารเหล่านั้นอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยอาจเลือกจิบน้ำทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นชุดของการกระทำในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**2.2.1.5 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)** เป็นปัจจัยภายในหรือภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือมีอิทธิพลต่อชนิดและปริมาณการดูแลตนเองที่บุคคลจำเป็นต้องได้รับ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม

วัฒนธรรม ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และเพียงพอ

## 2.2.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care deficit)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาการดูแลได้ เป็นทฤษฎีที่ให้แนวทางพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าการพยาบาลคืออะไร และควรปฏิบัติอย่างไร แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ก็คือข้อจำกัดของบุคคลในการปฏิบัติการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและวุฒิภาวะของบุคคลต่อข้อจำกัดในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถรู้ถึงความต้องการการดูแลตนเองและปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล และความพร้อมยังหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำที่บุคคลควรปฏิบัติกับความสามารถในการกระทำเพื่อดูแลตนเองและผู้อื่นซึ่งไม่ใช่ความผิดปกติของบุคคลนั้น แต่ความพร้อมในการดูแลตนเองอาจจะมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างด้านร่างกายที่ผิดปกติได้ (Orem, 2001) การที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นไม่ได้หมายถึงการที่บุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ฉะนั้นการเติมเต็มความพร้อมนี้จึงต้องอาศัยผู้อื่นเข้าช่วยเหลือในการดูแล

Orem (2001) ได้กล่าวถึงความคิดเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเปรียบเสมือนสมมติฐานไว้ ดังนี้

- 1) มนุษย์ต้องการข้อมูลในการคิดไตร่ตรองอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อการดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ตามธรรมชาติของมนุษย์
- 2) พลังของมนุษย์หรือพลังอำนาจในการกระทำอย่างตั้งใจ เป็นการกระทำในรูปแบบของการดูแลตนเองและผู้อื่น สำหรับกำหนดความต้องการที่จำเป็นและข้อมูลที่ต้องการ
- 3) มนุษย์ที่มีประสบการณ์ในการมีข้อจำกัดการกระทำดูแลตนเองและผู้อื่นเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการดำรงชีวิตและการทำหน้าที่
- 4) พลังของมนุษย์ถูกใช้ในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอดไปสู่ผู้อื่น เพื่อกำหนดความต้องการข้อมูลสำหรับตนเองและผู้อื่น
- 5) กลุ่มของมนุษย์ที่มีโครงสร้างความสัมพันธ์ด้านกลุ่มงานและความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลกลุ่มที่ขาดสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตนั้น ต้องการข้อมูลการตัดสินใจที่รอบคอบต่อตนเองและผู้อื่น

Orem (2001) ยังได้กล่าวถึงข้อเท็จจริงของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองไว้ ดังนี้



1) บุคคลที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองหรือผู้ที่ต้องการพึ่งพาการดูแลนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถเฉพาะในการกระทำนั้น ๆ

2) ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองหรือผู้ที่ต้องการพึ่งพาการดูแล ขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต สังคมและวัฒนธรรม สุขภาพ และแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่

3) ความสัมพันธ์ของความสามารถของแต่ละคนในการดูแลตนเองหรือผู้ที่ต้องการพึ่งพากับคุณภาพและปริมาณการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา สามารถกำหนดได้เมื่อรู้คุณค่าความสามารถ

4) ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพานั้น จะอยู่ในรูปของเท่ากับ น้อยกว่า หรือมากกว่า

5) การพยาบาลเป็นการบริการเมื่อ 1) ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองซึ่งเป็นการสัมพันธ์ที่บกพร่อง และ 2) ความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ที่ต้องการการพึ่งพามากกว่าหรือเท่ากับความต้องการการดูแลตนเองในปัจจุบัน แต่ในอนาคตมีความสัมพันธ์ที่บกพร่อง ซึ่งสามารถทำนายได้ได้จากความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง คุณภาพและปริมาณของความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นหรือทั้งหมด

6) บุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลสามารถเกิดขึ้นได้ในสังคมพึ่งพาที่มีสัมพันธ์ภาพทางการพยาบาล

7) ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นถาวรหรือชั่วคราวได้

8) ความพร้อมในการดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมให้ผู้ที่ต้องการการพึ่งพาการดูแล จะถูกขจัดออกบางส่วนหรือทั้งหมด หรือสามารถเอาชนะได้เมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถที่จำเป็น มีการจัดการหรือมีความเต็มใจที่จะจัดการ

9) ความพร้อมในการดูแลตนเองที่แสดงออกในรูปของข้อจำกัดในการคาดการณ์หรือการลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเองนั้น ต้องจัดหาแนวทางสำหรับเลือกวิธีการความช่วยเหลือและความเข้าใจบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านผู้ป่วยและด้านพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วยคือความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ส่วนปัจจัยทางด้านการพยาบาลคือความสามารถทางการพยาบาล โดยบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองจัดว่าเป็นผู้ป่วย และพยาบาลสำรวจความสามารถของตนเองในการให้การดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแลตามความต้องการของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นการประเมินความเหมาะสมในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Orem, 2001)

### 2.2.3 ทฤษฎีระบบพยาบาล (Theory of Nursing system)

คำว่า “ระบบ” ในทฤษฎีระบบพยาบาล หมายถึง บุคคลหลายคน หรือการกระทำ หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการกระทำใด ๆ ที่ส่งผลกับทั้งระบบ และระบบการพยาบาลจัดว่าเป็นระบบการจัดการองค์รวมส่วนบุคคล ซึ่งเป็นระบบชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยระบบพยาบาลเกิดขึ้นผ่านการกระทำของพยาบาลและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยต้องการความดูแลในเหตุการณ์ขณะนั้นพอดี ดังนั้นแนวคิดของระบบการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่บอกว่าพยาบาลควรกระทำสิ่งใดเมื่อให้การพยาบาล (ปาหนัน พิษยภิญโญ, 2556) ความหมายของการพยาบาลในแนวคิดระบบการพยาบาลนั้นแสดงออกในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เกิดจากผู้ป่วย 4 องค์ประกอบ และองค์ประกอบที่เกิดจากพยาบาล 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอต่อการเติมเต็มความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด 2) การดูแลตนเอง 3) พยาบาลที่มีความสามารถทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง 4) ความสามารถทางการพยาบาล 5) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และ 6) ความสามารถในการดูแลตนเอง

Orem (2001) ได้กล่าวถึงข้อเท็จจริงของทฤษฎีระบบการพยาบาลไว้ดังนี้

- 1) ผู้รับการพยาบาลคือบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสามารถในการดูแลตนเองหรือมีความสามารถในการดูแลผู้ที่ต้องการการพึ่งพา ที่ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอในบางส่วนหรือทั้งหมดตามภาวะสุขภาพ
- 2) ในการออกแบบระบบการพยาบาล พยาบาลต้องค้นหาและยืนยันถึงข้อมูลที่ต้องการเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับองค์ประกอบของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และพลังความสามารถในการดูแลตนเอง หรือเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่อยู่ในความดูแล
- 3) การชดเชยในระบบการพยาบาลสำหรับบุคคลในเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือสถานที่ใดนั้น จะมีความเฉพาะกับความต้องการของบุคคลในการเติมเต็มความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของตนเอง
- 4) ข้อจำกัดของการกระทำในระบบการพยาบาลมีความเฉพาะต่อข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละคน สามารถเอาชนะได้ด้วยการเรียนรู้ โดยการพัฒนากทักษะและฝึกปฏิบัติ และโดยการพัฒนาให้ดีขึ้นหรือการปรับทักษะของตนเอง และการจัดการตนเอง
- 5) โครงสร้างของระบบพยาบาลแตกต่างกันตามผู้ที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งผู้ที่ได้รับการพยาบาลนี้สามารถรู้และเติมเต็มความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของตนเองหรือผู้ที่ต้องการพึ่งพา และสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดของการกระทำได้

6) โครงสร้าง เนื้อหา และผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลในการปฏิบัติมีความหลากหลายตามสถานการณ์ชีวิต พลังความสามารถในการดูแลของพยาบาลเอง การฝึกปฏิบัติ และปัจจัยภายในตัวพยาบาลเองหรือเหตุการณ์ภายนอกและเงื่อนไขในการสนับสนุนหรือขัดขวางการฝึกปฏิบัติพลังความสามารถในการดูแลของพยาบาล

7) การเชื่อมต่อของระบบพยาบาลรวมถึงระบบปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการพยาบาล มีความแตกต่างกันตามพลังอำนาจในการมีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับพยาบาลของผู้รับบริการ และพลังอำนาจในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารของพยาบาล

ทฤษฎีระบบการพยาบาลจึงเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งวัตถุประสงค์ของการพยาบาลอยู่ที่การระบุถึงการดูแลตนเองที่จำเป็น ค้นหาวิธีการและกระทำการเพิ่มเติมสิ่งที่เป็นต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดให้กับบุคคล Orem (2001) ได้แบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ คือ

**2.2.3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system)** ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะต้องกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดให้กับผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ช่วยปรับระดับประคองและปกป้องผู้ป่วย (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักในระหว่างการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถปกป้องดูแลตนเองได้

**2.2.3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system)** ในระบบนี้พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด การช่วยเหลือจะขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ในระบบนี้พยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างให้กับผู้ป่วย เพื่อชดเชยข้อจำกัดและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) เช่น ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**2.2.3.3 ระบบการให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system)** ในระบบนี้ผู้ป่วยมีบทบาทในการเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด กระทำการกิจกรรมการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลต้องสอนและกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยให้คงความพยายามในการดูแลตนเอง (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) และเมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อนั้นพยาบาลจะต้องเข้าไปให้การช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งโอเร็มเรียกว่าสถานการณ์การช่วยเหลือ สถานการณ์การช่วยเหลือมีอย่างน้อย 5 วิธี (Orem, 2001) ได้แก่

1) การทำแทนหรือการทำให้ (Acting for/doing for another) วิธีนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังต้องเกิดขึ้นจากการกระทำภายในของบุคคล

2) การชี้แนะ (Guiding and directing) เป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเลือกเพื่อกระทำกิจกรรมบางอย่าง วิธีการนี้เหมาะที่จะใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่าบุคคลมีแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมดังกล่าวได้

3) การสนับสนุนผู้อื่น (Supporting another) การช่วยเหลือด้วยวิธีนี้เหมาะกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ และบุคคลนั้นต้องสามารถควบคุมหรือกำหนดทิศทางของการกระทำของตนได้เมื่อได้รับการสนับสนุนทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

4) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล (Providing and maintaining an environment that supports personal development) เป็นการ จัดหาสิ่งแวดล้อมที่สามารถจูงใจให้บุคคลสามารถตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

5) การสอน (Teaching) เป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่บุคคลจำเป็นต้องได้รับการสอนเพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะเฉพาะ

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ถอดองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ตามแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ผู้วิจัยจึงได้นำระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) มาเป็นเทคนิคในการส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ดังมีรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

### 3. พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เพื่อการลดน้ำหนัก ทำให้ระบบการย่อยและการดูดซึมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้วิจัยยึดแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการอธิบายความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ดังนี้

### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

Orem (2001) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองต้องการความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและเป้าหมายของการดูแลตนเอง รวมถึงความรู้เกี่ยวกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองจัดเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคล ครอบครัว และชุมชน กระทำเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรก การเยียวยารักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการจัดการดูแลตนเองในระยะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการดูแลตนเองทางการพยาบาล จะเน้นที่ความสามารถของบุคคลในการแสวงหาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต

ดังนั้น “พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด” หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน และส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีกลับคืนมาภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

### 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก และส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีกลับคืนมาภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยยึดตามหลักความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของโอเรอร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจะพักอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดนาน 3 – 7 วัน แล้วจึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลา 3 – 7 วันที่อยู่โรงพยาบาลนี้จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างแท้จริงเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีเงื่อนไขที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะอาหารที่ได้รับการผ่าตัดและมีขนาดเล็กลงตามแต่ละชนิดของการผ่าตัด องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถถอดองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดของโอเรอร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ ดังนี้

**3.2.1 การดื่มน้ำ** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปด้านการดำรงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ตามลำดับของอาหาร (Step diet) ภายหลังจากการผ่าตัดแพทย์จะให้ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำเปล่าเป็นลำดับแรกในวันที่ 1 - 2 ภายหลังจากการผ่าตัด โดยจะประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหารก่อน หากผู้ป่วยสามารถจิบน้ำได้โดยไม่มีอาการจุก แน่น หรือคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์จึงจะให้เริ่มรับประทานอาหารในลำดับถัดไป ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคน้ำและอาหาร เนื่องจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ปริมาณของกระเพาะอาหารลดลง และการดูดซึมสารอาหารลดลงด้วย แต่ร่างกายของผู้ป่วยยังคงต้องการได้รับสารน้ำในปริมาณเท่าเดิมเทียบเท่ากับบุคคลปกติ นั่นคือ ผู้ป่วยควรจะได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร หรือประมาณ 8 แก้ว ผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยปรับเปลี่ยนวิธีการในการดื่มน้ำคือ ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำได้ตลอดทั้งวันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ ควรจิบน้ำอย่างช้า ๆ ไม่ควรใช้หลอดดูดน้ำ หลีกเลี่ยงการดื่มหอหรือจิบน้ำในเวลาใกล้มื้ออาหาร เว้นระยะเวลาในการดื่มน้ำอย่างน้อย 30 นาทีก่อนและหลังมื้ออาหาร และน้ำที่จะดื่มต้องเป็นน้ำที่ไม่ให้พลังงานหรือมีส่วนผสมของน้ำตาล (Mechanick et al., 2009)

**3.2.2 การรับประทานอาหาร** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปด้านการดำรงไว้ซึ่งการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารทั้งในด้านประเภทของอาหารที่รับประทาน และวิธีการในการรับประทานอาหาร ตั้งแต่ในระยะแรกภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักและต่อเนื่องไปจนถึงระยะภายหลังจากจำหน่าย เนื่องจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ปริมาณของกระเพาะอาหารลดลง และการดูดซึมสารอาหารลดลง ผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอและดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก โดยปกติแล้วปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในหนึ่งเดือนแรกสามารถรับได้เฉลี่ย 400 – 800 กิโลแคลอรีต่อวัน (Elrazek et al., 2014) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้ป่วยภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องมีการปรับเปลี่ยน ประกอบด้วย

**3.2.2.1 ประเภทของอาหาร** สมาคมแพทย์ต่อมไร้ท่อแห่งสหรัฐอเมริกา สมาคมโรคอ้วน และสมาคมการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักและเมตาบอลิกแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), The Obesity Society (TOS) และ American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (ASMBS)) ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติในด้านประเภทของอาหารของผู้ป่วยภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักตามระยะเวลาไว้ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้กล่าวว่าไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนสำหรับระยะของอาหาร ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารตามระยะนั้นได้นานเท่าไร และสามารถเริ่มรับประทานอาหารในลำดับถัดไปได้เมื่อไร ที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยจุกแน่นท้อง หรือเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงจะสามารถแนะนำอาหารและเครื่องดื่มได้

ตรงตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ศูนย์การผ่าตัดผ่านกล้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติในด้านประเภทของอาหารของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักตามระยะเวลาไว้ ดังที่กล่าวไว้แล้ว และผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติของทั้ง 2 มาประยุกต์รวมกันได้ ดังนี้

วันที่ 1 – 2 ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะเริ่มจิบน้ำ หรือรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหลวใส ปราศจากน้ำตาล (สามารถใช้สารให้ความหวานหรือน้ำตาลเทียมได้) ไม่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน ไม่มีกากใย ไม่มีแก๊ส ตัวอย่างอาหารเช่น น้ำเปล่า น้ำสมุนไพรมะนาว น้ำชุปใส เกลาติน เป็นต้น

วันที่ 3 – 4 ภายหลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหลวใสได้โดยไม่มีอาการจุกแน่นท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียน ให้เริ่มทดแทนด้วยอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีเนื้อมากขึ้น เป็นอาหารหรือเครื่องดื่มชนิดเหลวข้น เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง 20 กรัมต่อมื้อ หวานน้อยจำกัดน้ำตาลน้อยกว่า 15 กรัมต่อมื้อ ไขมันต่ำ ไม่มีกากใย ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ได้อย่างน้อยวันละ 48 – 64 ออนซ์ หรือ 1,440 – 1,920 ซีซี ตัวอย่างอาหารเช่น นมจืดขาดหรือพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล ชุปข้นชนิดต่าง ๆ ที่ไขมันต่ำ โยเกิร์ตธรรมชาติ เป็นต้น

วันที่ 4 – 14 ภายหลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหลวข้นได้โดยไม่มีอาการจุกแน่นท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียน ให้ทดแทนด้วยอาหารอ่อนนุ่ม ย่อยง่าย เน้นอาหารโปรตีนสูง 20 กรัมต่อมื้อ หรือเนื้อสัตว์บดประมาณ 6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ อาหารที่มีไขมันต่ำ ไม่มีกากใย โดยอาจแบ่งการรับประทานอาหารออกเป็น 4 – 6 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน สามารถนำเนื้อสัตว์มาบดหรือปั่นก่อนรับประทานได้ ตัวอย่างอาหารเช่น ไข่ตุ๋น แกงจืดเต้าหู้ เต้าหู้ทรงเครื่อง หมูบดหรือปลาบดปั่นก้อนหนึ่ง ไข่ต้ม เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 3 – 4 ภายหลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้โดยไม่มีอาการจุกแน่นท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียน ให้เริ่มทดแทนด้วยอาหารธรรมดาที่มีเนื้อหยาบขึ้นตามลำดับ เน้นอาหารประเภทโปรตีนหรือเนื้อสัตว์เป็นหลัก ยังคงต้องรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้ได้ 20 กรัมต่อมื้อ หรือเนื้อสัตว์ประมาณ 6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ สามารถเริ่มรับประทานผักต้มสุกนิ่มๆได้ ส่วนผลไม้สามารถเริ่มรับประทานผลไม้เปลือกได้แต่ควรรับประทานในปริมาณน้อย เนื่องจากในผลไม้มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ตัวอย่างอาหารเช่น กล้วยหรือหมอบซอส สแต็กหมูหรือปลาหรือไก่ ไช้ยัดไส้ ลาบหมูหรือไก่ เป็นต้น

1 เดือนภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ยังคงเน้นการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงโดยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้ได้วันละ 60 กรัม หวานน้อย ไขมันต่ำ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้เปลือกโดยต้องเคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตทุกชนิด เช่น ข้าว แป้ง ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น เพื่อควบคุมพลังงานส่วนเกินและควบคุมน้ำหนัก

### 3.2.2.2 วิธีการในการรับประทานอาหาร มีดังนี้

1) ในการรับประทานอาหารผู้ป่วยควรตัดแบ่งอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ขนาดประมาณลูกเต๋า และเคี้ยวให้ละเอียดอย่างน้อย 30 ครั้งต่อคำก่อนกลืนทุกครั้ง และควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้ออย่างน้อย 30 นาที (Mechanick et al., 2009) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอาหารอุดตันในระบบทางเดินอาหาร

2) เมื่อรู้สึกอิ่มผู้ป่วยควรหยุดรับประทานอาหารและน้ำทันที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียน

3) ถ้าผู้ป่วยรู้สึกหิวสามารถเพิ่มมื้ออาหารระหว่างวันได้ แต่ควรเป็นอาหารมื้อเล็ก ๆ และไม่ควรรับประทานของจุบจิบ (Mechanick et al., 2009)

4) ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเป็นหลักก่อนรับประทานอาหารชนิดอื่น และควรรับประทานโปรตีนให้ได้วันละ 60 กรัม โดยแบ่งเป็น 3 มื้อๆ ละ 20 กรัม หรือเนื้อสัตว์มีไขมัน 6 ช้อนโต๊ะ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหารและการเกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย (Mechanick et al., 2009)

5) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอาหารผ่านกระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (Mechanick et al., 2009)

6) ควรเลือกรับประทานแต่อาหารที่มีไขมันต่ำหรือปราศจากไขมัน เพื่อป้องกันการสะสมของพลังงานและป้องกันการเกิดภาวะอาหารผ่านกระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ

7) ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายและให้สารอาหารในปริมาณสูง เนื่องจากภายหลังจากผ่าตัดกระเพาะอาหารจะมีปริมาตรเล็กลงทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารในปริมาณมากได้ ผู้ป่วยจึงต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีความหลากหลาย และมีสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Mechanick et al., 2009)

8) ผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักควรรับประทานวิตามินและแร่ธาตุเสริมเป็นประจำทุกวัน ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามเกณฑ์ที่ควรได้รับในแต่ละวันดังที่กล่าวไปแล้วในตารางที่ 4 และ 5 โดยรูปแบบของวิตามินที่รับประทานควรเป็นชนิดเคี้ยวหรืออมได้ลิ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร

**3.2.3 การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (Continuous Positive Airway Pressure; CPAP)** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปด้านการดำรงไว้ซึ่งการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยโรคอ้วนเดิมก่อนได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการสะสมของไขมันที่ผนังทรวงอก ในช่องท้อง กระดูกซี่โครง และใต้กระบังลม ทำให้ความสามารถในการขยายของผนังทรวงอกและปริมาตรของเนื้อปอดลดลง และการสะสมของไขมันที่บริเวณรอบ ๆ



หลอดเลือดทำให้เกิดการอุดตันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอ้วนมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (วันทนี คณานนท์, 2552) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 70 (Weingarten et al., 2011) ดังนั้นภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักในระยะแรกผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะแรกภายหลังจากการผ่าตัดและต่อเนื่องไปจนถึงระยะภายหลังจากจำหน่าย ผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการได้รับอากาศอย่างเพียงพอตั้งแต่ในระยะแรกภายหลังจากการผ่าตัด และต่อเนื่องไปจนถึงระยะภายหลังจากจำหน่าย โดยการฝึกบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดสามารถขยายตัวได้ตามปกติ และยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องสำหรับบุคคลที่มีการใช้มาตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนภายในปอดของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยจะสามารถหยุดใช้ได้เมื่อแพทย์พิจารณาให้หยุดใช้ได้เท่านั้น

**3.2.4 การมีสมตุลกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปด้านการดำรงรักษาสมตุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติใน 2 – 3 วันภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยควรงดยกของหนัก 3 เดือนภายหลังจากการผ่าตัด และสามารถเริ่มเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเบาๆ ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัดหรือเมื่อแผลแห้งสนิท (คลินิกโรคอ้วน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2557) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาสมตุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยผู้ป่วยควรที่จะมีการนอนหลับพักผ่อนอย่างต่อเนื่อง 6 – 8 ชั่วโมงต่อวัน และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เน้นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกและการเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (Mechanick et al., 2009) การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อนอกจากจะช่วยในเรื่องการเผาผลาญพลังงานแล้วยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงและเสริมสร้างมวลของกล้ามเนื้ออีกด้วย

**3.2.5 การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ และสวัสดิภาพ รวมถึงยังเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วย ซึ่งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย

**3.2.5.1 การสังเกตอาการและการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเลือดดำลึกที่ขา (Deep Vein Thrombosis)** เนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำที่ขา จะเสี่ยงต่อการมีลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดด้วย อาการที่พบ ได้แก่ ปวดเมื่อยที่ขาและน่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลายืนนาน ๆ ขาบวม คล้ำที่ขาจะดูจืดหรือคล้ำได้หลอดเลือดเป็นเส้นแข็ง มีไข้

ต่ำ ๆ สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มแรกจะมีสีแดง หากเกิดนานไปผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ (สุตาพรรณ ธัญจิรา, 2556) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว สามารถทำได้โดยการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกายสามารถเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำที่ขาได้ หรือการบริหารขาในผู้ที่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการกระดกข้อเท้าขึ้นและเหยียดออกข้างละ 5 นาที ด้วยความเร็ว 15 ครั้งต่อนาที และการหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม 15 ครั้งใน 1 นาที อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ซึ่งจะสามารถเพิ่มความเร็วในการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำบริเวณขาหนีบ และป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันได้ (Songwathana, Promlek & Naka, 2011)

**3.2.5.2 การปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ (Pulmonary dysfunction)** เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจผิดปกติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด จะต้องใช้ต่อเนื่องไปจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้หยุดใช้ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ต้องมีการฝึกบริหารการหายใจร่วมด้วย รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่อง CPAP มาก่อนก็ต้องมีการฝึกบริหารการหายใจร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของปอดให้กลับสู่ภาวะปกติ และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนภายในปอดอย่างมีประสิทธิภาพ

**3.2.5.3 การสังเกตอาการและการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound infection)** ผู้ป่วยโรคอ้วนส่วนใหญ่จะเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ง่ายกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ (เรณู อาจสาส์, 2553) และการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการผ่านกล้องสามารถทำให้อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลงเหลือร้อยละ 1 – 4 (Nguyen et al., 2001) แต่ผู้ป่วยก็ควรที่จะมีการสังเกตอาการและรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัดมิให้อับชื้นอยู่เสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตามกระบวนการหายของแผลโดยทั่วไป แผลผ่าตัดจัดเป็นแผลสะอาดมักจะหายภายใน 7 – 14 วัน ภายหลังการผ่าตัด ถ้าหากเกินจากเวลานี้ไปแล้วผู้ป่วยยังมีอาการแผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีหนองหรือน้ำเหลืองไหลออกมาจากแผลผ่าตัด แสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

**3.2.5.4 การสังเกตและการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting)** การคลื่นไส้อาเจียนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระยะ ภายหลังการผ่าตัดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารต่อเนื่องไปจนถึง 3 เดือนภายหลังการผ่าตัด (พฤษมรงค์ ทิมรัตน์, 2554) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการรับประทานอาหารที่มากหรือเร็วจนเกินไป เนื่องจาก ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กระเพาะอาหารของผู้ป่วยจะมีขนาดเล็กลงทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ครั้งละมาก ๆ เหมือนก่อนผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารใหม่ โดยรับประทานอาหารคำเล็กลง ไม่รับประทานอาหารต่อมื้อมากหรือเร็วจนเกินไป เมื่อรู้สึกอิ่มควรหยุดรับประทานอาหารและน้ำทันที

**3.2.5.5 การสังเกตอาการและการป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Marginal ulcer)** ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอาจเกิดสภาวะนี้ได้ สาเหตุเกิดได้ทั้งจากการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAID) หรือมีเชื้อ *Helicobacter pylori* ภายในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัดและบางที่อาจเกิดจากเทคนิคการทำผ่าตัด (จีรพล อังกุลภักดีกุล, 2554) อาการของการเกิดแผลในกระเพาะอาหารคือปวดท้องบริเวณลิ้นปี่มาก สำหรับการป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารในช่วง 2 – 6 เดือนแรกภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักแพทย์มักจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดกรดประเภท proton pump inhibitor เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (จีรพล อังกุลภักดีกุล, 2554) ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นประจำ และหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) เมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพควรปรึกษาแพทย์และบอกแพทย์ที่รักษาว่าได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เพื่อที่แพทย์จะได้พิจารณาในการสั่งยา และไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

**3.2.5.6 การสังเกตอาการและการป้องกันการเกิดภาวะอาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (Dumping syndrome)** อาการนี้เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรก (early dumping) คือภายใน 30 – 45 นาทีของมื้ออาหาร และระยะท้าย (late dumping) คือ 2 – 4 ชั่วโมงหลังมื้ออาหาร (Rickers & McSherry, 2012; Ukleja A, 2005) สาเหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีระดับความเข้มข้นของไขมัน น้ำตาล หรือคาร์โบไฮเดรตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการท้องเสีย ร่วมกับอาการเหงื่อออก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซีพจรเต้นเร็ว (อรพินท์ สีขาว, 2559) การป้องกันสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารโดยการเลือกชนิดของอาหารในการรับประทาน

**3.2.5.7 การป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Nutrition deficiencies)** ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักจะมีกระเพาะอาหารที่เล็กลง ส่งผลให้รับประทานอาหารได้ลดลง และถ้าหากผู้ป่วยมีการตัดต่อลำไส้ร่วมด้วยยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารมากกว่าผู้ที่ทำผ่าตัดกระเพาะอาหารเพียงอย่างเดียว เนื่องจากสารอาหารส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) การตัดต่อลำไส้เป็นการทำทางลัดทางผ่านของอาหารจากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เล็กส่วนกลาง (Jejunum) ส่งผลให้การดูดซึมสารอาหารลดลงตามไปด้วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหารผู้ป่วยต้องมีการเลือกรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายและให้ปริมาณสารอาหารสูงร่วมกับรับประทานวิตามินและแร่ธาตุเสริมทดแทนตามคำแนะนำของแพทย์เป็นประจำ (Mechanick et al., 2009) ภาวะขาดสารอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ มีภาวะอ่อนแรง บวมปลายมือปลายเท้า ตรวจเลือดพบระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ อาจมีอาการลำไส้บีบรัดตัวมากกว่าปกติหรือมีไขมันปนมากับอุจจาระ ส่วนอาการของภาวะขาดสารอาหาร

ประเภทวิตามินและแร่ธาตุอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับชนิดของวิตามินและแร่ธาตุที่ขาด ซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การมาตรวจติดตามผลตามนัดอย่างต่อเนื่องจะสามารถตรวจพบภาวะขาดสารอาหารแต่ละชนิดได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย และรับประทานวิตามินและแร่ธาตุเสริมตามคำแนะนำของแพทย์เป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหารชนิดต่าง ๆ ได้

**3.2.6 การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ของชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จะเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จากที่เคยรับประทานอาหารเช้าได้ครั้งละมาก ๆ ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารเช้าได้น้อยลง ร่วมกับภาวะเครียดและวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นอุปสรรคในการขัดขวางพัฒนาการ ผู้ป่วยจึงควรมีการจัดการบรรเทาอารมณ์เครียดอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียดหมายถึงรวมถึงความคิดและพฤติกรรมที่ใช้เพื่อจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอก มีการศึกษาพบว่า การกลับคืนมาของน้ำหนักเกิดขึ้นจากกระบวนการคิดในการตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่เหมาะสม โดยใช้การรับประทานอาหารเช้าในการบำบัดความเครียด ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ร้ายในชีวิต หรืออารมณ์ที่ไม่ดีที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต (Elfhag & Rossner, 2005) การจัดการกับความเครียดจึงมีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากความเครียดอาจก่อให้เกิดอารมณ์อยากรับประทานอาหารเช้าเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอารมณ์ที่จะออกกำลังกาย ไม่ใส่ใจสุขภาพตนเอง และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ทั้งที่ทราบว่สิ่งใดควรกระทำและสิ่งใดควรหลีกเลี่ยง (นงนุช โอบะ, 2555) วิธีการจัดการกับความเครียดและการหลีกเลี่ยงความเครียดนงนุช โอบะ (2555) และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2553) กล่าวว่าสามารถทำได้ ดังนี้

**3.2.6.1 หลีกเลี่ยงการแก้ความเครียดด้วยการรับประทานอาหารเช้าและดื่มเหล้า**  
เนื่องจากการรับประทานอาหารเช้าหรือการดื่มชดเชยจนเกินความต้องการของร่างกาย จะนำไปสู่โรคอ้วนน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมาอีก หรือติดเหล้าอย่างหนัก และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

**3.2.6.2 ไม่ใช้การสูบบุหรี่เพื่อระบายความเครียด** เนื่องจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยังเป็นที่ต่อต้านของสังคมปัจจุบันด้วย

**3.2.6.3 หาวิธีการในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองทุกวัน** การหาวิธีการในการผ่อนคลายความเครียดจะช่วยบรรเทาภาวะเครียดได้ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การอ่านหนังสือที่สนใจ แต่ควรเป็นหนังสือที่ผ่อนคลายสมอง มีอารมณ์ขัน การหางานอดิเรกที่ชื่นชอบทำหาเพื่อนหรือสัตว์เลี้ยงที่สามารถพูดคุยระบายความทุกข์ได้ เปลี่ยนสถานที่หรือบรรยากาศ เป็นต้น

**3.2.6.4 มีการบริหารเวลาอย่างเหมาะสม** ในสังคมปัจจุบันผู้คนต้องทำอะไรหลาย ๆ

อย่างในเวลาเดียวกัน ก่อให้เกิดความรีบเร่งจนกลายเป็นการกระตุ้นให้เกิดความเครียด มีพฤติกรรม หงุดหงิด โมโหง่าย จึงต้องมีการรู้จักเลือกและจัดการเวลาให้เหมาะสม ในขณะเดียวกันก็ต้องรู้จักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเวลาอันสมควร และต้องลำดับความสำคัญของงานด้วย รู้จักแบ่งเวลา สำหรับงาน ครอบครัว ตนเอง และสังคมให้สมดุลกัน

**3.2.6.5 กล้าแสดงความคิดเห็นและเจรจาต่อรองในทางที่ถูกต้อง** เนื่องจากจะทำให้ ท่านไม่เกิดความลำบากใจ หรือความเครียดในสิ่งที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติได้

**3.2.6.6 รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบาหรือเป็นคนยืดหยุ่น** ไม่ควรยึดติดกับเรื่องหรือสิ่งใด มากจนเกินไป ควบคุมในสิ่งที่ท่านสามารถควบคุมได้และเลือกที่จะละทิ้งในสิ่งที่ท่านไม่สามารถ ควบคุมได้ รวมถึงต้องสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้

**3.2.6.7 มองตนเองในแง่ดี** สำรวจจิตใจและคิดกับตนเองในด้านบวกเสมอ การคิด หรือมองโลกรวมถึงตนเองในด้านบวก จะทำให้ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อทั้งตนเองและบุคคลรอบข้าง

**3.2.6.8 รู้จักตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและคาดหวังว่าจะสามารถไปให้ถึง** ในช่วงแรกอาจตั้งเป้าหมายระยะสั้น เมื่อสามารถทำได้ก็จะเป็นแรงจูงใจที่อยากจะทำได้อีก และจึง ตั้งเป้าหมายระยะยาว การตั้งเป้าหมายต้องกำหนดในสิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ไม่ใช่เรื่องเพ้อฝันหรือเกิน ตัวจนไม่สามารถไปถึง

**3.2.6.9 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ** อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง แต่ถ้าหากว่า ตอนบ่ายรู้สึกเพลีย อาจงีบสัก 15 – 20 นาที ให้รู้สึกสดชื่นและมีพลังที่จะทำงานต่อไป

**3.2.7 การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมี ภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ผู้ป่วยภายหลังการ ผ่าตัดลดน้ำหนัก จะมีโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายเป็ยงเบนไปจากปกติ ผู้ป่วยจึงต้องมีการ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารและน้ำ และการมีกิจกรรม ทางกายและการออกกำลังกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการ สังเกตถึงภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่อาจเกิดด้วย หากผู้ป่วยสังเกตได้ถึงอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก หรือต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ ตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยสามารถขอความรู้ และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือได้

**3.2.8 การควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ** เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยงเบน ทางสุขภาพด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย พิ้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจะต้องมีพฤติกรรมดูแล ตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก โดยการกำกับและควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

**3.2.8.1 การควบคุมตนเองโดยการชั่งน้ำหนักทุกวัน** การชั่งน้ำหนักทุกวันในตอนเช้า

ก่อนรับประทานอาหารจะช่วยทำให้ผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของตนเอง และสามารถประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ และยังก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักด้วย ในการผ่าตัดลดน้ำหนักแพทย์จะประเมินการลดลงของน้ำหนักในผู้ป่วยแต่ละคน โดยการประเมินจากร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน (Percent excessive weight loss; %EWL) หากผู้ป่วยสามารถคงสภาพการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ถือว่าประสบความสำเร็จ (Deitel, 1998) ซึ่งค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

ค่าน้ำหนักส่วนเกิน (EBW) = น้ำหนักปัจจุบัน (ที่เริ่มรักษา) – น้ำหนักในอุดมคติ

$$\%EWL = \left[ \frac{\text{น้ำหนัก(ที่เริ่มผ่าตัด)} - \text{น้ำหนัก(วันที่มาตรวจติดตามผล)}}{\text{EBW}} \right] \times 100$$

**3.2.8.2 การควบคุมตนเองโดยการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน** การผ่าตัดลดน้ำหนักจัดเป็นการควบคุมผู้ป่วยในด้านการจำกัดพลังงานในการรับประทานอาหาร เนื่องด้วยการจำกัดปริมาณขนาดของกระเพาะอาหารส่งผลให้รับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งจะสามารถรับประทานอาหารได้ประมาณ 200 – 800 กิโลแคลอรี/วัน เทียบเท่ากับการจำกัดพลังงานแบบ Very low-calorie diet ซึ่งจะสามารถลดน้ำหนักได้ถึง 1.5 – 2.5 กิโลกรัม/สัปดาห์ (นริศร ลักขณานุรักษ์, 2559) แต่เมื่อเวลาผ่านไป (ประมาณ 1 – 2 ปีภายหลังการผ่าตัด) ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น และถ้าหากไม่มีการควบคุมตนเองโดยการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักกลับคืนมาได้ การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันสามารถคำนวณได้จากค่าพลังงานพื้นฐานที่ร่างกายต้องการขณะพัก (Resting Energy Expenditure; REE) ซึ่งสูตร REE นี้ สมาคมโรคเบาหวานอเมริกา (The American Dietetic Association) ระบุว่ามีความแม่นยำพอสมควร จึงแนะนำให้ใช้สูตรนี้ หรืออาจใช้การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอย่างง่าย หรือเปรียบเทียบพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามระดับกิจกรรมก็ได้ ซึ่งการคำนวณสูตร REE การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอย่างง่าย และตารางเปรียบเทียบพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามระดับกิจกรรมมีดังนี้

1) การคำนวณสูตร REE มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

เพศชาย: REE = (10 × น้ำหนักตัวเป็น กก.) + (6.25 × ส่วนสูงเป็น ซม.) – (5 × อายุ) + 5

เพศหญิง: REE = (10 × น้ำหนักตัวเป็น กก.) + (6.25 × ส่วนสูงเป็น ซม.) – (5 × อายุ) – 161

เมื่อคำนวณค่าพลังงานพื้นฐานที่ร่างกายต้องการขณะพักได้แล้ว ต้องคำนวณหาปริมาณแคลอรีที่ใช้ในแต่ละวันด้วย (Total Daily Energy Expenditure) โดยการนำค่า REE ที่คำนวณได้คูณกับตัวเลขของพลังงานที่ใช้ ดังนี้

$$TDEE = REE \times \text{ตัวเลขของพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน}$$

- นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกายเลย หรือออกกำลังกายน้อยมาก  
= REE  $\times$  1.2

- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย 1 - 3 วัน/สัปดาห์, เดินบ้างเล็กน้อย  
ทำงานออฟฟิศ = REE  $\times$  1.375

- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬานานกลาง 3 - 5 วัน/สัปดาห์, เคลื่อนที่ตลอดเวลา =  
REE  $\times$  1.55

- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนัก 6 - 7 วัน/สัปดาห์ = REE  $\times$  1.725

- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนัก หรือเป็นนักกีฬา ทำงานที่ใช้แรงงานมาก  
= REE  $\times$  1.9

## 2) การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอย่างง่าย

ในการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอย่างง่าย สามารถคำนวณได้ตามตารางดังต่อไปนี้

### ตารางที่ 7 ตารางการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอย่างง่าย

ระดับ ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	พลังงานที่ควรได้รับตามกิจกรรม		
	กิจกรรมน้อย (Kcal/kg.)	กิจกรรมปานกลาง (Kcal/kg.)	กิจกรรมมาก (Kcal/kg.)
น้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI>23)	20	25	30
ปกติ (BMI18.5-22.9)	25	30	40
ผอม (BMI< 18.5)	30	35	45

## 3) การเปรียบเทียบพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามระดับกิจกรรม

สามารถเทียบพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามระดับกิจกรรมได้ตามตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 8** แสดงพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามระดับกิจกรรม

เพศ,บุคคล	ปริมาณพลังงานที่ใช้ (ต่อวัน)
ชายทั่วไป ทำงานนั่งโต๊ะ	1,800-2,000 แคลอรี
ชายทำงานหนัก, นักกีฬา	2,500-3,000 แคลอรี
หญิงทั่วไป ทำงานนั่งโต๊ะ	1,500-2,500 แคลอรี
หญิงทำงานหนัก, นักกีฬา	2,000-2,500 แคลอรี

นอกจากการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันแล้ว การควบคุมอาหาร โดยการจำกัดพลังงานเพื่อให้เกิดการได้รับพลังงานน้อยกว่าการใช้พลังงานในแต่ละวัน (Negative energy balance) สามารถทำได้ดังนี้

1) Low-calorie diet ได้แก่ การกำหนดพลังงานของอาหารไม่ให้เกิน 1,200 - 1,500 กิโลแคลอรี/วัน ในเพศหญิง หรือ 1,500 - 1,800 กิโลแคลอรี/วัน ในเพศชาย (นริศร ลักษณ์นารักษ์, 2559)

2) Energy deficit โดยการลดพลังงานจากอาหารลง 500 - 750 กิโลแคลอรี/วัน หรือลดลงประมาณร้อยละ 30 จากพลังงานพื้นฐานของร่างกายที่ได้จากการคำนวณ (ดังที่กล่าวไปแล้ว) ซึ่งพบว่าวิธีการนี้จะทำให้น้ำหนักลดลงได้ 0.5 - 1 กิโลกรัม/สัปดาห์ หรือประมาณร้อยละ 8 ใน 6 เดือน โดยน้ำหนักที่ลดลงจะเป็นมวลของไขมัน (fat mass) ประมาณร้อยละ 75 และน้ำหนักมวลของร่างกายที่ไม่รวมไขมัน (lean mass) ประมาณร้อยละ 25 ดังนั้นเพื่อให้ร่างกายสูญเสีย lean mass น้อยที่สุด ควรมีการออกกำลังกายร่วมด้วย แต่สำหรับ Very low-calorie diet คือการจำกัดพลังงานอาหารเหลือเพียง 200 - 800 กิโลแคลอรี/วัน ซึ่งผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักที่แพทย์ต้องการให้ลดน้ำหนักลงอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในช่วงประมาณ 3 - 6 เดือนแรก ที่รับประทานอาหารได้น้อยจะได้พลังงานเทียบเท่าผู้ที่จำกัดพลังงานแบบ Very low-calorie diet ซึ่งจะสามารถลดน้ำหนักได้ถึง 1.5 - 2.5 กิโลกรัม/สัปดาห์ (นริศร ลักษณ์นารักษ์, 2559)

**3.2.8.3 การควบคุมตนเองโดยการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย** การจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย จะช่วยทำให้ผู้ป่วยทราบว่าพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันมีความสมดุลกันหรือไม่ ถ้าหากพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันมากกว่าการมีกิจกรรมทางกาย จะส่งผลให้มีการสะสมพลังงานในร่างกายก่อให้เกิดความอ้วนขึ้นนี้อีกได้ แต่ถ้าหากมีความสมดุลกันพอดีหรือกิจกรรมทางกายมากกว่าพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน จะส่งผลให้เกิดการลดลงของน้ำหนัก



### 3.3 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงความสามารถและศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการดูแลตนเองมีหลายแง่มุม ได้แก่ การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) การวัดพฤติกรรมหรือกิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behaviors หรือ actions) การวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และการวัดความต้องการหรือภาระในการดูแลตนเอง (Self-care demand หรือ burden) ซึ่งการวัดในแต่ละแนวคิดมีความแตกต่างกันและมีข้อโต้แย้งกันมาก โดยเฉพาะระหว่างการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง กับการวัดพฤติกรรมหรือการกระทำการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539a) ซึ่งผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงเฉพาะการวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เนื่องจากนักวิจัยที่สร้างเครื่องมือนี้มีความเชื่อว่าการวัดในระดับนี้เป็นการทำนายการกระทำการดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือยังมีความเชื่อว่าการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมด (Self-care actions) ของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากกิจกรรมย่อยที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพนั้นแตกต่างกันตามสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเครื่องมือที่วัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ได้แก่

**3.3.1 Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA Scale)** เครื่องมือนี้สร้างโดยเอเวอร์ (Evers, 1987) และกลุ่มนักวิจัยที่ใช้ทฤษฎีของโอเรียมเป็นแนวทางในประเทศเนเธอร์แลนด์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้จากมหาวิทยาลัยเวสเททประเทศสหรัฐอเมริกา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยโอเรียมและนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้ เอเวอร์ยังได้รายงานข้อมูลที่น่าสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ว่าเพียงพอที่จะใช้ในการทดสอบทฤษฎี เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามแบบลิเกตสเกล (Likert scale) มีข้อคำถาม 24 ข้อ สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มิภาวะสุขภาพดีมากกว่า และมีข้อคำถามหลายข้อที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมสำหรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น สมจิต หนูเจริญกุล (2532) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง จอนพะจง เพ็งจาด (2533) นำไปใช้กับหญิงอาชีพพิเศษ สุภาวดี ธนพประภัสร์ (2534) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตนเอง และคัทลียา อุดติ (2540) นำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นต้น และจากงานวิจัยของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้พบว่าค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคอยู่ในเกณฑ์ดี คือ .78 - .94 (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539a)

**3.3.2 The Exercise of Self-care Agency (ESCA)** เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองสร้างโดยเคเนย์และเฟลสเซอร์ (Kearney & Fleischer, 1979) ทั้งสองมีความเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่ไม่นำมาใช้ก็ได้ ดังนั้นการใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองจึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด เครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบลิกเกสเกล มีข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ แม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในระยะแรก แต่ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบ (Factor analysis) มิได้สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างตามที่เคเนย์และเฟลสเซอร์ได้เสนอไว้ นอกจากนี้ยังมีผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของโอเรียมได้วิจารณ์ถึงความคลุมเครือของเครื่องมือ และชี้ให้เห็นว่าข้อคำถามที่มีอยู่ทั้งหมด 43 ข้อ มีเพียง 10 ข้อเท่านั้น ที่วัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เหลือเป็นการวัดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ และมีถึง 7 ข้อที่ไม่ได้วัดโครงสร้างใดของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ในการทดสอบทฤษฎี (สมจิต หุเจริญกุล, 2539a)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือดังกล่าว พบว่า เครื่องมือ ASA Scale และเครื่องมือ ESCA Scale เป็นการวัดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะสร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จะนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

อย่างไรก็ตามพบประเด็นปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน ดังนี้ ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ถือว่ามีความเปราะบางของภาวะสุขภาพ และมีความพร้อมในการดูแลตนเองในการดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมของ Marzocchi, Moscatiello, Villanova et al. (2008) และ Ingela, Bergh, Tilmann et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิด ตีมน้ำหวานบ่อย มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายน้อย และมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นเพื่อบรรเทาความพร้อมในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยจึงต้องมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ตามแนวคิดของโอเรียมร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite)

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก และส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีกลับคืนมาภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนยังไม่มีผู้ใดศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการทบทวนถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย ด้านปัจจัยพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 4.1 อายุ (Age)

อายุ หมายถึง เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ เวลาชั่วชีวิต ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) อายุเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะหรือความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะมีการพัฒนาขึ้นตามอายุ โดยจะมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นตามวัยจนถึงขีดสุดในวัยผู้ใหญ่ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงและมีขีดจำกัดเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001) จากการศึกษาของทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $X^2=6.780$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แตกต่างจากการศึกษาของสุวรรณี ชอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันทวีเรืองวิชัย, อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ (2556) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

##### 4.2 เพศ (Gender)

เพศ หมายถึง รูปที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านโครงสร้างและสรีรวิทยา และบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ นอกจากนี้การดูแลตนเองของทั้งสองเพศยังมีความแตกต่างกันด้วย (Orem, 2001) แต่จากการศึกษาของทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

##### 4.3 ระดับการศึกษา (Education state)

ระดับการศึกษา หมายถึง ลำดับขั้นของการเรียน หรือการศึกษาหาความรู้ (พจนานุกรมแปล ไทย-อังกฤษ NECTEC's Lexitron Dictionary, 2552) เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพรวมถึงการรักษาได้ดี ซึ่งจะเอื้อให้เกิดการปฏิบัติดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้

เพื่อการดูแลตนเอง ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจได้มากกว่า (Orem, 2001) จากการศึกษาของสุพร พริงเพริศ (2538) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ( $r=0.5098$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับการศึกษายังเป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วย ซึ่งตัวทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยตัวทำนายทั้งสามตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 61.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สุพร พริงเพริศ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณณี ชอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันทวี เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ (2556) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ( $r=0.18$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นการส่งเสริมหรือได้รับการช่วยเหลือจากคนจำนวนหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันตามระเบียบกฎเกณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) บุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลในสังคมและเป็นสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลตนเองแก่บุคคลได้ Orem (2001) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะกับบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ทำให้บุคคลได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ รวมถึงได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี และส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีตามมา จากการศึกษาของสุพร พริงเพริศ (2538) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ( $r=0.72$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ( $r=0.408$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของภราดร ล้อธรรมมา (2557) ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดได้

#### 4.5 รายได้ครอบครัว (Family income)

รายได้ครอบครัว หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์ที่ครอบครัวได้รับ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) รายได้ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) ของบุคคลที่จะช่วยเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีรายได้ที่สูงก็จะสามารถจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร พริ้งเพริศ (2538) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ( $r=0.4721$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แตกต่างจากการศึกษาของทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

#### 4.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perception of health status)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับทราบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Orem, 2001) และโอเร็มยังได้รวมการรับรู้ภาวะสุขภาพเข้าเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน บุคคลจะมีการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเมื่อรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด และเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในสิ่งที่ตนรับรู้ และมีแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมเป็นไปตามที่ตนเองรับรู้ นอกจากนี้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพยังเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลได้มีการจัดระเบียบความคิด ความจำ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์สะสม อีกทั้งยังทำให้บุคคลมีความต้องการในการแสวงหาความรู้เพิ่มขึ้นเพื่อที่จะนำมาสร้างเป็นรูปแบบการดูแลของตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของสุพร พริ้งเพริศ (2538) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ( $r=0.5478$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสามารถเป็นตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี ขอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวิชัย, อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ (2556) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ( $r=0.39$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.7 ชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Type of operation)

ชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนักจัดอยู่ในปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ด้านภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การ

วินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ ตลอดจนถึงความเครียดและภาวะต่าง ๆ ด้านอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539b) ซึ่งการผ่าตัดในแต่ละวิธีให้ผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักได้ไม่เท่ากัน การผ่าตัดด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) สามารถทำให้น้ำหนักลดลงได้มากกว่าการผ่าตัดด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy) นอกจากนี้การผ่าตัดด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass) ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้มากกว่าการผ่าตัดด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy) อีกด้วย (Chang, Stoll, Song et al., 2014)

#### 4.8 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Knowledge)

Orem (2001) ได้รวมความรู้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพ

##### 4.8.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ องค์กรวิชาในแต่ละสาขา

Bloom (1956) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง กระบวนการคิดของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงข้อมูลเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ

Orem (2001) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง ความรู้ใด ๆ ที่เป็นประโยชน์อันจะช่วยให้บุคคลพิจารณาตัดสินใจที่จะทำกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะแรก ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำและผลของการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะต่อไป

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้ เป็นข้อเท็จจริงที่บุคคลสั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ประสบการณ์ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติและทักษะในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลรับมาโดยการได้ยิน ได้ยิน ผ่านกระบวนการคิด ทำให้บุคคลสามารถจำได้ ดังนั้นการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่ตนเองพบเจออย่างไร ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลและประสบการณ์ ความรู้ที่บุคคลมีต่อสถานการณ์นั้น เมื่อนำมาประยุกต์กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักคือ ข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อน

ของโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

#### 4.8.2 องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของโอเรียมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จะต้องเป็นความรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถคิด พิจารณา ไตร่ตรอง ก่อนตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งความรู้เหล่านี้ผู้ป่วยควรที่จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด เพื่อที่ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประภา จันท์มีศรี (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก และข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษารวมถึงผลการตรวจต่าง ๆ และทักษะการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด แต่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะมีความรู้ตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัดแล้ว แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่รู้ หรือยังไม่เข้าใจในบางเรื่อง ดังนั้นในระยะภายหลังการผ่าตัดจึงต้องมีการประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดบ้าง แล้วพยาบาลจึงให้ความรู้เสริมในเรื่องที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้อยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรจะมีและความเข้าใจที่ถูกต้องมีดังนี้

##### 4.8.2.1 ความรู้เรื่องโรคอ้วน ประกอบด้วย

1) ความหมายของผู้ที่มีภาวะอ้วน คือ บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับชาวเอเชีย ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และองค์การอนามัยโรคยังได้แบ่งภาวะอ้วนออกเป็น 3 ระดับ คือ อ้วนระดับที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 หรือผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนที่คุกคามต่อชีวิตตามเกณฑ์ของชาวเอเชีย จัดเป็นภาวะอ้วนอันตรายหรือเป็นโรคอ้วน

2) ผลกระทบของผู้ที่เป็นโรคอ้วน ประกอบด้วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจในถุงน้ำดี ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม เช่น ภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือที่เรียกว่ากลุ่มอาการ metabolic syndrome โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ การผลิตฮอร์โมนเกี่ยวกับการเจริญเติบโตลดลง ต่อมหมวกไตมีการผลิตฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์มากกว่าปกติ เป็นต้น การ

ทำงานของปอดลดลงส่งผลให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ ซ้ำอีกเสบ และลักษณะของรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของการสะสมของไขมันในร่างกายซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ 1) การสะสมของไขมันบริเวณช่องท้อง (Abdominal obesity) ลักษณะจะมีรูปร่างเหมือนผลแอปเปิล ลักษณะนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน 2) การสะสมของไขมันบริเวณสะโพกและต้นขา (Peripheral obesity) ลักษณะจะมีรูปร่างเหมือนลูกแพร์ ลักษณะนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนน้อยกว่า (นพวรรณ เปี้ยชื่อ, 2556)

3) การรักษาโรคอ้วน วิธีการรักษาโรคอ้วนที่ดีที่สุดคือการลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักประกอบด้วยวิธีการหลัก 3 วิธี คือ 1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle modification) ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมโดยการควบคุมและประเมินตนเอง 2) การใช้ยาลดน้ำหนัก (Pharmacotherapy) และ 3) การผ่าตัดลดน้ำหนัก (Bariatric surgery) (ณิชา สมหล่อ, 2558)

#### 4.8.2.2 การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย

1) ความหมายของการผ่าตัดลดน้ำหนัก คือ การจัดการเกี่ยวกับน้ำหนักด้วยวิธีการผ่าตัดให้กับผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักด้วยตนเองทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการใช้ยาในการลดน้ำหนัก

2) ข้อบ่งชี้ของการพิจารณาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ได้แก่ เป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือเป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่วมกับมีโรคร่วมที่คุกคามต่อชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและปอด หรือที่มีปัญหาโรคอ้วนส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือรบกวนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (Mechanick et al., 2013) แต่สำหรับชาวเอเชียซึ่งมีรูปร่างเล็กกว่าชาวอเมริกาและชาวยุโรป จึงได้กำหนดข้อบ่งชี้ไว้ว่า ต้องเป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่วมกับมีโรคร่วมเกิดขึ้นแล้วก็สามารถรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ (Kasama et al., 2012) นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้ที่สามารถยอมรับกับความเสี่ยงจากการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ เคยพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีการต่าง ๆ มานานกว่า 6 เดือน แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เป็นผู้ที่มีภาวะมันคงทางจิตใจ สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทหรือมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษา เป็นผู้ที่ได้รับทราบข้อมูลและมีแรงจูงใจที่ดีในการปฏิบัติตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระยะยาวและมาตรวจติดตามผลในระยะยาวสม่ำเสมอ มีแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และไม่ติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ (Mechanick et al., 2013)

3) วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก สำหรับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักที่นิยมใช้ในประเศไทยในปัจจุบัน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 วิธี คือ



3.1) การใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Adjustable Gastric Banding) เป็นการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยการใช้ยางมารัดที่กระเพาะอาหาร เพื่อให้ปริมาตรของกระเพาะอาหารมีขนาดเล็กกลง โดยกระเพาะอาหารส่วนที่อยู่เหนือยางรัดจะมีปริมาตรเล็กมากไม่เกิน 30 มิลลิลิตรส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556)

3.2) การตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve Gastrectomy) เป็นการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนตามแนวตั้ง เพื่อให้กระเพาะอาหารมีปริมาตรลดลงเหลือประมาณ 80 – 150 มิลลิลิตร (เฉลี่ย 125 มิลลิลิตร) ส่งผลให้รับประทานอาหารได้ลดลง รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556)

3.3) การผ่าตัดกระเพาะอาหารร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y Gastric Bypass) เป็นการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เพื่อให้กระเพาะอาหารมีปริมาตรลดลงเหลือประมาณ 15 – 50 มิลลิลิตร ร่วมกับมีการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้รับประทานอาหารได้ลดลง และลำไส้ดูดซึมสารอาหารได้ลดลง (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556)

4) ประโยชน์ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Puzziferri et al., 2014) แต่ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมตนเอง และการออกกำลังกายควบคู่ไปด้วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก แต่ถ้าหากภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ แล้วจะส่งผลให้มีน้ำหนักกลับคืนมาอีก นอกจากนี้การผ่าตัดลดน้ำหนักยังสามารถบรรเทาโรคร่วมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ โรคข้อเสื่อม กรดไหลย้อน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น และยังมีการศึกษาพบว่า ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยโรคอ้วนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Driscoll et al., 2016)

5) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การผ่าตัดลดน้ำหนักนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และสามารถบรรเทาและรักษาโรคร่วมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนได้แล้ว การผ่าตัดลดน้ำหนักยังสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ด้วย หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Deep vein thrombosis and Pulmonary embolism) การทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ (Pulmonary dysfunction) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound infection) การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer) การเกิดภาวะอาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (Dumping syndrome) และการเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional deficiencies) ซึ่ง

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ อาจจะเกิดหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ และภาวะแทรกซ้อนบางอย่างสามารถป้องกันการเกิดได้หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

**4.8.2.3 การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก** ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินและเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนชนิดวิธีการ และปริมาณในการรับประทานอาหารและน้ำ มีการกำกับและควบคุมตนเอง การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องมีการสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การมาตรวจติดตามผลตามนัด และการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ จัดเป็นการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงด้วย

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าองค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาตัดสินใจและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความรู้เรื่องโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ซึ่งความรู้เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลในการกระทำ และรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

จากการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม รายได้ครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่ยังไม่มีผู้ใดศึกษา แต่พบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ได้แก่ เพศ และชนิดการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และนำปัจจัยที่ถึงแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่พบว่าเป็นปัจจัยที่เป็นข้อเท็จจริงที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยนำปัจจัยด้านเพศ อายุ และชนิดการผ่าตัด มาจับคู่กัน (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และได้นำปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

## 5. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นกิจกรรมที่จัดให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาพัฒนาร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล การสอน การชี้แนะ และการสนับสนุน มาเป็นเทคนิคในการให้ความรู้เพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย และยังเป็นโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล และ 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองจำนวน 2 ครั้งในระยะเวลาการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุน ครั้งละ 60 นาที มีการติดตามเยี่ยมโดยการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้งในระยะเวลาให้การสนับสนุน ครั้งละ 15 นาที มีรายละเอียดดังนี้

### 5.1 ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล (Educative-Supportive)

ระยะภายหลังการผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่พร้อมจะรับฟังและมีการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดในวันที่สอง ซึ่งตรงกับระยะกลางภายหลังการผ่าตัด (Intermediate phase) พยาบาลผู้วิจัยจึงเริ่มโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบถึงสภาพร่างกายของตนเอง และสามารถคิด วิเคราะห์ พิจารณา และไตร่ตรอง ในการตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดเพื่อการดูแลตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**5.1.1 ครั้งที่ 1 ระยะภายหลังการผ่าตัด** พยาบาลผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม และใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

2) ใช้เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง (ใช้เวลา 20 นาที)

3) จากนั้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยสื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) อย่างสม่ำเสมอ การควบคุมตนเองโดยการชั่งน้ำหนักทุกวัน และการควบคุมตนเองโดยการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย (ใช้เวลา 20 นาที)

4) ซักถามผู้ป่วยโดยการถาม - ตอบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการอภิปรายและสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักตามความรู้ที่ได้รับ พยาบาลผู้วิจัยให้การชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง (ใช้เวลา 5 นาที)

5) สอนและให้การชี้แนะผู้ป่วย ในการใช้แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย การบันทึกเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองและอุปสรรค ชนิดและปริมาณของอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และน้ำหนักในแต่ละวัน (ใช้เวลา 5 นาที)

6) ร่วมตั้งเป้าหมายและกำหนดทางเลือกร่วมกับผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยเป้าหมายที่ใช้ในการกำหนดทางเลือก ได้แก่ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายโดยการเดินรอบหอผู้ป่วย การฝึกรับประทานอาหารโดยการจิบอาหารเหลวใส/เหลวข้น หรือจิบน้ำชา ๆ คำเล็ก ๆ หรือ เมื่อเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารธรรมดา ให้เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ก่อน และตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวนาน 30 – 40 ครั้ง/คำ เป็นต้น (ใช้เวลา 5 นาที) มีการใช้คำถามปลายเปิดกับผู้ป่วย ได้แก่

“คุณคิดว่าจะเลือกการปฏิบัติกิจกรรมใดก่อนระหว่าง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด”

“เพราะเหตุใดจึงเลือกการปฏิบัติ.....ก่อนเป็นลำดับแรก”

“เลือกปฏิบัติสิ่งใดเป็นลำดับสอง” “เพราะอะไร”

“การดื่มน้ำ จะตั้งเป้าหมายอย่างไรกับตนเอง”

“จะตั้งเป้าหมายการเคี้ยวอาหารอย่างไร” เป็นต้น

7) แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และนัดผู้ป่วยในการพบครั้งต่อไปคือวันก่อนจำหน่าย 1 วัน (ใช้เวลา 5 นาที)

**5.1.2 ครั้งที่ 2 ระยะก่อนจำหน่าย** ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน (วันที่ 3 – 5 ภายหลังการผ่าตัด) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยหลังจากพบกันครั้งก่อน โดยประเมินจากแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และจากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำ การมีกิจกรรมทางกาย การฝึกบริหารการหายใจในเวลากลางวันและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องขณะนอนหลับ และการควบคุมตนเองโดยการชั่งน้ำหนัก (ใช้เวลา 5 นาที)

2) จากนั้นจึงให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้านด้วยสื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหารและน้ำ การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน การควบคุมตนเองโดยการชั่งน้ำหนักทุกวัน การควบคุมตนเองโดยการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมตนเองโดยการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) อย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจติดตามผลตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ (ใช้เวลา 25 นาที)

3) สอบถามผู้ป่วยถึงปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย พร้อมกับหาวิธีในการแก้ไขปัญหาและขอจัดอุปสรรคร่วมกัน คำถามที่ใช้ ได้แก่

“การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่สอนไปสามารถปฏิบัติได้ไหม”

“การปฏิบัติเรื่องใดที่สามารถทำได้ และ อะไรไม่สามารถทำได้” เป็นต้น

จากนั้นกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในระยะ 1 สัปดาห์หลังจากนี้ร่วมกันกับผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดจะเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ เป็นลำดับแรก และถัดมาคือการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) อย่างสม่ำเสมอ ภายหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน การชั่งน้ำหนักทุกวัน การควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

4) จากนั้นใช้เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประเมินความรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับ

การสอนให้ความรู้จากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จากนั้นนัดหมายและขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในครั้งถัดไปหลังจากนี้อีก 1 สัปดาห์ (ใช้เวลา 20 นาที)

## 5.2 ระยะเวลาให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน (Supportive)

ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้แล้ว จึงเป็นช่วงเวลาของการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ที่มีคิด พิจารณา ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่ไม่มีบุคลากรทางสุขภาพมากอดกำกับดูแล เพื่อให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนักอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองกลับมาสู่ภาวะปกติอีกครั้ง ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย 3 ครั้ง เพื่อกำกับติดตามและให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง และการติดตามเยี่ยมที่คลินิก ศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกภปร6 1 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

**5.2.1 ครั้งที่ 3 ระยะเวลาหลังจำหน่าย** พยาบาลผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 15 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมกับกล่าวสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ดีและถูกต้อง

2) จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ

3) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในครั้งหน้าร่วมกันกับผู้ป่วย โดยเน้นในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคี้ยวช้า ๆ 30 – 40 ครั้ง/คำ ไม่รับประทานน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล และการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) อย่างสม่ำเสมอภายหลังการผ่าตัด ชั่งน้ำหนักทุกวัน และการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย

4) กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการภายหลังการผ่าตัดตามนัด และให้นำแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมาด้วย

**5.2.2 ครั้งที่ 4 ระยะเวลาหลังจำหน่าย** พยาบาลผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่คลินิก ศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกภปร6 ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 15 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) จัดสถานที่หรือเลือกสถานที่ที่เหมาะสมต่อการสอบถามพูดคุย พร้อมกับสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย โดยการประเมินจากแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สอบถามถึงปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมกับกล่าวสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ดีและถูกต้อง

2) จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ

3) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในครั้งหน้าร่วมกันกับผู้ป่วย โดยเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร เช่น ดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร เลือกรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ให้ได้ ประมาณ 6 ช้อนโต๊ะ/มื้อ ตัดเนื้อสัตว์ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวช้า ๆ นาน 30 – 40 ครั้ง/คำ เป็นต้น การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) อย่างสม่ำเสมอภายหลังการผ่าตัด การมีกิจกรรมทางกาย เช่น เพิ่มการเดินเป็นอย่างน้อย 30 นาที/วัน เป็นต้น การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน การชั่งน้ำหนักทุกวัน การจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย และการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

4) จากนั้นขออนุญาตผู้ป่วยในการกำหนดนัดหมายโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไปหลังจากนี้อีก 2 สัปดาห์

**5.2.3 ครั้งที่ 5 ระยะเวลาหลังจำหน่าย** พยาบาลผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 15 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมกับกล่าวสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ดีและถูกต้อง

2) จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ

3) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในครั้งหน้าร่วมกันกับผู้ป่วย โดยเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดื่มน้ำและรับประทานอาหาร เช่น ดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร เลือกรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ให้ได้ ประมาณ 6 ช้อนโต๊ะ/มื้อ

ตัดเนื้อสัตว์ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวช้า ๆ นาน 30 – 40 ครั้ง/คำ เป็นต้น การใช้เครื่องช่วยหายใจ แร่งดันบวก (CPAP) อย่างสม่ำเสมอภายหลังการผ่าตัด การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย เช่น เริ่มออกกำลังกายแบบเบาๆ วันละ 10 – 15 นาที การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน การชั่งน้ำหนักทุกวัน การจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย และการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

4) กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการภายหลังการผ่าตัดตามนัด และให้นำแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมาด้วย

**5.2.4 การประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด** เมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักครั้งที่ 2 พยาบาลผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกภปร 6 โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อกล่าวสรุปและขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการผ่าตัดลดน้ำหนักในประเทศไทย

**แพรว สุวรรณศรีสุข (2557)** ได้ทำการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับอัลโดสเตอโรน 3 เดือน หลังการลดน้ำหนักโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคอ้วน การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยโรคอ้วนจำนวน 14 คน เป็นเพศชาย 8 คน อายุเฉลี่ย  $26.5 \pm 5.4$  ปี มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและเก็บเลือดจากผู้ป่วยโรคอ้วนก่อนผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดที่ 1 และ 3 เดือน ตามลำดับ และทำการตรวจพลาสมาอัลโดสเตอโรน ระดับเรนิน โซเดียม โพแทสเซียม ระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด รวมถึงปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อตรวจระดับโซเดียมและโปรตีน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการศึกษาวิจัยมีจำนวน 14 คน เพศชาย 8 คน อายุเฉลี่ย  $26.5 \pm 5.4$  ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $56.7 \pm 13.5$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นโรคความดันโลหิตร้อยละ 28.6 จากผลการศึกษาพบว่าการลดลงของระดับพลาสมาอัลโดสเตอโรนจากค่าเฉลี่ย  $14.3 \pm 8.0$  ng/dl เป็น  $7.5 \pm 5.5$  ng/dl ( $p < .01$ ) ลดโดยเฉลี่ยร้อยละ  $36.6 \pm 54.8\%$  ซึ่งการลดลงของพลาสมาอัลโดสเตอโรนมีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนัก ( $r = 0.58, p < .05$ ) ส่วนความดันโลหิต น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เปรอร์เซ็นต์ไขมัน ระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด พบว่าการเปลี่ยนแปลงลดลงที่ 3 เดือนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ระดับอัลโดสเตอโรนลดลงตั้งแต่ 3 เดือน



แรกหลังการผ่าตัด และการลดลงของระดับอัลโดสเตอโรนมีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**อมฤต ตาลเศวต, ศุภภักดิ์ เตชะพงศธร, โสภณ เลิศสิริโสภณ และคณะ (2557)** ได้ศึกษาถึงผลระยะสั้นของการผ่าตัดแบบ Laparoscopic Sleeve gastrectomy ในวชิรพยาบาล ทั้งในด้านน้ำหนักส่วนเกินของผู้ป่วยที่ลดลงและการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มโรคเมตาบอลิกหลังผ่าตัด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Sleeve gastrectomy ในวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เมษายน 2556 โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยรวมถึงการสอบถามทางโทรศัพท์ ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักตัวก่อนผ่าตัด ดัชนีมวลกาย น้ำหนักส่วนเกิน โรคร่วมที่พบ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ร้อยละน้ำหนักตัวส่วนเกินที่ลดลง และการเปลี่ยนแปลงของโรคร่วมทางเมตาบอลิกหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 113.67 กิโลกรัม น้ำหนักตัวส่วนเกินเฉลี่ย 55.15 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 42.69 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ระยะเวลาเฉลี่ยของการผ่าตัด 141.67 นาที ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 3.17 วัน ไม่พบการรั่วของรอยเย็บกระเพาะอาหาร ระยะเวลาที่สามารถติดตามหลังผ่าตัด 6 – 12 เดือน มีร้อยละของน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 31.32 – 104.97 ผู้ป่วยสามารถหยุดยาควบคุมเบาหวานได้ทั้งหมด สามารถหยุดยาควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ร้อยละ 66.67 และมีอาการของความดันโลหิตสูงดีขึ้นร้อยละ 66.67 สามารถสรุปผลได้ว่า การผ่าตัด Laparoscopic Sleeve gastrectomy ในวชิรพยาบาล ถึงแม้ว่าจะให้ผลไม่แน่นอนในแง่ของน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลง แต่ผลการควบคุมโรคทางเมตาบอลิกอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดดังกล่าวในวชิรพยาบาลยังถือว่าอยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงยังต้องการการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยต่อไปทั้งในด้านจำนวนของผู้ป่วยและการติดตามภายหลังการผ่าตัด

**Angkoolpakdeekul, Theerapol et al. (2006)** ได้ศึกษาเพื่อประเมินวิเคราะห์ผลของการผ่าตัดใส่ยางซิลิโคนชนิดสวิตช์ในผู้ป่วยโรคอ้วนไทยในระยะเบื้องต้น ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2546 ถึง มีนาคม 2548 ในผู้ป่วยทั้งหมด 10 คน ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาริบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกประกอบด้วย การลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 7 คน มีน้ำหนักเฉลี่ย 142.5 kg (พิสัย 98 – 164 kg) และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 49.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (พิสัย 40.3 – 62.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) การผ่าตัดประสบความสำเร็จ 9 ใน 10 ราย คนที่ได้รับการผ่าตัดไม่สำเร็จเนื่องจากขนาดของตับข้างซ้ายใหญ่เกินไปและปิดบังบริเวณผ่าตัดจึงได้ยุติการผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีค่าดัชนีมวลกาย 62.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 195 นาที

(พิสัย 125 – 275 นาที) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 4 วัน ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด มีผู้ป่วยหนึ่งรายมีแผลอักเสบติดเชื้อ ผู้ป่วยทั้งหมดหลังติดตามระหว่าง 1 – 15 เดือน มีร้อยละของน้ำหนักเกินลดลง 33.5 – 62.1 การผ่าตัดใส่ยางซิลิโคนชนิดสวิตช์ในผู้ป่วยไทยแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการผ่าตัด และมีผลในการลดน้ำหนักผู้ป่วยได้ดีถึงแม้จะเป็นการศึกษาระยะสั้นหลังผ่าตัด คณะผู้วิจัยเชื่อว่าการผ่าตัดชนิดนี้เหมาะสมเป็นการผ่าตัดเบื้องต้นในการลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนคนไทย อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลในระยะยาวต่อไปด้วย

**Angkoolpakdeekul, Theerapol et al. (2011)** ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคอ้วนในระยะสั้น ระหว่างวิธีการผ่าตัดผ่านกล้อง 2 วิธี คือ วิธีรัดกระเพาะอาหาร และวิธีเป็ยงกระเพาะอาหาร ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2546 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2551 ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการตรวจติดตามผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดโดยการวัดน้ำหนักตัวและการตรวจเลือดทุก 3 – 6 เดือน และวัดคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) โดยเริ่มที่ 6 เดือนภายหลังการผ่าตัด และประเมินซ้ำทุก 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 65 คน ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีรัดกระเพาะอาหาร 31 คน และวิธีทางเป็ยงกระเพาะอาหาร 34 คน ประกอบด้วยเพศชาย 28 คน คิดเป็นร้อยละ 43 เพศหญิง 37 คน คิดเป็นร้อยละ 57 อายุเฉลี่ย 31.7 ปี (SD = 10.5) ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 3 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเป็ยงกระเพาะอาหารมีการสูญเสียน้ำหนักที่คาดหวังไว้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรัดกระเพาะอาหารเฉลี่ยร้อยละ 6 ในระยะเวลา 2 ปี แรก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเป็ยงกระเพาะอาหาร มีผลตรวจทางชีวเคมีในเลือดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรัดกระเพาะอาหารเพียงเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างชัดเจนระหว่างผู้ป่วยสองกลุ่มดังกล่าว ในแง่ของคะแนนวัดคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า การเปรียบเทียบผลการรักษาโรคอ้วนในระยะสั้นระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้องสองวิธี แสดงให้เห็นว่าวิธีผ่าตัดทางเป็ยงกระเพาะอาหารมีความได้เปรียบเพียงเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนในแง่ของคะแนน BAROS ความแตกต่างที่พบนั้นมีการลดลงตามเวลา โดยผลการรักษาของการผ่าตัดทั้งสองวิธีคล้ายคลึงกันหลัง 2 ปีภายหลังการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่ศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยพบงานวิจัยเพียง 4 เรื่องเท่านั้น ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับอัลโดสเตอโรนในระยะเวลา 3 เดือนภายหลังการผ่าตัด 1 เรื่อง ส่วนอีก 3 เรื่องเป็นการศึกษาเกี่ยวประสพการณ์ของการทำผ่าตัดและผลของการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยทั้ง 4 เรื่องนี้เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ทั้งสิ้น และไม่มียานใดที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับทางการแพทย์

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการผ่าตัดลดน้ำหนักในต่างประเทศ

Aguilera (2014) ศึกษาทบทวนผลของการใช้วิธีการสนับสนุนของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มสนับสนุน การให้คำปรึกษาด้านอาหาร กลุ่มพฤติกรรมบำบัดและการสนับสนุนด้วยสิ่งกระตุ้น การสนับสนุนของครอบครัว การให้การสนับสนุนด้านความรู้ทางโภชนาการ และการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) กลุ่มสนับสนุน ศึกษาใน 12 เดือนภายหลังได้รับการผ่าตัด โดยการวัดจากค่าเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน (%EWL) ในสัปดาห์ที่ 2, และ 6 และในเดือนที่ 3, 6, 9 และ 12 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของน้ำหนักที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ากลุ่มสนับสนุนและไม่เข้ากลุ่มสนับสนุน ในเดือนที่ 9 และ เดือนที่ 12 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเข้ากลุ่มสนับสนุนมากกว่า 5 ครั้ง/เดือน มีการลดลงของน้ำหนักมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนน้อยกว่า 5 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) ด้านการให้คำปรึกษาเรื่องอาหารพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับวินัยในการรับประทานอาหารด้วยนักโภชนาการ มีส่วนช่วยในการลดลงของน้ำหนักได้โดยการวัดจากค่าดัชนีมวลกาย
- 3) ด้านพฤติกรรมบำบัดและการสนับสนุนด้วยสิ่งกระตุ้น ทำการศึกษานำร่องเพียง 8 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อย 18 เดือน ภายหลังการผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือปัญหาในระยะยาวโดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งการลดลงของน้ำหนัก ภายใน 8 สัปดาห์ ในการศึกษานี้จะจัดขึ้นเฉพาะกลุ่มและมีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ มีการกระตุ้น สัมภาษณ์ และการอภิปรายความท้าทายของสถานการณ์และประสบการณ์ เช่น เรื่องการรับประทานอาหารด้วยอารมณ์แบบไม่ยั้งคิด ใช้เวลา 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง โดยจิตแพทย์ แต่การลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมในการศึกษานำร่อง 8 สัปดาห์นี้ ไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่สำคัญเหมือนกับการศึกษาอื่น ๆ เนื่องจากระดับการลดลงของน้ำหนักจะเริ่มหยุดอยู่ที่ 6 เดือน และผู้เข้าร่วมในการศึกษานำร่องนี้ต้องอยู่ในกลุ่มจนถึง 18 เดือนภายหลังการผ่าตัด
- 4) ด้านการสนับสนุนของครอบครัว พบว่ากลุ่มที่มีครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวดูแล ตั้งแต่ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลไปจนถึงการดูแลที่บ้าน มีการลดลงของค่าดัชนีมวลกายที่ 1 ปีภายหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินลดลงมากกว่าร้อยละ 80 โดยในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 45 และในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 19 และความสนใจในการมาตรวจติดตามผลในกลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มควบคุมด้วย
- 5) การให้การสนับสนุนด้านความรู้ทางโภชนาการ พบว่าเศรษฐกิจทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยใหญ่ที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการ และระดับการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละคน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสำเร็จภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จึงแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองใช้เวลาเกือบทั้งหมดไปกับการออกกำลังกาย ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีนัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลองมีค่าร้อยละ

การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเท่ากับร้อยละ 80 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 64 ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ 6) ด้านการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะซิมเสรั้า ผู้แต่งมีสมมติฐานว่า การให้โปรแกรมการกระตุ้นพฤติกรรมจะช่วยลดอาการซิมเสรั้า และมีส่วนช่วยในการลดลงของการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน ผลการศึกษาในการติดตามผล 12 เดือนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอาการของภาวะซิมเสรั้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการจัดโปรแกรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อช่วยในเรื่องการควบคุมน้ำหนักทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

**Helsing and Saulon (2012)** การศึกษานี้เป็นการศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักและการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยยังไม่ได้เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พวกเขายังไม่ได้มีการวางแผนที่จะจัดหาอาหารสำหรับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ที่เมื่อรับประทานเข้าไปแล้วจะทำให้พวกเขาไม่สบาย การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัดลดน้ำหนักควรที่จะมีการจัดให้ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ในระยะแรกก่อนผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการดำรงชีวิตที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**Herzog (2010)** ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธี Gastric bypass เกี่ยวกับความรู้ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้ที่มีทั้งหมด 12 ข้อ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานอาหารภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยทำการสำรวจในผู้ป่วย 9 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ไม่มีใครตอบคำถามได้ถูกต้องหมดทั้ง 12 ข้อ และทุกคนตอบผิดมากกว่า 6 ข้อเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงสรุปว่าผู้ป่วยขาดความรู้ที่เพียงพอในเรื่องการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**Jensen et al. (2014)** ได้ศึกษาเพื่อให้ความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิต ภาพลักษณ์ในผู้หญิงวัยรุ่นภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับน้ำหนักที่ลดลง ผู้วิจัยใช้เวลา 4 เดือน ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงวัยรุ่นภายหลังได้รับการผ่าตัดมาในช่วง 1 – 12 เดือนภายหลังการผ่าตัด ใช้การสัมภาษณ์แบบเชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง สิ่งที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์จะมุ่งเน้น 6 เรื่อง คือ 1) ประสบการณ์เริ่มแรกที่น้ำหนักลด 2)

แรงจูงใจและความคาดหวังต่อการผ่าตัด 3) ประสบการณ์เกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง 4) ความสัมพันธ์ทางสังคม 5) การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพทางกาย และ 6) สิ่งที่คุณคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผลการศึกษาผู้วิจัยพบ 3 แนวคิด คือ 1) อดีต: ปัญหาที่ทนไม่ได้ ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างมองตนเองในแง่ลบและสิ้นหวัง ในแต่ละวันประสบกับความล้มเหลวในการพยายามลดน้ำหนัก โดดเดี่ยว และไม่ประสบความสำเร็จ เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากที่ประสบกับความไม่พอใจเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง ใช้การหลีกเลี่ยงผู้คนและไม่ต้องการพบปะผู้คนใหม่ ๆ พวกเขา รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ กลัวสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาที่จะให้เขาเกลียดตัวเอง ถูกข่มเหงและถูกล้อเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอก ต้องซ่อนตัวอยู่ในบ้านและตัดขาดจากสังคม อาหารจึงกลายเป็นสิ่งที่บรรเทาอารมณ์และความเจ็บปวดเหล่านั้น ประสบการณ์ชีวิตของพวกเขาที่ไม่สามารถจัดการได้คือ ขาดความมั่นใจในการกระทำการต่าง ๆ 2) ปัจจุบัน: การเรียนรู้ขอบเขตใหม่ ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักในช่วงแรก ๆ มันยากที่จะห้ามใจไม่ได้รับประทานอาหารแบบเดิมๆ ความอยากอาหารยังคงมีอยู่ขึ้นอยู่กับระดับและชนิดของอาหาร แต่การรักษาทางกายส่งผลทำให้รู้สึกไม่สุขสบายต่อการปฏิบัติพฤติกรรมแบบใหม่ พวกเขา ยังคงมีความอยากอาหารอยู่ จึงต้องมีการพัฒนาชนิดของอาหารและหาหนทางในการรับประทานเพื่อตอบสนองต่อความสุขทางกาย เมื่ออาหารถูกปรับเปลี่ยนใหม่ตามขนาดของกระเพาะอาหาร เริ่มต้นด้วยการรับประทานอาหารในชนิดและปริมาณที่กระเพาะอาหารสามารถรับได้ กลุ่มตัวอย่างบอกว่าพวกเขาสามารถควบคุมร่างกายโดยการควบคุมสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งนี้ให้ประสบการณ์ความรู้สึกในการอิมแบบใหม่และแตกต่างกันระหว่างความอิมที่กระเพาะและจิตใจ พวกเขาต้องมีการเรียนรู้ใหม่ในเรื่องของการรับประทานอาหารต่อร่างกาย และเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณใหม่ของร่างกายต่อประสบการณ์ในการรับประทานที่มากและเร็ว พวกเขาต้องควบคุมร่างกายให้ได้เพิ่มขึ้น 3) อนาคต: ความหวังที่จะกลับมาสู่ภาวะปกติ ในช่วงเวลาสั้น ๆ ภายหลังจากการผ่าตัดพวกเขา รู้สึกดีและมีพลังเพิ่มมากขึ้น มีความภูมิใจในตนเองสูงขึ้นเนื่องจากน้ำหนักลดลง พวกเขาไม่ได้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าอีกต่อไป มีพลังและมีอิสระเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความหวังเกี่ยวกับอาหารว่าอีกไม่นานจะสามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่มีมาแต่เดิมได้ จะมีวิถีชีวิตแบบใหม่และไม่ลืมที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมแบบใหม่ แนวคิดดังกล่าวถูกสังเคราะห์ขึ้นเป็นธีมหลักหนึ่งเรื่องในการควบคุมขอบเขต ซึ่งอธิบายความรู้สึกของผู้หญิงเหล่านี้ว่ามีความสมดุลระหว่างการควบคุมและการสูญเสียการควบคุม การรับรู้ถึงการควบคุมอาจเป็นลักษณะสำคัญของภาพลักษณ์และเป็นกุญแจไขความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้หญิงเหล่านี้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพชีวิตภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**Kalarchian, Marcus, Courcoulas et al. (2013)** ได้ศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก่อนเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก เปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ (ได้รับคำแนะนำด้านอาหารจากแพทย์) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการลดลงของน้ำหนักตั้งต้นอย่างน้อยร้อยละ 5 และมีการลดลงของน้ำหนักมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น การปรับพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีเป็นโรคอ้วนที่มีน้ำหนักเกินมาก ๆ สามารถลดน้ำหนักก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

**Meany, Conceição and Mitchell (2014)** ได้ทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบของการรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิด ความผิดปกติของการรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิด และการขาดการควบคุมการรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ต่อผลลัพธ์ของน้ำหนักภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิดที่ยังคงมีอยู่ภายหลังการผ่าตัดจะส่งผลให้น้ำหนักลดได้น้อยลง การรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิดมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ และระยะเวลา 2 ปีภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบไม่ยั้งคิด และหากผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะไม่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนัก

**Nijamkin et al. (2012)** ได้ศึกษาถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการและให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่จะทำให้น้ำหนักลดลงได้ดีขึ้นและการมีกิจกรรมทางกายในคนอเมริกันที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 144 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 72 คน ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก 6 เดือน กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่มเล็ก ๆ ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และมีการติดต่อจากนักโภชนาการบ่อย ๆ กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือแนวทางการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำอีกครั้งที่ภายหลังการผ่าตัดครบ 12 เดือน เป้าหมายหลักของการประเมินคือน้ำหนักที่ลดลง และการมีกิจกรรมทางกายที่เปลี่ยนไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่ ไคสแคว์ วิลค็อกสัน แมนวิทนี ยู และวิเคราะห์ความตั้งใจในการปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่าที่ 12 เดือนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีการลดลงของน้ำหนักที่มากกว่า และค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มควบคุมรับประทานโปรตีนน้อยกว่ากลุ่มทดลอง

**Rudolph and Hilbert (2013)** ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการลดลงของน้ำหนักในระยะยาวของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่น้ำหนักไม่ลดลงและมีน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมา การจัดการพฤติกรรมอาจทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวได้ง่ายขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่าตัดลดน้ำหนัก วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มถึงผลของการจัดการพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักต่อการลดลงของน้ำหนัก สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบบางวิจัยทั้งหมด 414 เรื่อง เป็นการศึกษาแบบการสุ่มทดลอง (RCT) 5 เรื่อง การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 2 เรื่อง และการศึกษาแบบย้อนกลับ 8 เรื่อง ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และกลุ่มสนับสนุน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการพฤติกรรมให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดลงของน้ำหนัก มี 13 งานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมมีน้ำหนักลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ได้รับโปรแกรมได้เลย การวิเคราะห์ห่อหุ้มในการศึกษาทั้ง 5 เรื่องที่เป็นการสุ่มทดลอง (RCT) ให้การสนับสนุนว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**Sobhani et al. (2019)** ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยใช้กรอบแนวคิดความมีระเบียบวินัยแบบทั่วไปและแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักทั้งหมดในโรงพยาบาล Ghadir Mother and Child, Shiraz ประเทศอิหร่าน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2017 ถึงเดือนกันยายน 2017 มีกลุ่มตัวอย่าง 201 คน มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 ( $36.45 \pm 35.11$ ) และมีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี ( $13.38 \pm 80.5$ ) โดยการใช้แบบสอบถาม General adherence scale (GAS), Specific adherence scale (SAS) และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังการผ่าตัด (BSSQ) ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนการมีวินัยโดยทั่วไปและเฉพาะเจาะจงสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าคะแนนการมีวินัยโดยทั่วไปและเฉพาะเจาะจงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร วิตามิน ผัก ผลไม้ ธัญพืช โปรตีน และการดื่มน้ำ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการกับอาการของภาวะอาหารไหลจากกระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ (dumping syndrome) มีความสัมพันธ์กับการมีวินัยทั้งแบบทั่วไปและแบบเจาะจง ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มความู้ ทักษะ แรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเอง สมรรถนะในตนเอง และการควบคุมตนเองในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

**Wykowski and Krouse (2013)** เป็นการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ที่จะวิเคราะห์วรรณกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อให้แน่ใจว่า การดูแลตนเองเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการลดน้ำหนักระยะยาวภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักมีการลดลงของน้ำหนักมากกว่าและรวดเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกว่าพวกเขาไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องจิตสังคมและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองให้ประสบ

ผลสำเร็จภายหลังการผ่าตัด ต้องมีการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลมากกว่าเป็นรายกลุ่ม แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินไม่ควรยาวเกินไป ควรใช้กลยุทธ์พฤติกรรมบำบัดแบบ Cognitive behavioral strategies และใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ (intervewing motivation) และมีการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองที่ 8 สัปดาห์ การค้นพบสำหรับการศึกษานี้เป็นจุดที่จำเป็นสำหรับการวิจัยในอนาคต ที่จะให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมต่อผู้ป่วยเพื่อที่จะประสบความสำเร็จในการดำรงไว้ซึ่งการลดน้ำหนักในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการผ่าตัดลดน้ำหนักในต่างประเทศ พบการศึกษาวิจัยมากมายและทำการศึกษาในหลากหลายด้าน ทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อถัก การศึกษาที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกมานี้สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักระยะยาวคือผู้ป่วยต้องมีวินัยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัด ทั้งในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และจากการศึกษายังสามารถสรุปได้ว่า ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยควรได้รับการเพิ่มความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเอง สมรรถนะในตนเอง และการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจะต้องได้รับโปรแกรมการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมใด จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและยังมีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอีกด้วย

### 6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

**จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธุ์ภักดี และ ชิวรัตน์ ต่ายเกิด (2555)** ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 53 ราย เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่สร้างโดยอรสา พันธุ์ภักดี และคณะ โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียม โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อการควบคุมความดันโลหิต 2) การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและการให้กำลังใจ และ 3) การติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และเครื่องชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วม



โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลงจากก่อนเข้า โปรแกรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูงได้ และผู้เป็นความดันโลหิตสูงสามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้

**ชลดา ทานาลาด และ วิพร เสนารักษ์ (2557)** ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่ม ตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้ความรู้และ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $p < .05$ ) และภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่ม ทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ( $p < .05$ ) ผลการวิจัยแสดง ให้เห็นว่า การให้โปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ ช่วยเพิ่มความสามารถให้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในด้านความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำ ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เพราะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีความเชื่อใน ความสามารถของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

**ประสพสุข ศรีแสนปาง, วิพร เสนารักษ์, สมพงษ์ ศรีแสนปาง และคณะ (2546)** ศึกษาถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของระดับความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 28 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 ราย โดยการสุ่ม กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแล ตนเองของโอเร็มในกระบวนการกลุ่ม โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้สื่อ ประกอบ คือ วิทัศน์ แผ่นพับ และคู่มือการดูแลตนเอง รวมทั้งการอภิปรายร่วมกับพยาบาลและแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ และได้รับแผ่นพับและคู่มือการดูแลตนเองหลัง สิ้นสุดการทดลอง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดความดัน

โลหิตและเจาะเลือดตรวจวัดระดับโคเลสเตอรอลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 3 เดือน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ระดับโคเลสเตอรอลภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้สามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ แต่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

**ปาริชาติ คงเสื่อ, ปชาณัฐร์ ตันติโกสม และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557)** ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันด้านการศึกษาและอายุ แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30 – 45 นาที ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้

**พรพรรณ เท็ดสุทธิธณภูมิ (2558)** ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ามาใช้บริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแล

ตนเองที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 2 เดือน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโรคหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิต

**วชิรา สุทธิธรรม, ยุวดี วิทย์พันธ์ และ สุรินทร์ กลัมพากร (2559)** ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวานจำนวน 80 ราย ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ทบทวนวิเคราะห์ปัญหา การประเมินและตัดสินใจตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกผลการตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไค-สแควร์ และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในเลือดต่ำกว่าเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

**สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ (2547)** ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โดยการใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องสังเกตอาการ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 30 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร และจดหมายกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิกแบบรายบุคคล จำนวน 3 ครั้งติดต่อกันทุกวัน ครั้งละประมาณ 15 – 25 นาที และได้รับคู่มือการดูแลตนเอง หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยส่งจดหมายกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวฉบับที่ 1 ให้แก่ผู้ป่วย และหลังจากนี้อีก 2

สัปดาห์ ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนฉบับที่ 2 ให้กับผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมที่ว่า ระบบการพยาบาลมีความสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ชี้นำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผู้วิจัยพบแต่พฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผู้วิจัยพบแต่ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นเช่นกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักไว้ในหัวข้องานวิจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดลดน้ำหนักในต่างประเทศแล้ว งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในประเทศไทย ผู้วิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักพบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักต้องการคือ การมีแรงจูงใจและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติ พี่น้อง และบุคลากรสุขภาพ ในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และการกำกับและควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ จึงได้มีการนำโปรแกรมการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมตนเองภายหลังการผ่าตัด มาจัดให้กับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จัดการสอนแบบกลุ่มเล็ก ๆ มีการติดต่อเป็นระยะ ๆ จากนักโภชนาการภายหลังการผ่าตัด และได้รับคู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการควบคุมตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อีกทั้งยังทำให้มีการลดลง

ของน้ำหนักส่วนเกินมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมด้วย นอกจากนี้ยังมีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนมีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน หรือไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทั้งโปรแกรมการสอนให้ความรู้และโปรแกรมการให้การสนับสนุนมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ 6 สัปดาห์ - 2 ปีภายหลังการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยทั้ง 7 เรื่อง พบว่า ทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เป็นงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) จำนวน 6 เรื่อง และการให้ความรู้และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Orem (2001) ร่วมกับของ Bandura (2001) 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลอายุ 18 - 60 ปี ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ 4 สัปดาห์ - 6 เดือน มีการทำกิจกรรม 2 - 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 15 นาที - 1 ชั่วโมง รูปแบบของโปรแกรมมีทั้งการสอนให้ความรู้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการใช้สื่อการสอนแบบต่าง ๆ ทั้งสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง มีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง อีกทั้งยังมีการติดตามเยี่ยมเป็นระยะเพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ไปรษณียบัตรและจดหมายในการกระตุ้นเตือน ซึ่งจะเห็นว่างานวิจัยที่ผ่านมาการจัดโปรแกรมในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองนั้นมีรูปแบบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่ดี มีการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในโปรแกรมร่วมด้วย ซึ่งมีทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาบุคคล มีการสอน ชี้แนะ และให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แต่ในด้านการกระตุ้นเตือนโดยการใช้จดหมายและไปรษณียบัตร เป็นการสื่อสารทางเดียวทำให้ผู้วิจัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองหรือไม่ อีกทั้งยังไม่สามารถให้การสนับสนุนหรือสร้างแรงจูงใจได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอีกด้วย

ระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่นำมาใช้ในการลดความพร่องในการดูแลตนเองของบุคคล เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาบุคคล การสอน ชี้แนะ และให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การให้ความรู้และการให้การสนับสนุนมีระบบมากขึ้น โดยในขั้นตอนของการสอน และการชี้แนะนั้นจะจัดให้กับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากในช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการความรู้เพื่อนำมาคิด พิจารณา ไตร่ตรอง ก่อนตัดสินใจว่าควรจะทำหรือไม่ทำสิ่งใดเพื่อการดูแล

ตนเอง ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยต้องทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างยั่งยืนนั้นประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน 2) การรักษาโรคอ้วนด้วย วิธีการผ่าตัด และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ซึ่งจะมีทั้งการ สอน ชี้แนะ ฝึกทักษะการปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกัน และให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มีการติดตามเยี่ยมเป็นระยะ ส่วนในระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้านนั้นจะ เป็นการกำกับติดตามเพื่อให้การสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งโปรแกรมการ ส่งเสริมการดูแลตนเองจะเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลผู้วิจัยและผู้ป่วย โรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีการ ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างยั่งยืน อันจะนำไปสู่การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินอย่างต่อเนื่อง



## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

### 1. ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล (Educative-Supportive)

1.1 วันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด (60 นาที) ทบทวนความรู้เดิม สอนให้ความรู้และชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เพื่อตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้ด้วยตัวเอง และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักร่วมกัน

1.2 ก่อนจำหน่าย 1 วัน (60 นาที) ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในครั้งก่อน ให้การสนับสนุนและชี้แนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้านร่วมกัน

### 2. ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน (Supportive)

2.1 โทรศัพทติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด (15 นาที) ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี ชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่องที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดี และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในครั้งถัดไปร่วมกัน

2.2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ OPD (ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัด) (15 นาที) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสอบถามพูดคุย ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี ชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่องที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดี และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในครั้งถัดไปร่วมกัน

### พฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัด ลดน้ำหนัก ของผู้ป่วยโรคอ้วน

1. การดื่มน้ำ
2. การรับประทานอาหาร
3. สมดุลการมีกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน
4. การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง
5. การป้องกันและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
6. การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม
7. การกำกับและควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ
8. การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลภายหลังการทดลอง (Posttest-Only Design with a Comparison Group) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย โรคอ้วน โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม

-----O<sub>1</sub>

กลุ่มทดลอง

X-----O<sub>2</sub>

- X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน
- O<sub>1</sub> หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน กลุ่มควบคุม
- O<sub>2</sub> หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน กลุ่มทดลอง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรการวิจัย** คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 – 59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 – 59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นครั้งแรก
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยินหรือประสามสัมผัสอื่น ๆ ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย



### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรของบุญชม ศรีสะอาด (2553) ที่ว่าถ้าจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อย จะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 15 - 30 และจากการทบทวนวรรณกรรมของพุชฌงค์ ทิมรัตน์ (2554) พบสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักกรวมของทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2547 - 2553 มีจำนวน 420 ราย และสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2560 มีจำนวน 250 ราย (เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2560) จึงประมาณการณ์ว่าใน 1 ปี มีผู้ป่วยมาเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักจำนวน 100 คน จากทั่วประเทศ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการสุ่ม (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้กลุ่มตัวอย่าง 15 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 15 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยตรวจสอบตารางผ่าตัดประจำวันในช่วงบ่ายวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เพื่อตรวจสอบรายชื่อ และหอผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก
3. เวลา 16.00 - 16.30 น. ของวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตรวจสอบข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และขอเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
4. หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาได้
5. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 จนครบ 20 รายก่อน เก็บไว้สำรอง 5 ราย สำหรับการนำมาจับคู่ จากนั้นจึงดำเนินการต่อเนื่องในกลุ่มทดลองจนครบจำนวน 15 ราย ในเดือนพฤษภาคม 2562 รวมทั้งหมดใช้เวลา 10 เดือน
6. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้วจึงทำการจับคู่ (Matched pair) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยจับคู่เพศ และชนิดการผ่าตัดก่อน จากนั้นจึงนำมาพิจารณาในเรื่องของอายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ และชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนัก ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 15)			กลุ่มทดลอง (n = 15)		
	เพศ	อายุ	ชนิดการผ่าตัด	เพศ	อายุ	ชนิดการผ่าตัด
1	ชาย	55	LRYGB	ชาย	52	LRYGB
2	หญิง	52	LSG	หญิง	53	LSG
3	ชาย	39	LSG	ชาย	43	LSG
4	หญิง	59	LSG	หญิง	59	LSG
5	หญิง	32	LRYGB	หญิง	30	LRYGB
6	หญิง	25	LRYGB	หญิง	30	LRYGB
7	ชาย	48	LRYGB	ชาย	47	LRYGB
8	ชาย	25	LRYGB	ชาย	22	LRYGB
9	ชาย	41	LRYGB	ชาย	38	LRYGB
10	หญิง	47	LRYGB	หญิง	47	LRYGB
11	หญิง	38	LRYGB	หญิง	35	LRYGB
12	หญิง	24	LSG	หญิง	23	LSG
13	หญิง	42	LRYGB	หญิง	42	LRYGB
14	หญิง	44	LRYGB	หญิง	46	LRYGB
15	หญิง	30	LSG	หญิง	32	LSG

**ตารางที่ 10** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อ้วน วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สิ่งที่ปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ การเข้ากลุ่มสนับสนุน การมีเบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	5	33.33	5	33.33
หญิง	10	66.67	10	66.67
<b>อายุ</b>				
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	
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	9	60.00	8	53.33
คู่	6	40.00	7	46.67
<b>ระดับการศึกษา</b>				
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
<b>อาชีพ</b>				
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1	6.67	1	6.67
รับจ้าง	4	26.67	5	33.33
ค้าขาย	1	6.67	3	20.00
รับราชการ	3	20.00	3	20.00
ธุรกิจส่วนตัว	3	20.00	2	13.33
อื่น ๆ	3	20.00	1	6.67

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>วิธีการรักษาในการผ่าตัด</b>				
เงินสด (จ่ายเอง)	3	20.00	2	13.33
บัตรทอง (30 บาท)	4	26.67	7	46.67
ประกันสังคม	3	20.00	3	20.00
ข้าราชการ/จ่ายตรง	3	20.00	2	13.33
เงินเชื่อ	-	0.00	1	6.67
โครงการสนับสนุน	2	13.33	-	0.00
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>				
น้อยกว่า 10,000 บาท	2	13.33	-	0.00
10,001-30,000 บาท	4	26.67	4	26.67
30,001-50,000 บาท	3	20.00	3	20.00
50,001-100,000 บาท	2	13.33	5	33.33
มากกว่า 100,000 บาท	4	26.67	3	20.00
<b>โรคประจำตัว (<math>\geq 1</math> ข้อ)</b>				
เบาหวาน	5	33.33	6	40.00
ความดันโลหิตสูง	9	60.00	7	46.67
ไขมันในเลือดสูง	5	33.33	8	53.33
หัวใจ	1	6.67	2	13.33
ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ	11	73.33	15	100.00
ภาวะลิ้นเลือดอุดหลอดเลือดดำ	-	0.00	1	6.67
<b>ลึกลึกที่ขา</b>				
ไขมันเกาะตับ	2	13.33	1	6.67
กระดูกทับเส้นประสาท	-	0.00	1	6.67
ไทรอยด์	-	0.00	1	6.67
แพ้ภูมิตัวเอง	1	6.67	-	0.00
ไม่มีโรคประจำตัว	2	13.33	-	0.00

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่อ้วน</b>				
มากกว่า 10 ปี	12	80.00	12	80.00
ระหว่าง 5 – 10 ปี	3	20.00	2	13.33
น้อยกว่า 5 ปี	0	0.00	1	6.67
<b>วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก</b>				
Laparoscopic Sleeve Gastrectomy	5	33.33	5	33.33
Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass	10	66.67	10	66.67
<b>ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด (&gt;1 ข้อ)</b>				
คลื่นไส้	4	26.67	3	20.00
อาเจียน	8	53.33	4	26.67
เวียนศีรษะ	5	33.33	3	20.00
อ่อนเพลีย	5	33.33	6	40.00
ใจสั่น	-	0.00	1	6.67
เหงื่อออก	-	0.00	1	6.67
ปวดท้อง	2	13.33	3	20.00
อุจจาระเป็นสีดำเหมือน ยางมะตอย	2	13.33	-	0.00
มีสิ่งคั่งหลังไหลออกมาจาก แผลผ่าตัด	-	0.00	1	6.67
แผลผ่าตัดบวมแดง	1	6.67	1	6.67
จุกแน่น	-	0.00	2	13.33
ไม่มีอาการ	6	40.00	5	33.33

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิ่งที่ปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ (&gt;1 ข้อ)</b>				
พบแพทย์	5	33.33	10	66.67
ขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพ	6	40.00	8	53.33
ค้นหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูล ต่าง ๆ	4	26.67	2	13.33
สอบถามบุคคลที่เคยได้รับการผ่าตัดลด น้ำหนักมาก่อน	3	20.00	2	13.33
ไม่ได้กระทำสิ่งใด	4	26.67	1	6.67
<b>เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน</b>				
เข้า	6	40.00	5	33.33
ไม่ได้เข้า	9	60.00	10	66.67
<b>มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ประสานงานหรือทีมแพทย์</b>				
มี	8	53.33	2	13.33
ไม่มี	7	46.67	13	86.67
<b>น้ำหนักเฉลี่ย (kg)</b>				
ก่อนผ่าตัด	121.55 ± 25.95		136.46 ± 34.42	
สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด	104.72 ± 22.24		114.03 ± 28.81	
<b>ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (kg/m<sup>2</sup>)</b>				
ก่อนผ่าตัด	43.15 ± 8.33		49.28 ± 11.79	
สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด	37.33 ± 6.98		41.18 ± 9.88	
<b>ร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเฉลี่ย (%)</b>				
สัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัด	15.62 ± 9.76		15.91 ± 7.65	
สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด	28.35 ± 15.29		27.07 ± 12.92	

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.07 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธีการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass) ร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจบส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์บัตรทองในการเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยควบคุมร้อยละ 26.67 และกลุ่มทดลองร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับโดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 73.33 และกลุ่มทดลองร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อ้วนมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 ก่อนการผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 121.55 kg และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 43.15 kg/m<sup>2</sup> ส่วนกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 136.46 kg และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 kg/m<sup>2</sup> ภายหลังการผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 104.72 kg และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 37.33 kg/m<sup>2</sup> ส่วนกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 114.03 kg และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 41.18 kg/m<sup>2</sup> ค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัด กลุ่มควบคุมลดลงร้อยละ 15.62 กลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 15.91 และในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด กลุ่มควบคุมลดลงร้อยละ 28.35 กลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 27.07

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง และ 3) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

##### 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโดยทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (เกี่ยวกับโรคและการรักษา) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะให้เติมข้อความลงในช่องว่างและแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดและปัจจุบัน ระยะเวลาที่อ้วน โรคประจำตัวที่เกิดร่วมกับโรคอ้วน

วิธีการผ่าตัด การรักษาอื่น ๆ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง ร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยโดยผู้วิจัย และบันทึกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

## 1.2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการคัดสรรข้อมูลที่เป็นและเกี่ยวข้องกับงานวิจัย

2) สร้างและออกแบบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 32 ข้อ ที่ครอบคลุมความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักทั้ง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง ด้านการมีสมดุรกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามที่วัดพฤติกรรมทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 11, 14, 20, 22 และ 26

3) ลักษณะของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นตลอด 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย ๆ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5 – 6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 – 4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 – 2 วันต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

4) การให้คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 32 – 160 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับต่ำ คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับสูง

ปฏิบัติเป็นประจำ	คำถามทางบวกได้ 5 คะแนน	คำถามทางลบได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย ๆ	คำถามทางบวกได้ 4 คะแนน	คำถามทางลบได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	คำถามทางบวกได้ 3 คะแนน	คำถามทางลบได้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	คำถามทางบวกได้ 2 คะแนน	คำถามทางลบได้ 4 คะแนน



ไม่ปฏิบัติเลย คำถามทางบวกได้ 1 คะแนน คำถามทางลบได้ 5 คะแนน

5) การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน คือ นำข้อคำถามด้านลบมากลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด หาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 32 คะแนน จะอยู่ในช่วง 1 – 5 และพิจารณา ระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2553) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระดับต่ำมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาให้เหมาะสมจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาตรวจสอบ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดลดน้ำหนัก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางปรัศัลยกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และนักโภชนาวิทยาและโภชนบำบัด 1 คน ภายหลังจากได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) กำหนดการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Davis (1992) ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่สามารถยอมรับได้คือ ค่า CVI มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit, Beck & Owen, 2007)

### ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) สามารถสรุปได้ ดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน มีค่าเท่ากับ 1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ปรับแก้ ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
ท่านมีการบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าลึกๆจนท้องพอง แล้วกลืนลมหายใจไว้สักพัก แล้วจึงผ่อนลมหายใจออกช้าจนท้องแฟบ	ท่านบริหารการหายใจ ด้วยการหายใจเข้าลึกๆจนท้องพอง แล้วกลืนลมหายใจไว้สักพัก แล้วจึงผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ จนท้องแฟบ
ท่านใช้เครื่อง CPAP ขณะนอนหลับตอนกลางคืน (ถ้าท่านไม่ใช่ผู้ที่แพทย์พิจารณาให้ใช้เครื่อง CPAP ไม่ต้องตอบข้อนี้)	ท่านใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) ขณะนอนหลับตอนกลางคืน (ถ้าท่านไม่ใช่ผู้ที่แพทย์พิจารณาให้ใช้เครื่อง CPAP ไม่ต้องตอบข้อนี้)
ท่านรับประทานอาหารคำเล็ก ๆ ประมาณเท่าเหรียญห้าบาท	ท่านรับประทานอาหารคำเล็ก ๆ ประมาณเท่าลูกเต๋า
ในการรับประทานอาหารแต่ละครั้ง ท่านเคี้ยวอาหาร 40 – 50 ครั้ง/คำ	ในการรับประทานอาหารแต่ละครั้ง ท่านเคี้ยวอาหารประมาณ 30 – 40 ครั้ง/คำ
เมื่อท่านรู้สึกหิวระหว่างมื้ออาหาร ท่านรับประทานของจุกจิบแทนการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์	เมื่อท่านรู้สึกหิวระหว่างมื้ออาหาร ท่านรับประทานของจุกจิบ
ท่านรับประทานอาหารประเภท ข้าว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว พาสต้า หรือพิซซ่า	ท่านรับประทานโจ๊กหรือข้าวต้มเปียๆ
ท่านมีกิจกรรมทางกาย โดยการเดินหรือทำงานบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาที/วัน	ท่านมีกิจกรรมทางกาย โดยการเดินหรือทำงานบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที/วัน
เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือมีเรื่องกังวลใจ ท่านหาทางออกโดยการหาอาหารที่ท่านชอบรับประทาน	ท่านใช้การรับประทานอาหารระบายความเครียดหรือความกังวลใจ

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
ท่านมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก	ท่านสังเกตอาการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น อาการของการเกิดภาวะขาดสารอาหาร อาการของการเกิดภาวะอาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ อาการของการเกิดภาวะลิ้มเลือดออกตลอดเลือดดำลึกที่ขา เป็นต้น
ท่านจดบันทึกแคลอรีที่ท่านได้รับจากการรับประทานอาหารในแต่ละวัน	ท่านจดบันทึกพลังงานที่ท่านได้รับจากการรับประทานอาหารในแต่ละวัน
ท่านคิดคำนวณพลังงานที่ท่านควรได้รับในแต่ละวัน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับพลังงานที่ท่านได้รับจริง กับกิจกรรมที่ท่านเผาผลาญว่ามีความสมดุลกัน หรือพลังงานที่ท่านได้รับน้อยกว่าพลังงานที่ท่านเผาผลาญ	ท่านบันทึกการมีกิจกรรมทางกาย และพลังงานที่ท่านได้รับในแต่ละวัน เพื่อเปรียบเทียบสมดุลพลังงาน

### การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี จำนวน 30 คน (Burn & Grove, 2009: 422) ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่เป็นที่ยอมรับคือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .70 (Polit & Beck, 2006) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนนาค (Chronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

**2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนรายบุคคล ประกอบด้วย แผนการสอน และสื่อการสอน มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผลกระทบและการปฏิบัติตัวภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก

2) สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และกำหนดเนื้อหา โครงสร้างของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

3) สร้างโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัด ลดน้ำหนักระยะอยู่โรงพยาบาล 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการ สนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้

3.1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่ โรงพยาบาล ประกอบด้วย

3.1.1) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล ผู้วิจัยจัด สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยใช้ห้องเรียนประจำหอผู้ป่วยหรือใช้การกันมานให้เป็นสัดส่วน เพื่อ ป้องกันการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

3.1.2) การสอนโดยการทบทวนความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่าง และให้ความรู้ใหม่แก่ กลุ่มตัวอย่างด้วยสื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วน ด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ของผู้ป่วยโรคอ้วน พร้อมกับฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.1.3) การชี้แนะเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการ ผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย การชี้แนะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร และน้ำ การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง การสังเกตอาการ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การมีสมดุลกิจกรรมทางกาย และการพักผ่อน การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม และการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ รวมถึงมี การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักร่วมกัน

3.1.4) การสนับสนุน เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้วยการส่งเสริมกลุ่มตัวอย่าง ให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยการพูดให้ กำลังใจ การแจ่มคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และชี้แนะ เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3.2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน เป็นการสนับสนุนโดยการกำกับติดตาม ด้วยการโทรศัพท์เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการพูดให้กำลังใจและชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่ม ตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

4) สร้างสื่อการสอนที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองจากสาระสำคัญที่สรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสื่อการสอนมี ดังนี้

4.1) สื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) มีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ การผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

4.2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคอ้วน การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ การรักษาโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

4.3) แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นสมุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกเป้าหมายของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงบันทึกสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองทุกวัน และมีการสรุปรวมเพื่อประเมินตนเองสัปดาห์ละครั้ง นอกจากนี้ยังให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกชนิด ปริมาณ และพลังงานของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานในแต่ละวัน ชนิดและระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และน้ำหนักที่กลุ่มตัวอย่างชั่งได้ในแต่ละวัน และเมื่อบันทึกครบ 1 เดือนจะให้กลุ่มตัวอย่างคำนวณว่าในเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักลดลงเท่าไร และคิดเป็นร้อยละเท่าไร

4.4) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยใช้บันทึกในการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่ผิดปกติใดบ้าง และวิธีในการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ รวมถึงมีเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักครั้งหน้าอย่างไร

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง**

##### **การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)**

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดลดน้ำหนัก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางปรีศัลยกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และนักโภชนาการและโภชนบำบัด 1 คน ตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรม และลำดับของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะพิจารณาความ

เหมาะสมและความถูกต้องของสำนวนภาษา ความครอบคลุม ความกระชับและความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความเหมาะสมของสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้กับเนื้อหา

### ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) สามารถสรุปได้ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการเล่นเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มีความเห็นสอดคล้องกัน โดยมีข้อเสนอแนะในบางประเด็น ดังนี้

1) แผนการสอนของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำว่านานเกินไป เนื้อหามากเกินไป เสนอให้ใช้เวลาในการสอนประมาณ 30 นาที ให้ตัดเนื้อหาที่ยากแก่การเข้าใจสำหรับบุคคลทั่วไปออก คือ เรื่องการคำนวณพลังงาน ปรับเรื่องภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ควรตัดภาวะแทรกซ้อนบางเรื่องออก เช่น การเสียชีวิต การเกิดรอยรั่ว เป็นต้น ให้คงไว้แต่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเอง และปรับภาษาให้เหมาะสมกับบุคคลทั่วไป โดยการเลือกใช้ภาษาไทยและคำศัพท์เทคนิคออก

2) สื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับสีพื้นหลังของ Powerpoint ให้เหมาะสม ปรับการใช้ภาษาโดยไม่ใช้ศัพท์เทคนิค และเพิ่มสรุปสาระสำคัญในเนื้อหาที่จะสอน

3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ควรเลือกคำศัพท์ที่ใช้ให้เหมาะสมกับบุคคลทั่วไป

4) แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการเล่นเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ ตารางการรับประทานอาหารไม่ควรใส่เป็นมือให้กลุ่มตัวอย่าง ควรเป็นตารางเปล่าๆ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างใส่เวลาเอง เนื่องจากหลักการจะสอนกลุ่มตัวอย่างว่าให้รับประทานเมื่อหิวเท่านั้น ถ้ามีเป็นมือจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกที่ต้องรับประทาน ควรนำตารางการมีกิจกรรมทางกายมาใส่ได้ตารางการรับประทานอาหารเป็นรายวัน และควรรวมคู่มือกับแบบบันทึกเข้าไว้ด้วยกันโดยใช้กระดาษบางลง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยใช้ร่วมกันได้

5) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้เปลี่ยนคำถามในการซักถามกลุ่มตัวอย่างจาก “มีปัญหาในการดูแลตนเองไหม” เป็น “ท่านให้การดูแลตนเองเป็นอย่างไรบ้าง มีอุปสรรคติดขัดอย่างไรบ้าง” หรือ “สบายดีใช่ไหมคะ สามารถดูแลตนเองได้ดีทุกเรื่องเลยไหมคะ สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้หรือเปล่า มีอุปสรรคในการดูแลตนเองไหม” โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า “ปัญหา”

### ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ใช้ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง จากการนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมาทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้ความสนใจในการเรียนรู้ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี เข้าใจเนื้อหาที่สอนผ่านสื่อการสอนด้วยภาพนิ่ง (Powerpoint) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และสามารถใช้แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้อย่างถูกต้อง

**3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง** คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด (True-false alternative form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับโรคอ้วน ผลกระทบของโรคอ้วน ชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประโยชน์ของการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

2) สร้างและออกแบบแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ให้นักวิจัยเลือกตอบใช่ ไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน

3) การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ในการแปลผลคะแนนความรู้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 – 100	มีความรู้ระดับมาก
คะแนนร้อยละ 60 – 79	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 0 – 59	มีความรู้ระดับน้อย

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และการใช้ภาษาให้เหมาะสมจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาตรวจสอบ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดลดน้ำหนัก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางปรีศัลยกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และนักโภชนาวิทยาและโภชนบำบัด 1 คน ภายหลังจากได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่สามารถยอมรับได้คือ ค่า CVI มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit et al., 2007)

### ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) สามารถสรุปได้ ดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีค่าเท่ากับ .91 โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ปรับแก้ ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
การลดน้ำหนักด้วยวิธีการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ สามารถใช้ได้กับผู้ที่อ้วนทุกราย	ผู้ที่เป็นโรคอ้วนทุกรายสามารถรับการรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนักได้
ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักทุกวิธีสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่ต้องปรับเปลี่ยนชนิดและวิธีการในการรับประทานอาหาร	ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก สิ่งเดียวที่ท่านต้องปรับเปลี่ยนคือพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร
ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารได้	ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักทุกวิธีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารได้



ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
ผู้ที่ใช้เครื่อง CPAP ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักแล้ว สามารถเลิกใช้เครื่อง CPAP ได้เองโดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์	ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักแล้ว ผู้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) สามารถหยุดใช้เครื่องเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) ได้ทันที
ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก หากผู้ป่วยต้องการจะดื่มน้ำจากแก้วหรือขวดควรใช้หลอดในการดูดน้ำ	ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านสามารถใช้หลอดดูดน้ำจากแก้วหรือขวดได้
ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำเปล่าได้ทั้งวันและตลอดเวลา ทั้งก่อน ขณะ และภายหลังกินอาหาร	ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านสามารถรับประทานอาหาร และดื่มน้ำไปพร้อมกันได้
ในการรับประทานอาหารภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยควรตัดแบ่งอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคี้ยวอาหารอย่างน้อย 40 ครั้ง/คำ ก่อนกลืนทุกครั้ง	แบ่งข้อความเป็น 2 ข้อ คือ - ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านควรตัด/ซอยอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง - ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านควรรับประทานอาหารคำเล็ก ๆ และเคี้ยวนาน ๆ ก่อนกลืนทุกครั้ง
ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ เนื้อปลา และเนื้อหมูไม่ติดมัน เป็นต้น ก่อนอาหารชนิดอื่น	ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านควรเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น กุนเชียง หนังกุ้ง ไส้กรอก เบคอน หมูยอ เป็นต้น ก่อนเลือกรับประทานอาหารชนิดอื่น
ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยสามารถเพิ่มมื้ออาหารเมื่อใดก็ได้	ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านควรรับประทานอาหารให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร

### การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเอง ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 –

59 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน (Burn & Grove, 2009: 422) แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 ที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร6 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง ดังนี้

#### 1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติการทำวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติการทำวิจัยและหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมกับโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอตกลงใช้เครื่องมือในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.3 ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ในการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

#### 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบตารางการผ่าตัดในช่วงบ่ายวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เพื่อตรวจสอบรายชื่อ หอผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

2.2 ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตรวจสอบข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และขอเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างในตอนเย็นวันจันทร์และเย็นวันพฤหัสบดี เวลา 16.00 – 16.30 น. เพื่อพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และเริ่มดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คนก่อน ผู้วิจัยเก็บกลุ่มควบคุมสำรองไว้

5 คน เพื่อใช้สำหรับการจับคู่ จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 15 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แล้วจึงค่อยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คู่ ให้มีความคล้ายคลึงกัน โดยพิจารณาจากเพศ และชนิดการผ่าตัดก่อน จากนั้นจึงพิจารณาจับคู่ในเรื่องของอายุที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

**2.3.1 กลุ่มควบคุม** คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ในวันก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) จากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด

3) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

4) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังจากการผ่าตัด ซึ่งตรงกับการมาตรวจติดตามผลตามนัดภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักครั้งที่ 2 ที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก และน้ำหนัก

**2.3.2 กลุ่มทดลอง** คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก 1 วัน เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นในระยะดำเนินการทดลอง เข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

**2.3.2.1 ระยะเวลาให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล (Educative-Supportive)** พบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ วันที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัด และวันก่อนจำหน่าย 1 วัน (วันที่ 3 – 5 ภายหลังจากการผ่าตัด) ดังนี้

**ครั้งที่ 1 วันที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยการขอใช้ห้องเรียนประจำหอผู้ป่วย หรือจัดสถานที่รอบเตียงให้มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนจากภายนอก จากนั้นใช้เครื่องมือ

กำกับทดลองคือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่าง

2) ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยการสอนด้วยสื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ได้แก่ การปรับเปลี่ยนชนิด ปริมาณ ขนาด และวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) อย่างสม่ำเสมอ การควบคุมตนเองโดยการชั่งน้ำหนักทุกวัน และการควบคุมตนเองโดยการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย

3) ใช้การถาม-ตอบ และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการอภิปรายเพื่อประเมินความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักตามความรู้ที่ได้รับพยาบาลผู้วิจัยให้การชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

4) สอนและชี้แนะกลุ่มตัวอย่างในการใช้แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

5) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในระยะ 3 – 5 วันแรกร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตั้งเป้าหมายและผู้วิจัยช่วยในการกำหนดทางเลือก เช่น เป้าหมายในระยะ 3 – 5 วันแรก ได้แก่ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายโดยการเดินรอบหอผู้ป่วย การฝึกรับประทานอาหารโดยการจิบอาหารเหลวใส/เหลวข้น หรือจิบน้ำชา ๆ คำเล็ก ๆ หรือ เมื่อเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารธรรมดา ให้เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ก่อน และตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวนาน 30 – 40 ครั้ง/คำ เป็นต้น

6) แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และนัดหมายเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันก่อนจำหน่าย 1 วัน

**ครั้งที่ 2 วันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน (วันที่ 3 – 5 ภายหลังการผ่าตัด) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยการขอใช้ห้องเรียนประจำหอผู้ป่วย หรือจัดสถานที่รอบเตียงให้มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนจากภายนอก จากนั้นประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยประเมินจากแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรม

ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การสังเกตการปฏิบัติ และการสอบถาม หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2) สอนเกี่ยวกับการการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน ด้วยสื่อการสอนภาพนิ่ง (Powerpoint) เนื้อหาประกอบด้วย การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะดังกล่าว การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การควบคุมตนเองโดยการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การมาตรวจติดตามผลตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ

3) สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย พร้อมกับหาวิธีในการแก้ไขปัญหาและจัดอุปสรรคร่วมกัน จากนั้นกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในสัปดาห์แรกเมื่อกลับบ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ เป็นลำดับแรก และเป้าหมายถัดมาคือการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย

4) ประเมินความรู้ภายหลังจากได้รับการสอน การชี้แนะ และการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้วยเครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

5) นัดหมายกลุ่มตัวอย่างขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามในอีก 1 สัปดาห์

### 2.3.2.2 ระยะเวลาให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน (Supportive) โทรศัพท์

ติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังจากผ่าตัด และติดตามเยี่ยมในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 1 ภายหลังจากจำหน่าย ที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากผ่าตัด ดังนี้

**ครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 ภายหลังจากผ่าตัด (ใช้เวลา 15 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้**

1) โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมกับบันทึกไว้ในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ให้การสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีและถูกต้อง

2) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และให้การชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบ

3) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในครั้งหน้า ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคี้ยวช้า ๆ 30 – 40 ครั้ง/คำ ไม่รับประทานน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล และการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) อย่างสม่ำเสมอภายหลังการผ่าตัด การชั่งน้ำหนักทุกวัน และการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย

4) กระตุ้นเตือนให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการภายหลังการผ่าตัดตามนัด และให้นำแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมาด้วย

**ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัด (ใช้เวลา 15 นาที)** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) เลือกสถานที่ในคลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมให้เหมาะสมต่อการสอบถามพูดคุย จากนั้นสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินจากแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก สอบถามถึงปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และให้การชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบ

3) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในครั้งหน้า ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ให้ได้ ประมาณ 6 ช้อนโต๊ะ/มือ ตัดเนื้อสัตว์ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวช้า ๆ นาน 30 – 40 ครั้ง/คำ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย 30 นาที/วัน การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) อย่างสม่ำเสมอภายหลังการผ่าตัด การชั่งน้ำหนักทุกวัน และการจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

4) ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างกำหนดนัดหมายในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไปหลังจากนี้อีก 2 สัปดาห์

**ครั้งที่ 5 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังการผ่าตัด (ใช้เวลา 15 นาที)** ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมกับบันทึกไว้ในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

ทางโทรศัพท์ ให้การสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีและถูกต้อง

2) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้การชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบ

3) กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในครั้งหน้า ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ให้ได้ ประมาณ 6 ซ่อนโต๊ะ/มือ ตัดเนื้อสัตว์ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวช้า ๆ นาน 30 – 40 ครั้ง/คำ เริ่มการออกกำลังกายแบบเบา ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การชั่งน้ำหนักทุกวัน การจดบันทึกพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันและการมีกิจกรรมทางกาย การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การมาตรวจติดตามผลตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ

4) กระตุ้นเตือนให้นำมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการภายหลังการผ่าตัดตามนัด และให้นำแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมาด้วย

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. กลุ่มควบคุม

1.1 วันก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม พร้อมกับขอให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด จากนั้นนัดหมายการพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด

1.2 สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (การมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

1.3 ภายหลังจากผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

### 2. กลุ่มทดลอง

2.1 วันก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม พร้อม

กับขอให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด จากนั้นนัดหมายการพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัด

2.2 สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก (การมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนัก) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

2.3 ภายหลังจากผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2561 ใบรับรองเลขที่ 328/61 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยตลอดจนชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบต่อกรเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายอ่านแบบฟอร์มการชี้แจงสิทธิข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical for the Social Science for Windows) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

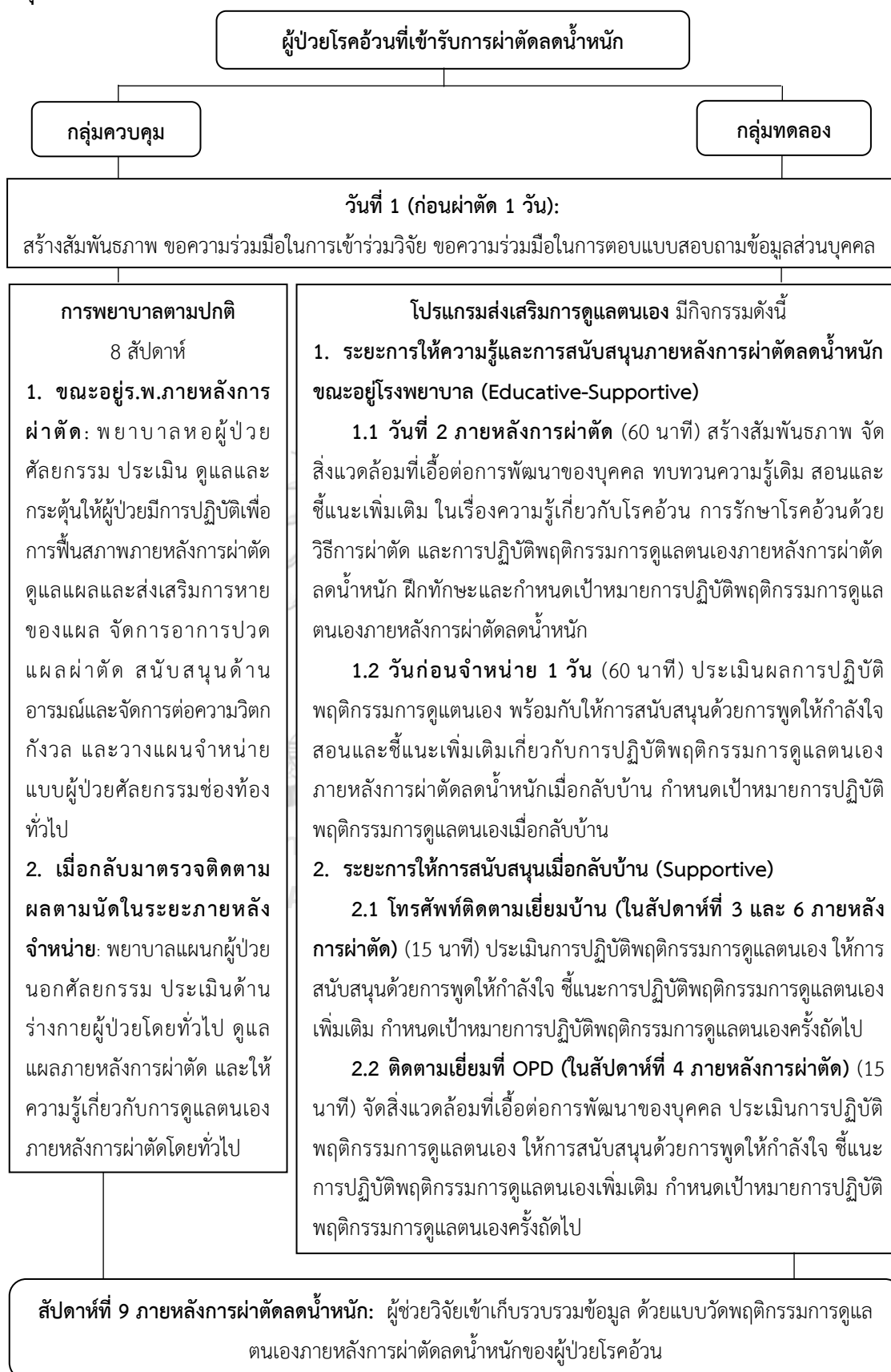
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวร่วมกับภาวะอ้วน และวิธีการผ่าตัด นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## สรุปขั้นตอนการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลภายหลังการทดลอง (Posttest-Only Design with a Comparison Group) มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยคือ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 3** ข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ได้จากงานวิจัย

**ตอนที่ 1** พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
	Mean	SD	
<b>ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิด</b>	<b>4.73</b>	<b>0.20</b>	<b>ดีมาก</b>
<b>ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก</b>			
- สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ภาวะสุขภาพของตนเอง	4.60	0.51	ดีมาก
- สังเกตอาการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น อาการ ของการเกิดภาวะขาดสารอาหาร อาการ ของการเกิดภาวะอาหารเคลื่อนผ่าน กระเพาะอาหารลงสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ อาการของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดดำลึกที่ขา เป็นต้น	4.53	0.52	ดีมาก
- รับประทานยา รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุเสริม ตามคำแนะนำของแพทย์	5.00	0.00	ดีมาก
- ไม่ได้พยายามรับประทานเองเมื่อมีอาการ ผิดปกติ	4.80	0.56	ดีมาก
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>	<b>4.33</b>	<b>0.32</b>	<b>ดีมาก</b>
- รับประทานอาหารคำเล็ก ๆ ประมาณเท่า ลูกเต๋า	4.33	0.90	ดีมาก
- ในการรับประทานอาหารแต่ละครั้ง เคี้ยว อาหารประมาณ 30 – 40 ครั้ง/คำ	4.47	0.74	ดีมาก
- ใช้เวลาในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่ น้อยกว่า 30 นาที	4.00	0.76	ดี
- หยุดรับประทานอาหารทันทีเมื่ออิ่ม	4.93	0.26	ดีมาก
- ไม่รับประทานของจุกจิบระหว่างมื้ออาหาร	4.53	1.13	ดีมาก

ตารางที่ 11 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
	Mean	SD	
- เลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ติด มัน เช่น เนื้อปลา ออกไก่ หมูเนื้อแดง ก่อน อาหารชนิดอื่น	4.53	0.52	ดีมาก
- รับประทานผักต้มสุกหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ หรือ บดละเอียด	3.33	1.18	ปานกลาง
- ไม่รับประทานจังก์หรือข้าวต้มเปียก ๆ	4.53	1.06	ดีมาก
<b>ด้านการดื่มน้ำ</b>	<b>4.32</b>	<b>0.52</b>	<b>ดีมาก</b>
- จิบน้ำหรือดื่มน้ำประมาณ 1.5 ลิตร หรือ 8 แก้วต่อวัน	4.40	0.83	ดีมาก
- ไม่ดื่มน้ำในขณะที่รับประทานอาหาร	4.07	1.39	ดี
- ไม่ใช่หลอดดูดน้ำ เมื่อต้องการดื่มน้ำจากขวด หรือแก้วน้ำ	4.20	1.15	ดี
- ไม่ดื่มกาแฟ โววัลติน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ หรือ สารน้ำที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ	4.60	1.06	ดีมาก
<b>ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม</b>	<b>4.29</b>	<b>0.45</b>	<b>ดีมาก</b>
- มีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือนั่งสมาธิ ออกกำลังกาย	4.13	0.83	ดี
- เมื่อมีปัญหา ได้มีการพูดคุยปรึกษาญาติหรือ บุคคลใกล้ชิด	4.53	1.13	ดีมาก
- ไม่ใช้การรับประทานอาหารเพื่อระบาย ความเครียดหรือความกังวลใจ	4.80	0.56	ดีมาก
- อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ หรือทำสมาธิ เมื่อนอนไม่หลับในตอนกลางคืน	3.07	1.22	ปานกลาง
- ไม่ใช่ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ	4.93	0.26	ดีมาก
<b>ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกายและการพักผ่อน</b>	<b>4.22</b>	<b>0.63</b>	<b>ดีมาก</b>
- มีกิจกรรมทางกาย โดยการเดินหรือทำงาน บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที/วัน	4.00	1.13	ดี

ตารางที่ 11 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
	Mean	SD	
- นอนหลับได้อย่างต่อเนื่องประมาณวันละ 6 - 8 ชั่วโมง	4.60	0.51	ดีมาก
- ออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที/วัน	4.07	1.03	ดี
<b>ด้านการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ ได้</b>	<b>4.03</b>	<b>0.97</b>	<b>ดี</b>
- อ่านเอกสารคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย โรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก	3.93	1.34	ดี
- แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จากบุคลากร ทางการแพทย์ เอกสารคู่มือ หรือจาก แหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เชื่อถือได้	4.13	1.06	ดี
<b>ด้านการฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวัน และใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ในตอนกลางคืน</b>	<b>3.70</b>	<b>0.80</b>	<b>ดี</b>
- บริหารการหายใจ ด้วยการหายใจเข้าลึกๆจน ท้องพอง แล้วกลืนลมหายใจไว้สักพัก แล้ว จึงผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ จนท้องแฟบ	3.20	1.01	ปานกลาง
- ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP) ขณะ นอนหลับตอนกลางคืน	4.20	0.94	ดี
<b>ด้านการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ</b>	<b>2.85</b>	<b>0.67</b>	<b>ปานกลาง</b>
- ชั่งน้ำหนักตัวในตอนเช้าก่อนรับประทาน อาหาร	3.60	1.24	ดี
- จดบันทึกพลังงานที่ได้รับจากการรับประทาน ในแต่ละวัน	2.33	0.98	น้อย
- คำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน	2.67	0.98	ปานกลาง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
	Mean	SD	
- บันทึกการมีกิจกรรมทางกาย และพลังงานที่ ได้รับในแต่ละวัน เพื่อเปรียบเทียบสมดุล พลังงาน	2.80	1.01	ปานกลาง
<b>รวม 8 ด้าน</b>	<b>4.13</b>	<b>0.25</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 11 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยรวมทั้ง 8 ด้านของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13) โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่ดีที่สุด (Mean = 4.73) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 4.33) การดื่มน้ำ (Mean = 4.32) การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม (Mean = 4.29) การมีสมดุลกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน (Mean = 4.22) การแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ (Mean = 4.03) การฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ในตอนกลางคืน (Mean = 3.70) และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ (Mean = 2.85) ตามลำดับ

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 12** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1. ด้านการดื่มน้ำ	4.08	0.45	4.32	0.52	1.312	28	.200
2. ด้านการรับประทานอาหาร	3.82	0.52	4.33	0.32	3.263	28	.003
3. ด้านการฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ในตอนกลางคืน	3.70	0.70	3.70	0.80	0.000	28	1.000
4. ด้านการมีสมรรถกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน	3.60	0.68	4.22	0.63	2.606	28	.015
5. ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก	4.18	0.64	4.73	0.20	3.190	16.724	.005
6. ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม	3.88	0.50	4.29	0.45	2.388	28	.024
7. ด้านการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ	2.35	0.82	2.85	0.67	1.836	28	.077
8. ด้านการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้	3.50	1.04	4.03	0.97	1.455	28	.157
<b>รวมทั้ง 8 ด้าน</b>	<b>3.68</b>	<b>0.31</b>	<b>4.13</b>	<b>0.25</b>	<b>4.368</b>	<b>28</b>	<b>.000</b>



จากตารางที่ 12 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยรวมทั้ง 8 ด้านของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ตอนที่ 3 ข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ได้จากงานวิจัย

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยค้นพบพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. การให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล

##### 1.1 วันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด

ก่อนที่ดำเนินการสอนผู้วิจัยประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก พบสิ่งที่น่าสนใจดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.67 พร่องความรู้เรื่องการฉีควิตามินบี 12 ทุก 3 – 6 เดือน ภายหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.67 พร่องความรู้เรื่องการคำนวณค่าดัชนีมวลกายและน้ำหนักในอุดมคติ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง คือ ไม่ทราบว่าภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักหากไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมด้วยจะมีโอกาสทำให้น้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมาได้

เมื่อมีข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้การสอน การชี้แนะ และการสนับสนุนเป็นรายบุคคล เน้นในเรื่องที่บุคคลแต่ละรายมีความพร่องและฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด เช่น การสอนเรื่องความสำคัญของการฉีควิตามินบี 12 การสอนวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การกำหนดน้ำหนักในอุดมคติ ขณะที่สอนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ให้ความสนใจและมีความตั้งใจเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้วิจัยสอน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายร้อยละ 80 มีความสนใจถามว่าจะเริ่มออกกำลังกายได้เมื่อไร ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่สามารถออกกำลังกายได้ภายหลังการผ่าตัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้และเข้าใจจึงนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในเรื่องน้ำหนักที่ต้องการลดลง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการกำหนดเป้าหมายเรื่องน้ำหนักแล้ว จึงกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรม ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 จะซังน้ำหนักทุกวัน จะจิบน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1 ลิตร โดยไม่ใช่หลอดดูด จะเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ในอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ได้อย่างน้อย 1/3 ของชามแกงจืด และจะตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวให้นานประมาณ 30 – 40 ครั้ง/คำ จะเดินให้ได้รอบชั้นที่ตนเองอยู่โดยเดินจากโซนซีไปถึงโซนเอ หรือเดินจากโซนบีไปโซนเอแล้วไปโซนซี ให้ได้

อย่างน้อยวันละ 9 รอบ โดยกำหนดเช้า 3 รอบ กลางวัน 3 รอบ และเย็น 3 รอบ และจะใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกทุกคืน จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกำหนดการเข้าเยี่ยมเพื่อดำเนินกิจกรรมในครั้งถัดไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ส่วนอีก 2 คน ยังมีความลังเลที่จะปฏิบัติในบางเรื่อง เช่น เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย และไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน

## 1.2 วันก่อนจำหน่าย 1 วัน (วันที่ 3 – 6 ภายหลังการผ่าตัด)

ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายไว้ในการพบกันครั้งก่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.33 สามารถจิบน้ำได้อย่างน้อยวันละ 1 ลิตร และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน ที่ติดในการใช้หลอดดูดน้ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบอกว่าเป็นความเคยชิน ไม่ถนัดในการดื่มจากแก้ว แต่จะเปลี่ยนเป็นดูดค้ำเล็ก ๆ แต่ไม่มีอาการจุกแน่นแต่อย่างใด ในด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ตัดอาหารเป็นคำเล็ก ๆ แต่ยังเล็กได้ไม่มากพอ และเคี้ยวนาน 30 – 40 ครั้ง/คำโดยประมาณ สามารถเลือกรับประทานหมู และเต้าหู้ ในแกงจืดเต้าหู้ หมูชิ้นที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ได้อย่างน้อยครึ่งชาม บางรายสามารถเลือกรับประทานเนื้อหมูและเต้าหู้ได้หมดโดยไม่มีอาการจุก แน่น หรือคลื่นไส้ อาเจียน ด้านการมีกิจกรรมทางกายกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 สามารถเดินได้รอบทั้งชั้นที่ตนเองพักอย่างน้อยวันละ 9 รอบ บางคนเดินได้ถึงวันละ 15 - 18 รอบ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ชั่งน้ำหนักทุกวันและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกทุกคืน ส่วนการบริหารการหายใจกลุ่มตัวอย่างทำบ้างวันละ 2 – 3 ครั้ง

มีกลุ่มตัวอย่าง 2 คน เล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างรายแรกเป็นเพศชายเล่าว่า วันที่ 3 ภายหลังการผ่าตัด แพทย์ให้ไปตรวจระบบทางเดินอาหารเพิ่มโดยการกลืนแป้ง ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ตรวจให้ใช้หลอดดูดน้ำยาจากแก้วให้หมด แต่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าไม่สามารถใช้หลอดดูดได้เนื่องจากจะทำให้จุกแน่นท้อง จึงขอใช้การจิบแทน แต่เจ้าหน้าที่ที่ตรวจไม่อนุญาตกลับกำชับให้ใช้การดูดน้ำยาจากแก้วดังที่บอก กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเกรงใจจึงต้องใช้การดูดน้ำยาจากแก้วให้หมด กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “รู้สึกจุกแน่นมาก ที่นี้รู้เลยว่าอาการเป็นอย่างไร คราวหลังจะไม่ใช้หลอดดูดน้ำอีกแล้ว” ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกคนเป็นเพศหญิง วันที่ 3 ภายหลังการผ่าตัด แพทย์ให้ไปตรวจระบบทางเดินอาหารเพิ่มโดยการกลืนแป้งเช่นกัน และเจ้าหน้าที่ก็ให้ใช้หลอดดูดน้ำยาจากแก้วให้หมดด้วย แต่กลุ่มตัวอย่างรายนี้ทราบว่าไม่สามารถใช้หลอดดูดได้เนื่องจากจะทำให้จุกแน่นท้อง จึงขอใช้การจิบแทน แต่เจ้าหน้าที่ที่ตรวจไม่อนุญาตเช่นกัน แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยืนยันที่จะใช้การดื่มแทน จึงจิบและดื่มจนหมดแก้ว กลุ่มตัวอย่างรายนี้จึงไม่มีอาการจุกแน่นท้อง แต่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “ปากเลอะแป้งหมดเลย”

เมื่อผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดเป้าหมายที่จะกระทำในครั้งก่อนแล้ว จึงชี้แนะให้ความรู้ รวมถึงการฝึกทักษะการปฏิบัติในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำ และการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความสนใจและตั้งใจฟังในสิ่งที่ชี้แนะ โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่จะสามารถรับประทานได้เมื่อกลับบ้าน และเรื่องการสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน เช่น กลุ่มตัวอย่างถามว่า เมื่อกลับบ้านสามารถรับประทานปลาอย่างร้านฟูจิได้ไหม สามารถไปทานบุฟเฟ่ต์ได้เมื่อไร ต้องรับประทานเวย์โปรตีนเสริมไหม ต้องมาฉีควิตามินบี 12 ใหม่ และทำอะไรจึงจะไม่ให้ผมร่วง เป็นต้น

ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้แล้วจึงกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรม ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารที่จะรับประทานเป็นลำดับแรก เช่น เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เลือกรับประทานอาหารชนิดต้ม ตุ่น ลวก หนึ่งก่อน และจะรับประทานเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายให้ได้อย่างน้อยมีมื้อละ 6 ช้อนโต๊ะ จากนั้นจึงตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดื่มน้ำว่าจะดื่มให้ได้วันละ 1.5 ลิตร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 จะชั่งน้ำหนักทุกวัน และใช้เครื่องชั่งหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืน ส่วนด้านมีกิจกรรมทางกายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายทั้ง 5 คน จะเริ่มเดินให้ได้อย่างน้อยวันละ 15 นาที ในขณะที่เพศหญิงร้อยละ 80 เลือกที่จะทำงานบ้านกับแกว่งแขน ส่วนอีกร้อยละ 20 เลือกการเดินเหมือนเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 บอกว่าจะพยายามมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เต็มใจที่จะให้โทรศัพท์ติดตาม

กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80

## 2. ระยะเวลาให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน

### 2.1 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 ภายหลังจากผ่าตัด

โทรศัพท์สอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 ไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดบางรายมีมากกว่าหนึ่งอาการ ประกอบด้วย มีอาการอ่อนเพลียร้อยละ 40 มีอาการอาเจียนร้อยละ 26.67 มีอาการเวียนศีรษะร้อยละ 20 และมีอาการแผลผ่าตัดบวมแดงและมีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมาจากแผลผ่าตัดร้อยละ 6.67 เมื่อมีอาการกลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการสอบถามข้อมูลจากผู้วิจัย จากคู่มือที่ได้รับ และรอมารพบแพทย์ตามนัดถ้าหากอาการที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 สามารถดื่มน้ำได้วันละ 1.5 ลิตร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.67

บอกว่ารับประทานอาหารได้น้อยเพียงมื้อละ 3 คำก็อิ่มและแน่น แต่กลัวว่าตนจะได้รับปริมาณโปรตีนไม่เพียงพอจึงคิดว่าจะดื่มเวย์โปรตีนเสริม ด้านการมีกิจกรรมทางกายกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 สามารถกระทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีเพียง 2 คน ที่ไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากคนแรกมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรงแม้แต่จะเดินจึงทำได้เพียงกิจวัตรประจำวันและงานบ้านเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนอีกคนหนึ่งมีอาการปวดเสียวที่ข้างในท้องมากทั้ง ๆ ที่ก่อนออกจากโรงพยาบาลสบายดีมากไม่มีอาการปวดแผลใด ๆ แต่เมื่อกลับบ้านอยู่ ๆ ก็ปวดขึ้นมา แต่ไม่ได้ปวดที่แผล ปวดข้างในท้องบริเวณใกล้สะดือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืน และร้อยละ 80 ชั่งน้ำหนักทุกวัน ส่วนอีกร้อยละ 20 นั้นชั่งเป็นบางวันเนื่องจากที่บ้านไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนัก จึงชั่งเฉพาะเวลาที่เป็นที่ที่มีเครื่องชั่งน้ำหนักเท่านั้น เช่น โรงเรียน คลินิก และศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน เป็นต้น

การกำหนดเป้าหมายในครั้งถัดไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เลือกตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า โดยตั้งเป้าหมายว่าจะเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อปลา ไข่ เนื้อหมูที่ไม่ติดมัน โดยการนำไปประกอบอาหารประเภทต้ม ตุ่น ลวก นึ่ง อบ ย่าง ยำ ลาบ แต่จะไม่ทำรสจัดมาก โดยลดตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคี้ยวช้า ๆ และจะรับประทานให้ได้อย่างน้อยมื้อละ 6 ซ้อนโต๊ะ จะดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร จะมาตรวจตามนัด จะชั่งน้ำหนักทุกวัน และจะยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืน ด้านการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะเพิ่มการเดินและอย่างน้อยให้ได้วันละ 15 นาที ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงจะตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการยืดเหยียดร่างกาย แกว่งแขน และทำงานบ้านให้ได้อย่างน้อยวันละ 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายการพบครั้งถัดไปที่แผนกผู้ป่วยนอกในอีก 1 สัปดาห์ที่กลุ่มตัวอย่างจะมาตรวจตามนัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและมาตรวจตามนัด

กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100

## 2.2 ติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากผ่าตัด

ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผ่านมาและอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.67 ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และยังมีกลุ่มตัวอย่างอีก 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ที่ยังมีอาการผิดปกติอยู่บ้าง ประกอบด้วย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม อาเจียน 2 คน และจุกแน่นท้อง ผู้วิจัยจึงได้ชี้แนะการปฏิบัติและบรรเทาอาการดังกล่าว ในเรื่องของปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 สามารถจิบน้ำได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร ร้อยละ 66.67 สามารถรับประทานอาหารเช้าเนื้อสัตว์ได้อย่างน้อยมื้อละ 6 ซ้อนโต๊ะ ที่เหลือ

รับประทานได้เพียง 3 – 4 คำก็รู้สึกแน่น และกลัวว่าตนเองจะได้รับโปรตีนไม่เพียงพอจึงรับประทานเวย์โปรตีนเสริม 1 – 2 มื้อ/วัน และพบว่ามียากลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งที่รับประทานเนื้อสัตว์ได้ประมาณมื้อละ 5 ช้อนโต๊ะ แต่มารดามีความกังวลใจว่าลูกรับประทานอาหารได้น้อย จึงบังคับให้ลูกรับประทานเวย์โปรตีนเสริม 3 มื้อ/วัน และมาขอร้องผู้วิจัยให้ช่วยพูดกับลูกให้รับประทานเวย์โปรตีนเสริม ผู้วิจัยจึงสอนให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่มารดา รายนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรายนี้มีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินน้อยกว่าที่ควรจะเป็นด้วย มีกลุ่มตัวอย่างอีกรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า เมื่อวันก่อนก่อนมาพบแพทย์ตนเองทำงานงานจนเหนื่อยและรู้สึกหิวมาก พอตีญาติพี่น้องทำอาหารมารับประทานด้วยกันจึงไปรับประทานด้วย และด้วยความหิวจึงรับประทานเร็วและเคี้ยวไม่ทันละเอียด ต่อจากนั้นรู้สึกจุกแน่นท้องมาก “มันทรมาณมากเหมือนจะตาย น้ำตาไหลเลย ต่อไปนี้จะไม่รับกินอีกแล้ว” กลุ่มตัวอย่างรายนี้จึงหยุดรับประทานอาหารและนั่งรอจนกว่าอาการจะดีขึ้น และมีการใช้ทั้งยาเคลือบกระเพาะที่แพทย์ให้ และยาแก้ท้องอืด ใช้เวลานานกว่าอาการจะดีขึ้น ด้านการมีกิจกรรมทางกายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน สามารถปฏิบัติการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืนทั้ง 15 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 มีการชั่งน้ำหนักทุกวัน

การกำหนดเป้าหมายในครั้งถัดไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เลือกตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดื่มน้ำโดยจะยังคงจิบน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร และในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยจะเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์เป็นลำดับแรก โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายทั้ง 5 คน เลือกตั้งเป้าหมายว่าจะพยายามเคี้ยวอาหารให้ช้าลงกว่าเดิม และจะพยายามเคี้ยวให้ได้ 30 – 40 ครั้ง/คำ จะได้ไม่มีอาการจุกแน่นท้อง ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เคี้ยวอาหารช้าอยู่แล้วจึงคงไว้ซึ่งเป้าหมายเดิม ในด้านการออกกำลังกายนั้นเพศชายเริ่มที่จะมีการถามถึงการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ได้แก่ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ยกเวท เดินเร็ว และวิ่ง เป็นต้น จึงมีการตั้งเป้าหมายว่าจะลองเริ่มออกกำลังกายดังที่กล่าวมาตามความชอบและความถนัดของแต่ละคน โดยจะทำในระดับเบา ๆ ที่ตนเองพอไหวก่อน โดยจะทำสัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 นาที ส่วนเพศหญิงจะเลือกการเดิน แกว่งแขน ยางยืด และการยืดเหยียด โดยจะทำสัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 นาที แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง 1 คน ที่เลือกการปั่นจักรยาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 บอกว่าจะใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืนและชั่งน้ำหนักทุกวัน จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในอีก 2 สัปดาห์ต่อจากนี้ เพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เต็มใจที่จะให้โทรศัพท์ติดตาม

กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67

### 2.3 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากผ่าตัด

โทรศัพท์สอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักที่เกิดขึ้น พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 13.33 ที่ยังมีอาการจุกแน่น และคลื่นไส้ อาเจียนอยู่บ้าง แต่เป็นเพียงแค่สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง เนื่องจากบางครั้งผลรับประทาน อาหารเร็วเกินไปทำให้เคี้ยวไม่ละเอียด แต่เมื่อรู้สึกตัวก็จะหยุดรับประทานสักพักรอจนอาการดีขึ้น และเคี้ยวให้ช้าลง ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ได้มีผลประมาณ 5 – 6 ซ้อนโต๊ะ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 รับประทานเวย์โปรตีนเสริมวันละ 1 – 2 แก้ว/วัน เนื่องจากกลัวว่าจะได้รับโปรตีนไม่เพียงพอแล้วจะทำให้ผมร่วงจึงรับประทานเสริม ด้านการดื่มน้ำกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 สามารถจิบน้ำได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.33 มีการชั่งน้ำหนักอย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลับไปทำงานแล้วจึงไม่ค่อยมีเวลาชั่งน้ำหนักทุกวัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องเกือบทุกคืน แต่มีบางคืนที่รู้สึกอึดอัดก็จะได้ไม่ใช้ แต่ก็เป็นส่วนน้อยเพียงสัปดาห์ละ 1 – 2 คืนเท่านั้น ด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 สามารถออกกำลังกายได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ อีกร้อยละ 20 ไม่สามารถทำได้เนื่องจากต้องทำงานกลับถึงบ้านก็มีแต่ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ส่วนวันเสาร์ - อาทิตย์ก็อยากพักผ่อน จึงทำได้แค่ตอนเดินทางไปทำงานกับระหว่างการทำงานเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

การกำหนดเป้าหมายในครั้งถัดไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ยังคงกำหนดเป้าหมายเดิมในเรื่องการดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร โดยจะจิบน้ำให้ได้วันละ 1.5 ลิตรเป็นอย่างน้อย จะรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ติดมันให้ได้อย่างน้อยมีผล 6 ซ้อนโต๊ะ จะพยายามชั่งน้ำหนักให้ได้ทุกวัน และจะใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืน ด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 มีการกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนว่าจะออกกำลังกายโดยเลือกชนิดที่ตนเองถนัด เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ยางยืด และยกเวท เป็นต้น โดยจะออกให้ได้ต่อเนื่องนาน 30 นาที/ครั้ง และทำ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหลือบอกเพียงแต่จะพยายามออกกำลังกายตามที่ตนเองถนัด แต่ไม่ได้มีการระบุเวลาไว้อย่างชัดเจน จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายการพบครั้งถัดไปที่แผนกผู้ป่วยนอกในอีก 2 สัปดาห์ที่กลุ่มตัวอย่างจะมาตรวจตามนัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและมาตรวจตามนัด

กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังจากผ่าตัด

ภายหลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อกล่าวสรุปและขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นจึงประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล

ตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ครั้งก่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการดื่มน้ำและการรับประทานอาหารตามที่ได้กำหนดไว้ตามเป้าหมายจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีการออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีการฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันบ้างสัปดาห์ละประมาณ 3 วัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องทุกคืน – เกือบทุกคืนจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อมีความเครียดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน มีการจัดการความเครียดตามความชอบของแต่ละคน แต่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดใช้วิธีการรับประทานอาหารหรือขนมหวานเพื่อบรรเทาความเครียดภายหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีการชั่งน้ำหนักทุกวัน หรืออย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีการเฝ้าสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเอง ถ้าหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน จะแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองบางคนใช้มากกว่า 1 วิธี ประกอบด้วย พบแพทย์จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ค้นหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 สอบถามบุคคลที่เคยได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักมาก่อนจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และไม่ได้กระทำสิ่งใดเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เพียงแต่มาตรวจตามที่แพทย์นัดเท่านั้นจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (Posttest-Only Design with a Comparison Group) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย โรคอ้วน เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัตถุประสงค์หลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรการวิจัย** คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 – 59 ปี ภายหลัง ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 – 59 ปี ภายหลังได้รับการ ผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

**คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นครั้งแรก



2. สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ

ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรของบุญชม ศรีสะอาด (2553) ที่ว่าถ้าจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อย จะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 15 - 30 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการสุ่ม (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ ได้กลุ่มตัวอย่าง 15 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 15 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยตรวจสอบตารางผ่าตัดประจำวันในช่วงป่วยวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เพื่อตรวจสอบรายชื่อ และหอผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก จากนั้นจึงเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
3. หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการทดลอง โดยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 15 คน
4. ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คู่ ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

##### 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโดยทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (เกี่ยวกับโรคและการรักษา) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะให้เติมข้อความลงในช่องว่างและแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดและปัจจุบัน ระยะเวลาที่อ้วน โรคประจำตัวที่เกิดร่วมกับโรคอ้วน วิธีการผ่าตัด การรักษาอื่น ๆ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง ร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยโดยผู้วิจัย และบันทึกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

**1.2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน** เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 32 ข้อ ที่ครอบคลุมความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักทั้ง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง ด้านการมีสมดุลงิกรรมทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามที่วัดพฤติกรรมทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 11, 14, 20, 22 และ 26 มีคะแนนรวมระหว่าง 32 – 160 คะแนน แปลผลคะแนนโดยการหาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนแต่ละคน โดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 32 คะแนน จะอยู่ในช่วง 1 – 5 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแปลผลของบุญชม ศรีสะอาด (2553) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

**2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน มีการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล 2 ครั้ง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังจำหน่าย 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจติดตามผลภายหลังการผ่าตัด 1 ครั้ง โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย แผนการสอนและสื่อการสอน ลักษณะและกิจกรรมของโปรแกรมนี้อยู่รายละเอียด ดังนี้

**2.1 ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล** คือ ระยะภายหลังการผ่าตัดไปจนถึงระยะจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด และในวันก่อนจำหน่าย 1 วัน (วันที่ 3 – 5

ภายหลังการผ่าตัด) แต่ครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีกิจกรรมประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาบุคคล การประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะสอนให้ความรู้ในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างยังขาด ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก นอกจากนี้ยังมีการชี้แนะ การฝึกทักษะและการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจ ได้รับความรู้การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีการติดตามประเมินทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ และได้รับการชี้แนะเพิ่มเติมเมื่อยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

**2.2 ระยะเวลาให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน** คือระยะภายหลังการจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัดจำนวน 1 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลาประมาณ 15 นาที มีกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ในคราวก่อน สอบถามถึงอาการสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่อาจเกิดขึ้น ชี้แนะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบหรือในเรื่องที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดีหรือยังปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมาย สนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ดีหรือตามเป้าหมายที่กำหนด มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมกัน และมีการติดตามเยี่ยมในระยะภายหลังจำหน่ายเป็นระยะ ๆ

**3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง** คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด (True-false alternative form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแปลผลของ Bloom (1971) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 โดยการตรวจสอบตารางผ่าตัดในช่วงบ่ายวันจันทร์และวันพฤหัสบดี และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในตอนเย็นเวลา 16.00 – 16.30 น. เพื่อพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์และเริ่มดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 15 คน จากนั้นจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คู่ ให้มีความคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ แบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนขณะอยู่โรงพยาบาลหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เพื่อให้ความรู้และให้การสนับสนุนในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยใช้กระบวนการสอน การชี้แนะ มีการฝึกทักษะและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เพื่อกำกับติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ให้การสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายหรือปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้การชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่องที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดี และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนด ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้คอยให้การชี้แนะเท่านั้น หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13)
2. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13) สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นโปรแกรมที่จัดให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) มาใช้ในการลดความพร้อมในพฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคอ้วน เพื่อช่วยให้เกิดแรงจูงใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 60 นาที และ ระยะให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 15 นาที ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพมาตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด แต่เมื่อสภาพร่างกายยังไม่ได้รับการผ่าตัดจึงไม่สามารถจินตนาการและเข้าใจภาวะสุขภาพที่เป็นจริงภายหลังการผ่าตัดได้ เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะกระเพาะอาหารและความรู้สึกอิ่มหรือหิวที่แตกต่างจากก่อนการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการความรู้และการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จัดให้ตามลำดับความต้องการการเรียนรู้ ด้วยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อการลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน และมีกิจกรรมส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ และการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งปฏิบัติจริงในระหว่างที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมในระยะที่อยู่โรงพยาบาล เช่น ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการจิบน้ำแทนการใช้หลอดดูดน้ำ รวมทั้งการตัดแบ่งชิ้นอาหาร การเคี้ยวอาหารให้ได้ 30 ครั้ง/คำ หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติจะรับรู้ถึงอาการจุกแน่น การซึมน้ำหนักและจذبมันเพื่อเป็นการสะท้อนพฤติกรรมและเห็นผลในการปฏิบัติ นอกจากนี้เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ผู้วิจัยยังใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และติดตามเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน มีการประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเป้าหมายได้ และสนับสนุนการปฏิบัติให้กระทำต่อไปเพื่อทำให้น้ำหนักลดลง

จากผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มที่ระบุว่า การใช้กลวิธีในการให้ความรู้โดยการสอน การชี้แนะ และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเมื่อมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากความรู้เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ในตัวของบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพจะทำให้บุคคลเกิดความคิด และเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในสิ่งที่ตน

รับรู้ และมีแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมเป็นไปตามที่ตนเองรับรู้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพยังเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลได้มีการจัดระเบียบความคิด ความจำ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์สะสม อีกทั้งยังทำให้บุคคลมีความต้องการในการแสวงหาความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อที่จะนำมาสร้างเป็นรูปแบบการดูแลของตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร พริงเพริศ (2538) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aguilera (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรที่จะได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความรู้ทางด้านโภชนาการ การสนับสนุนด้วยการให้คำปรึกษาเรื่องอาหาร หรือการสนับสนุนด้านพฤติกรรมบำบัดและสิ่งกระตุ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองนั้นสามารถกระทำได้อย่างหลากหลายจากการได้รับแรงจูงใจ หรือปราศจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ การได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จะทำให้บุคคลมีทั้งความรู้ที่ถูกต้อง และมีแรงจูงใจที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง หากบุคคลมีแรงจูงใจที่ดีก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดี

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัยและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากในระยะที่อยู่โรงพยาบาล กลุ่มทดลองผู้วิจัยมีการประเมินความรู้และจัดกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง ทั้งด้านการปรับพฤติกรรมจิบน้ำ การรับประทานอาหาร การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยระบุเหตุผลของการกระทำทุกขั้นตอนและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเลือกการปฏิบัติที่จะกระทำได้ตามลำดับก่อนหลังตามความต้องการของผู้ป่วย ในขณะที่การพยาบาลตามปกติได้รับการจัดกิจกรรมที่เหมือนกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้องด้วยวิธีการผ่านกล้องทั่วไป ไม่มีการประเมินความรู้และไม่มีการสอนที่เป็นลักษณะแบบมีส่วนร่วม การสอนเป็นแบบทางเดียว

เน้นการให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน แต่ไม่สามารถระบุถึงเนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติได้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ในระยะติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังจากผ่าตัด และมีการติดตามเยี่ยมที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากผ่าตัด กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นการกำกับติดตามและให้การสนับสนุนด้านอารมณ์รวมถึงการชี้แนะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ชนิดอาหารที่สามารถรับประทานได้ ประเภทการประกอบอาหาร เช่น ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ อย่าง วิธีการออกกำลังกาย และวิธีในการจัดการความเครียด เป็นต้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายหรือไม่มีการใช้โทรศัพท์ติดตาม จึงสนับสนุนโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนอยู่ในระดับดี และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative-Supportive system) เป็นระบบการพยาบาลที่สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความสามารถไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล และ 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ดังนี้

1. ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ระยะ ภายหลังจากการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล จะเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังการผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร ต้องมีการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดอย่างไร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองจะได้รับกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ

1.1 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาของบุคคล ก่อนเริ่มโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองผู้วิจัยขอใช้ห้องเรียนประจำหอผู้ป่วยหรือจัดบริเวณรอบเตียงตามความเหมาะสม เพื่อให้สภาพแวดล้อมโดยรวมมีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ ปราศจากเสียงรบกวนจากภายนอก จะเห็นได้จากขณะที่จัดกระทำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความตั้งใจและสนใจที่จะเรียนรู้ มีการสอบถามเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างตั้งใจ สอดคล้องกับที่ Orem (2001) กล่าวว่า การสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นการเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนดไว้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเองด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนามักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย

1.2 การประเมินความรู้ ก่อนที่จะได้รับการสอนและการชี้แนะผู้วิจัยได้มีการประเมินถึงระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างพร้อมความรู้ในเรื่องใด และจะได้ให้การสอนที่ตรงกับความต้องการของบุคคล จากการประเมินความรู้เดิมก่อนที่จะได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เดิมก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ในเรื่องความรู้เรื่องโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเท่ากับ  $19.00 \pm 2.83$  คะแนน คิดเป็นร้อยละ 63.33 ซึ่งจัดว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือข้อที่ถามว่า “ผู้ที่เป็นโรคอ้วนแบบที่มีไขมันมาสะสมบริเวณช่องท้อง มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ได้เท่า ๆ กับผู้ที่มีภาวะอ้วนแบบที่มีไขมันมาสะสมบริเวณแขน ขา และสะโพก” มีกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือข้อที่ถามว่า “ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก สิ่งเดียวที่ท่านต้องปรับเปลี่ยนคือพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร” มีกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการมีกิจกรรมทางกายข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดมี 2 ข้อคือ “ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ท่านสามารถออกกำลังกายแบบเบาๆ เช่น การเดิน ทำงานบ้านแบบเบาๆ เป็นต้น ได้ตั้งแต่ 1 เดือน ภายหลังการผ่าตัด” มีผู้ที่ตอบถูกเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และข้อที่ถามว่า “การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักคือ การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นเหยียด” ซึ่งไม่มีผู้ใดตอบถูกเลย และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุดคือ “การมาตรวจตามนัดภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก แพทย์จะประเมินความก้าวหน้าในการลดลงของน้ำหนักของท่านท่านนั้น” มีผู้ตอบถูก 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67

จากการประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะให้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผู้วิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายนั้นยังขาดความรู้ในเรื่องใด และควรที่จะสอนและให้ความรู้ ร่วมกับการชี้แนะในเรื่องใดบ้าง เพื่อที่จะได้ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างได้ตรงตามความต้องการในการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีกระบวนการคิดและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่ว่าการสอนเป็นวิธีการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและการชี้แนะ พยาบาลต้องมีการประเมินถึง 1) ความพร้อมของกลุ่ม



ตัวอย่างในการเรียนรู้ ในการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ผู้วิจัยเลือกดำเนินการครั้งแรก ในวันที่ 2 ภายหลังจากผ่าตัด เนื่องจากสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นสภาพจากการผ่าตัด ร่างกายมีการช้ำยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดออกไปหมดแล้ว และได้มีการพักผ่อน ภายหลังจากผ่าตัดมาระยะหนึ่งแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีสติสัมปชัญญะในการรับรู้สิ่งที่พยาบาลต้องการจะ สอนได้ 2) สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ จึงต้องมีการประเมินก่อนทุกครั้งว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการ ความรู้ หรือพร้อมความรู้ในเรื่องใด เพื่อจะได้ให้การสอนและการชี้แนะได้ตรงกับความต้องการของ บุคคล 3) เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดัดแปลง ฉะนั้นวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องนำมา พิจารณาประกอบการชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติ และการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ เหมาะสมกับสถานะความเชื่อ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกตินั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินจากพยาบาลที่คอยดูแลเช่นกัน แต่จะไม่ได้รับการ ประเมินอย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนที่เฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนัก ทำให้ไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับใด และขาดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักในเรื่องใดบ้าง

1.3 การสอนและการชี้แนะ เมื่อผู้วิจัยทราบแล้วว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายขาดความรู้ใน เรื่องใดบ้าง ก็จะสอนให้ความรู้ในด้านนั้นที่กลุ่มตัวอย่างยังขาดอยู่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น รวมถึงสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนักให้ กลุ่มตัวอย่างได้ทราบด้วย เมื่อให้ความรู้แล้ว ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทดลองปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยสอน และชี้แนะ เพื่อเพิ่มทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น เช่น ในเรื่องการปรับเปลี่ยน ชนิดขนาด ปริมาณ และวิธีการในการรับประทานอาหาร โดยที่กลุ่มตัวอย่างต้องตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ประมาณลูกเต๋า และเคี้ยวอย่างน้อย 30 ครั้ง/คำ ไม่ใช้หลอดในการดูดน้ำจากแก้วแต่ใช้การจิบหรือ ดื่มน้ำคำเล็ก ๆ แทน เป็นต้น จากการประเมินการทักษะการปฏิบัติตัวภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนัก ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน สามารถบอกชนิดของอาหารที่ต้องเลือกรับประทานก่อน เป็นลำดับแรกได้อย่างถูกต้อง คือ ต้องเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันก่อนอาหารชนิดอื่น และ เลือกใช้วิธีการต้ม ตุ่น ลวก นึ่ง อบ ย่าง ในการประกอบอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี เช่น มีกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งภายหลังจากผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ต้อง ไปตรวจเช็คโดยการกลืนแป้งเพิ่มเติม แต่เจ้าหน้าที่ห้องตรวจไม่ทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังจากผ่าตัดลดน้ำหนัก จึงให้กลุ่มตัวอย่างใช้หลอดในการดูดยาที่จะใช้ในการส่องดูลำไส้เข้าไป กลุ่มตัวอย่างรายนี้จึงต้องใช้การจิบและดื่มน้ำแทน และมีกลุ่มตัวอย่างอีกรายหนึ่งที่ต้องไปตรวจกลืนแป้ง เพิ่มเติมเช่นกัน แต่กลุ่มตัวอย่างรายนี้ถามเจ้าหน้าที่ห้องตรวจว่าสามารถดื่มน้ำได้ไหม แต่เจ้าหน้าที่

ห้องตรวจไม่อนุญาต กลุ่มตัวอย่างรายนี้จึงจำใจต้องใช้หลอดดูด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบอกว่าจุกแน่นมาก เป็นต้น

จากตัวอย่างที่กล่าวมา การสอนและการชี้แนะจากผู้วิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่ได้รวมความรู้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถอันลับซับซ้อนของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ในที่นี้ก็คือการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่บุคคลได้สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน ประสบการณ์ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติและทักษะในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับมาโดยการได้ฟัง ได้ยิน ผ่านกระบวนการคิด ทำให้บุคคลสามารถจำได้ จากกรณีดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้สั่งสมมา ซึ่งเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ทั้งในด้านการได้รับความรู้ การชี้แนะ และการฝึกทักษะในการปฏิบัติ อย่างเป็นระบบและมีแบบแผน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเพียงความรู้จากแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการแบบปกติทั่วไปเท่านั้น ไม่ได้ได้รับความรู้ที่เฉพาะกับบุคคลนั้น ไม่มีการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และไม่มีการติดตามประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นระยะเหมือนดังเช่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แบบปกติทั่วไป ขาดความตระหนักรู้ และขาดความชำนาญในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น สังเกตได้จากคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างเป็น  $25.60 \pm 1.96$  คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 85.33 ซึ่งจัดว่ามีความรู้อยู่ในระดับดี

1.4 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะมีกระบวนการคิดในการตัดสินใจที่จะกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นเพียงผู้คอยชี้แนะในการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น การกำหนดเป้าหมายเป็นการสร้างเจตคติและคุณค่าสำหรับการดูแลตนเองซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาของบุคคลด้วย (Orem, 2001) ตัวอย่างในการกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ด้านการดื่มน้ำ จะจิบน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร ไม่ใช้หลอดในการดูดน้ำ ด้านการรับประทานอาหาร จะเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันและย่อยง่าย และจะตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ เคี้ยวช้า ๆ แล้วค่อยกลืน ด้านการมีกิจกรรมทางกาย พุงนี้จะเดินรอบหอผู้ป่วยตัวเองเช้า 3 รอบ กลางวัน 3 รอบ และเย็นอีก 3 รอบ และในวันมะรืนนี้จะเพิ่มการ

เดินเป็นเดินไปทั่วชั้น 16 เดินจากหอผู้ป่วยของตัวเองโซน C ไปหอผู้ป่วยอื่นที่อยู่โซน A เช้า 3 รอบ กลางวัน 3 รอบ และตอนเย็นอีก 3 รอบ ด้านการจัดการความเครียด จะหาสิ่งที่ชอบทำ เช่น การฟังเพลง ดูซีรีส์ หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิด แต่จะไม่ใช้การรับประทานอาหารระบายความเครียด จะนอนหลับให้ได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ทุกวัน ด้านการกำกับและควบคุมตนเอง จะชั่งน้ำหนักในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารทุกวัน และจดบันทึกน้ำหนักในแบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น จากที่กล่าวมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักทั้ง 8 ด้าน ซึ่งร้อยละ 80 สามารถกำหนดเป้าหมายได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม และมีระยะเวลาระบุไว้ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้จะไม่มีการละเลยในการกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดที่ชัดเจน จึงทำให้ไม่เกิดความตระหนักและไม่เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติให้บรรลุถึงเป้าหมาย มีการละเลยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดอย่างจริงจัง สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่ว่าแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งพลังความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานซึ่งก็คืออุปนิสัยของแต่ละบุคคล กับความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างไม่มีแรงจูงใจที่จะกำหนดความสำคัญและค้นหาเป้าหมาย ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง

1.5 การสนับสนุน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองแล้ว การให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น การพูดให้กำลังใจ การให้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก และการใช้แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก จึงเป็นการสร้างแรงจูงใจและการกำกับควบคุมตนเองที่จะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนด้วยสิ่งของหรือคำพูดยังเป็นสิ่งแวดลอมที่ช่วยทำให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้วย ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากการได้รับคู่มือการดูแลตนเอง และแบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ทำให้ไม่มีการกำกับควบคุมตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการพยาบาลตามปกติอาจจะมีการพูดให้กำลังใจบ้างแต่กลุ่มตัวอย่างก็ไม่ได้รับการสนับสนุนในแบบแผนที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเป็นระยะ ๆ

2. ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว กลุ่มตัวอย่างต้องบูรณาการความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม

การดูแลตนเองที่ได้รับจากการสอนในโรงพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ในระยะนี้ผู้วิจัยจึงเป็นเพียงผู้คอยให้คำชี้แนะและการสนับสนุนในการกำกับติดตามภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยผู้วิจัยจะมีการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ซึ่งในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ และมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง จากนั้นจึงให้การสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงตามเป้าหมายที่กำหนด และให้การชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติตัวได้ไม่ดี หรือยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยจะมีการค้นหาอุปสรรคร่วมกัน และกำหนดเป้าหมายร่วมกันอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nijamkin et al. (2012) ที่ได้จัดโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นกลุ่มเล็ก ๆ และสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภายหลังจากได้รับความรู้แล้วจะมีการประเมินติดตามจากนักโภชนาการเป็นระยะ ๆ ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมหดลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม เช่น มีการรับประทานโปรตีนมากกว่าและมีกิจกรรมทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมน้ำหนักส่วนเกินลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aguilera (2014) ที่ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสามารถกระทำได้อย่างยากหากปราศจากความรู้และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของจารุณี ปลายยอด, อรสา พันธรัภักดิ์ และ ชิวรัตน์ ต่ายเกิด (2555) และการศึกษาของสุรชาติ สิทธิปกรณ์ (2547) พบว่าการกำกับติดตามและกระตุ้นเตือนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการกำกับติดตามและการชี้แนะทางโทรศัพท์ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย (Schmittziel, Adams, Goler et al., 2017) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมภายหลังการผ่าตัด ส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีบุคลากรทางสุขภาพมาให้การชี้แนะหรือคอยติดตามและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นระยะ ๆ ไม่มีการได้รับการตั้งเป้าหมาย หรือแรงจูงใจที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมา โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ถูกจัดขึ้นตามระยะของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองยังได้รับ

การประเมินติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเตรียมตัวและทักษะในการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะก่อนจำหน่าย และมีการกำกับติดตามดูแลจากผู้วิจัยในระยะภายหลังจากจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะมีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่แตกต่างกัน ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักยังเป็นเรื่องใหม่ จึงยังไม่มีแนวทางการพยาบาลและการดูแลที่ชัดเจนและครอบคลุมที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงทำให้กลุ่มควบคุมได้รับความรู้และการดูแลจากพยาบาลที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับเพียงการพยาบาลภายในโรงพยาบาลเท่านั้น จะไม่ได้รับการกำกับติดตามจากพยาบาลเมื่อกลุ่มควบคุมถูกจำหน่ายแล้ว ไม่มีพยาบาลคอยสอบถามให้การชี้แนะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด หรือเมื่อยังปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ไม่ดี ไม่มีการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจในการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างต้องกระทำอย่างควบคู่กัน จึงจะสามารถทำให้บุคคลมีการพฤติกรรมดูแลตนเองได้ง่ายขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wykowski and Krouse (2013) ที่พบว่า การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้ประสบความสำเร็จในด้านการลดน้ำหนักต้องได้รับโปรแกรมต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัด ทั้งโปรแกรมการสนับสนุนและการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในด้านต่าง ๆ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจะมีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดเลย

งานวิจัยนี้พบว่า ค่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินของกลุ่มควบคุมโดยเฉลี่ยเท่ากับ  $28.33 \pm 15.29$  ส่วนของกลุ่มทดลองเท่ากับ  $27.07 \pm 12.92$  ซึ่งดูแล้วจะทำให้เข้าใจว่าร้อยละการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินของกลุ่มควบคุมลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ถ้าหากลองเปรียบเทียบกับค่าดัชนีมวลกายตั้งต้นก่อนผ่าตัดแล้วจะพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยเท่ากับ  $49.28 \pm 11.79$  และกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $43.15 \pm 8.33$  ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอยู่มาก และเมื่อพิจารณาที่ค่าดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด จะพบว่าช่วงความต่างของค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยลดลง ซึ่งกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยเท่ากับ  $37.33 \pm 6.98$  ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ  $41.18 \pm 9.88$  จะเห็นได้ว่าค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และส่งผลให้ค่าดัชนีมวล

ภายใต้เงื่อนไขของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอีกด้วย

### ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามประเมินผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามให้มากกว่า 9 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นและประเมินผลความยั่งยืน
2. ควรจัดให้มีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ให้แก่ผู้ป่วยโรคอ้วนที่จะเข้ารับการทำผ่าตัดลดน้ำหนักทุกราย และครอบคลุมทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจนกระทั่งถึงระยะภายหลังการจำหน่าย ครอบคลุมถึงแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด และกลุ่มพยาบาลเยี่ยมบ้าน
3. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ให้แก่ผู้ป่วยโรคอ้วนที่จะเข้ารับการทำผ่าตัดลดน้ำหนักร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อให้ญาติหรือพ่อแม่ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
4. ควรจัดอบรมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ให้แก่ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลห้องผ่าตัด และกลุ่มพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักได้อย่างครอบคลุม มีความต่อเนื่อง และเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน
5. ควรจัดอบรมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ให้แก่บุคลากรทางสุขภาพ ที่จะต้องมีการให้บริการผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เช่น เจ้าหน้าที่ห้องตรวจเอ็กซเรย์ตรวจระบบทางเดินอาหาร เจ้าหน้าที่ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นมีความเข้าใจถึงข้อจำกัดในวิธีการรับประทานยาที่ใช้ในการตรวจของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). *แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย* (กฤษฎา แสงวดี, อีรพร สติรอังกูร และ เรวดี ศิรินคร บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กำธร ยลสุริย์นวงศ์. (2561). Bariatric surgery: perioperative care and surgical technique. ใน ไพรสุดา บัวลอย, จริญญา แซ่โจ้ว, สิริพงศ์ ชิวธนากรณ์กุล, ศุภวัฒน์ เลหาวิริยะกมล และ ต่อตระกูล ทองกัน (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยศาสตร์และห้องผ่าตัดทันสมัย Update perioperative nursing in minimally invasive surgery 4*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ จำกัด.
- คลินิกโรคอ้วน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2557). *รักษาโรคอ้วนด้วยการผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธุ์ภักดี และ ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *Rama Nurs J*, 18(2), 223-236.
- ชลดา ทานาลาด และ วิพร เสนารักษ์. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 123-130.
- ณี ษา สมหล่อ. (2558). *การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนในเวชปฏิบัติ* Retrieved from [rcot.org/.../a7ab874d0fc8818ba8baf201d3eeb2d5.pdf](http://rcot.org/.../a7ab874d0fc8818ba8baf201d3eeb2d5.pdf)
- ทิพวรรณ แยมศรีบัว. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ธีรพล อังกุลภักดีกุล. (2554). Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. ใน อีรพล อังกุลภักดีกุล, ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ และ ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม ๔๔ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๔ พรรษา มหาราช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- นงนุช โอบะ. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวาน*. พิษณุโลก: ดาวเงินการพิมพ์.
- นพวรรณ เปียซื่อ. (2556). การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุกดาพรรณ ัญจิรา, อรุณศรี เตชสหัส และ สุภามาศ ผาติประจักษ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

- นริศร ลักขณานุรักษ์. (2559). การวางแผนรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก (dietary strategy for weight loss). ใน ชุขณา สวนกระต่าย, สมบัติ ตริประเสริฐสุข, กำพล สุวรรณพิมลกุล และคณะ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2559*. กรุงเทพฯ: ตริเทพบุ๊คโปรดิวส์.
- นัทธมน วุฑธานนท์. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน นัทธมน วุฑธานนท์ (บรรณาธิการ), *การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม*. เชียงใหม่: บริษัท นันทพันธ์พรินต์ติ้ง จำกัด.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปาริชาติ คงเสื่อ, ปชาณัญญ์ ตันติโกสม และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(ฉบับพิเศษ), 168 - 185.
- ปาหนัน พิษยภิญโญ. (2556). ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองทางการพยาบาลของโอเร็ม. ใน ปาหนัน พิษยภิญโญ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, พิชราพร เกิดมงคล และ อาภาพร เผ่าวัฒนา (บรรณาธิการ), *ทฤษฎีการพยาบาลและการประยุกต์: บุคคล ครอบครัว และชุมชน*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- พจนานุกรมแปล ไทย-อังกฤษ NECTEC's Lexitron Dictionary. (2552). *NECTEC's Lexitron Dictionary version 2009*. dictionary.sanook.com
- พรพจน์ เปรมโยธิน. (2560). Obesity and Care of Post-bariatric Surgery Patients โรคอ้วนและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก. ใน สิริกานต์ เตชะวณิช, วีระเดช พิศประเสริฐ, ส่งศรี แก้วถนอม และ อุปลักษณ์ ศุภสินธุ์ (บรรณาธิการ), *Nutrition Review*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- พฤษมรงค์ ทิมรัตน์. (2554). Bariatric and Metabolic Surgery: An Overview. ใน ชีรพล อังกุลภักติกุล, ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ และ ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม ๔๔ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๔ พรรษา มหาราช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- แพรว สุวรรณศรีสุข. (2557). *การเปลี่ยนแปลงของระดับอัลโดสเตอโรน 3 เดือน หลังการลดน้ำหนักโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคอ้วน*. (ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภราดร ล้อธรรมมา. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2552). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ใน สุริพร ธนศิลป์, สุนิศา ปรีชาวงษ์



- และ รุ่งระวี นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2553). *ความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อัมรินทร์สุขภาพ.
- เรณู อางสาลี. (2553). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด PERIOPERATIVE NURSING* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส.
- วชิรา สุทธิธรรม, ยุติ วิทย์พันธ์ และ สุรินทร์ กลัมพากร. (2559). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลานสกา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 19-31.
- วราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2550). ทฤษฎีที่เน้นการปฏิบัติพยาบาล Orem. ใน จินตนา ยูนิพันธ์ และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (บรรณาธิการ), *เอกสารคำสอนวิชาทฤษฎีทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันทนีย์ คณานนท์. (2552). การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยภาวะอ้วน (Anesthesia in Morbid Obesity). บทความพิเศษวิชาการ *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 24(2), 135-148.
- เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2560). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ณ หอผ่าตัดลิรินธร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. Retrieved from
- ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). *ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด*. (ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539a). การดูแลตนเอง: การวิจัยทางการพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539b). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สิริมนต์ ดำริห์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. (2556). ความผิดปกติของหลอดเลือด. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชัสหวส์ และ สุภามาศ ผาติประจักษ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการ*

พยาบาล เล่ม 2 กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด.

สุทธจิต ลีนานนท์. (2548). Principle of Bariatric Surgery. ใน ทวี รัตนชูเอก, ชาญชัย นิमितวานิช, และ วัชรพงษ์ พุทธิสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 31. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สุทธจิต ลีนานนท์. (2554). Preoperative Management and Patient Selection. ใน ชีรพล อังกุล ภัคติกุล, ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ และ ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* เล่ม ๔๔ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๔ พรรษา มหาราชชา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สุพร พริงเพริศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

สุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2547). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุริยะ พันธุ์ชัย. (2556). การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด (Bariatric Surgery). *Srinagarind Med J*, 28, 116-126.

สุวรรณณี ขอบการไร่ และคณะ. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดุกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดุกสันหลังระดับเอว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 68 - 79.

อมฤต ตาลเศวต, ศุภกานต์ เตชะพงศธร, โสภณ เลิศสิริโสภณ, วิศิษฐ์ เกษตรเสริมวิริยะ, และ สาธิต ศรีมันทยามาศ. (2557). รายงานผู้ป่วยการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยส่องกล้อง ประสพการณ์จาก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. *วชิรเวชสาร*, 58(2), 51-56.

อรพินท์ สีขาว. (2559). *พยาธิสรีรวิทยา สำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

อัจฉรา สุจาจริง. (2551). *กิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). รูปแบบการวางแผนจำหน่าย. ใน วันเพ็ญ พิเชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

#### ภาษาอังกฤษ

Aguilera, M. (2014). Post-surgery support and the long-term success of bariatric surgery. *Practice Nursing*, 25(9), 455-459 455p.

- Al-Akwaa, A. M. (2010). Prevalence of Helicobacter pylori infection in a group of morbidly obese Saudi patients undergoing bariatric surgery: a preliminary report. *Saudi J Gastroenterol*, 16, 264 - 267.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 57(5), 552-558. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04156.x
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS). (2008). Integrated Health Nutritional Guidelines. Retrieved from <http://asmbs.org/resources/integrated-health-nutritional-guidelines>
- Anderson, K. N., Anderson, L. E., & Glanze, W. D. (1994). *Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Angkoolpakdeekul, T., Samlitpradit, P., Waradomwichit, D., Roongpisuthipong, C., Pongchailert, P., & Komindr, S. (2006). Initial Experience and Result of a Swedish Adjustable Gastric Banding by Laparoscopic Approach in Thai Cohorts. *J Med Assoc Thai*, 89(8), 1140-1145.
- Angkoolpakdeekul, T., Vitoopinyopaab, K., & Lertsithichai, P. (2011). Short-Term Outcome of Two Laparoscopic Bariatric Procedures. *J Med Assoc Thai*, 94(6), 704-709.
- Apau, D., & Whiteing, N. (2011). Pre- and post-operative nursing considerations of bariatric surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 9(3), 44-48.
- Arzouman, J., Lacovara, J. E., Blackett, A., McDonald, P. K., Traver, G., & Bartholomeaux, F. (2006). Developing a Comprehensive Bariatric Protocol: A Template For Improving Patient Care. *MEDSURG Nursing*, 15(1), 21-26.
- Bauchowitz, A., Azarbad, L., Day, K., & Gonder-Frederick, L. (2007). Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients. *Surg. Obese Relat Dis*, 3(5), 554-558.
- Bloom, B. S. (1956). Bloom's Taxonomy of Learning Domains. Retrieved from <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/bloom.html>
- Bloom, B. S. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Buchwald, H., Estok, R., Fahrenbach, K., Banel, D., & Sledge, I. (2007). Trend in mortality in bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*, 142(4), 621 -

635.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 th ed.). St. Louis: MO: Elsevier Saunders.
- Chang, S.-H., Stoll, C. R. T., Song, J., Varela, E., Egon, C. J., & Colditz, G. A. (2014). The Effectiveness and Risk of Bariatric Surgery An Update Systematic Review and Meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surgery*, 149(3), 275-287.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., . . . et al. (2016). Guidelines on the Management of Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, 17(2), 131 - 157.
- Creven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamental of nursing: Human health and function* (4 th ed.). Philladelphai: Lincicott Williams & Wilkins.
- Deitel, M. (1998). Overview of operation for morbid obesity. *World J Surg*, 22, 913 - 918.
- deWit, S. C. (2009). *Care of postoperative surgical patients*. Philadelphia: Elsevier.
- Doble, B., Wordsworth, S., Rogers, C. A., Welbourn, R., Byrne, J., & Blazeby, J. M. (2017). What Are the Real Procedural Costs of Bariatric Surgery? A Systematic Literature Review of Published Cost Analyses. *Obes Surg*, 27, 2179 - 2192 . doi:10.1007/s11695-017-2749-8
- Doolen, J. L., & Miller, S. K. (2005). Primary care management of patients following bariatric surgery. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(11), 446-450 445p. doi:10.1111/j.1745-7599.2005.00069.x
- Driscoll, S., Gregory, D. M., Fardy, J. M., & Twells, L. K. (2016). Long-Term Health-Related Quality of Life in Bariatric Surgery Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity*, 24(1), 60 - 70.
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *obesity reviews*, 6, 67 - 85.
- Elrazek, A. E. M. A. A., Elbanna, A. E. M., & Bilasy, S. E. (2014). Medical management of patients after bariatric surgery: Principles and guidelines. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 6(11), 220 - 228. doi:10.4240/wjgs.v6.i11.220
- Fencl, J. L., Walsh, A., & Vocke, D. (2015). The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. *AORN Journal*, 102(2), 116-131.

doi:10.1016/j.aorn.2015.05.007

- Fuller, J. K. (2010). *Surgical Technology: Principles and Practice* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Harrington, L. (2006). Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. *MEDSURG Nursing*, 15(6), 357-363 357p.
- Helsing, D., & Saulon, K. C. (2012). *Assessment of the Quality of Life of Patients who underwent Gastric Bypass Operation*. (Thesis for Bachelor of Health Care), Novia University of Applied Sciences, Vaasa, Finland.
- Herzog, S. A. (2010). *Bariatric patients' knowledge of postoperative complications and lifestyle change*. (Master degree of Nursing), Montana State University, Bozeman, Montana.
- Ide, P., Farber, E. S., & Lautz, D. (2008). Perioperative nursing care of the bariatric surgical patient. *AORN Journal*, 88(1), 30-58. doi:10.1016/j.aorn.2008.02.015
- Ingela, L. K., Bergh, I., Tilmann, v. S., Rosenvinge, J. H., Tina, A. J., Martinsen, E. W., . . . Kristinsson, J. A. (2016). A comparison of behavioral and psychological characteristics of patients opting for surgical and conservative treatment for morbid obesity. *BMC Obesity*, 3(6). doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s40608-016-0084-6>
- Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jørgensen, D. G., Grønbæk, H. N., & Midtgaard, J. (2014). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149 1112p. doi:10.1111/jan.12275
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Courcoulas, A. P., Cheng, Y., & Levine, M. D. (2013). Preoperative lifestyle intervention in bariatric surgery: Initial results from a randomized, controlled trial. *Obesity* (19307381), 21(2), 254-260. doi:10.1002/oby.20069
- Kasama, K., Mui, W., Lee, W. J., & et al. (2012). IFSO-APC consensus statements 2011. *Obes Surg*, 22, 677-684.
- Kuper, M. A., Kratt, T., Kramer, K. M., & et al. (2010). Effort safety and findings of routine preoperative endoscopic evaluation of morbidly obese patients undergoing bariatric surgery *Surg Endosc*, 24, 1996 - 2001.

- Leahy, C. R., & Luning, A. (2015). Review of Nutritional Guidelines for Patients Undergoing Bariatric Surgery. *AORN Journal*, 102(2), 153-160. doi:10.1016/j.aorn.2015.05.017
- LePage, C. T. (2010). The lived experience of individuals following Roux-en-Y gastric bypass surgery: A phenomenological study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5(1), 57-64.
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugarman, H. J., Livingston, E. H., & et al. (2005). Meta-analysis: Surgical treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 142(7), 547-559.
- Marzocchi, R., Moscatiello, S., Villanova, N., Suppini, A., & Marchesini, G. (2008). Psychological Profile and Quality of Life of Morbid Obese Patients Attending a Cognitive Behavioural Program. *Psychological Topics* 17, 2, 349 - 360. doi:616.89-008.441.42-085
- Masso Gonzalez, E. L., Patrignani, P., Tacconelli, S., & Garcia Rodriguez, L. A. (2010). Variability among nonsteroidal antiinflammatory drug in risk of upper gastrointestinal bleeding. *Arthritis Rheum*, 62, 1592 - 1601.
- McCaffery, M. (2002). What is the role of nondrug methods in the nursing care of patients with acute pain? *Pain Management Nursing*, 3(3), 77 - 80.
- McKee, J. S., & Tassinari, S. (2006). Nutrition in bariatric surgery: the role of nursing in reducing liability. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 17(1), 7-11 15p.
- Meany, G., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87-91 85p. doi:10.1002/erv.2273
- Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., Gonzalez-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Spitz, A. F., . . . Guven, S. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity* (19307381), 17, S1-v. doi:10.1038/oby.2009.28
- Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., Gonzalez-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Guven, S., & et al. (2008). American Association of Clinical

- Endocrinologists , The Obesity Society and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), S109-S184.
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., . . . Brethauer, S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity* (19307381), 21, S1-S27. doi:10.1002/oby.20461
- Morino, M., Toppino, M., Forestieri, P., Angrisani, L., Allaix, M. E., & Scopinaro, N. (2007). Mortality After Bariatric Surgery: Analysis of 13,871 Morbidly Obese Patients From a National Registry. *Annals of Surgery*, 246(6), 1002 - 1009.
- Neil, J. A. (2011). *Nursing management preoperative care: Medical-surgical nursing* (8th ed.). St. Louis (MO): Mosby.
- Nguyen, N. T., Goldman, C., Rosenquist, C. J., Arango, A., Cole, C. J., Lee, S. J., & Wolfe, B. M. (2001). Laparoscopic Versus Open Gastric Bypass: A Randomized Study of Outcome, Quality of Life, and Costs. *Ann. Surg.*, 234(3), 279 - 291.
- Nightingale, C. E., Margaron, M. P., Shearer, E., Redman, J. W., Lucas, D. N., Cousins, J. M., & . . . Griffiths (Chair), R. (2015). Guidelines Peri-operative management of the obese surgical patient 2015. *Anesthesia*, 70, 859-876.
- Nijamkin, M. P., Campa, A., Sosa, J., Baum, M., Himburg, S., & Johnson, P. (2012). Comprehensive Nutrition and Lifestyle Education Improves Weight Loss and Physical Activity in Hispanic Americans Following Gastric Bypass Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Journal of The Academic of Nutrition and Dietetics*, 112(3), 382 - 390.
- O'Connell, T. L. (2004). An overview of obesity and weight loss surgery. *Clinical Diabetes*, 22, 115 - 120.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pitombo, C., Jones, K., Higa, K., & Pareja, J. (2008). Obesity surgery principles and practice. *McGraw-Hill*, 41 - 52.

- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity?: Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459 - 467.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P., & Perry, A. G. (2003). *Basic nursing* (5 th ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Potter, P., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing essentials for practice* (6 th ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2000). *Nursing Intervention & Clinical skill* (2 nd ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Puzziferri, N., Roshek 3rd, T. B., Mayo, H. G., Gallagher, R., Belle, S. H., & Livingston, E. H. (2014). Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 312(9), 934-942. doi:10.1001/jama.2014.10706
- Quidley, A. M., Bland, C. M., Bookstaver, P. B., & Kuper, K. (2014). Perioperative management of bariatric surgery patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71(15), 1253-1264. doi:10.2146/ajhp130674
- Rajasekhar, A., & Streiff, M. B. (2013). Vena cava filters for management of venous thromboembolism: a clinical review. *Blood Rev*, 27, 225 - 241.
- Rickers, L., & McSherry, C. (2012). Bariatric surgery: nutritional considerations for patients. *Nursing Standard*, 26(49), 41-48 48p.
- Rudolph, A., & Hilbert, A. (2013). Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews*, 14(April 2013), 292 - 302. doi:10.1111/obr.12013
- Schmittziel, J. A., Adams, S. R., Goler, N., Sanna, R. S., Boccio, M., Bellamy, D. J., . . . Ferrara, A. (2017). The impact of telephonic wellness coaching on weight loss: A "Natural Experiments for Translation in Diabetes (NEXT-D)" study. *Obesity*, 25(2), 352-356.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sobhani, Z., Amini, M., Zarnaghash, M., Hosseini, S. V., & Foroutan, H. R. (2019). Self-



- Management Behaviors in Obese Patients Undergoing Surgery Base on General and Specific Adherence Scales. *www.wjps.ir*, 8(1), 85-92.
- Songwathana, P., Promlek, K., & Naka, K. (2011). Evaluation of a clinical nursing practice guideline for preventing deep vein thrombosis in critically ill trauma patients. *Australia Emergency Nursing Journal*, 14, 232 - 239.
- Suthep Udomsawaengsup et al. (2014). *Guidance for Post-Bariatric Surgery Diet*. Chula Minimally Invasive Surgery Center (CMISC). Bangkok.
- The Joanna briggs Institute. (2006). Solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Best Practice*, 10(2), 1329 - 1374.
- Timby, B. K., & Smith, N. E. (2003). *Introductory Medical-Surgical Nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ukleja A. (2005). Dumping syndrome: pathophysiology and treatment. *Nutrition in Clinical Practice*, 20(5), 517-525.
- Weingarten, T. N., Flores, A. S., McKenzie, J. A., Nguyen, L. T., Robinson, W. B., Kinney, T. M., . . . Sprung, J. (2011). Obstructive sleep apnoea and perioperative complications in bariatric patients. *BJA: The British Journal of Anaesthesia*, 106(1), 131-139. doi:bj/a/aeq290
- World Health Organization media care. (2016, June 2016). Obesity and overweight Fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wykowski, K., & Krouse, H. J. (2013). Self-Care Predictors for Success Post-Bariatric Surgery. *Gastroenterology Nursing*, 36(2), 129 - 135.
- Zhang, L., Tan, W. H., Chang, R., & Eagon, J. C. (2015). Perioperative risk and complications of revisional bariatric surgery compared to primary Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical Endoscopy*, 29(6), 1316-1320. doi:10.1007/s00464-014-3848-4



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. พลตรี นายแพทย์สุทธจิต สีนานนท์      อาจารย์แพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะทางสาขา  
ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. รองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัศววิเศษ      อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี      อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง      อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ  
ผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางกุลวดี บุญทรัพย์ากร      นักโภชนาการผู้ชำนาญการระดับ 8  
หัวหน้าฝ่ายโภชนวิทยาและโภชนบำบัด  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ที่ ศธ 0512.11/ 1926



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ ตุลาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พลตรี นายแพทย์ สุทธจิต สีนานนท์ อาจารย์แพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะสาขาศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

พลตรี นายแพทย์ สุทธจิต สีนานนท์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต โทร. 08-4448-6335

ที่ ศธ 0512.11/ 1981



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๕ ตุลาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต โทร. 08-4448-6335



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศร 0512.11/ 1873

วันที่ 24 ตุลาคม 2560

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี

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

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156  
นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต โทร. 08-4448-6335





ที่ ศธ 0512.11/ 1924

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๙1 ตุลาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต โทร. 08-4448-6335



ที่ ศธ 0512.11/ 1927

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ ตุลาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุด นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกุลวดี บุญยทรัพย์ากร หัวหน้าฝ่ายโภชนาการและโภชนบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางกุลวดี บุญยทรัพย์ากร  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156  
นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุด โทร. 08-4448-6335



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/ 0048



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักเป็นครั้งแรก จำนวน 60 คน โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ประกอบด้วย แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก แบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และแบบบันทึกการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต โทร. 08-4448-6335



ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ศร 0512.11/ 0049 วันที่ 12 มกราคม 2561  
 เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission Form จำนวน 4 ชุด
  2. Self-Assessment Form จำนวน 4 ชุด
  3. Information sheet and consent form จำนวน 4 ชุด
  4. Full Protocol จำนวน 4 ชุด
  5. Principal investigator's CV พร้อม GCP training certificate จำนวน 4 ชุด
  6. Budget จำนวน 4 ชุด
  7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
  8. Conflict of interest and funding Form จำนวน 4 ชุด
  9. Protocol synopsis จำนวน 4 ชุด
  10. Approval document from thesis committee /advisor จำนวน 4 ชุด
  11. Electronic files of all above documents จำนวน 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สงวน มิ่งขวัญ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
 รองคณบดี  
 รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
 นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156  
 นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต โทร. 08-4448-6335



COA No. 697/2018

IRB No. 328/61

## คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

**เลขที่โครงการวิจัย** : -

**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวศิวาพันธ์ ลวสุต

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**วิธีบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง** :

1. โครงร่างการวิจัย Version 1 Date 29/5/2561
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 16/7/2018
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม) Version 2 Date 16/7/2018
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง) Version 2 Date 16/7/2018
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 16/7/2018


ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. คู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก Version 1 Date 29/5/2018
7. แบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก Version 1 Date 29/5/2018
8. โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน Version 1 Date 29/5/2018
9. แบบสอบถาม Version 1 Date 29/5/2018
  - แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
  - แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
  - แบบบันทึกการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
  - แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน
10. งบประมาณ Version 1 Date 29/5/2018
11. Curriculum Vitae and GCP Training
  - Miss Sipaphan Lavasut
  - Assist.Prof. Dr. Rungrawee Navichareern

ลงนาม ..... 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ อภิชัย วุฒิตอร์น)  
รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม ..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุละพัฒน์)  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 26 กรกฎาคม 2561

วันหมดอายุ : 25 กรกฎาคม 2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





COA No. 697/2018

IRB No. 328/61

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : THE EFFECT OF SELF-CARE AGENCY ENHANCEMENT PROGRAM ON POSTOPERATIVE BARIATRIC SURGERY SELF-CARE BEHAVIORS AMONG MORBID OBESITY PATIENTS.

**Study Code** : -

**Principal Investigator** : Miss Sipaphan Lavasut

**Affiliation of PI** : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**Review Method** : Full board

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 1 Date 29/5/2018
2. Protocol Synopsis Version 2 Date 16/7/2018
3. Information sheet for research participant (Control group) Version 2 Date 16/7/2018
4. Information sheet for research participant (Experimental group) Version 2 Date 16/7/2018
5. Informed consent for participating volunteers Version 2 Date 16/7/2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)




6. Self Care Guide Obesity after weight loss surgery Version 1 Date 29/5/2018
7. Objective and behavioral modification after weight loss surgery Version 1 Date 29/5/2018
8. Self-Care Promotion Program for Post-Operative Self-Care Behavior for Weight Loss of Obese Patients Version 1 Date 29/5/2018
9. Questionnaire Version 1 Date 29/5/2018
  - Measurement of obesity Knowledge about weight loss surgery and self-care knowledge after weight loss surgery
  - Measurement of self-care ability of obese patients after undergoing weight loss surgery
  - Telephone information record For obese patients after surgery for weight loss
  - Self-care measure after surgery to lose weight of obese patients
10. Budget Version 1 Date 29/5/2018
11. Curriculum Vitae and GCP Training
  - Miss Sipaphan Lavasut
  - Assist.Prof. Dr. Rungrawee Navicharem

Signature ..... *A. Vasuratna* .....  
 (Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)  
 Vice-Chairman, Acting Chairman  
 The Institutional Review Board

Signature ..... *Ananong Kulaputana* .....  
 (Associate Professor Ananong Kulaputana MD, PhD)  
 Member and Assistant Secretary, Acting Secretary  
 The Institutional Review Board

Date of Approval : July 26, 2018  
 Approval Expire Date : July 25, 2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/6

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นางสาวศิลาพันธ์ ลวสุต  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย หอผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5 โซน A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 - 2256 - 4000 (เบอร์ภายใน 80525 - 28)  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 08 - 4448 - 6335

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ อาคารบรมราชชนนี  
ศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ  
10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 - 2218 - 1156  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 08 - 6311 - 4791

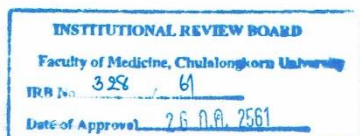
**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของ ท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักจัดการเป็นการรักษาแบบมาตรฐานสูงสุดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน เนื่องจากให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดน้ำหนัก



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/6

สามารถควบคุมและรักษาโรคร่วมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ได้ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด ภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยมีการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ ตั้งแต่ภาวะแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เรื่อยไปจนถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ เป็นต้น รวมถึงสามารถทำให้น้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมา และเมื่อน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมาโรคร่วมที่เกิดจากโรคอ้วนก็กลับคืนมาด้วย บางรายอาจต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อรักษาโรคอ้วน ซึ่งการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักที่ยังบกพร่องของผู้ป่วยโรคอ้วนคือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้เมื่ออิม ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ทั้งด้านภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การรับประทานอาหารและน้ำภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ขาดแรงจูงใจและความตั้งใจในการควบคุมความอยากอาหาร และขาดระเบียบวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย รับประทานอาหารจุกจิก เป็นต้น

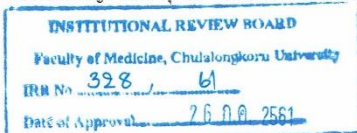
โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นโปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้และความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก โดยการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรอมาประยุกต์ใช้ ระหว่างแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาเป็นเทคนิคในการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาตั้งเป้าหมายของการกระทำ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้นเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักอย่างเหมาะสม

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจำนวน 44 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลภายหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจำนวน 44 คน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 - 59 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย มีความยินยอมและ



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/6

เต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย จัดกลุ่มคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้เข้าร่วมวิจัย 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 23 - 44 เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาได้ และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และวิถีของการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ใช้ระยะเวลาในการวิจัยประมาณ 8 สัปดาห์

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มควบคุม มีดังนี้

ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัย 2 ครั้ง และมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 1 ในวันก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
3. ภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพักรักษาตัว และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทั่วไปเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยมารับการตรวจติดตามผลภายหลังการผ่าตัด
4. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก (การมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 2) และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบวัดพฤติกรรมกรดแลคติกตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน
5. ภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมงานวิจัย ท่านยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ตามปกติ

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

เพื่อความปลอดภัยท่านไม่ควรรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากการจ่ายยาโดยแพทย์ ขอให้ท่านปรึกษาผู้ทำวิจัยในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยโดยตรงคือ นางสาวศิภาพันธ์ ลาวสุต เบอร์โทรศัพท์ 08-4448-6335



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. <u>๒๒๘ / ๖๑</u>	
Date of Approval <u>๒๖ มิ.ย. ๒๕๖๑</u>	

Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	AF 09-04/5.0 หน้า 4/6

#### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวกสบาย หากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย เช่น หน้ามืด ใจสั่น หรืออาการอื่น ๆ กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัย ถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านขอให้ท่านรายงานให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว

#### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียงหรือความไม่สบายนอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่านควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันที เมื่อมีความผิดปกติใดๆเกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขออนุญาตออกจากโครงการวิจัย

#### การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่านและให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก รวมทั้งเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดชนิดอื่นต่อไป

#### วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับการรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้

ขอให้ท่านให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	328 61
Date of Approval	26 ก.ค. 2561

Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	หน้า 5/6

- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการใช้อื่นนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้จัดให้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การซื้อยาจากร้านขายยา
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือนางสาวศิวาพันธ์ ลวสุต เบอร์โทรศัพท์ 08-4448-6335 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายการรักษาตามปกติ

#### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

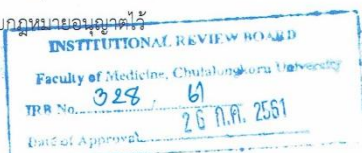
ผู้วิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมวิจัยเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านรับประทานยาที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการศึกษา

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้



Version...2... Dated...16.../7.../2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	หน้า 6/6

จากการลงนามยินยอมของผู้ที่วิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวศิวาพันธ์ ลวสุต หอผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5 โซน A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่ม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

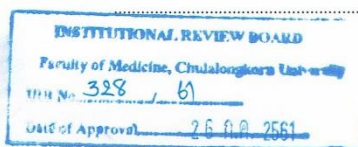
#### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในครั้งนี
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail: [medchulairb@chula.ac.th](mailto:medchulairb@chula.ac.th)

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมีขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	หน้า 1/8

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต  
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย หอผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5 โซน A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 - 2256 - 4000 (เบอร์ภายใน 80525 - 28)  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 08 - 4448 - 6335

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ  
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ อาคารบรมราชชนนี  
 ศิริศตวรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ  
 10330  
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 - 2218 - 1156  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 08 - 6311 - 4791

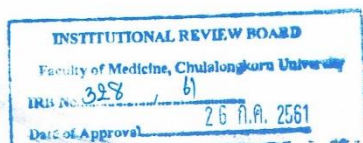
**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของ ท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักจัดการเป็นการรักษาแบบมาตรฐานสูงสุดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน เนื่องจากให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดน้ำหนัก



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/8

สามารถควบคุมและรักษาโรครวมที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วนในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ได้ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด ภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ ตั้งแต่ภาวะแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เรื่อยไปจนถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ เป็นต้น รวมถึงสามารถทำให้น้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมา และเมื่อน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมาโรครวมที่เกิดจากโรคอ้วนก็กลับคืนมาด้วย บางรายอาจต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อรักษาโรคอ้วน ซึ่งการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักที่ยังบกพร่องของผู้ป่วยโรคอ้วนคือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้เมื่ออ้วน ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ทั้งด้านภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การรับประทานอาหารและน้ำภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ขาดแรงจูงใจและความตั้งใจในการควบคุมความอยากอาหาร และขาดระเบียบวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย รับประทานอาหารจุบจิบ เป็นต้น

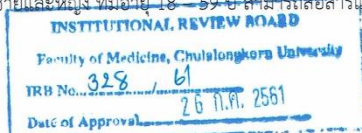
โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นโปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้และความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก โดยการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรอมาประยุกต์ใช้ ระหว่างแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาเป็นเทคนิคในการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาตั้งเป้าหมายของการกระทำ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้นเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักอย่างเหมาะสม

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจำนวน 44 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลภายหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจำนวน 44 คน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 – 59 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย มีความยินดีและ



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/8

เต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย จัดกลุ่มคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้เข้าร่วมวิจัย 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 23 – 44 เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาได้ และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และวิถีของการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ใช้ระยะเวลาในการวิจัยประมาณ 8 สัปดาห์

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มทดลอง มีดังนี้


ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัย 5 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 1 ในวันก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการที่ทักษะที่ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัด และมีกิจกรรมดังนี้
  - 2.1 ผู้วิจัยประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยแบบวัดความรู้ฯ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฯ
  - 2.2 ผู้วิจัยทบทวนความรู้เดิมของผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และให้ความรู้ใหม่คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยโปรแกรม Powerpoint
  - 2.3 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักขณะอยู่พ.ร่วมกัน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกลงในแบบบันทึกเป้าหมายฯ
  - 2.4 ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองฯ ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย และนัดหมายในการเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งถัดไปในวันก่อนจำหน่าย 1 วัน/วันจำหน่าย
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 3 ในวันก่อนจำหน่าย 1 วัน/วันจำหน่าย และมีกิจกรรมดังนี้
  - 3.1 ผู้วิจัยประเมินติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมกับค้นหาอุปสรรคและปรับลดหรือคงไว้ซึ่งเป้าหมายเดิม
  - 3.2 ผู้วิจัยชี้แนะผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังปฏิบัติไม่ได้ พร้อมกับให้ความรู้ผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้าน
  - 3.3 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบวัดความรู้ฯ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฯ เพื่อประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัยภายหลังจากได้รับความรู้
  - 3.4 ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักเมื่อกลับบ้านร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยและนัดหมายในการขอโทรศัพท์ติดตามในอีก 1 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	325 / 61
Date of Approval	26 ต.ค. 2561

Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...


	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0 หน้า 4/8

4. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ในอีก 1 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย และมีกิจกรรมดังนี้
- 4.1 ผู้วิจัยประเมินติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมกับสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมวิจัย
- 4.2 ผู้วิจัยชี้แนะผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังปฏิบัติไม่ได้ ในเรื่อง que ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติได้คืออยู่แล้วผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้วยการกล่าวชมเชยและพูดให้กำลังใจ
- 4.3 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในอีก 1 สัปดาห์หลังจากนี้ และกระตุ้นเตือนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไปตรวจติดตามผลตามนัดในอีก 1 สัปดาห์ต่อจากนี้ และให้นำแบบบันทึกเป้าหมายฯ มาด้วย
5. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก (การมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 1) และมีกิจกรรมดังนี้
- 5.1 ผู้วิจัยประเมินติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมวิจัยว่าสามารถกระทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ พร้อมกับค้นหาอุปสรรคและปรับลดหรือคงไว้ซึ่งเป้าหมายเดิม
- 5.2 ผู้วิจัยชี้แนะผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังปฏิบัติไม่ได้ ในเรื่อง que ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติได้คืออยู่แล้วผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้วยการกล่าวชมเชยและพูดให้กำลังใจ
- 5.3 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้กลับไปปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน
- 5.4 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักและนัดหมายในการขอโทรศัพท์ติดตามในอีก 2 สัปดาห์ภายหลังจากการมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 1
6. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ในอีก 2 สัปดาห์ภายหลังจากการมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 1 และมีกิจกรรมดังนี้
- 6.1 ผู้วิจัยประเมินติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมวิจัยว่าสามารถกระทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ พร้อมกับค้นหาอุปสรรคและปรับลดหรือคงไว้ซึ่งเป้าหมายเดิม
- 6.2 ผู้วิจัยชี้แนะผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังปฏิบัติไม่ได้ ในเรื่อง que ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติได้คืออยู่แล้วผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้วยการกล่าวชมเชยและพูดให้กำลังใจ
- 6.3 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และกระตุ้นเตือนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไปตรวจติดตามผลตามนัดในอีก 2 สัปดาห์ต่อจากนี้ และให้นำแบบบันทึกเป้าหมายฯ มาด้วย



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	328 61
Date of Approval	26 ก.ค. 2561

Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0 หน้า 5/8
---	--	--	--------------------------

7. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 5 ที่แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังจากผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก (การมาตรวจติดตามผลครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังจากผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

8. ภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมงานวิจัย ท่านยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ตามปกติ

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

เพื่อความปลอดภัยท่านไม่ควรรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากการจ่ายยาโดยแพทย์ ขอให้ท่านปรึกษาผู้ทำวิจัยในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยโดยตรงคือ นางสาวศิวาพันธ์ ลวสุต เบอร์โทรศัพท์ 08-4448-6335

#### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวกสบาย หากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย เช่น หนาว มีไข้ หรืออาการอื่น ๆ กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัย ถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านขอให้ท่านรายงานให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว

#### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

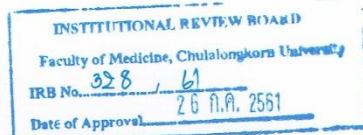
ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียงหรือความไม่สบายนอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่านควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันที เมื่อมีความผิดปกติใดๆเกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา


หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลงตัวออกจากโครงการวิจัย

#### การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่านและให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0
			หน้า 6/8

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก รวมทั้งเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดชนิดอื่นต่อไป

#### วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับการรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการใช้อาหารอื่นนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้จัดให้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การชื่อยาจากร้านขายยา
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวศีกาพันธ์ ลาวสุต เบอร์โทรศัพท์ 08-4448-6335 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

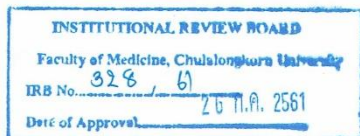
ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายการรักษาตามปกติ

#### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0
			หน้า 7/8

ผู้วิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมวิจัยเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านรับประทานยาที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการศึกษา

#### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### **การยกเลิกการให้ความยินยอม**

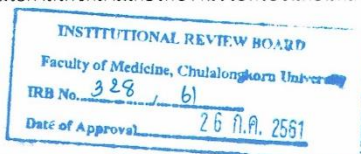
หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต หอผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5 โชน A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่ม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


#### **สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...

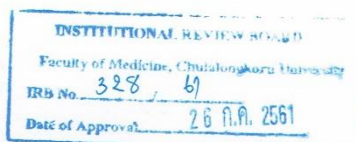
	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0
			หน้า 8/8

6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail: [medchulairb@chula.ac.th](mailto:medchulairb@chula.ac.th)


การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมีขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง  
ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่  
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้  
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย  
หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทาง  
รักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดี  
แล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ  
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ  
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม  
การวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของ  
ข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะ  
เข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว  
ข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก  
การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ  
จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การ  
ตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทาง  
การแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

Version...2... Dated...16.../...7.../...2018...



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	328 4
Date of Approval	26 ก.ค. 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ  
เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือ  
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด  
ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดง  
ความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



Version...2... Dated...16.../...7.../...2018..





### คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### โครงการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

#### ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

สำหรับ	ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
สถานที่สอน	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป
ผู้สอน	นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ
เครื่องมือของโปรแกรม ประกอบด้วย	

1. แผนการสอน
2. สื่อการสอนด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint)
3. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
4. แบบบันทึกเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก
5. แบบบันทึกการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

#### บทนำ

ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obesity patients) ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Postoperative bariatric surgery) ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและกำลังเป็นปัญหาในด้านการรักษาและการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย รวมถึงต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายมีภาวะสุขภาพที่ดีและแข็งแรงกลับคืนมาภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

โครงการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดภายหลังการผ่าตัดเฉพาะอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก (Therapeutic self-care demand with post bariatric surgery)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกความหมายของผู้ที่เป็นโรคอ้วนได้</p>	<p><b>ขั้นสอน</b></p> <p><b>การทบทวนความรู้เดิม</b></p> <p><b>1. การให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน</b></p> <p>ก่อนอื่นผู้ป่วยจะต้องเข้าใจถึงความหมาย ผลกระทบ รวมถึงวิธีการในการรักษาผู้ที่มีภาวะอ้วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้</p> <p><b>1.1 ความหมายของผู้ที่มีภาวะอ้วน</b></p> <p><b>ผู้เป็นโรคอ้วน</b> หมายถึง สำหรับชาวยุโรปคือ บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 40 กก./ตร.ม. หรือบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กก./ตร.ม. ร่วมกับมีโรคร่วมที่เกิดจากโรคอ้วน สำหรับชาวเอเชียคือ บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กก./ตร.ม. หรือบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ตร.ม. ร่วมกับมีโรคร่วมที่เกิดจากโรคอ้วน นอกจากนี้</p>	<p>เกี่ยวกับปฏิบัติ</p> <p>พฤติกรรม การดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก</p> <p><b>ผู้วิจัย:</b></p> <p>- ประเมินและทบทวนความรู้เดิมผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคอ้วน หากผู้ป่วยตอบได้ผู้วิจัยกล่าวทบทวน หากตอบไม่ได้ผู้วิจัยเพิ่มเติม</p> <p><b>คำนิยาม:</b> ผู้ที่เป็นโรคอ้วนคือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเท่าไร</p>	<p>-Powerpoint</p> <p>หัวข้อการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน</p> <p>Slide ที่ 3</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นโรคอ้วนอันคือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 และ 40 กก./ตร. หรือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 และ 35 กก./ตร.ม. ร่วมกับมีโรค</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล																					
<p>องค์การอนามัยโลกยังได้แบ่งระดับของค่าดัชนีมวลกายของคนยุโรปและคนเอเชีย ดังตารางต่อไปนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์</th> <th>ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) ในคนยุโรป</th> <th>ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) ในคนเอเชีย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผอม</td> <td>&lt; 18.5</td> <td>&lt; 18.5</td> </tr> <tr> <td>ปกติ</td> <td>18.5 – 24.9</td> <td>18.5 – 22.9</td> </tr> <tr> <td>น้ำหนักเกิน</td> <td>25.0 – 29.9</td> <td>23.0 – 24.9</td> </tr> <tr> <td>อ้วนระดับ1</td> <td>30.0 – 34.9</td> <td>25.0 – 29.9</td> </tr> <tr> <td>อ้วนระดับ2</td> <td>35.0 – 39.9</td> <td>30.0 – 34.9</td> </tr> <tr> <td>อ้วนระดับ3</td> <td>&gt; 40.0</td> <td>&gt; 35.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>การคำนวณค่าดัชนีมวลกายมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้</p> $\text{ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$ <p>การคำนวณน้ำหนักในอุดมคติมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้</p> $\text{เพศชาย} = \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)} - 100$ $\text{เพศหญิง} = \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)} - 110$	เกณฑ์	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) ในคนยุโรป	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) ในคนเอเชีย	ผอม	< 18.5	< 18.5	ปกติ	18.5 – 24.9	18.5 – 22.9	น้ำหนักเกิน	25.0 – 29.9	23.0 – 24.9	อ้วนระดับ1	30.0 – 34.9	25.0 – 29.9	อ้วนระดับ2	35.0 – 39.9	30.0 – 34.9	อ้วนระดับ3	> 40.0	> 35.0	<p>ร่วมที่เกิดจากโรคอ้วนในชาวเอเชียและชาวยุโรป ตามลำดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถคำนวณค่าดัชนีมวลกายของตนเองได้</li> <li>- อย่างถูกต้อง</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าค่าดัชนีมวลกายของตนเองอยู่ในเกณฑ์ใด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนและสอนผู้ช่วยในการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และให้ผู้ช่วยคำนวณค่าดัชนีมวลกายของตนเอง</li> <li>- ทบทวนและสอนผู้ช่วยในการคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ และให้นำหนักในอุดมคติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องคิดเลข</li> <li>- คู่มือการดูแลตนเอง</li> <li>- แบบบันทึกเป้าหมาย</li> <li>- PowerPoint</li> <li>- หัวข้อการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย</li> <li>- ดัชนีมวลกายและการคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ และ Slide ที่ 4</li> </ul>	<p>ร่วมที่เกิดจากโรคอ้วนในชาวเอเชียและชาวยุโรป ตามลำดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถคำนวณค่าดัชนีมวลกายของตนเองได้</li> <li>- อย่างถูกต้อง</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าค่าดัชนีมวลกายของตนเองอยู่ในเกณฑ์ใด</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ</li> </ul>
เกณฑ์	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) ในคนยุโรป	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) ในคนเอเชีย																							
ผอม	< 18.5	< 18.5																							
ปกติ	18.5 – 24.9	18.5 – 22.9																							
น้ำหนักเกิน	25.0 – 29.9	23.0 – 24.9																							
อ้วนระดับ1	30.0 – 34.9	25.0 – 29.9																							
อ้วนระดับ2	35.0 – 39.9	30.0 – 34.9																							
อ้วนระดับ3	> 40.0	> 35.0																							

### การส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคอ้วน ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

โดย นางสาวศิกัตร์ ลาตุ  
นิสิตรัตนวิภากร คณะพยาบาลศาสตร์ ศูนย์การณัฒนการวิทยาลัย  
สาธารณสุขพระบรมราชินีนาถ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุจีระวี นภวีเจริญ



1

### บททวนความรู้เดิม

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน
  - ความหมายของโรคอ้วน
  - ภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นโรคอ้วน
  - การวินิจฉัยโรคอ้วน
2. การวินิจฉัยโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
  - ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักสำหรับชาวเอเชีย
  - วิธีการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
  - ประโยชน์ของการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
  - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

2

### ความหมายของโรคอ้วน

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของค่าดัชนีมวลกายของคนยุโรปและคนไทย ดังตารางต่อไปนี้ (WORLD HEALTH ORGANIZATION MEDIA CARE, 2016)

Classification	BMI in Adult Euroipoids	BMI in Adult Asians
ผอม	< 18.5	< 18.5
ปกติ	18.5 – 24.9	18.5 – 22.9
น้ำหนักเกิน	25.0 – 29.9	23.0 – 24.9
อ้วนระดับ1	30.0 – 34.9	25.0 – 29.9
อ้วนระดับ2	35.0 – 39.9	30.0 – 34.9
อ้วนระดับ3	> 40.0	> 35.0

3

### การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และการคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ

- การคำนวณค่าดัชนีมวลกายมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้  
 ค่าดัชนีมวลกาย =  $\frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$
- การคำนวณน้ำหนักในอุดมคติมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้  
 เพศชาย = ส่วนสูง (เซนติเมตร) – 100  
 เพศหญิง = ส่วนสูง (เซนติเมตร) – 110



4

### ลักษณะการสะสมไขมัน

การสะสมไขมันบริเวณท้อง  
(ABDOMINAL OBESITY)



การสะสมไขมันบริเวณสะโพก  
และต้นขา  
(PERIPHERAL OBESITY)



5

### ภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน



- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวานชนิดที่ 2
- โรคไขมันในเลือดสูง
- โรคกรดไหลย้อน
- โรคถุงน้ำดี
- โรคเกาต์
- โรคข้ออักเสบ
- โรคอ้วนในเด็ก
- ความผิดปกติทางจิตวิทยา
- โรคหอบหืด
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- โรคไต
- โรคตับไขมัน
- โรคตับแข็ง
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคหลอดเลือดหัวใจ
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคความผิดปกติของฮอร์โมน
- โรคความผิดปกติของการทำงานของไต
- โรคความผิดปกติของการทำงานของตับ
- โรคความผิดปกติของการทำงานของปอด
- โรคความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาท
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบสืบพันธุ์
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบทางเดินอาหาร
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบขับถ่าย
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบการหายใจ
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบการได้ยิน
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบการมองเห็น
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบการสัมผัส
- โรคความผิดปกติของการทำงานของระบบการรับรู้

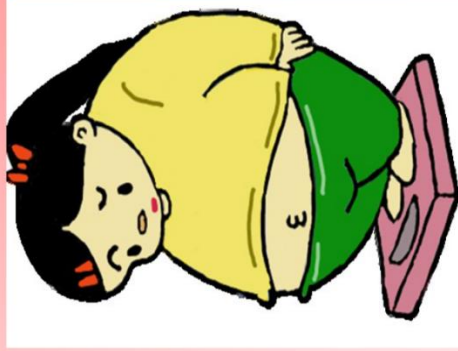
6



คู่มือการดูแลตนเอง  
สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน  
ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก



คู่มือการดูแลตนเอง  
สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน  
ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก



จัดทำโดย นางสาวศิวาพันธ์ ลวสุต  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.รุ่งระวี นากวีเจริญ



### การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักคืออะไร

**การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก (Bariatric Surgery)** หมายถึง การผ่าตัดกระเพาะอาหารและ/หรือตัดต่อลำไส้เพื่อลดน้ำหนัก ให้อายุขัยที่ยาวนานขึ้นได้ด้วยการรับประทานอาหารและ/หรือดัดนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ในด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการใช้ยาในการลดน้ำหนัก

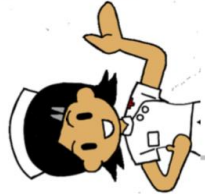
**ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาให้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักสำหรับชาวเอเชีย**

- 1) เป็นผู้ที่มีความดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- 2) เป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและ



- ปอด เช่น มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับอย่างรุนแรง
- โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจ
- 3) มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระยะยาว และมาตรวจติดตามผลในระยะยาวอย่างสม่ำเสมอ
- 4) เคยพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีการต่าง ๆ มานานกว่า 6 เดือน แต่ไม่สำเร็จ
- 5) สามารถยอมรับกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดได้
- 6) เป็นผู้ที่ได้รับทราบข้อมูลและมีแรงจูงใจที่ดี มีแรงสนับสนุนทางครอบครัว และสังคม
- 7) มีภาวะมั่นคงทางจิตใจ ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทหรือมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษา ไม่ได้สารเสพติดและแอลกอฮอล์



ตัวอย่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

หญิงไทย ส่วนสูง = \_\_\_\_165\_\_\_\_ cm  
 น้ำหนักก่อนเข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก = \_\_\_\_155\_\_\_\_ kg  
 ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด = \_\_\_\_56.93\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  
 น้ำหนักในอุดมคติของท่าน = \_\_\_\_55\_\_\_\_ kg

เดือน		สิงหาคม 2560				
4	5	6	7	8	9	10
น้ำหนัก	149 kg	148.5 kg	148 kg	147.5 kg	147.3 kg	
11	12	13	14	15	16	17
146.9 kg	146.7 kg	146.1 kg	145.6 kg	145.4 kg	145 kg	144.7 kg
18	19	20	21	22	23	24
144.3 kg	144 kg	143.5 kg	143.1 kg	142.7 kg	142.2 kg	141.8 kg
25	26	27	28	29	30	
141.3 kg	141 kg	140.5 kg	140.2 kg	139.8 kg	139.4 kg	

น้ำหนักเป้าหมายของท่าน = \_\_\_\_65\_\_\_\_ kg  
 น้ำหนักที่ลดลงไปในเดือนนี้ = \_\_\_\_9.6\_\_\_\_ kg %EWL ของเดือนนี้ = \_\_\_\_10.6\_\_\_\_ %

### การคำนวณเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนัก

ในการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก แพทย์จะประเมินการลดลงของน้ำหนักในผู้ป่วยแต่ละคน โดยการดูจากเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน ซึ่งก็คือ %EWL (Percent excessive weight loss) การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินมากกว่าร้อยละ 50 และสามารถคงสภาพการลดลงของน้ำหนักนั้นไว้ได้ ซึ่งเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินมีวิธีในการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ค่าน้ำหนักส่วนเกิน (EBW)} = \text{น้ำหนักปัจจุบัน(ที่เริ่มรักษา)} - \text{น้ำหนักในอดีต}$$

$$\%EWL = \left( \frac{\text{น้ำหนักที่เริ่มผ่าตัด} - \text{น้ำหนักเริ่มที่มาตรฐาน(เดิม)}}{\text{EBW}} \right) \times 100$$

### ตัวอย่างการคำนวณ

มีน้ำหนัก 165 ชม. น้ำหนัก 125 กก. ในวันผ่าตัดมีน้ำหนัก 110 กก. หลังผ่าตัดในวันมาตรฐานตามแผนมีน้ำหนัก 95 กก. ในครั้งนี้เปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินของเรามีเท่ากับเท่าไร

**วิธีคิด** น้ำหนักในอดีตมีค่าน้ำหนักเท่ากับ 25 (หรือจะเท่าไรก็ได้ถ้าไม่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ)

ดังนั้น น้ำหนักในอดีตของเรามีเท่ากับ 68 กก.

ค่าน้ำหนักส่วนเกิน = 125 - 68 = 57 กก.

### ประโยชน์ของการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

**1. สามารถลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็วและให้ผลการลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องในระยะยาว** แต่ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดร่วมด้วย และมีวินัยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักทำให้กระเพาะอาหารมีปริมาตรลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง และอิ่มเร็วขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปร่างกายจะมีการปรับตัวทำให้สามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มมากขึ้น ถ้าหากผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะในด้านกรรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และขาดวินัยในการดูแลตนเอง จะทำให้น้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงไปกลับคืนมาได้ การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักจะถือว่าการประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถคงสภาพการลดน้ำหนักได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของน้ำหนักส่วนเกิน

**2. สามารถบรรเทาและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน** จากกลไกทางด้านฮอร์โมนและกลไกทางด้านสรีรวิทยา ดังนี้



2.1 สามารถบรรเทาโรคข้อเสื่อมได้ เนื่องจากเมื่อน้ำหนัก กระดูกและข้อต่อต่างๆที่ใช้ในการรับน้ำหนักของร่างกาย มีการรับน้ำหนักที่ลดลง

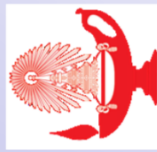
2.2 สามารถบรรเทาภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการลดลงของน้ำหนักทำให้การสะสมของไขมันในร่างกายตามอวัยวะต่างๆ รวมถึงในหลอดเลือดลดลง



แบบบันทึกเป้าหมาย  
และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก



จัดทำโดย นางสาวศศิภาพันธ์ ลวสุต  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ



แบบบันทึกเป้าหมาย  
และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

บันทึกความก้าวหน้าในการลดลงของน้ำตาล

สารบัญ

น้ำตาลในเลือดคือ = \_\_\_\_\_

น้ำตาลเป้าหมาย = \_\_\_\_\_

เดือน					
	เดือน 1	เดือน 2	เดือน 3	เดือน 4	เดือน 5

- เรื่อง
- หน้า
1. บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 1
  2. แบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2
  3. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ 9
  4. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ 16
  5. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ 23
  6. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ 30
  7. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ 37

รวมจำนวนน้ำตาลที่ลดลงไปในเดือนนี้ = \_\_\_\_\_

รวม %EWL ของเดือน = \_\_\_\_\_

แบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน  
ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ได้ระบุไว้ในข้อ 4.1.1

วันที่	เป้าหมาย/สิ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมาย	ประเมินผลตนเอง/ ปัญหา - อุปสรรค

วันที่ 49 ภายหลังจากการปรับตัว เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ

วันที่	เวลา	รายการอาหาร	พลังงานที่ได้รับ	
			(kCal/ รายการ)	(kCal/ มื้อ) วัน

ทำได้ตามเป้าหมาย  ยังไม่สำเร็จต้องพยายามอีกใน

ชนิดกิจกรรมทางกาย	ระยะเวลา (นาที)	ชนิดกิจกรรมทางกาย	ระยะเวลา (นาที)
รวม (นาที)	รวม (นาที)	รวม (นาที)	รวม (นาที)
<input type="radio"/> ทำได้ตามเป้าหมาย	<input type="radio"/> ยังไม่สำเร็จต้องพยายามอีกใน		

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

ครั้งที่ประเมิน ( ) 1 ( ) 2

**แบบบันทึกการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์**  
**สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก**

**ขั้นตอน**

## 1. แนะนำตัวและกล่าวทักทายผู้ป่วย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต พยาบาลผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

2. สอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในสัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย พร้อมกับให้ข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบหรือในสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และพูดให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี (ถ้าหากผู้ป่วยบอกว่าไม่มีปัญหาจะถามเน้นเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติรวมถึงแผลผ่าตัด การรับประทานอาหารและการรับประทานวิตามินเสริม การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การควบคุมตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักทุกวัน การจดบันทึกพลังงานที่ได้รับและการมีกิจกรรมทางกาย และการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การจัดการกับความเครียด และกระตุ้นให้มาตรวจติดตามผลตามนัด)

สบายดีใช่ไหมคะ สามารถดูแลตนเองได้ดีทุกเรื่องเลยไหมคะ สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้หรือเปล่า มีอุปสรรคในการดูแลตนเองไหม

ปัญหาที่1.....

ตอบ.....

ปัญหาที่2.....

ตอบ.....

ปัญหาที่3.....

ตอบ.....

## 3. สอบถามถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักพร้อมลงบันทึก

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก	เกิด	ไม่เกิด	วันที่เกิด
<b>1. การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา</b> - ปวดเมื่อยที่ขาและน่อง - ขาบวม - คลำได้หลอดเลือดที่ขาเป็นเส้นแข็งๆ - มีไข้ต่ำๆ - สีของผิวหนังที่ขามีการเปลี่ยนแปลง โดยเปลี่ยนจากสีแดงเป็นสีคล้ำลง			
<b>2. การทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ</b> - มีไข้ (อุณหภูมิ >38 องศาเซลเซียส) - มีเสมหะ - หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย			
<b>3. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด</b> - แผลผ่าตัดบวม แดง - มีสิ่งคัดหลั่ง หนอง ไหลออกมาจากแผลผ่าตัด - มีไข้			
<b>4. คลื่นไส้ อาเจียน</b>			
<b>5. แผลในกระเพาะอาหาร (ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่)</b>			
<b>6. อาหารผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เร็วกว่าปกติ</b> - คลื่นไส้ อาเจียน - ท้องเสีย - เหงื่อออกมาก - ปวดศีรษะ - ชีพจรเต้นเร็ว			
<b>7. ภาวะขาดอาหารประเภทโปรตีน</b> - อ่อนแรง - ปลายมือปลายเท้าบวม			

4. ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมลดตนเองในครั้งถัดไป และกระตุ้นให้มาตรวจติดตามผลตามนัด

เป้าหมายในครั้งหน้า.....

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

กลุ่ม ( ) 1 ( ) 2

### แบบสอบถามการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส  
 1.โสด  2.คู่  3.หม้าย  
 4.หย่า  5.แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  
 1.ไม่ได้ศึกษา  2.ประถมศึกษา  3.มัธยมศึกษา/ปวช.  
 4.อนุปริญญา/ปวส.  5.ปริญญาตรี  6.อื่นๆ.....
5. อาชีพ  
 1.แม่บ้าน/พ่อบ้าน  2.รับจ้าง  3.เกษตรกร  
 4.ค้าขาย  5.รับราชการ  6.รัฐวิสาหกิจ  
 7.ธุรกิจส่วนตัว  8.อื่นๆ ระบุ.....
6. สิทธิการรักษาในการผ่าตัด  
 1.เงินสด (จ่ายเอง)  2.บัตรทอง (30 บาท)  3.ประกันสังคม  
 4.ข้าราชการ/จ่ายตรง  5.เงินเชื่อ  6.อื่น.....
7. รายได้ครอบครัว/เดือน.....บาท  
 1.น้อยกว่า 10,000 บาท  2.ระหว่าง 10,001-30,000 บาท  
 3.ระหว่าง 30,001-50,000 บาท  4.ระหว่าง 50,001-100,000 บาท  
 5.มากกว่า 100,000 บาท
8. รายได้หลักในครอบครัวมาจากใคร  
 1.ตนเอง  2.คู่สมรส  3.บุตร  
 4.ญาติพี่น้อง  5.บิดามารดา  6.อื่นๆ.....



## ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (v) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมค่าลงในช่องว่าง

1. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
2. น้ำหนัก (เริ่มแรกที่เข้ารับการรักษา).....กิโลกรัม BMI.....Kg/m<sup>2</sup>  
 น้ำหนัก (ก่อนผ่าตัด).....กิโลกรัม BMI.....Kg/m<sup>2</sup>  
 น้ำหนัก (ปัจจุบัน).....กิโลกรัม BMI.....Kg/m<sup>2</sup>
3. ระยะเวลาที่อ้วน
 

<input type="checkbox"/> 1.อ้วนมาตั้งแต่เด็ก	<input type="checkbox"/> 2.มากกว่า 10 ปี	<input type="checkbox"/> 3.ระหว่าง5-10ปี
<input type="checkbox"/> 4.ระหว่าง3-5ปี	<input type="checkbox"/> 5.ระหว่าง2-3ปี	<input type="checkbox"/> 6.น้อยกว่า2ปี
4. มีประวัติเป็นโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

<input type="checkbox"/> 1.โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> 2.โรคความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> 3.โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> 4.โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> 5.ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ	<input type="checkbox"/> 6.โรคเก๊าท์
<input type="checkbox"/> 7.โรคลิ้นเลือดในหลอดเลือดดำ	<input type="checkbox"/> 8.โรคไขมันเกาะตับ
<input type="checkbox"/> 9.อื่น ๆ ระบุ.....	
5. เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนหน้าหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1.ไม่เคย	
<input type="checkbox"/> 2.เคย ระบุการผ่าตัด.....	วันที่ได้รับการผ่าตัด.....
6. วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนักของท่านคือ (ผู้วิจัยประเมินจากเวชระเบียน)
 

<input type="checkbox"/> 1.การผ่าตัดแบบใช้ยางรัดกระเพาะอาหาร (Lap Adjustable Gastric Banding)
<input type="checkbox"/> 2.การผ่าตัดแบบตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Lap Sleeve Gastrectomy)
<input type="checkbox"/> 3.การผ่าตัดแบบตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อ(บายพาส)ลำไส้ (Lap Roux-en-Y Gastric Bypass)
7. ท่านได้รับการวินิจฉัยให้ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP/BIPAP) ตั้งแต่อ่อนผ่าตัดหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ได้ใช้
--------------------------------	--------------------------------------

### ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีจำนวน 32 ข้อ ข้อความแต่ละข้อเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าตั้งแต่ที่ท่านได้รับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักจนถึงปัจจุบันนี้ ท่านมีการปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงในสิ่งที่ท่านปฏิบัติอยู่มากที่สุด โดยถือเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นตลอด 7 วันต่อสัปดาห์  
 ปฏิบัติบ่อย ๆ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5 – 6 วันต่อสัปดาห์  
 ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 – 4 วันต่อสัปดาห์  
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 – 2 วันต่อสัปดาห์  
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติกิจกรรม				
		ประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
1.	ท่านบริหารการหายใจ ด้วยการหายใจเข้าลึกๆจนท้องพอง แล้วกลืนลมหายใจไว้สักพัก แล้วจึงผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ จนท้องแฟบ					
	.....					
5.	ท่านใช้หลอดดูดน้ำเมื่อต้องการดื่มน้ำจากขวดหรือแก้วน้ำ					
	.....					
	.....					
	.....					
32.	ท่านแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักจากบุคลากรทางการแพทย์ เอกสารคู่มือ หรือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เชื่อถือได้					

## เครื่องมือกำกับการทดลอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

ครั้งที่ประเมิน ( ) Pre-test ( ) Post-test

แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก  
และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 30 ข้อ ข้อความแต่ละข้อมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก โดยให้ท่านเลือกว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่ ขอให้ท่านเขียนเครื่องหมาย (v) ลงในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	ตามเกณฑ์ของคนเอเชีย ผู้ที่เป็นโรคอ้วนหรือผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 3 คือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร		
2.	ผู้ที่เป็นโรคอ้วนแบบที่มีไขมันมาสะสมบริเวณช่องท้อง มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ได้เท่ากับผู้ที่มีภาวะอ้วนแบบที่มีไขมันมาสะสมบริเวณแขน ขา และสะโพก		
3.	ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเกิดภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ ต้อกระจก และโรคมะเร็งได้มากกว่าคนปกติ		
	.....		
	.....		
	.....		
	.....		
20.	ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ท่านสามารถออกกำลังกายแบบเบาๆ เช่น การเดิน ทำงานบ้านแบบเบาๆ เป็นต้น ได้ตั้งแต่ 1 เดือน ภายหลังการผ่าตัด		
	.....		
30.	ภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก หากท่านไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ท่านไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัด		



## ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** การทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ตอนที่ 2** การทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ตอนที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนจำแนกเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

**ตอนที่ 5** การเปรียบเทียบน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักจำแนกเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 1** การทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้วย Skewness/Kurtosis และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ตารางที่ 13** แสดงการทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Average Behavior	Mean	3.9000	.06572	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.7656	
		Upper Bound	4.0344	
	5% Trimmed Mean	3.9050		
	Median	4.0000		
	Variance	.130		
	Std. Deviation	.35999		
	Minimum	3.16		
	Maximum	4.53		
	Range	1.37		
	Interquartile Range	.50		
	Skewness	-.433	.427	
	Kurtosis	-.295	.833	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Average Behavior	.141	30	.132	.956	30	.240

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

**ตอนที่ 2** การทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ตารางที่ 14** แสดงการทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Total Pre-test Know	Mean	19.00	.730	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.43	
		Upper Bound	20.57	
	5% Trimmed Mean	19.06		
	Median	20.00		
	Variance	8.000		
	Std. Deviation	2.828		
	Minimum	14		
	Maximum	23		
	Range	9		
	Interquartile Range	4		
	Skewness	-.568	.580	
	Kurtosis	-.651	1.121	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total Pre-test Know	.171	15	.200 <sup>*</sup>	.929	15	.265

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 15 แสดงการทดสอบการแจกแจงของค่าคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้วย Skewness/Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Total Post-test Know	Mean	25.60	.505	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24.52	
		Upper Bound	26.68	
	5% Trimmed Mean	25.56		
	Median	26.00		
	Variance	3.829		
	Std. Deviation	1.957		
	Minimum	23		
	Maximum	29		
	Range	6		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	.124	.580	
	Kurtosis	-1.084	1.121	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total Post-test Know	.127	15	.200*	.938	15	.359

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ



**ตอนที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนจำแนกเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 16** แสดงการเปรียบเทียบคะแนนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนจำแนกเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 15)			กลุ่มทดลอง (n = 15)		
	คะแนน	คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง	คะแนน	คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
1	119	3.72	ดี	130	4.06	ดี
2	131	4.09	ดี	134	4.19	ดี
3	123	3.84	ดี	145	4.53	ดีมาก
4	103	3.22	ปานกลาง	118	3.69	ดี
5	101	3.16	ปานกลาง	127	3.97	ดี
6	130	4.06	ดี	131	4.09	ดี
7	115	3.59	ดี	115	3.59	ดี
8	122	3.81	ดี	129	4.03	ดี
9	103	3.22	ปานกลาง	135	4.22	ดีมาก
10	130	4.06	ดี	132	4.13	ดี
11	124	3.88	ดี	134	4.19	ดี
12	121	3.78	ดี	135	4.22	ดีมาก
13	114	3.56	ดี	145	4.53	ดีมาก
14	119	3.72	ดี	137	4.28	ดีมาก
15	109	3.41	ดี	133	4.16	ดี
Mean	117.6	3.68	ดี	132	4.13	ดี
± SD	± 9.96	± 0.31		± 8.08	± 0.25	

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าคะแนนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคะแนน (Mean = 132 ± SD = 8.08) และคะแนนเฉลี่ย (Mean = 3.68 ± SD = 0.31) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีคะแนน (Mean = 117.6 ± SD = 9.96) และคะแนนเฉลี่ย (Mean = 3.68 ± SD = 0.31)

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

ตารางที่ 17 แสดงคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม การดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายบุคคล

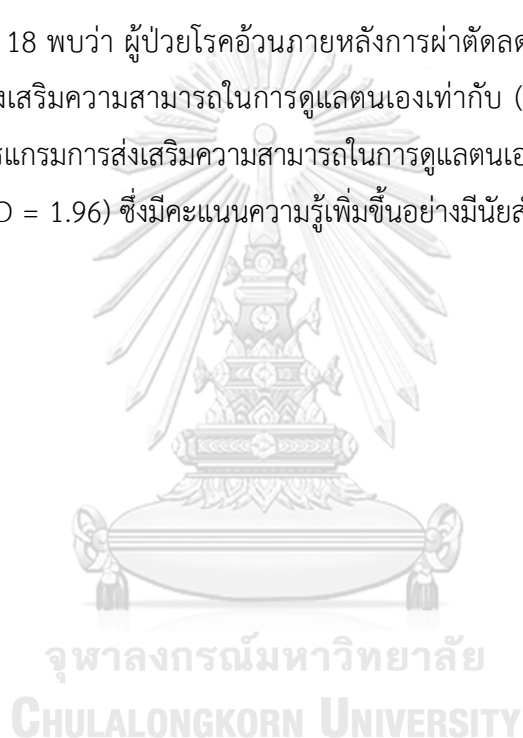
คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม			ภายหลังได้รับโปรแกรม			d
	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ ความรู้	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ ความรู้	
1	19	63.33	ปานกลาง	27	90	มาก	+8
2	21	70	ปานกลาง	24	80	มาก	+3
3	17	56.67	น้อย	28	93.33	มาก	+11
4	20	66.67	ปานกลาง	24	80	มาก	+4
5	20	66.67	ปานกลาง	28	93.33	มาก	+8
6	19	63.33	ปานกลาง	27	90	มาก	+8
7	23	76.67	ปานกลาง	25	83.33	มาก	+2
8	20	66.67	ปานกลาง	24	80	มาก	+4
9	22	73.33	ปานกลาง	24	80	มาก	+2
10	16	53.33	น้อย	24	80	มาก	+8
11	21	70	ปานกลาง	29	96.67	มาก	+8
12	14	46.67	น้อย	26	86.67	มาก	+12
13	14	46.67	น้อย	26	86.67	มาก	+12
14	22	73.33	ปานกลาง	26	86.67	มาก	+4
15	17	56.67	น้อย	25	83.33	มาก	+8
Mean	19.0	63.33	ปานกลาง	25.6	85.33	มาก	+6.8
± SD	± 2.83			± 1.96			

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภายหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 22

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

คะแนนความรู้	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	19.00	2.83	7.177	14	.000
ภายหลังได้รับโปรแกรม	25.60	1.96			

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ (Mean = 19.00 ± SD = 2.83) และภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เท่ากับ (Mean = 25.60 ± SD = 1.96) ซึ่งมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตอนที่ 7 การเปรียบเทียบน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 19 แสดงการเปรียบเทียบน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนผ่าตัด	สัปดาห์ที่ 9 หลังผ่าตัด	d <sub>c</sub>	ก่อนผ่าตัด	สัปดาห์ที่ 9 หลังผ่าตัด	d <sub>e</sub>
1	134.0	111.0	-23	152.0	129.0	-23
2	91.0	75.0	-16	75.0	67.0	-8
3	125.0	111.5	-13.5	94.0	80.1	-13.9
4	105.0	100.0	-5	94.0	81.5	-12.5
5	103.0	91.3	-11.7	140.0	124.0	-16
6	146.5	126.7	-19.8	165.0	143.1	-21.9
7	157.7	130.6	-27.1	115.0	101.1	-13.9
8	157.0	139.7	-17.3	151.0	134.2	-16.8
9	131.4	114.9	-16.5	187.3	145.4	-41.9
10	95.0	84.0	-11	173.1	137.5	-35.6
11	83.0	62.0	-21	128.0	84.8	-43.2
12	113.0	102.0	-11	148.0	126.9	-21.1
13	113.0	100.8	-12.2	149.0	129.6	-19.4
14	164.0	132.2	-31.8	177.7	149.6	-28.1
15	104.7	89.1	-15.6	97.3	76.7	-20.6
$\bar{X}$	<b>121.55</b>	<b>104.72</b>	<b>-16.83</b>	<b>136.46</b>	<b>114.03</b>	<b>-22.43</b>
$\pm$ SD	<b><math>\pm</math> 25.95</b>	<b><math>\pm</math> 22.24</b>	<b><math>\pm</math> 6.88</b>	<b><math>\pm</math> 34.42</b>	<b><math>\pm</math> 28.81</b>	<b><math>\pm</math> 10.50</b>

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีผลต่างการลดลงของน้ำหนัก ( $\bar{X} = 22.43 \pm SD = 10.50$ ) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X} = 16.83 \pm SD = 6.88$ )

ตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกเป็น รายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนผ่าตัด	สัปดาห์ที่ 9 หลังผ่าตัด	$d_c$	ก่อนผ่าตัด	สัปดาห์ที่ 9 หลังผ่าตัด	$d_e$
1	47.48	39.33	-8.15	44.41	37.69	-6.72
2	37.88	33.33	-4.55	30.47	27.04	-3.43
3	36.17	32.58	-3.59	33.30	28.38	-4.92
4	44.85	42.72	-2.13	40.15	34.82	-5.33
5	37.83	33.54	-4.29	55.38	49.05	-6.33
6	52.53	45.43	-7.10	64.45	55.90	-8.55
7	54.50	45.19	-9.31	38.42	33.78	-4.64
8	46.88	41.72	-5.16	47.66	42.29	-5.37
9	38.81	33.94	-4.87	67.97	52.77	-15.20
10	34.06	30.12	-3.94	61.33	48.72	-12.61
11	30.86	23.05	-7.81	45.90	30.41	-15.49
12	41.01	37.01	-4.00	53.07	45.50	-7.57
13	45.84	40.89	-4.95	54.73	47.60	-7.13
14	60.98	49.15	-11.83	62.96	53.00	-9.96
15	37.54	31.95	-5.59	39.00	30.72	-8.28
$\bar{X}$	<b>43.15</b>	<b>37.33</b>	<b>-5.82</b>	<b>49.28</b>	<b>41.18</b>	<b>-8.10</b>
$\pm$ SD	<b><math>\pm</math> 8.33</b>	<b><math>\pm</math> 6.98</b>	<b><math>\pm</math> 2.55</b>	<b><math>\pm</math> 11.79</b>	<b><math>\pm</math> 9.88</b>	<b><math>\pm</math> 3.73</b>

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีผลต่างการลดลงของค่าดัชนีมวลกาย ( $\bar{X} = 8.10 \pm SD = 3.73$ ) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X} = 5.82 \pm SD = 2.55$ )

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวศิภาพันธ์ ลวสุต
วัน เดือน ปี เกิด	3 กุมภาพันธ์ 2527
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	613 ซ.1/2 หมู่บ้าน สยามนิเวศน์ ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมือง จ. สมุทรปราการ 10270



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY