

ผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INFORMATION GIVING VIA LINE ON ANXIETY AFTER STOMA SURGERY
AMONG OLDER PERSONS WITH COLORECTAL CANCER



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

ผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำ

ทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โดย

นางไพรัตน์ ศุภระศร

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศัลโกสม)

กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ไพรัตน์ ศุภระศร : ผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. (THE EFFECT OF INFORMATION GIVING VIA LINE ON
ANXIETY AFTER STOMA SURGERY AMONG OLDER PERSONS WITH COLORECTAL
CANCER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการ
วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุม
ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลผ่านไลน์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการคัดกรอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
และเครื่องมือกำกับการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีและสถิติทดสอบค่าเอฟ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้
ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่ม
ทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977174536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Anxiety, Stoma, Colorectal cancer, LINE

Pairat Sukrasara : THE EFFECT OF INFORMATION GIVING VIA LINE ON ANXIETY AFTER STOMA SURGERY AMONG OLDER PERSONS WITH COLORECTAL CANCER. Advisor: Assoc. Prof. Captain Siriphan Sasat, Ph.D.

This quasi experimental research. The samples were older persons with colorectal cancer receiving stoma surgery in King Chulalongkorn memorial hospital. Forty four patients were equally divided into by control group and the experimental group, with 22 patients in each group. The control group received routine nursing care and the experimental group received to information via LINE. The researcher gave information individually. The instruments, included screening instrument, collect data instrument, experiment instrument and control experiment instrument. Data were analyzed by descriptive statistic, t - test and F – test.

The major findings were as follows:

1. The anxiety after stoma surgery among older persons with colorectal cancer after of information giving via LINE was significantly lower than those before receiving of information at the level of .05

2. The anxiety after stoma surgery among older persons with colorectal cancer between the experimental group received to information giving via LINE and control group received routine nursing care difference was significantly at the level of .05

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จาก รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในการเรียนที่มีค่าอย่างยิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้การสนับสนุนเป็นพื้นที่ของการศึกษาวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณะอาจารย์แพทย์ แผนกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยเหลือ สนับสนุน แนะนำผู้ป่วยให้เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้และผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการทำวิจัยทุกท่านอย่างสูง ที่ได้เสียสละเวลาในการทำแบบสอบถามและแบบประเมินต่างๆ จนทำให้ผู้วิจัยสำเร็จลุล่วงในการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณมารดา ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจและคอยดูแลตลอดมาและยังคอยดูแลหลานๆ ให้ ขอบคุณสามีที่คอยสนับสนุนและเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือทั้งเรื่องทุน เครื่องมือและอุปกรณ์ในการศึกษา คอยดูแลลูกๆ ในขณะที่ผู้วิจัยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ และขอบคุณลูกๆ ที่เป็นเด็กดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน เป็นกำลังใจ ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ซึ่งมีส่วนร่วมช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเสร็จสมบูรณ์ ด้วยคุณงามความดี และประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ไพรัตน์ ศุภระศร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูป	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	15
2. การผ่าตัดทำทวารเทียม.....	20
3. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	23
4. ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self – Regulation Theory)	32
5. การให้ข้อมูลผ่านไลน์.....	34
6. บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล	40
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
8. โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อไลน์.....	46

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
สรุปขั้นตอนการวิจัย	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผล.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	90
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	101
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย	103
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เอกสาร แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร.....	109
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	126
ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	134



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	กลุ่มตัวอย่างมีผู้ผ่าตัดทวารเทียมชนิดชั่วคราว 14 คู่ ชนิดถาวร 8 คู่ รายละเอียดดังนี้.....	54
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	55
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์.....	77
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนการทดลอง.....	78
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ หลังการทดลอง.....	78
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์.....	127
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัด ทำทวารเทียม ของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์.....	129
ตารางที่ 8	แสดงผลประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม.....	131
ตารางที่ 9	แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย.....	132
ตารางที่ 10	แบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE.....	133

สารบัญรูป

หน้า

No table of figures entries found.



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นรอยต่อของช่วงชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพการทำงานหน้าที่ต่างๆ ลดน้อยลง การลดลงของสมรรถภาพสำรองเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความรู้สึกสิ้นหวัง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารประเภทไขมันและเนื้อสัตว์สูงขึ้น การบริโภคผักและผลไม้ในสัดส่วนที่ลดน้อยลงทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงสูงขึ้น จากข้อมูล International Agency Research on Cancer (IARC) พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลก (GLOBOCAN, 2015) ในประเทศไทย พ.ศ. 2558 พบสถิติผู้ป่วยมะเร็งในเพศชายป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและปอดตามลำดับ ในเพศหญิงพบเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอดและมะเร็งตับ ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดขึ้นได้ทุกช่วงอายุ แต่อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นในผู้สูงอายุ โดยพบร้อยละ 86 ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เกิด ได้แก่ บริเวณ Rectum และ Sigmoid พบร้อยละ 65 Cecum และ Ascending Colon พบร้อยละ 25 และ Transverse Colon พบร้อยละ 10 ตามลำดับ คิดเป็น 8.8 ต่อ 100,000 คนต่อปี อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558)

เมื่อผู้สูงอายุได้รับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วและต้องทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียมทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและยังต้องเผชิญกับปัญหาาระหว่างเข้าสู่กระบวนการรักษา อีกทั้งสมรรถนะในการปรับตัวในผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวล ความเครียดนั้นน้อยกว่าคนวัยอื่น เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะมีพลังงานในการยืดหยุ่นและการปรับตัวลดลง แม้ว่าจะเคยมีประสบการณ์มาก่อน อีกทั้งการมีปัญหากการเจ็บป่วยหลายอย่างในตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นมากกว่าปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะต้นของโรค ถ้ามาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การขับถ่ายอุจจาระที่เปลี่ยนไป น้ำหนักลด เป็นต้น ทำให้มีโอกาสนในการรักษาให้หายขาดและมีการพยากรณ์ของโรคที่ดี การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิผลดี แต่การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจำเป็นต้องตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมดและป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งอาจจำเป็นต้องมีการผ่าตัดเปิดทวารเทียมไว้ทางหน้าท้องเพื่อช่วยป้องกันการแผลผ่าตัดต่อลำไส้รั่ว บรรเทาอาการและลดแรงดันภายในลำไส้ ทวารเทียม คือ การผ่าตัดนำส่วนของลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนัก ซึ่งสามารถแบ่งตามระยะเวลาได้ 2 ประเภท คือ แบบชั่วคราวและแบบถาวร (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้เข้ารับการผ่าตัด Cotrim and Pereira (2008) พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีทวารเทียม พงณา ปิยะปกรณ์ชัย (2526) พบว่า ปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล/กลัว ตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับ Persson and Hellström (2002) ศึกษาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีทวารเทียม 6-12 สัปดาห์ พบว่า ครั้งแรกที่เห็นทวารเทียม บางรายรู้สึกช็อค บางรายกล่าวว่า การสอนก่อนทำผ่าตัดไม่ได้สอนให้เตรียมตัวรับสถานการณ์กับความรูสึกนี้ บางรายรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างของตัวเอง

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ กระทบกระวายเป็นใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ เกิดจากไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ได้ล่วงหน้า ส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม (Spielberger, 1983) ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ความวิตกกังวลของบุคคลมีในขณะที่เผชิญกับภาวะเครียดทำให้สูญเสียการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (State anxiety) และความวิตกกังวลที่แฝงอยู่ในบุคลิกภาพ สามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม (Trait anxiety) (Spielberger, 1983) ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ คือ เป็นตัวกระตุ้นที่ดี (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) ความวิตกกังวลระดับสูงสุดจะกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวแรงขึ้นส่งผลให้การรับรู้ น้อย มีอาการตื่นตระหนก สับสน หวาดกลัว ควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นปฏิกริยาอันตรายต้องการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสมจึงจะปลอดภัย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2559) ภาวะวิตกกังวลหากไม่ได้รับการแก้ไขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, 2546)

ความวิตกกังวลในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เพียงแต่เผชิญกับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ยังต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีความสับสนเนื่องจากไม่รู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไร ปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล หลังผ่าตัดทำทวารเทียม ได้แก่ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bosshardt (2003) พบว่า ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของสภาพ

ร่างกาย ทำให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า มีระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง
 ทำผ่าตัดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ 2.1) การมีโรคร่วม ผู้สูงอายุ
 ส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรคและส่งผลต่อการรักษาได้ (Colussi et al., 2001)
 สอดคล้องกับ Braamse et al. (2016) พบว่า โรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงของความวิตกกังวลที่มีอาการ
 รุนแรง 2.2) ระยะเวลาที่มีทวารเทียมน้อยกว่า 3 เดือน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากต้องใช้เวลาในการปรับตัวและยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงของ
 ร่างกายที่มีทวารเทียม (Wade, 1990) 2.3) ชนิดของทวารเทียม พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิด
 ถาวรมีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต (นวพร ชิตมน,
 2549) 2.4) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด ทำ
 ให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ อาจเกิดกลิ่นและแก๊สที่ไม่พึงประสงค์ กลัวการเข้า
 สังคม (ประกายดาว สุทธิ, 2558) 2.5) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง
 หน้าที่ มีการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่ายอุจจาระจากทวารหนักมาอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง (แสงหล้า
 พลนอก, 2545; สมพร วรรณวงศ์, 2553; Bullen et al., 2012) Ayaz (2008) พบว่า การ
 เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้วิตกกังวล (กลัวในสิ่งที่ไม่รู้) ความนับถือในตนเองลดลง ไม่ชอบตัวเอง
 เกิดขึ้น และผลกระทบต่อภาพลักษณ์ยังทำนายนายความเสียหายที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้
 (Sharpe, Patel, & Clarke, 2011) 2.6) รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เริ่มตั้งแต่เข้ารับการ
 รักษาตัวภายในโรงพยาบาลและหลังผ่าตัดทำทวารเทียม ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น (ชอลดา
 พันธุเสนา, 2536; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) และ 2.7) การขาดความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม การ
 ดูแลทวารเทียมที่ไม่ถูกต้องของผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของทวาร
 เทียมได้ (ศรีลา สำเภา, 2544) หากเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม จะทำให้เกิดความวิตกกังวล
 สูงมากขึ้น (ทิพวรรณ คุณพันธ์, 2553; วิลาสินี พิพัฒน์ผล, 2557)

หลังผ่าตัดทำทวารเทียม ผู้ป่วยพบปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้เกิดการ
 เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และวิถีการดำเนินชีวิตมากมาย (Ayaz, 2008) ความวิตกกังวลของผู้มีทวาร
 เทียม เกิดจากการกลัวการรั่วซึมของสิ่งขับถ่าย การต้องต่อสู้กับการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวาร
 เทียมที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม (Anaraki et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษา
 Jonkers et al. (2012) พบภาวะแทรกซ้อนจากผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง พบร้อยละ 55
 ความไม่เหมาะสมของตำแหน่งทวารเทียม พบร้อยละ 46 และการรั่วซึม พบร้อยละ 40 สอดคล้องกับ
 การศึกษา นวพร ชิตมน (2549) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ได้แก่ การรั่วซึมของ
 อุจจาระ ร้อยละ 32.6 การมีผื่นคันบริเวณรอบๆ ทวารเทียม ร้อยละ 30.5 การเข้าสังคมร้อยละ 20
 พบภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 24.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.8 ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ยังเป็น
 ปัจจัยที่ร่วมทำนายนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตลดลงหลังผ่าตัดมีทวารเทียม (Mastracci, Hendren, O'Connor, & McLeod, 2006; ZAJAC et al., 2008) และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้มากกว่าวัยอื่น (เกศิณี ธีรทองดี, 2557)

ภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม พบในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดชั่วคราวมากกว่าชนิดถาวร (Caricato et al., 2007) โดยเฉพาะปัญหาผิวหนังรอบทวารเทียมระยะกายเคืองพบบ่อยมากที่สุด พบภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียมระยะแรก (Early complication) 1 – 30 วัน หลังผ่าตัดทำทวารเทียม พบร้อยละ 43 และภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียมระยะหลัง (Late complication) > 30 วัน หลังผ่าตัดทำทวารเทียม พบร้อยละ 57 สาเหตุมาจากการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อปกป้องผิวหนังและสำหรับทวารเทียมไม่เหมาะสม (Duchesne, Wang, Weintraub, & Boyle, 2002) และร้อยละ 20 ของผู้ที่มีการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุมาจากการตัดแป้นติดทวารเทียมกว้างเกินไป (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005)

ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม สำหรับผู้มีทวารเทียม ได้แก่ 1) ดัชนีมวลกาย ดัชนีมวลกายมาก ส่งผลให้เกิดภาวะทวารเทียมติ่งรั้งและมีภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นแผลในระยะแรก คือ มีการสูญเสียผิวหนังปกคลุมถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) (Arumugam et al., 2003) 2) โรคเบาหวาน ส่งผลให้เกิดภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นแผลในระยะหลัง คือ มีการสูญเสียผิวหนังปกคลุมถึงชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Subcutaneous tissue) (Arumugam et al., 2003) 3) การทำผ่าตัดทวารเทียมแบบฉุกเฉิน เนื่องจากขาดการให้ความรู้และการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียม พบว่าความไม่เหมาะสมของตำแหน่งทวารเทียม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมทั้งในระยะแรกและระยะหลัง เนื่องจากการที่ไม่สามารถมองเห็นทวารเทียมได้โดยเฉพาะตำแหน่งของทวารเทียมที่อยู่ในรอยพับหรือร่องของผิวหนังบริเวณหน้าท้อง นำไปสู่การเกิดผิวหนังรอบทวารเทียมระยะกายเคือง ผิวหนังแตกเป็นแผล เนื่องจากการหลุดและการดึงลอกแป้นออกบ่อย (Bass et al., 1997) และภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมที่พบบ่อยและทำให้เกิดผิวหนังระคายเคือง ได้แก่ ภาวะทวารเทียมติ่งรั้ง ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ ภาวะไส้เลื่อนข้างลำไส้ เป็นต้น (Shabbir & Britton, 2010)

กระบวนการพยาบาลที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูล (สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลช่วยให้เกิดการรับรู้ที่เข้าใจในสถานการณ์ดีขึ้น คาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีการเตรียมจิตใจที่จะเผชิญปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้ (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) ช่องทางในการให้ข้อมูลมีหลากหลาย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีโอคลิป สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียม มีลักษณะการให้ข้อมูลเป็นการบรรยาย ในเรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะมีทวารเทียม การแนะนำดูแลทวารเทียมโดยการสาธิตวิธีการทำความสะอาดทวารเทียม การ

เปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และการให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลทำการสาดที่ย้อนกลับการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายอีกครั้ง ก่อนหรือในวันที่เตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาค่อนข้างมาก ยากในการจดจำและการทำความเข้าใจในการปฏิบัติตัวต่อการดูแล ทวารเทียม Herlufsen et al. (2006) ศึกษา ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมชนิดแบบถาวรในผู้ป่วยจำนวน 630 ราย พบว่า ร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ทราบว่าภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ และร้อยละ 80 ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เนื่องจากไม่รู้และหรือไม่เข้าใจว่ามีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม นอกจากนี้ Ratliff et al. (2005) ยังพบร้อยละ 20 ของผู้ที่มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุมาจากการตัดแป้นติตทวารเทียมกว้างเกินไป ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันกัน ถ้าผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียม

การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นการให้ข้อเท็จจริงในการปฏิบัติตัวตามสถานการณ์ต่างๆ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ดันตเทติธรรม และสุกัญญา ศุภฤกษ์, 2554) มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องทำการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด Leventhal and Johnson (1983) กล่าวถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยใช้โครงสร้างความรู้ความเข้าใจที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความคิด ความรู้ความเข้าใจ (schema) สามารถเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยการแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ และหาแนวทางตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจได้อย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์หรือการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คุกคาม อาจทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแปลความหมายเพราะไม่มีภาพรวมของความคิด ส่งผลให้ไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่รุนแรง การให้ข้อมูลที่เรียงลำดับขั้นตอน ครอบคลุมการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ประเภทของการให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ โดยการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการรักษา 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก เป็นข้อมูลความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ 3) ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างไร 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ เป็นการให้ข้อมูลที่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ที่มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 10 (ประราลี โอภาสนันท์, 2557) หลายหน่วยงานจึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหลายด้าน เช่น ทำให้ไม่รู้สึกรำคาญ สามารถติดต่อสื่อสารกับเพื่อนฝูงหรือลูกหลานได้ง่าย (วิศปัติย์ ชัยช่วย, 2560) ทำให้เข้าถึงสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้และยังเป็นการกระตุ้นให้สมองได้มีการถูกใช้งาน เป็นต้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้สูงอายุที่นิยมกันมาก คือ ไลน์ (LINE) (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม: สทศอ, 2560) เนื่องจากสามารถใช้สื่อสารโต้ตอบระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารผ่านระบบโทรศัพท์และวิดีโอคอลฟรี เป็นการสื่อสารข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ ความสามารถของบุคคล ความเป็นส่วนตัว คุณค่าทางด้านความบันเทิง การได้รับประโยชน์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (นภัสกร กรวยสวัสดิ์, 2553) ลดข้อจำกัดในด้านเวลาและสถานที่ (สุรศักดิ์ ปาเย, 2558) เหมาะสำหรับประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลในปัจจุบัน

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) นำมาให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิป ผ่านทาง Application LINE ของห้องแชทไลน์ (Chat LINE) ที่สามารถส่งข้อความ วิดีโอคลิปและเก็บบันทึกไว้ใน Note ของ Chat LINE ได้โดยไม่มีวันหมดอายุ ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียมและการดูแลทวารเทียมหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง สามารถเปิดดูทบทวนได้บ่อยครั้งกับความต้องการจนเกิดการจดจำ มั่นใจในการดูแลทวารเทียม ลดความวิตกกังวลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมได้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีทวารเทียม

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูลหรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลร่วมกับผ่านไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ผ่านไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 44 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ชนิดของทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) และมีอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น โทรศัพท์มือถือ ไอแพดหรือแท็บเล็ต เป็นต้น ที่รองรับ Application LINE ได้สำหรับกลุ่มทดลอง

ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลผ่านไลน์

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ เกิดจากไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ได้ล่วงหน้า รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม Spielberger (1983) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or A – state) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อมีสถานการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้ามากระทบทำให้เกิดความไม่พอใจ เป็นความรู้สึกเกิดขึ้นชั่วคราวทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด โดยความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล 2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A – trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลแฝงอยู่ในบุคลิกภาพ ไม่ปรากฏออกมา เป็น

ความวิตกกังวลในสถานการณ์ทั่วไป เป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น

ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของบุคคล มีการแสดงออกของความรู้สึกทางด้านอารมณ์และแสดงออกทางด้านร่างกาย ซึ่งสามารถสังเกตพบได้ เช่น มีพฤติกรรมงุนวายและนอนไม่หลับ มีอัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างสมบูรณ์อาจเกิดภาวะหัวใจวายได้ มีความรู้สึกหิวน้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ เป็นต้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อภาวะหลังผ่าตัดมีทวารเทียม เช่น ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานบกพร่องในระยะอีกเสบในกระบวนการหายของแผลชะลอลงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Gouin & Kiecolt-Glaser, 2011) การเผชิญความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง (Woo, 2010) ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ การทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียม การให้ข้อมูลหรือการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ (ประทีน ไชยศรี, 2550)

การให้ข้อมูลควรเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด (Katz, 1997) การให้ข้อมูลแบบรายบุคคล สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด กระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสมโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างของบุคคลในด้านความสามารถและความต้องการ เพิ่มโอกาสในการซักถามข้อสงสัย การเลือกให้ข้อมูลโดยใช้วิดีโอคลิป เนื่องจากเป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียง มีผลต่อการดึงดูดความสนใจ การโน้มน้าวใจของผู้รับข้อมูลและสามารถดูซ้ำๆ ได้หลายครั้งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อหา (กิดานันท์ มลิทอง, 2548)

การได้รับข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์จากเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้มีบทบาทในการโน้มน้าวการตัดสินใจในการเลือกนำไปใช้ประโยชน์และตามวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น (ธนะวัฒน์ วรรณประภา, 2560) สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นสื่อดิจิทัลหรือซอฟต์แวร์ที่ทำงานอยู่บนพื้นฐานของระบบเว็บ (Web) หรือเว็บไซต์ (Website) บนอินเทอร์เน็ตที่เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการทางสังคมที่ผู้สื่อสารอาจเป็นผู้เขียนจัดทำขึ้นเองหรือพบเจอสิ่งต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องราวเหตุการณ์ ประสบการณ์ บทความ รูปภาพ วิดีโอและเพลง นำมาแบ่งปันเนื้อหา ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อให้ผู้รับสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์ของตนได้รับรู้อย่างรวดเร็ว ทั้งที่เป็นข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงและวิดีโอ (เขมณัญญ์ มิ่งศิริธรรม, 2013; อรวรรณ วงศ์แก้วโพธิ์ทอง, 2553)

สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ คือ LINE (สพธอ, 2560) ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจี๊วงค์ (2556) กล่าวว่า LINE เป็นการสนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์และแท็บเล็ต ลักษณะและบทบาทของไลน์ คือ เป็นการสื่อสาร 2 ทางจากผู้ส่งสารไปยัง

ผู้รับสารอีกทั้งผู้รับสารยังสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับโดยตรงได้ทันที สามารถส่งรูปแบบสารได้หลากหลาย สร้างกลุ่มสื่อสารและเลือกกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเฉพาะเจาะจง เลือกปิดกั้นการสนทนาได้ สามารถสนทนาด้วยเสียง จุดเด่นของ LINE แตกต่างจากแอปพลิเคชันการสนทนาอื่นๆ คือ รูปแบบของสติ๊กเกอร์ ที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ที่หลากหลาย โดยเริ่มต้นเข้าไปที่ห้องแชท สามารถส่งข้อความตัวอักษร ข้อความเสียง ภาพนิ่ง วิดีโอได้ และสามารถบันทึกเก็บไว้ใน Note ของห้อง Chat LINE โดยไม่มีวันหมดอายุและไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากที่ผู้ใช้มีบริการอินเทอร์เน็ตในแพ็คเกจเสริมของโทรศัพท์อยู่แล้ว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการใช้ Application LINE ของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ ความบันเทิงและความสะดวกสบายในการใช้งาน (เฉลิมศักดิ์ บุญประเสริฐ, 2560) และทำให้เป็นคนทันสมัยและเป็นเครื่องมือช่วยแก้เหงาได้ (วรรณพร อินทมุสิก, 2559)

ผู้วิจัยจึงพัฒนาการให้ข้อมูลผ่านไลน์ โดยประยุกต์ทฤษฎีปรับตนเอง (Self - Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทฤษฎีปรับตนเองมีความเหมาะสมในการนำมาพัฒนาการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียม เป็นทฤษฎีความรู้ ความเข้าใจ ใช้การแปลความหมายของสถานการณ์ ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางการเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้เหมาะสม ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ลดลง ลดความวิตกกังวลลงได้ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) หมายถึง วิธีการนั้นทำอย่างไร เป็นการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการรักษา การให้ข้อมูลชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัยและลดอาการตื่นตระหนก กลัวต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ลดความวิตกกังวล โดยการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการรักษา ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียม และการพยาบาลที่จะได้รับ

2. ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) หมายถึง การให้ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์จะที่เกิดขึ้นตรงกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มั่นใจ สามารถปรับตัวและเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิป สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ แนะนำอุปกรณ์ทวารเทียม

3. ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) หมายถึง การสอนผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างไร เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองขณะรับการรักษา ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มั่นใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยสบาย ไม่ตึงเครียด ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมีทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมและการสัณฐานวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

4. ข้อมูลการให้คำแนะนำจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Coping Information) หมายถึง เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำหรือสอนวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจสามารถเผชิญเหตุการณ์และแสดงพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขณะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ได้แก่ การแนะนำหายใจเข้า-ออกอย่างลึกๆ รวมทั้งการให้กำลังใจให้เกิดความมั่นใจโดยให้ผู้ป่วยสัณฐานวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) มาสร้างเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง วางแผนดำเนินการในการทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขั้นตอน ระยะเวลาของการเข้าร่วมทำกิจกรรม เตรียมผู้ดำเนินวิจัย เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย และเตรียมผู้ดำเนินวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

พบครั้งที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: Form Y-1 (Pre - test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าสู่สื่อผ่าน LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูทบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำอุปกรณ์และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งคลิปวิดีโอให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การ

แนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาทีและส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม ทาง Chat LINE ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาทีและส่งคืนแบบบันทึกการเข้าคู่มือผ่าน LINE

ขั้นประเมินผลการทดลอง เป็นการสรุปผลการดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ชักถามและตอบข้อสงสัย ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test) หลังการให้ข้อมูลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ พร้อมให้กำลังใจสำหรับการดูแลทวารเทียมเพื่อส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียมและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การให้ข้อมูลผ่านไลน์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้และประสบการณ์ที่ตรงความต้องการและตรงตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้ป่วยสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้และคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ตรงกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้สามารถเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและช่วยลดความวิตกกังวลจากการที่ไม่สามารถจดจำข้อมูลทั้งหมดได้ พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในรูปแบบต่างๆ Dabas, Sharma, Joshi, and Agarwala (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมวิดีโอสอนการดูแลทวารเทียม สามารถเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กที่มีทวารเทียมสอดคล้องกับ ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ (2556) พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจก้วยผู้ใหญ่ที่ได้รับข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล
2. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ กระวนกระวายใจ ไม่มั่นคงปลอดภัย หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ อันเกิดจากไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ได้ล่วงหน้า ส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังผ่าตัดทำทวารเทียม เนื่องจากสภาพลักษณะและโครงสร้างสรีระร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form Y-I) ของ Spielberger (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต โดย ทิพวรรณ คุณพันธ์ (2553) นำมาทดลองใช้ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็น Rating Scale 1- 4 ระดับ โดยคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

การให้ข้อมูลผ่านไลน์ หมายถึง การให้ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียมที่เป็นข้อเท็จจริง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียม 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบเกิดขึ้นหลังผ่าตัด 3) ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ เป็นการให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลด้วยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิป และส่งข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วยผ่าน LINE โดยเข้าไปที่ Chat LINE และบันทึกใส่ไว้ใน Note ของห้อง Chat LINE ทางโทรศัพท์มือถือ ไอแพดหรือแท็บเล็ตของผู้ป่วยที่รองรับ Application LINE ได้ โดยให้ข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 – 50 นาที โดยมีขั้นตอนการให้ข้อมูล ดังนี้

พบครั้งที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิป เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายส่งข้อมูลให้ผู้ป่วยเป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1)

Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูทบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำอุปกรณ์และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม

ชั้นประเมินผลการทดลอง เป็นการสรุปผลการดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ชักถามและตอบข้อสงสัย ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การดูแลและให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียมโดยการบรรยายของพยาบาลประจำการตามที่ได้รับ การมอบหมายในแต่ละเวรแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง ดูแลความสุขสบายให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การให้คำแนะนำโดยการบรรยายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. การผ่าตัดทำทวารเทียม
3. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.2 ชนิดความวิตกกังวล
 - 3.3 ลักษณะของความวิตกกังวล
 - 3.4 ระดับความวิตกกังวล
 - 3.5 สาเหตุของความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.7 ผลของความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.8 การประเมินระดับความวิตกกังวล
 - 3.9 ความวิตกกังวลของผู้ที่มีทวารเทียม
4. ทฤษฎีการปรับตนเอง
5. การให้ข้อมูลผ่านไลน์
6. บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์
9. กรอบแนวคิด

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดของโรกระบบทางเดินอาหาร สถิติประเทศไทยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบในเพศชายมากเป็นอันดับ 1 พบในเพศหญิงเป็นอันดับ 3 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) และเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mastracci et al., 2006) พบอุบัติการณ์สูงสุดของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) พบในผู้ชาย เมืองนาซางาซากิ ประเทศญี่ปุ่นและในเพศหญิงที่ประเทศนิวซีแลนด์ ส่วนมะเร็งลำไส้ตรง (Rectal cancer) พบในเพศชายอยู่ที่เมืองฮิโรชิม่า ประเทศญี่ปุ่น เพศหญิงพบในกลุ่มคนเชื้อสายจีนในประเทศสิงคโปร์ ความแตกต่างกันของอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประเทศกำลังพัฒนามีอุบัติการณ์ของโรคต่ำกว่าในประเทศยุโรปและอเมริกา ตำแหน่งของการเกิดมะเร็งในประเทศที่มีอุบัติการณ์สูง (high risk) จะพบมะเร็งที่ Colon ถึง 2 ใน 3 และที่ Rectum เพียง 1 ใน 3 แต่ในประเทศที่อุบัติการณ์ต่ำ (low risk) จะพบ Rectal cancer มากกว่าหรือเท่ากับ Colon cancer ซึ่งอธิบายได้ว่า ประเทศ high risk มักบริโภคอาหารเนื้อแดง ไขมันสัตว์ อาหารที่มีเส้นใยน้อย และดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า น้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐานจะมีอุบัติการณ์มะเร็งสูงขึ้น อายุของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยนั้น ทั้งเพศชายและเพศหญิงพบอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในแถบกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

1.1 สรีรวิทยาของลำไส้

การเคลื่อนตัวของลำไส้ (motility) ช่วยให้อาหารคลุกเคล้ากับน้ำย่อยและทำให้อาหารมีโอกาสสัมผัสกับผนังลำไส้มากขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึม ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นทำหน้าที่ในการดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมีหน้าที่ในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

การดูดซึมในลำไส้ใหญ่ กากอาหารจะผ่านลงไปลำไส้ใหญ่วันละ 500 - 1,000 มิลลิลิตร น้ำและอิเล็กโทรไลต์จะถูกซึมกลับไปลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและจะมีส่วนที่เหลือออกมาในอุจจาระเพียง 100 - 200 มิลลิลิตร โดยมีเกลือแร่ปนอยู่เล็กน้อย กากอาหารเหล่านี้จะถูกแปลงสภาพไปโดยเชื้อแบคทีเรีย ที่มีอยู่หลายชนิด โดยเฉพาะพวก bacilli ซึ่งพบมากในลำไส้ใหญ่ส่วนต้นๆ เชื้อแบคทีเรียจะสังเคราะห์ vitamin K, B12, B1 และยังช่วยสลาย cellulose ให้ได้พลังงานออกมาด้วยเล็กน้อย (ประทีน ไชยศรี, 2550)

1.2 พยาธิวิทยา

มะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มจาก Intramucosal epithelial lesions ของ Adenomatous polyps หรือที่ Glands ของเยื่อบุลำไส้ มีการขยายตัวใหญ่ขึ้นลุกลามผ่าน Muscularis mucosae เข้าสู่หลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของมะเร็ง เช่น บริเวณ Rectum เป็นส่วนที่ถูกตรึงอยู่กับที่และไม่มี serosa มะเร็งจึงลุกลามผ่านผนัง

ออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบ ๆ ไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน มะเร็งที่อยู่บริเวณ 1/3 ของ Rectum ส่วนล่าง อาจแพร่กระจายได้ 2 ทาง คือ ผ่าน Superior hemorroidal vein เข้าสู่ portal vein ไปตับหรือผ่าน Middle hemorroidal vein เข้าสู่ Inferior vena cava ไปปอด ถ้ามะเร็งอยู่บริเวณ 2/3 ของ Rectum ส่วนบน หลอดเลือดดำทั้งหมดไหลกลับสู่ portal vein และเชื่อมโยงโดยตรงระหว่าง Vertebral vein อาจมีการลุกลามไปยังกระดูกสันหลังส่วนเอวและอกได้ ส่วนที่อยู่เหนือ Rectum จะลุกลามผ่านผนังลำไส้ออกมายังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง หลอดเลือดดำไปสู่ตับและปอดต่อไป (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (ปริญา ทวีชัยการ, 2554) ได้อธิบายรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Ascending colon) มะเร็งที่เกิดบริเวณนี้ไม่ทำให้ลำไส้แคบลงจนกระทั่งมีขนาดของก้อนใหญ่มาก อาการปวดท้องหรือการเปลี่ยนแปลงของลักษณะอุจจาระจึงเกิดในระยะหลัง มีเลือดออกซำๆ โดยมีได้เปลี่ยนสีหรือลักษณะของอุจจาระแต่อาจทำให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลีย หนื่อยง่าย

1.3.2 ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (Descending colon) แสดงออกด้วยอาการปวดท้องรุนแรง ลักษณะอุจจาระเปลี่ยนแปลง คือ อุจจาระที่ไม่สามารถผ่านจุดอุดตันได้จะมีอาการท้องผูก หลังจากลำไส้บีบตัวรุนแรงจนอุจจาระส่วนที่เหลือผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน มีอาการท้องผูกสลับท้องเสียอยู่ระยะหนึ่ง จนเกิดการอุดตันทั้งหมด กรณีที่มีเลือดออกจะเป็นเลือดสีแดงสด

1.3.3 ลำไส้ตรง (Rectum) ก้อนมะเร็งบริเวณนี้เปรียบเหมือนมีอุจจาระค้างอยู่ มักมีอาการปวดเบ่งเนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ ถ้าอุจจาระบ่อยแม้ไม่มีอุจจาระออกแล้ว ถ้ามีเลือดออก เลือดมักจะอยู่ที่ผิวของก้อนอุจจาระหรือตามอุจจาระมาคล้ายริดสีดวงทวาร

1.3.4 ทวารหนัก (Anal) โรคมะเร็งทวารหนัก มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human papillomavirus; HPV) ซึ่งเป็นไวรัสในกลุ่มที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก จากเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย พบโรคได้สูงสุด อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี อาการที่พบได้บ่อยของโรคมะเร็งทวารหนัก คือ มีก้อนเนื้อผิดปกติบริเวณทวารหนัก แผลเรื้อรังบริเวณทวารหนัก มีสารคัดหลั่งเรื้อรังจากทวารหนัก และ/หรือคันเรื้อรังบริเวณรูทวารหนัก ปวด/เจ็บรอบทวารหนัก หรือในทวารหนัก อุจจาระเป็นเลือด อาจท้องผูกหรือท้องผูกสลับท้องเสียผิดปกติ เมื่อโรคลุกลามมาก อาจลำไส้ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโต อาจเจ็บหรือไม่เจ็บก็ได้ อาจโตเพียงข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง

การลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้น เช่น ลุกลามเข้ากระเพาะปัสสาวะทำให้มีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ลุกลามเข้าช่องคลอด ทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอด ลุกลามไปกระดูกบริเวณก้นกบทำให้มีอาการปวดบริเวณก้นกบ เป็นต้น

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนี้ (ปริญญา ทวีชัยการ, 2554)

1.4.1 อายุ การเปลี่ยนแปลงจะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ประมาณ 9 ใน 10 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ มีอายุมากกว่า 50 ปี

1.4.2 Polyp cancer เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ ส่วนมากเริ่มจากการเกิด polyp ชนิด Adenoma

1.4.3 ปัจจัยทางพันธุกรรม คือ คนที่มีประวัติทางครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ใน 5 ราย มีโอกาสพัฒนาเป็นโรคมะเร็งได้ ควรพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองเบื้องต้น

1.4.4 อาหารที่มีกากน้อย จะทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้น้อยครั้ง ทำให้สารก่อมะเร็งสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงนานเกินจึงก่อให้เกิดมะเร็งมากกว่า

1.4.5 อาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ เนื่องจากกระตุ้นให้เกิดการหลั่งกรดน้ำดี (bile acid) แบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนสารเหล่านี้ให้เป็น cholesterol metabolites และ secondary bile acid ซึ่งจะระคายเคืองเยื่อผนังลำไส้ให้เกิดการกระตุ้นการแบ่งตัวของผนังลำไส้มากขึ้น กระบวนการปรุงด้วยวิธีย่าง รมควัน จะมีสารก่อมะเร็งเกิดขึ้น

1.4.6 ภาวะอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ระยะเวลาที่สารก่อมะเร็งตกค้างในลำไส้เพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้น

1.4.7 สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นเนื่องจากสารที่อยู่ในบุหรี่สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางน้ำลายและการกลืน เกิดมะเร็งระบบทางเดินอาหารและลำไส้ได้เช่นกัน

1.4.8 การดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดภาวะระดับกรดโฟลิกในร่างกายต่ำ ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า

1.5 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแบ่งได้ 2 แบบ ดังนี้ (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, 2554)

1.5.1 แบ่งตามลักษณะทางพยาธิวิทยา (Cancer grading) โดยสามารถจำแนกประเภทของเซลล์เพื่อไปทำหน้าที่เฉพาะ (differentiation) ได้มากน้อยเพียงใด แบ่งเป็น 4 เกรด ดังนี้

เกรด 1 มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ชัดเจน (well differentiated: low grade) รูปร่างใกล้เคียงกับเซลล์ปกติ

เกรด 2 มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ได้บ้าง (moderately differentiated: intermediated grade)

เกรด 3 มีการจำแนกลักษณะของเซลล์น้อย (poorly differentiated: high grade)

เกรด 4 ไม่มีการจำแนกลักษณะของเซลล์เลย (undifferentiated: high grade)

1.5.2 การแบ่งความรุนแรงตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะของโรคมะเร็ง (Cancer staging) โดยพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor size: T) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (node involvement: N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (metastasis: M) การแบ่งลักษณะนี้เรียกว่า TNM: tumor node metastasis system ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการร่วมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on Cancer: AJCC) และสหภาพสากลต่อต้านโรคมะเร็ง (The Union International Contre Cancer: UICC) การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยระบบ TNM โดยใช้การพิจารณารายละเอียดของข้อมูลจากแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

T ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ

- Tx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีก้อนหรือไม่มีก้อน
- T0 ตรวจไม่พบก้อน
- Tis ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ)
- T1 ก้อนขยายขอบเขตเข้าไปใต้เยื่อผนังลำไส้ (submucosa)
- T2 ก้อนขยายขอบเขตเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ (muscularis propia)
- T3 ก้อนขยายขอบเขตจากชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ยังชั้นใต้เยื่อเคลือบลำไส้ (subserosa)
- T4 ก้อนขยายขอบเขตเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงหรือมีการแตกทะลุของเยื่อช่องท้องชั้นใน

N การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

- Nx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงหรือไม่
- N0 ตรวจไม่พบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง
- N1 แพร่กระจาย 1 ใน 3 ของต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง
- N2 แพร่กระจาย ≥ 4 ของต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

M การกระจายไปยังอวัยวะอื่น

- Mx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น
- M0 ตรวจไม่พบการกระจายไปยังอวัยวะอื่น
- M1 ตรวจพบการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

การวินิจฉัยระยะของโรคที่ถูกต้องและรวดเร็วมีผลต่อการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการลุกลามและการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมถึงอัตราการรอดชีวิต

1.6 การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 3 วิธี (ปริญญา ทวีชัยการ, 2554) ได้แก่

1.6.1. การผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีการรักษาซึ่งขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่งและระยะการเกิดเนื้องอก ตลอดจนสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย สามารถทำได้หลายแบบ แบ่งออกเป็น

1.6.1.1 การตัดออกเฉพาะที่ (Local excision) ทำได้ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะต้นๆ ซึ่งอาจทำได้โดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยการสอดใส่กล้องผ่านทางรูทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและตัดก้อนมะเร็งที่มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อออก

1.6.1.2 การตัดต่อลำไส้ (Resection) ทำการตัดก้อนเนื้องอกออกพร้อมกับการตัดเนื้อลำไส้รอบๆ บางส่วนจึงทำการต่อลำไส้ส่วนที่ดีที่เหลือเข้าด้วยกัน ตัดต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ๆ เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งร่วมด้วย กรณีที่ไม่สามารถเย็บปลายของลำไส้ทั้ง 2 ด้านเข้าด้วยกัน จะทำการเปิดปลายลำไส้ส่วนนั้นออกทางหน้าท้องเป็นทวารเทียม เมื่อลำไส้ใหญ่ส่วนล่างหายดีจะทำการตัดต่อลำไส้กลับไปดังเดิม หากตัดลำไส้ใหญ่ส่วนล่างออกทั้งหมดอาจต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้องอย่างถาวร

1.6.2. การฉายยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ออกฤทธิ์โดยการทำลายหรือยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งหลังจากกินยาหรือฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ ยาจะถูกดูดซึมเข้าทางกระแสเลือดและจับกับเซลล์มะเร็งที่อยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผลข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อช่องปากและเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยา อาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ท้องเสีย ผมร่วง ภาวะไขกระดูกถูกกด เป็นต้น (สาคร หับเจริญ, 2557)

1.6.3. รังสีรักษา (Radiation therapy) คือ การใช้รังสีพลังงานสูงในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำได้ 2 วิธี คือ การฉายแสง โดยฉายแสงจากภายนอกร่างกายผ่านเข้าไปยังก้อนมะเร็งที่อยู่ภายในและการฝังแร่ คือ การใช้สารกัมมันตรังสี บรรจุอยู่ในรูปเข็มเป็นเม็ดเล็กๆ ลวด หรือสายสวน ใส่เข้าไปในก้อนมะเร็งหรือในบริเวณใกล้เคียงกับก้อนมะเร็ง ผลข้างเคียงขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีและตำแหน่งที่ให้รังสี ได้แก่ ผื่นแดง แผลคล้ายไฟไหม้น้ำร้อนลวก ท้องเสีย ปวดเกร็งบริเวณท้อง ลำไส้เล็กอุดตัน เม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

โรคมะเร็งลำไส้ สามารถรักษาให้หายขาดได้ในการดำเนินโรคระยะเริ่มแรก วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำ

ทวารเทียม ทั้งชนิดชั่วคราวและแบบถาวร เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทันทีที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษา

2. การผ่าตัดทำทวารเทียม

ทวารเทียม (Ostomy) หมายถึง การผ่าตัดนำส่วนของลำไส้มาเปิดบริเวณหน้าท้อง แล้วกรีดลำไส้ให้มียูนิฟอร์มช่องเปิด เย็บส่วนของลำไส้ในชั้นไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้องแล้วเย็บส่วนเปิดของช่องลำไส้กับผิวหนังบริเวณหน้าท้อง (บุญชัย งามสิริมาศ, 2557) ส่วนของช่องเปิดลำไส้ที่โผล่ออกจากหน้าท้องเรียก สโตมา (stoma) มีที่รากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง ปาก รูเปิดหรือช่องเปิด ผู้ที่มีทวารเทียม เรียกว่า ออสโตเมท (ostomate) (ประทีน ไชยศรี, 2550)

2.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมีทวารเทียม

การผ่าตัดมีทวารเทียมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือรักษาโรค (ปริญญา ทวีชัยการ, 2554) ได้แก่

- 2.1.1 ความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ ไม่มีรูทวาร ลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด เป็นต้น
- 2.1.2 มีการอักเสบของลำไส้ เช่น โรคลำไส้อักเสบ (Inflammatory bowel disease)
- 2.1.3 มีการอุดตันของลำไส้ เพื่อลดแรงดันภายในลำไส้และระบายอุจจาระเหนือลำไส้ที่มีการอุดตัน
- 2.1.4 มะเร็งหรือเนื้องอกที่ระบบทางเดินอาหารหรือระบบทางเดินปัสสาวะ
- 2.1.5 อุบัติเหตุ ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตำแหน่งของทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะ

2.2 ชนิดของทวารเทียม

การแบ่งชนิดของทวารเทียม สามารถแบ่งได้หลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

- 2.2.1 แบ่งตามตำแหน่งของลำไส้
 - 2.2.1.1 Colostomy คือ ทวารเทียมที่นำลำไส้ใหญ่มาผ่าตัดเปิด
 - 2.2.1.2 Urostomy / Ileal conduit คือ ทวารเทียมที่นำส่วนของท่อไตมาต่อกับส่วนของลำไส้เล็ก ileum ส่วนปลายเพื่อเป็นทางระบายออกของปัสสาวะ
 - 2.2.1.3 Ileostomy คือ ทวารเทียมที่นำลำไส้เล็กส่วนของ ileum มาเปิดที่หน้าท้อง
- 2.2.2 แบ่งตามระยะเวลา ได้ 2 แบบ คือ
 - 2.2.2.1 แบบถาวร (Permanent) เป็นการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ทำไว้ตลอดชีวิต จะทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้อย่างถาวรจาก อุบัติเหตุ การอักเสบหรือมะเร็ง

2.2.2.2 แบบชั่วคราว (Temporary) เป็นการผ่าตัดเพื่อต้องการเปลี่ยนทางผ่านของอุจจาระจากบริเวณที่มีการอักเสบรอบๆ บริเวณผ่าตัด เมื่อได้แก้ไขความผิดปกติของลำไส้ส่วนนั้นหรือเมื่อแผลส่วนนั้นหายดีแล้วก็จะทำการผ่าตัดเย็บปิดทวารเทียม

2.2.3 แบ่งตามจำนวนรูเปิด

2.2.3.1 ชนิดรูเปิดเดี่ยว (End / Single barrel) ลำไส้เปิดทางหน้าท้องชนิดนี้จะมีรูเปิดบริเวณหน้าท้องเพียง 1 แห่ง จะเป็นชนิดถาวรถ้าลำไส้ช่วงปลายได้ถูกตัดออก

2.2.3.2 ชนิดสองรูเปิด (Double barrel) เป็นการตัดลำไส้ขาดออกจากกัน นำส่วนปลายทั้งสองเปิดออกทางหน้าท้องจึงมีรูเปิด 2 แห่ง โดยส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร เรียกว่า Proximal loop ซึ่งอุจจาระจะถูกขับออกทางนี้ รูเปิดตรงส่วนล่าง เรียกว่า Distal loop ซึ่งจะมีพวกเยื่อผูกขับออกมา

2.2.3.3 ชนิดลูป (Loop) เป็นการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่ถูกตัดขาดจากกัน แพทย์จะสอดแท่งพลาสติกหรือท่อเล็กๆ คาไว้ประมาณ 7 - 10 วัน เพื่อป้องกันมิให้ลำไส้ถูกดึงกลับเข้าไปในช่องท้อง โดยมี 2 รูเปิดเป็นส่วนต้น (Proximal loop) และรูเปิดส่วนปลาย (Distal loop)

2.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัดทวารเทียม

ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม แบ่งออกได้เป็น ดังนี้ (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554)

2.3.1 ภาวะลำไส้ขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) มีความสัมพันธ์กับเทคนิคการผ่าตัดจะปรากฏให้เห็น 24 - 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด stoma ปกติจะสีแดง (ลำไส้ใหญ่) สีชมพู (ลำไส้เล็ก) ถ้าเปลี่ยนสีเป็นดำคล้ำเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดเป็นผลจากมีการคั่งของเลือดและการบวมของ stoma Jonkers et al. (2012) พบภาวะลำไส้ขาดเลือดมาเลี้ยงระดับต้น ร้อยละ 20 ระดับลึก ร้อยละ 3 ในจำนวนผู้มีทวารเทียม 100 คน

2.3.2 ภาวะบวม (Stomal edema) เป็นภาวะปกติหลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง อาการบวมจะค่อยๆ ลดลงจน stoma มีขนาดคงที่ ภายหลังผ่าตัด 6 - 8 สัปดาห์

2.3.3 ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) หากออกเล็กน้อยและหยุดได้เองเป็นเรื่องปกติภาวะเลือดออกในระยะแรกหลังผ่าตัดอาจเกิดจากปมไหมเย็บหลุดทำให้มีเลือดออกมาช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องควรรีบรายงานแพทย์ ส่วนสาเหตุอื่นเกิดจากภาวะ portal hypertension ในผู้ป่วยตับแข็งที่หลอดเลือดรอบช่องเปิดลำไส้ขยายขึ้นเป็น varices การถูกระแทกบริเวณ stoma เป็นต้น Jonkers et al. (2012) พบภาวะเลือดออก ร้อยละ 14 ในจำนวนผู้มีทวารเทียม 100 คน

2.3.4 ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สาเหตุภายนอกลำไส้เกิดจากพังผืดหรือลำไส้บิดเกลียว จนช่องว่างในลำไส้แคบลงถึงอุดตัน 2) สาเหตุภายในลำไส้อาจเกิดจากการอุดตันของอาหารและการตีบแคบของลำไส้บริเวณรอยต่อลำไส้หลังผ่าตัด อาการ

ที่แสดงถึงภาวะลำไส้อุดตัน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ไม่มีการขับถ่ายอุจจาระ ผายลมลดลง เป็นต้น (จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง, 2551) Mäkelä, Turku, and Laitinen (1997) พบในผู้มีทวารเทียม ileostomy ร้อยละ 11 colostomy ร้อยละ 7

2.3.5 ภาวะตีบแคบของช่องเปิดทวารเทียม (Stomal stenosis) อาจเกิดจากการตีบแคบของ fibrous ring รอบลำไส้เปิดบริเวณทางหน้าท้อง อาการที่พบคือ อุจจาระที่ออกมามีลักษณะเป็นลำเล็ก พบในผู้มีทวารเทียม permanent ileostomy ร้อยละ 6 permanent colostomy ร้อยละ 4 (Mäkelä & Niskasaari, 2006) Caricato et al. (2007) พบร้อยละ 13.6

2.3.6 ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) อาจเกิดจากการผ่าตัดรูเปิดที่ผนังหน้าท้องกว้างเกินไป มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือจาม ลำไส้สามารถหดกลับเข้าได้เอง พบในผู้มีทวารเทียม permanent ileostomy ร้อยละ 2 permanent colostomy ร้อยละ 9 (Mäkelä & Niskasaari, 2006)

2.3.7 ภาวะทวารเทียมถูกดึงรั้ง (Stomal retraction) เป็นการยุบตัวของทวารเทียม ต่ำกว่าระดับผิวหนัง สาเหตุ 1) การผ่าตัดที่ไม่สามารถดึงลำไส้ส่วนที่จะทำช่องเปิดลำไส้ให้ยาวพอหรือมีความตึงมาก 2) ผู้ป่วยที่น้ำหนักลดทำให้ผนังหน้าท้องเป็นรอนหรือผู้ป่วยอ้วนขึ้นทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น พบในผู้มีทวารเทียม permanent ileostomy ร้อยละ 2 permanent colostomy ร้อยละ 9 (Mäkelä & Niskasaari, 2006)

2.3.8 ภาวะท้องเดิน (Diarrhea) หลังทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกไปบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้เสียหน้าที่ในการดูดซึมน้ำ โดยเฉพาะในผู้มีทวารเทียม ileostomy และเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาเพิ่มเติม ยิ่งกระตุ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะผิวหนังอักเสบ เป็นต้น

2.3.9 ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง การอ่อนแอของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ภาวะอ้วนหรือจากเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้โดยไม่ผ่านชั้น rectus muscle จึงไม่มีกล้ามเนื้อช่วยพยุงช่องเปิดลำไส้ไว้ทำให้ส่วนของลำไส้ผ่านเข้าไปอยู่ในชั้น subcutaneous จะเห็นได้ว่าผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดมีลักษณะนูน บวม Carlsson, Fingren, Hallén, Petersén, and Lindholm (2016) พบในผู้มีทวารเทียม colostomy ร้อยละ 20 พบในเพศหญิง ร้อยละ 69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.10 รอยเย็บระหว่างลำไส้เปิดทางหน้าท้องกับผิวหนังแยก (Mucocutaneous separate) สาเหตุที่เกิดอาจเกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ การได้รับยา Steroids โรคเบาหวาน การติดเชื้อหรือได้รับการฉายแสงบริเวณหน้าท้องและผู้ป่วยที่ได้รับแรงดึงรั้งบริเวณที่เย็บมากเกินไป Jonkers et al. (2012) พบแผลแยก ร้อยละ 15 ในจำนวนผู้มีทวารเทียม 100 คน

2.3.11 ภาวะท้องผูก (Constipation) มีปัจจัยและสาเหตุเช่นเดียวกับคนทั่วไป เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ดื่มน้ำน้อย เป็นต้น การได้รับยาแก้ปวดที่มีผลลดการบีบตัวของ

ทางเดินอาหาร ยาขับปัสสาวะ ยาต้านโรคซึมเศร้า ฯลฯ และปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล

2.3.12 รูขุมขนอักเสบ (Folliculitis) อาจเกิดจากการบาดเจ็บระหว่างดึงลอกแป้นหรือจากการโกน ดึงถอนขนอย่างไม่เหมาะสม ทำให้เชื้อแบคทีเรีย เข้าไปในรูขุมขนนั้น ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อเป็นหนอง (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) พบในผู้มีทวารเทียมเป็นโรคเบาหวาน (Nybaek & Jemec, 2010)

2.3.13 ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารระคายเคือง (Irritant contact dermatitis) เกิดจากการสัมผัสหรือเสียดสีกับถูรองรับสิ่งขับถ่ายหรือสัมผัสกับอุจจาระโดยตรง จนทำให้ผิวหนังเกิดการแพ้หรืออักเสบ เกิดเป็นแผล สาเหตุหลักเกิดจากการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง (สมพร วรรณวงศ์, 2553) Mäkelä and Niskasaari (2006) พบว่า ในจำนวนผู้มีทวารเทียม 119 ผู้มีทวารเทียม permanent ileostomy พบผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง ร้อยละ 33 และ permanent colostomy ร้อยละ 21 พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 76 ของภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007) Jonkers et al. (2012) พบผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง ร้อยละ 55 ในจำนวนผู้มีทวารเทียม 100 คน

การผ่าตัดทำทวารเทียมเป็นวิธีการที่ศัลยแพทย์ช่วยคลายทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย แต่อาจกลายเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานได้หากเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมถึงแม้ว่าจะมี stoma ที่ดี แต่ถ้าการดูแลหลังผ่าตัดไม่ดีพอ stoma นั้นก็อาจก่อปัญหาการบวมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหรือเกิดความวิตกกังวลและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งในช่วง early complication และ late complication (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

3. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ภายหลังผ่าตัดทำทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทั้งในด้านภาพลักษณ์และการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลกระทบความรู้สึกต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาและมีการให้ความหมายหลากหลาย ดังนี้ ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นคงปลอดภัย กระวนกระวายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ อันเกิดจากไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ได้ล่วงหน้า ส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ (Spielberger, 1983)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกไม่พอใจ เนื่องจากรู้ว่าตนเองถูก ชมเชยหรือมีอันตราย หรือการที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้รู้สึกเครียด รู้สึก วิตกกังวลหรือหวาดกลัว (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกกลัว ไม่สุขสบาย ไม่แน่นอน คลางแคลงหรือ หวาดกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคิดขึ้นจากสิ่งไม่รู้หรือไม่รู้จัก (Varcarolis, 2013)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความกังวลตามสภาพการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ไม่สามารถ ควบคุมอาการต่างๆ ได้แก่ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด เหนื่อยล้าง่าย กล้ามเนื้อเกร็ง รบกวน การนอนหลับ เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน อาจเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจ เรียกว่า ภาวะวิตกกังวลได้ (McKay, Abramowitz, Tylor, & Asmundson, 2009)

จากความหมายข้างต้นดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปความหมายความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำ ทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ว่า เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มี ความรู้สึกตึงเครียด ตกใจ กังวล กลัวจะเกิดสิ่งร้ายขึ้นกับตนเอง ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ไม่ สามารถทำตามสบายและผ่อนคลายได้ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

3.2 ชนิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 3 ชนิด (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) คือ

3.2.1 ความวิตกกังวลปกติ (Normal anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นการตอบสนอง ต่อเหตุการณ์ที่คาดคะเนได้ เป็นความวิตกกังวลที่มีเหตุผลมีสัดส่วนกับสิ่งที่มากระตุ้น เมื่อตัวกระตุ้น ลดลงความวิตกกังวลจะลดลงด้วย เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวัน

3.2.2. ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (Neurotic anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ เกิดขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับเหตุการณ์กับสิ่งที่มากระตุ้น สาเหตุของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย แต่บุคคลจะ ตื่นกลัวและตอบโต้เกินขอบเขต

3.2.3 ความวิตกกังวลแบบพยาธิสภาพหรือเรื้อรัง (Pathologic or Chronic anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่เด่นชัดและความวิตกกังวลนี้เป็นอยู่นานเรื้อรัง จน ทำให้บุคคลนั้นหมดความสุข อยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลา สาเหตุของความวิตกกังวลนี้มักเป็นเรื่อง ที่เกี่ยวกับสิ่งที่เก็บกดไว้หรือมีความขัดแย้งภายในใจที่ตนเองยอมรับไม่ได้เอาไว้

3.3 ลักษณะของความวิตกกังวล

Spielberger (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.3.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or A - state) เป็นความวิตกกังวลที่ เกิดขึ้นกับบุคคลเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้ามากระทบทำให้เกิดความไม่พอใจ มี

แนวโน้มจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกเกิดขึ้นลักษณะชั่วคราว ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะพฤติกรรม สรีระและอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลแบบเผชิญสามารถสังเกตเห็นได้ โดยความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

3.3.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A – trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลแฝงอยู่ในบุคลิกภาพ ลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง เป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์ทั่วไป เป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าหรือประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรืออันตรายได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

3.4 ระดับความวิตกกังวล

Peplau (1963) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Stuart & Laraia, 2001)

3.4.1 ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ในชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ ดีขึ้น มีความสามารถในการจัดการกับต้นเหตุของความวิตกกังวล เรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเล็กน้อย เช่น หายใจเร็วขึ้น เกิดความป่วนในกระเพาะอาหาร และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อตึงตัวบริเวณใบหน้า ต้นคอ เป็นต้น

3.4.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เมื่อความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจะส่งผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ แคลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ ลดลง ใช้สมาธิมากขึ้น ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถต่างๆ จะกลับดีขึ้น

3.4.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เกิดจากความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ความสามารถในการรับรู้ลดลง ความสนใจแคลง ไม่สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง มีอาการแสดงออกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง กระสับกระส่าย ความจำและสมาธิไม่ดี มีความบกพร่องของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม

3.4.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) ทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก ความสามารถในการเรียนรู้เสียไปและมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้า

3.5 สาเหตุความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การผ่าตัดทำทวารเทียม เป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นตนเองของบุคคล เนื่องจาก

3.5.1 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของอวัยวะการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักขึ้นมาอยู่บริเวณหน้าท้องแทนและมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดอยู่บริเวณหน้าท้องตลอดเวลา (แสงหล้า พลนอก, 2545)

3.5.2 ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดจึงอาจทำให้เกิดกลิ่นและแก๊สที่ไม่พึงประสงค์ (ไพบูลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555) ส่งผลให้ไม่มั่นใจ กลัวการเข้าสังคมและพบปะกับบุคคลอื่น มีการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากกลัวคนรอบข้างรังเกียจ กลัวแป้นและถุงรองรับอุจจาระหลุดรั่วซึมเปื้อนเสื้อผ้าทำให้อับอาย (ประกายดาว สุทธิ, 2558)

3.5.3 รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลและหลังผ่าตัดมีทวารเทียมมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) มีการหลีกเลี่ยงการออกไปทำกิจกรรมภายนอก เช่น การออกกำลังกาย การเดินทาง การเข้าสังคมและการทำงาน เป็นต้น ตลอดจนความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ลดลง (Persson & Hellström, 2002; Campos et al., 2017)

3.5.4 การดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียมและการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย รวมทั้งการป้องกัน แก๊สภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมที่เกิดขึ้น เช่น การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม การเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ เป็นต้น (นภาพร ชิตมน, 2549; ประทีน ไชยศรี, 2550)

ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะหลังผ่าตัดนอกจากการต้องเผชิญความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ยังต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ตนเอง มีความคิดสับสน เนื่องจากไม่รู้ว่าจะดูแลตัวเองหลังมีทวารเทียมอย่างไร การไม่มีความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเองและทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, วิทยา วัฒนโอภาส และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2531)

3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

3.6.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียม ได้แก่

3.6.1.1 อายุ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดของร่างกายที่ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะฟุ้งฟิงมากขึ้นหลังผ่าตัดทำทวารเทียม ทำให้สูญเสียควมมีคุณค่าและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นตนเอง (วิลวรรณ ทองเจริญ, 2558) มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการเจ็บป่วยและการผ่าตัดมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เสื่อมถอย มีภาวะฟุ้งฟิงผู้ดูแล เกิดการประเมินคุณค่าในตัวเองต่ำลง ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและการจัดการเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลสูงกว่า (วิลลสินี พิพัฒน์ผล, 2557)

3.6.2.2 การมีโรคร่วม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรค ทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษา มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานขึ้น (Bosshardt, 2003) และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต (Colussi et al., 2001)

3.6.2.3 ชนิดของทวารเทียม ผู้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวรมีความวิตกกังวลมากเนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต (นวพร ชิตมน, 2549)

3.6.2.4 ระยะเวลาของการมีทวารเทียมน้อยกว่า 3 เดือน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เนื่องจากต้องใช้เวลาในการปรับตัวและยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wade (1990) ที่ศึกษาการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พบว่า หลังผ่าตัดมีทวารเทียม 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 25 ผ่านไป 1 ปี พบผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพียงร้อยละ 9

3.6.2.5 การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ มีการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่ายอุจจาระจากทวารหนักมาอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง (แสงหล้า พลนอก, 2545; สมพร วรรณวงศ์, 2553; Bullen et al., 2012)

3.6.2.6 การขาดความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม หากเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น (ทิพวรรณ คุณพันธ์, 2553; วิลลสินี พิพัฒน์ผล, 2557)

3.6.2.7 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทางด้านความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลเมื่อมีทวารเทียม (วิลลสินี พิพัฒน์ผล, 2557)

3.6.2.8 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เนื่องจากยังไม่สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายในการขับถ่ายได้ทันที (Borwell, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรม วิลลสินี พิพัฒน์ผล (2557) พบว่า อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 5.07 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ระยะเวลาการมีทวารเทียม น้อยกว่า 3 เดือน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 4.96 เท่า เมื่อเทียบกับ

ระยะเวลาการมีทวารเทียม มากกว่า 3 เดือน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม จุฬารพร ประสงค์ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมที่ดีลดการเกิดภาวะวิตกกังวลลงได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม, รุ่งระวี นาวิเจริญ และวรุฒม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2560) การยอมรับนับถือในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งกระตุ้นช่วยให้ผู้มีทวารเทียมสนใจในการดูแลตนเองและแสดงถึงการยอมรับต่อการมีทวารเทียม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยยอมรับการมีทวารเทียมได้ (Kimura, Kamada, Guilhem, & Monteiro, 2013) สอดคล้องกับ แสงหล้า พลนอก (2545) พบว่า การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหา เพิ่มทักษะและความสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้องและเพิ่มความผาสุกในชีวิตได้ ชนิดของทวารเทียม พบว่า ผู้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวรมีความวิตกกังวลมากเนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต (นวพร ชิตมน, 2549) การขาดความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมขึ้น จะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น (ทิพวรรณ คุณพันธ์, 2553; วิลาสินี พิพัฒน์ผล, 2557) โดยเฉพาะผู้ที่มีทวารเทียมชนิดชั่วคราวพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียมได้มากกว่าชนิดถาวร (Caricato et al., 2007) Herlufsen et al. (2006) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร้อยละ 80 ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เนื่องจากไม่รู้และหรือไม่เข้าใจว่ามีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม นอกจากนี้ Ratliff et al. (2005) พบว่าการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุจากการตัดแป้นติดทวารเทียมกว้างเกินไป จะเห็นได้ว่าสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุมาจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล รวมทั้งขาดความสามารถและทักษะในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ และเข้ารับการรักษาผ่าตัดทำทวารเทียม ซึ่งยังมีระยะเวลาของการมีทวารเทียมน้อยกว่า 3 เดือน เป็นปัจจัยที่ยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมอยู่ ส่วนปัจจัยการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถลดความวิตกกังวลลงได้เมื่อมีการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จุฬารพร ประสงค์, 2544) และปัจจัยการขาดความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม ศศิธร มงคลสวัสดิ์ (2553) พบว่า ผลของการใช้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่าตัดทำทวารเทียมหลังได้รับโปรแกรมการสอน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง ชนิดของทวารเทียม คือ ชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ที่มีทวารเทียมชนิดถาวรมีมากเนื่องจากต้องมียุทธศาสตร์การดูแลตลอดชีวิต (นวพร ชิตมน, 2549) และยังพบภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมได้บ่อย (Caricato

et al., 2007) โดยกระบวนการพยาบาลที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ คือ การให้ข้อมูล (สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545) โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องตามความต้องการของผู้มีทวารเทียม ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้คำแนะนำ การสอนเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สอดคล้องกับ สมพร วรรณวงศ์ (2553) พบว่า ผู้มีทวารเทียมมีคะแนนความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น และภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรมลดลง โดยเฉพาะผิวหนังระคายเคือง จากร้อยละ 40 เหลือร้อยละ 13.33

3.7 ผลกระทบของความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมส่งผลต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

3.7.1 การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลส่งผลทำให้

3.7.1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และ Parasympathetic ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นและอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้นต้องอาศัยเวลานานมากขึ้นจึงจะกลับสู่ระดับปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลงประมาณร้อยละ 40 กำลังสำรองของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้ อาจเกิดภาวะหัวใจวายได้ (ปะราลี โสภาสนันท์, 2557)

3.7.1.2 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนหลับไม่ลึก เวลานอนน้อยลง ตื่นมากขึ้น การนอนในผู้สูงอายุอยู่ในระดับ 3 เท่านั้นซึ่งการนอนหลับลึกถึงระดับ 4 เป็นระดับการหลับลึกที่สุด มีพฤติกรรมวุ่นวายและรบกวนผู้อื่น เนื่องจากนอนไม่หลับ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

3.7.1.3 ระบบทางเดินอาหาร พบว่า ภาวะอาหารมีการเคลื่อนไหวลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้มีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น เกิดความรู้สึกลิ้นน้อยลงทำให้รับประทานอาหารน้อยลง ส่งเสริมให้เกิดโรคโลหิตจางได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

3.7.1.4 ระบบภูมิคุ้มกัน มีการหลั่งอะดรีนัลคอร์ติโคอยด์ ฮอร์โมน ซึ่งกีดขวางการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานลดลง บกพร่องในระยะอักเสบของกระบวนการหายของแผลชะลอลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Gouin & Kiecolt-Glaser, 2011)

3.7.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี ต่อม Pituitary ส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotrophic ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่งฮอร์โมน Cortisol มากขึ้น เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการทำลายของไกลโคเจนในตับทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ต่อม Pituitary ส่วนหลังหลั่งฮอร์โมน Antidiuretic เพื่อควบคุมให้ปัสสาวะปกติ ส่วนไฮโปทาลามัสจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเธติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมน Catecholamine เข้าสู่กระแสเลือดไปยัง

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เส้นเลือดส่วนปลายมีการหดตัวทำให้มือและเท้าซีดและเย็น เมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลางระบบ Sympathetic จะมีบทบาทมากกว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เหงื่อออกตามฝ่ามือฝ่าเท้า ปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หากมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ระบบ Parasympathetic จะมีบทบาทมากกว่าทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวหดเกร็งเพิ่มขึ้นและมีอาการปวดกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ (Bishop, 2007)

3.7.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จะทำให้มีอาการตกใจง่าย กระสับกระส่าย หงุดหงิดและโมโหง่าย ทำให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง (Woo, 2010) แสดงพฤติกรรมอารมณ์เชิงลบมากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล (Herrera, Montorio, & Cabrera, 2017)

3.7.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำและการเรียนรู้ ทำให้ความคิดสับสน คิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) การรับรู้เชิงบวกลดลง เช่น ความมีคุณค่าในชีวิต (Herrera et al., 2017) เป็นต้น

3.8 การประเมินระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลประเมินได้ 3 วิธี (Nathan, 1980 อ้างใน ซอลดา พันธุสนา, 2536) คือ

3.8.1 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงแสดงออกทางด้านร่างกาย เนื่องจากการหลั่งของสารสื่อประสาท epinephrine และ norepinephrine ทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีเหงื่อออก คลื่นไส้ ท้องอืด มีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น

3.8.2 การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึที่ตนเองรับรู้โดยตอบแบบสอบถาม นำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งนิยมกันมาก คือ

3.8.2.1 แบบประเมินความวิตกกังวล The State – Trait Anxiety Inventory ของ Spielberg (1983) ที่นิยมนำมาใช้แพร่หลาย แปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต โดย ทิพวรรณ คุณพันธ์ (2553)นำไปทดสอบหาความเที่ยงโดยได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .93 สามารถประเมินได้ 2 แบบ คือ แบบประเมินความรู้สึที่วิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety: From Y - I) ประเมินความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามจากความเครียดต่างๆ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 10 ข้อ และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety: From Y - II) ประเมินความวิตกกังวลที่มีอยู่ประจำในตัวบุคคลนั้น มี 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 13 ข้อและทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนวัดค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนนอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

3.8.2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) ใช้เฉพาะส่วนของ anxiety sub scale ใช้ชื่อว่า Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS ที่ได้รับการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, and และ อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมารณ ไพศาลสุทธิเดช (2539) เป็นเครื่องมือคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient สำหรับ anxiety sub scale เท่ากับ 0.8551 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ การให้คะแนนคิดแบบ Likert scale คะแนน 0 - 3 คะแนน มีคะแนนรวม 21 คะแนน โดยรวมคะแนนข้อเลขคี่เป็นภาวะวิตกกังวล และข้อเลขคู่เป็นภาวะซึมเศร้า คะแนน 8 - 10 คะแนน คือ สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะวิตกกังวล

3.8.3 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงในด้านการเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องสัมพันธ์กันในการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้เรื่องต่างๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกมาจากภายใน สามารถสังเกตเห็นได้

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกและการประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง คือ แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) ได้รับการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ et al. (2539) ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมารณ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ใช้เฉพาะส่วนของ anxiety sub scale เป็นเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยคะแนน 8 - 10 คือ สงสัยอาจมีภาวะวิตกกังวลเข้าร่วมในการวิจัยและใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety: From Y-1) ของ Spielberger (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต โดย ทิพวรรณ คุณพันธ์ (2553) นำมาทดลองใช้ในการประเมินตัวแปรตาม

3.9 ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความวิตกกังวลของผู้ที่มีทวารเทียมเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ด้านภาพลักษณ์ของตนเองถูกคุกคาม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระจากทวารหนักมาเป็นผิวหนังบริเวณหน้าท้องแทนและการมีถุงรองรับอุจจาระติดอยู่บริเวณหน้าท้องตลอดเวลา ทำให้รู้สึกหวาดกลัว ไม่มั่นใจ กลัวในการเข้าสังคม เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดจึงทำให้ไม่สามารถ

ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ อาจเกิดกลิ่นและแก๊สที่ไม่พึงประสงค์ กลัวแป้นและถูกรองรับอุจจาระ หลุดรั่วซึมเปื้อนเสื้อผ้าทำให้อับอาย มีการแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากกลัวคนรอบข้างรังเกียจ ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป (สายสมร เฉลยกิตติ และคณะ, 2556) เกิดความคับข้องใจได้มากในผู้สูงอายุเนื่องจากจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเอง สูญเสียความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะต้องเข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) การไม่มีความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเองและทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น (ทิพวรรณ คุณพันธ์, 2553; วิลาสินี พิพัฒน์ผล, 2557) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีทวารเทียมยังเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้คุณภาพชีวิตหลังมีทวารเทียมลดลง (Mastracci et al., 2006)

4. ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self – Regulation Theory)

ทฤษฎีการปรับตนเอง สร้างขึ้นโดย Leventhal and Johnson (1983) ได้พัฒนามาจากการศึกษาในห้องปฏิบัติการจริงในพื้นที่ศึกษาหลายแห่ง วัตถุประสงค์ของการสร้างทฤษฎีนี้เพื่อศึกษากระบวนการปรับตนเองของบุคคลเมื่ออยู่ในเหตุการณ์ที่คุกคามและเพื่อหาวิธีการช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาการปรับตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย แนวทางของการพัฒนาทฤษฎีนี้มีพื้นฐานอยู่บนมโนทัศน์หลัก 3 อย่าง คือ 1) แรงจูงใจของผู้ป่วย (Patient's motivation) หมายถึง ความปรารถนาและความพยายามของผู้ป่วยที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา 2) การรู้คิดของผู้ป่วย (Patient's cognition) หมายถึง การรับรู้และความสามารถของผู้ป่วยที่จะอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ 3) สภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วย (Patient's emotion) หมายถึง ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งสองท่านได้กล่าวถึงการพยาบาลว่าควรครอบคลุมในเรื่อง 1) การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา (Technical) เช่น การให้ยา การทำแผล เป็นต้น 2) การให้ความรู้ (Education) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่ได้รับการรักษาและการดูแลตนเอง และ 3) การให้การช่วยเหลือ (Supportive) ซึ่งมุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการให้การดูแลเอาใจใส่ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยขณะรับฟังปัญหา เป็นต้น

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้นใช้โครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางของการแสดงพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้เกิดความสามารถที่จะเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยอาศัยการรับรู้และแปลความหมายของสถานการณ์ พิจารณาแนวทางในการตอบสนองทั้งด้านพฤติกรรม

และอารมณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการเผชิญต่อเหตุการณ์นั้นๆ หากไม่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ สถานการณ์ที่คุกคามมาก่อน หรือการต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคยหรือแตกต่างไปจากเดิมที่เคยประสบมา จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เพราะไม่มีภาพรวมของความคิด (Mental image) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotion response) ที่รุนแรง แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยเคยรับรู้หรือเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมาก่อน หรือเคยได้รับข้อมูลมาก่อน จะทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นอีกครั้งจะสามารถแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับ ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง (Behavioral control) และควบคุมเหตุการณ์ได้ดีขึ้น สามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ลดลง (Leventhal & Johnson, 1983) ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) หมายถึง วิธีการนั้นทำอย่างไร เป็นการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการรักษา การให้ข้อมูลชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยและลดอาการตื่นตระหนก กลัวต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ลดความวิตกกังวลลง

2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) หมายถึง การให้ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์จะที่เกิดขึ้นตรงกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มั่นใจ สามารถปรับตัวและเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

3) ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) หมายถึง การสอนผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างไร เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองขณะรับการรักษา ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มั่นใจในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่ตึงเครียด ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้

4) ข้อมูลการให้คำแนะนำ จัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Coping Information) หมายถึง เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำหรือสอนวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจ

สามารถเผชิญเหตุการณ์และแสดงพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขณะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม

ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลในการให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำ ที่มีขั้นตอนครอบคลุมการให้ข้อมูลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ โดยการนำ Application LINE ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้มาช่วยในการให้ข้อมูลผ่านทาง Chat LINE เพื่อลดความวิตกกังวลจากการจดจำเนื้อหาข้อมูลไม่ได้และหรือยังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับมา โดยให้ข้อมูลเป็นการบรรยายประกอบวิดีโอคลิป ส่งข้อมูลวิดีโอคลิป ไปยัง Chat LINE ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย บันทึกใส่ไว้ใน Note ของห้อง Chat LINE ทางโทรศัพท์มือถือ ไอแพดหรือแท็บเล็ตของผู้ป่วยที่รองรับ Application LINE ได้ โดยการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด 1 ครั้งและหลังผ่าตัด 3 ครั้ง เมื่อเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น การให้ข้อมูลตามทฤษฎีปรับตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ คาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวมีพฤติกรรมตอบสนองและการแสดงออกที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียมลงได้

5. การให้ข้อมูลผ่านไลน์

5.1 ความหมายของสื่อ

5.1.1 สื่อ หมายถึง ตัวกลางที่ใช้ถ่ายทอดหรือนำความรู้ในลักษณะต่างๆ จากผู้ส่งไปยังผู้รับให้เข้าใจความหมายได้ตรงกัน (สำนักพัฒนาเทคนิคศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, ม.ป.ป.)

5.1.2 วิดิทัศน์/วิดีโอ มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

สันทัด ภิบาลสุข (2538) เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงจึงสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้มาก เป็นสื่อที่ช่วยเสริมและทดแทนภาระหน้าที่ในการสื่อสารของผู้ให้ความรู้ เนื่องจากวิดิทัศน์สามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้เรียน 3 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ในมิติแห่งความจริง ประสบการณ์ในมิติแห่งกาลเวลาและประสบการณ์ในมิติของสถานที่

หนังสือราชกิจจานุเบกษา (2551) เป็นวัสดุที่มีการบันทึกภาพ ภาพและเสียง ซึ่งสามารถนำมาฉายให้เห็นเป็นภาพเคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่อง

จากความหมายข้างต้น สื่อวิดิทัศน์/วิดีโอ หมายถึง สื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียง ที่สามารถบันทึกภาพ เสียงและนำมาฉายให้เป็นภาพเคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่อง

5.1.3 วิดีโอคลิป คือ ไฟล์คอมพิวเตอร์ประเภทภาพเคลื่อนไหวที่บรรจุเนื้อหาเป็นเรื่องสั้นๆ หรืออาจมีการตัดตอนมาจากเรื่องทั้งเรื่อง หรือเป็นการนำเอาส่วนที่สำคัญ หรือเลือกเฉพาะส่วนต้องการจากต้นฉบับเดิมนำออกมาแสดง ลักษณะของวิดีโอคลิป คือ มีความยาวไม่เกิน 5-10 นาที โดยจะเป็นไฟล์ที่มีรูปแบบการบีบอัดข้อมูลที่แตกต่างกันไป เพื่อให้ไฟล์มีขนาดเล็ก เช่น .wma, .flv, mp4 และ 3gp เป็นต้น แหล่งของวิดีโอคลิป ได้แก่ ข่าว มิวสิกวิดีโอ รายการโทรทัศน์ ภาพยนตร์ หรือจากกล้องบันทึกวิดีโอ แต่ในปัจจุบันมีอุปกรณ์ประเภทพกพา (Mobile device) เช่น Mobile phone, Smart phone หรือ Tablet ที่มีความสามารถในการถ่าย วิดีโอได้โดยมีคุณภาพไม่ด้อยไปกว่าการใช้อุปกรณ์บันทึกที่มีขนาดใหญ่ ทำให้การใช้วิดีโอคลิป แพร่หลายมากขึ้น สะดวกในการบันทึกและจัดเก็บ โดยเมื่อถ่ายวิดีโอคลิปแล้วสามารถเผยแพร่ออกสาธารณะได้สะดวกผ่านช่องทางเครือข่ายการสื่อสารต่างๆ เช่น e-mail, You tube, และ Facebook เป็นต้น ผ่านระบบ 3G หรืออินเทอร์เน็ตความเร็วสูง (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, ม.ป.ท.)

5.1.4 สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นสื่อดิจิทัลหรือซอฟต์แวร์ที่ทำงานอยู่บนพื้นฐานของระบบเว็บ 2.0 (web) หรือเว็บไซต์ (website) บนอินเทอร์เน็ตที่เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการทางสังคมที่มีผู้สื่อสารจัดทำขึ้นเองหรือพบเจอสิ่งต่างๆ เป็นเรื่องราว เหตุการณ์ บทความ ประสบการณ์ รูปภาพ เพลงและวิดีโอ แล้วนำมาแบ่งปันเนื้อหา ข้อมูล ข่าวสารให้ผู้ใช้ในโลกออนไลน์ในเครือข่ายของตนได้รับรู้อย่างรวดเร็ว (แสงเดือน ผ่องพุ่ม, 2556)

5.1.4.1 ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ แบ่งได้ดังนี้ (Williamson, 2013)

1) เครือข่ายสังคม (Social networking site) เป็น website ที่บุคคลหรือหน่วยงานสามารถสร้างและเปลี่ยนข้อมูล เผยแพร่รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว โดยที่บุคคลอื่นสามารถเข้ามาแสดงความคิดเห็น โต้ตอบ ส่งต่อหรือเผยแพร่ ได้แก่ Facebook, Google+ เป็นต้น

2) Website ที่ให้บริการแบ่งปันสื่อออนไลน์ (Video and photo sharing) เป็น website ที่ให้ผู้ใช้สามารถฝากหรือนำข้อมูล รูปภาพ วิดีโอ เพื่อแบ่งปันกับผู้อื่น ได้แก่ You tube เป็นต้น

3) ไมโครบล็อก (Micro-blog) เป็น website ที่เผยแพร่ข้อมูลหรือข้อความสั้น ในเรื่องที่สนใจเฉพาะด้าน รวมถึงสามารถใช้เครื่องหมาย # (Hashtag) เพื่อเชื่อมต่อระหว่างกลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ได้แก่ Twitter Blauk Weibo เป็นต้น

4) บล็อก (Blog) ส่วนบุคคลและองค์กร เป็น Website ที่ผู้เขียนบันทึกเรื่องราวต่างๆ เกร็ดความรู้หรือบทความต่างๆ เผยแพร่สู่สาธารณะชน เขียนเป็นลักษณะไม่เป็นการและแก้ไขได้บ่อย ได้แก่ Blogger Wordpress Bloggang เป็นต้น

5) บล็อกที่มีสื่อสิ่งพิมพ์เป็นเจ้าของ (Blogs hosted by media outlet) เป็น website ที่ใช้ในการนำเสนอข่าวสารของสื่อสิ่งพิมพ์ แต่มีรูปแบบและเป็นทางการมากกว่าบล็อก ได้แก่ theguardian.com เจ้าของคือหนังสือพิมพ์ The Guardian

6) วิกีและพื้นที่สาธารณะของกลุ่ม (Wikis and on LINE collaborative space) เป็น website ที่เป็นพื้นที่สาธารณะออนไลน์เพื่อรวบรวมข้อมูลและเอกสาร ได้แก่ Wikipedia Wikia เป็นต้น

7) กลุ่มหรือพื้นที่แสดงความคิดเห็น (Forums, discussion board and group) เป็น website กลุ่มจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ ทั้งที่เป็นกลุ่มส่วนตัวและสาธารณะ ได้แก่ Google Groups, Yahoo Group และ Pantip

8) เกมออนไลน์ที่มีผู้เล่นหลายคน (On LINE multiplayer gaming platform) เป็น website ที่เสนอรูปแบบการเล่นเกมส์ออนไลน์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถเล่นคนเดียวหรือเป็นกลุ่ม ได้แก่ Second life, World of Warcraft เป็นต้น

9) ข้อความสั้น (Instant messaging) เป็นการรับส่งข้อความสั้นจากมือถือ ได้แก่ SMS (Text massaging)

10) การแสดงตนว่าอยู่ ณ สถานที่ใด (Geo spatial tagging) เป็นการแสดงตำแหน่งที่อยู่พร้อมความเห็นและรูปภาพในสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook, Foursquare เป็นต้น

สื่อเป็นตัวกลางที่ใช้ถ่ายทอดหรือนำความรู้ในลักษณะต่างๆ จากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารให้เข้าใจและสื่อความหมายได้ตรงกัน โดยสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ วิดีโอคลิป เป็นไฟล์ภาพที่มีการบันทึกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์และมีการแบ่งปันข้อมูลโดยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ คือ Application LINE ให้ผ่านทาง Chat LINE สามารถเปิดดูทบทวนได้บ่อยครั้งเพื่อความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ

5.2 ประเภทของสื่อ

มีการจำแนกสื่อการเรียนการสอนตามแนวความคิดที่แตกต่างกัน (สำนักพัฒนาเทคนิคศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, ม.ป.ป.)

5.2.1 จำแนกประเภทสื่อการเรียนการสอน โดยพิจารณาจากลักษณะประสาทการรับรู้ของผู้เรียนจากการเห็นและการฟัง ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของสื่อได้ดังต่อไปนี้

5.2.1.1 สื่อที่เป็นภาพ (Visual Media) ได้แก่ 1) ภาพที่ไม่ต้องฉาย ได้แก่ ภาพจากหนังสือและสิ่งพิมพ์ต่างๆ เป็นต้น 2) ภาพที่ต้องฉาย ได้แก่ เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ เครื่องฉายวิดีโอทัศน์ เป็นต้น

5.2.1.2 สื่อที่เป็นทั้งภาพและเสียง (Audio-Visual Media) ได้แก่ สื่อที่แสดงภาพและเสียงพร้อมๆ กัน เช่น สไลด์ประกอบเสียง ภาพยนตร์ เทปโทรทัศน์และมัลติมีเดีย เป็นต้น

5.2.1.3 สื่อที่เป็นเสียง (Audio Media) ได้แก่ เทปบันทึกเสียง วิทยุ เป็นต้น

5.2.2 จำแนกประเภทของสื่อการเรียนการสอนในทางเทคโนโลยีการศึกษา อาจจำแนกได้เป็น

5.2.2.1 เครื่องมืออุปกรณ์ (Hardware) ที่ประกอบด้วยกลไกไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ เครื่องรับโทรทัศน์ อุปกรณ์ทางเทคนิคอื่นๆ ที่เป็นทางผ่านของความรู้ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

5.2.2.2 วัสดุ (Software) เป็นวัสดุที่เก็บความรู้ในลักษณะเชิงภาพ เสียงและตัวอักษร จำแนกได้ 2 ประเภท คือ วัสดุที่ต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์เพื่อเสนอข้อมูล หรือความรู้ ออกมาสื่อความหมายแก่ผู้เรียน ได้แก่ แผ่นใส เทปบันทึกเสียง เป็นต้น และวัสดุที่สามารถนำเสนอความรู้ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดๆ เช่น ตำราหนังสือ คู่มือ แผ่นภาพ หุ่นจำลอง เป็นต้น

5.2.2.3 เทคนิคและวิธีการ (Technique and Method) ได้แก่ การสาธิต การทดลอง การจัดนิทรรศการ การแสดงบทบาท เป็นต้น สื่อประเภทนี้มักใช้ร่วมกับสื่อ 2 ประเภทแรก จึงจะได้ผลดี

สื่อวีดิทัศน์/วิดีโอ จะอยู่ในรูปของสื่อบันทึกต่างๆ เช่น ดีวีดี ซีดี ม้วนเทป แต่วิดีโอคลิปจะอยู่ในรูปของไฟล์ดิจิทัลที่พร้อมจะอัปโหลดสู่เซิร์ฟเวอร์ (Server) ที่ให้บริการแชร์ไฟล์ คือ การนำเอาวิดีโอคลิปจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นกล้องถ่ายวิดีโอ กล้องดิจิทัล กล้องจากโทรศัพท์มือถือ แล้วนำไฟล์เหล่านั้นมาอัปโหลดไปยังอินเทอร์เน็ต ซึ่งกระบวนการแพร่ภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ตนั้นต้องอาศัยเว็บไซต์ของผู้ให้บริการ

5.3 LINE สำหรับผู้สูงอายุ

ไลน์ (LINE) หมายถึง แอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ ที่ผู้ใช้สามารถสื่อสารด้วยการพิมพ์ข้อความจากอุปกรณ์การสื่อสารจากเครื่องหนึ่งไปสู่อีกเครื่องหนึ่ง จุดเด่นที่ทำให้ LINE แตกต่างจากแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาแบบอื่นๆ คือ รูปแบบของ สติกเกอร์ (Sticker) ที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ที่มีหลากหลาย (กฤษณี เอใหญ่ และ พัทธนี เขยจรรยา, 2559)

สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ได้แก่ Application LINE (สพธอ, 2560) LINE ถูกพัฒนาขึ้นจากระบบการสื่อสารประเภท Voice ล่ม จนไม่สามารถติดต่อสื่อสารกันได้ จากเหตุการณ์วิกฤติเกิดสึนามิที่ประเทศญี่ปุ่น Naver บริษัทผลิตเกมส์สัญชาติเกาหลีที่มีสาขาในประเทศไทยญี่ปุ่น เป็นผู้พัฒนา Application LINE ขึ้นมา Application LINE เป็นการผสมผสานระหว่าง Messaging และ

Voice Over IP ผนวกเข้าด้วยกัน เป็น Application ที่สามารถแชท สร้างกลุ่ม ส่งข้อความ ส่งรูปภาพ ส่งไอคอน สติกเกอร์ โทรศัพท์คุยเป็นกลุ่ม ฯลฯ โดยข้อมูลทั้งหมดไม่ต้องเสียเงิน หากเราใช้งาน โทรศัพท์ที่มีแพ็คเกจอินเทอร์เน็ตรวมอยู่ สามารถใช้งานร่วมกันระหว่าง iOS และ Android รวมทั้งปฏิบัติการอื่นๆ และสามารถใช้งานได้บนคอมพิวเตอร์ PC

5.3.1 LINE มีขั้นตอนการใช้งาน ดังนี้ (สมัครไลน์. com, 2013)

- 1) Download Application LINE ที่ App Store / Play Store ติดตั้งให้เรียบร้อย
- 2) เปิด App ขึ้นมาพบหน้าจอตัวเลือกการใช้งานระหว่าง “ลือคอินผู้ใช้ LINE” และ “ผู้ใช้ใหม่” ให้ทำการเลือกผู้ใช้ใหม่ เพื่อเข้าไปลงทะเบียน LINE
- 3) สามารถสมัคร LINE จากโทรศัพท์มือถือได้ 2 ช่องทางคือ 1) สมัครโดยกรอกเบอร์โทรศัพท์มือถือและทาง LINE จะส่งรหัสมาให้กรอก 2) สมัครโดยลือคอินผ่าน Facebook
- 4) เมื่อสมัครใช้บริการ LINE เสร็จ โทรศัพท์มือถือจะลือคอิน LINE ให้แบบอัตโนมัติและไม่ต้องลือคอินซ้ำและสามารถเพิ่มเพื่อนเพื่อแชทได้ทันที โดยการเพิ่มเพื่อนใน LINE มีขั้นตอนดังนี้ (ไอทีไกด์, 2018)
 - 4.1) เพิ่มเพื่อนด้วยหมายเลขโทรศัพท์กดไอคอน Add Friends จะมีคำสั่ง ID/Phone Number กดเลือก Phone Number และใส่หมายเลขโทรศัพท์ที่ต้องการ
 - 4.2) เพิ่มเพื่อนจากสมุดโทรศัพท์โดยอัตโนมัติ ไปที่ตั้งค่าของโทรศัพท์โดยไปที่ Setting, Privacy, Contacts จะเห็นรายชื่อโปรแกรมที่ต้องการเข้าถึงสมุดโทรศัพท์ หากโปรแกรม LINE แสดงเป็น Off LINE (ปุ่มไม่มีสี) ให้กดที่ปุ่มเพื่อเลื่อนเปลี่ยนเป็นสีเขียว
 - 4.3) เพิ่มเพื่อนด้วย QR Code โดยกดปุ่ม QR Code จะมีตัวอ่าน QR Code ที่ปรากฏ สามารถสแกน QR Code ของบุคคลอื่นเพื่อเพิ่มเป็นเพื่อนและบุคคลอื่นสามารถสแกน QR Code ของเราโดยมาที่ Profile เลือก QR Code ของฉัน เพื่อเพิ่มเพื่อนใน LINE ได้
 - 4.4) Shake it การเขย่าโทรศัพท์มือถือใช้ในกรณีที่ทั้งสองเครื่องโทรศัพท์อยู่ด้วยกัน เมื่อเขย่าเครื่องพร้อมๆ กันสามารถเพิ่มเป็นเพื่อนกันได้
 - 4.5) ด้วย ID โดยเข้าที่หน้า Profile มาที่เมนู User ID ตั้งชื่อ ID สามารถใช้ได้ทั้งตัวอักษรและตัวเลข แต่ที่ปุ่ม Check ระบบจะแสดงปุ่ม Register เพื่อให้ลงทะเบียนใช้ User ID ดังกล่าวได้ เมื่อตั้งค่า ID เสร็จสมบูรณ์ อนุญาตให้เพิ่มเพื่อนโดยใช้ LINE ID โดยกดปุ่ม Add by ID เมื่อเลือกเปิดสวิตช์ บุคคลอื่นๆ จะสามารถค้นหาไอดีของคุณและเพิ่มคุณเป็นเพื่อนได้ เพิ่มบุคคลอื่นเป็นเพื่อนจากการค้นหา ID เปิดหน้าจอ Friends แต่ที่ปุ่ม Add Friends แล้วเลือกแต่ที่ปุ่ม ID/Phone Number กรอก ID เพื่อนลงในช่องว่าง แล้วกดปุ่มแว่นขยาย เพื่อค้นหาเพื่อน

5.3.2 ความสามารถของ Application LINE

5.3.2.1 สนทนาด้วยเสียงฟรี (Free Voice Call) โดยใช้งานผ่านเครือข่าย 3G และ Wi-fi เพื่อส่งข้อมูลรูปแบบเสียง โดยไม่มีเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพิ่ม

5.3.2.2 ส่งข้อความแบบวิดีโอและเสียง (Send Video and Voice Message) โดยสามารถส่งเป็นวิดีโอคลิปหรือเสียงแบบสั้นๆ ความยาวไม่กัวินาที

5.3.2.3 สติกเกอร์รูปการ์ตูนและสติกเกอร์อารมณ์ (Stickers and Emoticons) มีทั้งแบบดาวโหลดฟรีและแบบเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

5.3.2.4 ปรับแต่งภาพวอลเปเปอร์/พื้นหลัง (Customizable Wallpaper) เป็นการเปลี่ยนพื้นหลังของหน้าต่างแชท

5.3.2.5 แชทแบบกลุ่ม (Group Chat)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาเลือกใช้เฉพาะในส่วนของ Chat LINE ซึ่งประกอบด้วย

1) ห้องแชท (Chat) ผู้ใช้เป็นทั้งผู้รับสารและผู้ส่งสาร โดยสามารถส่งเป็นข้อความที่เป็นตัวอักษร ภาพ เสียง วิดีโอ ไอคอนและสติกเกอร์ได้ ข้อมูลมีการสูญหายได้ถ้ามีการลบแชทโดยไม่มีคำสั่งสำรองข้อมูลไว้ก่อนลบ เมื่อกดปุ่ม V มุมบนขวาของโทรศัพท์ จะพบไอคอนโทรศัพท์ฟรีสามารถโทรศัพท์ฟรีและวิดีโอคอล เป็นการโทรศัพท์ที่สามารถเห็นหน้าผู้พูดและผู้สนทนาด้วยด้วยการกดปุ่มรูปภาพวิดีโอ โดยไม่มีเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

2) โน้ต (Note) คือ ห้องที่สามารถประกาศข่าวต่างๆ ให้ผู้อ่านหรือสมาชิกในกลุ่มสามารถ comment ต่อประกาศนั้นๆ ได้ รวมถึงผู้โพสต์และผู้รับสารสามารถแสดงความคิดเห็นโต้ตอบกันได้ภายในห้องและผู้ที่เป็นสมาชิกเท่านั้น โดยตั้งค่าความเป็นส่วนตัว สามารถมองเห็นได้แต่สมาชิกเท่านั้น ข้อมูลไม่สูญหาย ไม่มีวันหมดอายุ นอกจากผู้โพสต์จะเป็นผู้ทำการลบข้อมูลนั้นๆ เอง

3) อัลบั้ม (Album) คือ การส่งภาพอย่างเป็นหมวดหมู่ ภาพไม่สูญหายและไม่เสีย โดยวิธีการใช้งานไปที่ห้องแชท ให้เลือกเครื่องหมายสามเหลี่ยม V ที่อยู่ด้านบนขวาของโทรศัพท์ ซึ่งจะเมนูคำสั่งเพิ่มเติมออกมา เลือกที่อัลบั้ม (ถ้าเราต้องการเข้าดูอัลบั้มอีกครั้งก็ทำเช่นเดิม) กดปุ่มสร้างอัลบั้ม สามารถเลือกรูปภาพจากอัลบั้มต่างๆมาเก็บไว้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาเลือกใช้หรือสร้างสื่อการให้ข้อมูลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) วิดีโอคลิป เนื่องจากสามารถอธิบายโดยภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องร่วมกันได้ ดึงดูดความสนใจของผู้เรียน มีเสียงบรรยายที่สัมพันธ์กับภาพเคลื่อนไหว สามารถทบทวนดูย้อนกลับไปเริ่มเนื้อหาเดิมได้ตลอดเวลา สามารถใช้ร่วมกับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และทำสำเนาหลายๆ ชุดได้ และผู้ได้รับข้อมูลสามารถร่วมกิจกรรมได้ระหว่างดูสื่อโดยการตอบคำถามหรือทำกิจกรรม (กิดานันท์ มลิทอง, 2548) 2) ชุดทดลอง/สาธิต สามารถการ

ฝึกสามารถเรียนรู้เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มได้ ทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับการฝึกได้เห็นปรากฏการณ์จากการทดลองปฏิบัติจริง แสดงวิธีการปฏิบัติหรือขั้นตอนต่างๆ เพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ

ผู้วิจัยสรุปความหมายการให้ข้อมูลผ่านไลน์ หมายถึง การให้ข้อมูลกิจกรรมทางการแพทย์ผ่านสื่อตัวกลางที่ใช้ถ่ายทอดหรือนำความรู้ไปใช้ในลักษณะที่มีทั้งภาพและเสียง โดยการส่งเป็นวิดีโอคลิปจากผู้ส่งสารไปถึงผู้รับสาร สามารถโต้ตอบระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร หรือผู้รับสารด้วยกันผ่านทางเทคโนโลยีสื่อสารระบบเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ต โดยมีอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ที่รองรับสัญญาณอินเทอร์เน็ตและ Application LINE ได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ ไอแพด หรือแท็บเล็ต เป็นต้น ให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE เพื่อให้สามารถเข้าไปเปิดดูบทวนได้ตามต้องการ ลดความวิตกกังวลจากการจำข้อมูลไม่ได้ทั้งหมด ไม่มีวันหมดอายุของวิดีโอคลิปและไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม การนำชุดทดลอง/สาธิต มาช่วยในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ในระยะเวลาสั้น เพื่อเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสนใจมากขึ้น และยังสามารถเพิ่มทักษะในการดูแลทวารเทียมได้ (สุจินดา ลดาสุนทร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2561) เนื่องจากวิดีโอคลิปสามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสหลายทาง สามารถดึงดูดความสนใจได้มากกว่าการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางเดียว (วิภา อุดมฉันท, 2544) การได้รับข้อมูลผ่านไลน์จากเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้มีบทบาทในการโน้มน้าวการตัดสินใจเลือกนำไปใช้ประโยชน์และตามวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น (ธนะวัฒน์ วรรณประภา, 2560)

6. บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

บุคคลที่มีความวิตกกังวล ควรส่งเสริมให้สามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำลงจนสามารถจัดการความวิตกกังวลต่างๆ ได้ โดยให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553)

6.1 การช่วยลดความวิตกกังวล สามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล

6.1.1 การช่วยลดความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรง พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือโดย

6.1.1.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

6.1.1.2 จัดสภาพแวดล้อมให้สงบเพื่อลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

6.1.1.3 ส่งเสริมการทำกิจกรรม พยาบาลควรเข้าไปมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวมีพฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย

6.1.1.4 ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม

6.1.1.5 ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาลดความวิตกกังวลตามการรักษาของแพทย์ พยาบาลควรสังเกตและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

6.1.2 การช่วยเหลือลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยมีจุดมุ่งหมายให้สามารถ แก้ปัญหา ปรับตัวและเรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล

6.2 การช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การแก้ ปัญหา การผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เป็นต้น

6.3 ช่วยให้ผู้บุคคลได้รับการบำบัดที่เหมาะสม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นต้น

6.4 การช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรู้จักความวิตกกังวล โดยสนทนาอย่างมีกระบวนการ การ พูดให้ยอมรับความรู้สึกในกิจกรรมนั้นๆ กระตุ้นให้บทวนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตก กังวล เหตุผลของการเกิดความวิตกกังวล ค้นหาวิธีแก้ไข วางแผนทดลองแก้ไขและให้กำลังใจผู้ป่วย

6.5 การพยาบาลดูแลทวารเทียมที่ดี ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้หลังผ่าตัดสามารถฟื้นฟู สภาพได้เร็วขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การพยาบาลควรครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มี 3 ระยะ คือ (นงลักษณ์ ว่องวิชญพงศ์, 2557)

6.5.1 ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) คือ การเตรียมผู้ป่วยให้มีความ พร้อมต่อการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการอนุญาตผ่าตัด พยาบาลควรประเมินความ เสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การสอนหรือการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก การเตรียมร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด สิ่งที่ต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจให้สามารถ ยอมรับการมีทวารเทียมได้

6.5.2 ระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative nursing care) เป็นบทบาทของพยาบาล ห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด มีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการ พยาบาลและตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ในระยะนี้ต้องดูแลให้ผู้ป่วย ปลอดภัย เฝ้าระวังและอำนวยความสะดวกให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น

6.5.3 ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care) เป็นการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ พ้นจากภาวะวิกฤตสู่ภาวะปกติเพื่อให้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาล คือ 1) ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ 2) ติดตามความสมดุลของเกลือแร่ บันทึกจำนวน intake - output 3) การประเมินความเจ็บปวดและการบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่างๆ 4) การกระตุ้น early ambulation เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 5) ติดตามอาการแทรกซ้อนต่างๆ หลังการทำผ่าตัด การดูแลทวารเทียมหลังผ่าตัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

6.5.3.1 ระยะเวลาที่ 1 การดูแลทวารเทียมภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก เพื่อสังเกต ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดทันที ได้แก่ stoma ischemia, necrosis, bleeding เป็นต้น

6.5.3.2 ระยะเวลาที่ 2 ระยะเวลาพักฟื้น คือ หลังผ่าตัด 24 – 48 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่จะ มีความรู้สึกสับสน วิดกกังวล ไม่มั่นใจในทวารเทียมใหม่และภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะ ในผู้ที่มิทวารเทียมถาวรตลอดชีวิต มีผลกระทบทางด้านจิตใจสูงเนื่องจากยังไม่สามารถยอมรับสภาพ ของตนเองได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและทัศนคติที่ดีกับทวารเทียมใหม่ พุดคุยและ ตอบข้อซักถามต่างๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ไม่แสดงสีหน้าท่าทางรังเกียจขณะทำการเปลี่ยน อุปกรณ์ทวารเทียม อธิบายขั้นตอนของการดูแลทวารเทียมแก่ผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลทวาร เทียมเป็นเรื่องปกติ ควรให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อสร้างความเชื่อมั่น แนะนำการดูแลทำความสะอาด การ เปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทำความสะอาดและสามารถเปลี่ยน อุปกรณ์ทวารเทียมได้ด้วยตนเอง

6.5.3.3 ระยะเวลาที่ 3 ระยะก่อนกลับบ้าน เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับการมีทวารเทียม ดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับ ครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลทวารเทียม ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของทวารเทียม มีดังนี้

1.1) ทวารเทียมไม่ใช่แผล ลักษณะปกติสีแดงหรือสีชมพู ผิวมันเรียบ

ชุ่มชื้น

1.2) ทวารเทียมไม่มีเส้นประสาทจึงไม่มีความรู้สึกเมื่อถูกสัมผัส ควร ระมัดระวังเมื่อเช็ดทำความสะอาด หลีกเลี่ยงการกดทับหรือถูกระแทก เพราะอาจทำให้เลือดออกได้

1.3) ขนาดของทวารเทียมจะคงที่หลังผ่าตัด 6 – 8 สัปดาห์

2) การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ ขึ้นอยู่กับสภาพผิวหนัง ลักษณะของทวาร เทียมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกเอง ถูจะมี 2 แบบ คือ ขึ้น เดียวและแบบชนิด 2 ชั้น หลังผ่าตัดช่วงแรกควรเลือกใช้ถุงแบบขึ้นเดียวชนิดใส เพื่อประเมินทวาร เทียมและการระบายสิ่งขับถ่าย

3) การเท /การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ควรเทอุจจาระเมื่อ มีอุจจาระประมาณ 1/3 ของถุง การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ ควรเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ดังนี้ สำลิจูบน้ำสะอาดบิดหมาด หรือทิชชูแบบเปียก กรรไกร ถุงขยะ กระดาษทิชชู ปากกาเมจิก แป้น และถุงรองรับอุจจาระพร้อมคลิปหนีบปลายถุง วิธีการเปลี่ยน มีดังนี้

3.1) แกะแป้นออกจากผนังหน้าท้องโดยใช้มือข้างหนึ่งกดผิวหนัง บริเวณที่ติดแป้น แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกแป้นออกจากขอบด้านบนของแผ่นลงมาด้านล่าง

3.2) เช็ดทำความสะอาดทวารเทียมด้วยสำลิจูบน้ำบิดหมาด

3.3) ใช้กระดาษทิชชูชุบน้ำให้ผิวหนังรอบทวารเทียมแห้ง

3.4) กรณีใช้ skin barrier paste มีคราบของ paste ติดค้างอยู่ที่ผิวหนัง ให้ใช้สำลีชุบน้ำอุ่นเช็ดออกให้หมด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคราบแข็งติดผิวหนังเป็นสาเหตุให้เกิดผิวหนังแตกเป็นแผล กรณีที่มีขนขึ้นบริเวณรอบทวารเทียม ควรใช้กรรไกรหรือที่โกนหนวดไฟฟ้าขลิบหรือโกนขนให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการระคายเคืองขณะลอกแป้น

3.5) วัดขนาดของทวารเทียมและทำการลอกกลายลงบนแป้นเพื่อทำการตัดให้มีขนาดกว้างกว่าทวารเทียมได้เล็กน้อยประมาณ 2 มิลลิเมตร

3.6) ทำการลอกกระดาษได้แป้นออกและติดแป้นลงบนผิวหนังหน้าท้อง ใช้นิ้วมือวนรอบวงขอบแป้นด้านในและด้านนอกของแป้น

3.7) นำถุงรองรับอุจจาระมาประกบให้สนิท หนีบปลายถุงด้วยคลิปหนีบ ทดสอบด้วยการดึง ให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่ท่าเดิมประมาณ 15 – 20 นาทีเพื่อป้องกันการหลุด

3.8) ล้างทำความสะอาดถุง ผึ่งลมให้แห้ง

6.6 อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การมีอุจจาระหรือปัสสาวะออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย ปวดเพิ่มขึ้น มีไข้ มีแผลรอบทวารเทียม เป็นต้น

6.7 คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้

6.7.1. การรับประทานอาหาร หลังทำผ่าตัดประมาณ 2 เดือน รับประทานอาหารอ่อนที่มีกากน้อย จากนั้นสามารถรับประทานอาหารได้ตามความต้องการ

6.7.2. การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ

6.7.3. การแต่งกาย สวมเสื้อผ้าได้ตามปกติ ไม่ควรรัดแน่น หรือกดเกินไป

6.7.4. การควบคุมกลิ่นและแก๊ส แก๊สเกิดจากการกลืนลมจากหลอดดูดน้ำ การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมากฝรั่ง เป็นต้น ควรงดกิจกรรมดังกล่าวเมื่อต้องเดินทาง

6.7.5. การเดินทาง สามารถเดินทางไปได้ตามปกติ แนะนำให้จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนและทำความสะอาดที่จำเป็นพกติดตัวไปทุกที่

6.7.6. การออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การบริหารแขน - ขา หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่ต้องมีการปะทะหรือกระแทก เพราะอาจเกิดอันตรายต่อทวารเทียมได้และหลีกเลี่ยงการยกของหนักในช่วง 2 - 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด อาจทำให้เกิด Parastomal hernia

6.7.7. เพศสัมพันธ์ ประเมินผู้ป่วยและคู่สมรสแต่ละคู่ เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม พยาบาลควรเข้าใจในความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ประเมินการรับรู้เพื่อให้ข้อมูลสนับสนุนตามลักษณะเฉพาะบุคคล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและการกลับเข้าสู่สังคม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อทวารเทียม โดยให้

ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอนเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ไลน์ของผู้สูงอายุ

ศุภศิศิลป์ กุลจิตต์เจี๊วงค์ (2556) กล่าวว่า Application LINE เป็นการสนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์และแท็บเล็ต ผู้ใช้สามารถสื่อสารด้วยการพิมพ์ข้อความจากอุปกรณ์การสื่อสารเครื่องหนึ่งไปยังอีกเครื่องหนึ่ง จุดเด่นที่ทำให้แตกต่างจากแอปพลิเคชันการสนทนาแบบอื่นๆ คือ รูปแบบของสติ๊กเกอร์ ที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ การใช้โทรศัพท์ฟรี การตั้งค่าคุยเป็นกลุ่มและการสนทนาโดยใช้วิดีโอคอลผ่านทางแอปพลิเคชัน

ศิริพร แซ่ลิ้ม (2558) พบว่า ด้านการเข้าถึงไลน์แอปพลิเคชัน ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารโทรศัพท์เคลื่อนที่สมาร์ทโฟนมากที่สุด รองลงมาคือแท็บเล็ต ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตวายฟายที่บ้านมากที่สุด รองลงมาคือ อินเทอร์เน็ตแบบรายเดือน ด้านความสามารถในการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ประกอบด้วย ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้และทักษะการใช้ไลน์ ด้านพฤติกรรมการใช้ไลน์ ส่วนใหญ่ใช้ไลน์เป็นระยะเวลา 2 ปี ใช้ไลน์ 1- 3 ชั่วโมง จำนวน 2- 5 ครั้งต่อวัน ใช้ไลน์ที่บ้าน ลักษณะการใช้ไลน์มีลักษณะการใช้การแชท/สนทนาข้อความมากที่สุด รองลงมา คือ การส่งต่อ/แบ่งปันข้อมูลรูปภาพต่างๆ วัตถุประสงค์ของการใช้ไลน์เพื่อติดต่อลูกหลาน/ครอบครัว รองลงมา คือ ติดต่อกับเพื่อนเก่าสมัยเรียน/เพื่อนที่ทำงาน

พรชิตา อุปถัมภ์ (2559) พบว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การตระหนักถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ 1.1) การส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสำหรับป้องกันการเจ็บป่วยและการเกิดโรค 1.2) การเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิผลการดูแลรักษาโรคที่เกิดขึ้น และ 2) แหล่งสารสนเทศ ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับเข้าถึงสารสนเทศ ได้แก่ 2.1) เว็บไซต์ด้านสุขภาพ 2) เครื่องมือสำหรับค้นหา และ 3) สื่อสังคมออนไลน์

วรรณพร อินทมุสิก (2559) พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นประจำทุกวัน เฉลี่ย 1 - 4 ชั่วโมงต่อวัน ได้รับเนื้อหาหลายรูปแบบ คือ 1) ภาพเคลื่อนไหว/วิดีโอ 2) ภาพนิ่ง/กราฟฟิก 3) สติกเกอร์ 4) บทความ ข้อมูลต่างๆ และได้รับเนื้อหาหลายประเภท ดังนี้ 1) ข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพ การดูแลตัวเอง 2) เกี่ยวกับธรรมะ 3) How To ต่างๆ 4) การท้าทาย 5) การให้กำลังใจ แรงบันดาลใจ คำคม 6) การเตือนภัย 7) เรื่องตลกขบขัน ผู้สูงอายุเห็นว่าแอปพลิเคชันไลน์มีประโยชน์ทั้งด้านการให้ข่าวสาร ทำให้เป็นคนทันสมัยและเป็นเครื่องมือช่วยแก้เหงาได้เป็นอย่างดี

เฉลิมศักดิ์ บุญประเสริฐ (2560) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการใช้ Application LINE ของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ ความบันเทิงและความสะดวกสบายในการใช้งาน

ธนวัฒน์ วรรณประภา (2560) กล่าวว่า สื่อสังคมออนไลน์กับการศึกษา เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำงานในเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สื่อสังคมออนไลน์จะช่วยให้ผู้เรียนค้นหาความรู้ต่างๆ ได้โดยไร้ขีดจำกัดในเรื่องของเวลาและสถานที่

วิศปต์ย์ ชัยช่วย (2560) พบว่า 1) ผู้สูงอายุเรียนรู้การใช้งาน LINE ด้วยตนเองและจากการแนะนำของเพื่อนหรือลูกหลาน 2) LINE ทำให้เกิดพื้นที่เสมือน ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือญาติได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ 3) LINE กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 4) ผู้สูงอายุแสดงความห่วงใยต่อผู้อื่นและแสดงนัยยะว่าตนเองยังมีสุขภาพดีผ่านทางภาพ “สวัสดีตอนเช้า” 5) ผู้สูงอายุเห็นว่า LINE มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย

อัญชลี เกตุจันทร์, ณัฐพาส สलगอยู่ และสุรินทร์ มรรคา (2561) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีอายุ 61 ปี ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท จะได้รับผลกระทบจากการใช้แอปพลิเคชัน LINE ด้านสุขภาพ ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและด้านเวลามากที่สุด

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียม

สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์ (2546) ได้ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 9 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ในระดับมากและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.44 และ 3 ใน 9 มีความคิดฆ่าตัวตาย

นภาพร ชิตมน (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ได้แก่ การรั่วซึมของอุจจาระ การมีผื่นคันขึ้นรอบๆ บริเวณทวารเทียมทางหน้าท้อง การเข้าสังคม พบว่ามีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 24.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.8

เกศิณี ธีรทองดี (2557) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองที่มีทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล

Bartha, Hajdu, Bokor, Kanyári, and Damjanovich (1995) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 40 เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองจากสังคม ร้อยละ 65 ลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุมีอาการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อย

ละ 35 เปิดเผยว่ามีปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวรังเกียจ ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ

Mäkelä and Niskasaari (2006) ศึกษาโดยการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาทางการรักษาและการดูแลทวารเทียมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม อาการของผู้ป่วย ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ปัญหาทางสังคม พบร้อยละ 30 มีภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม และพบว่าผู้ที่มีทวารเทียม ileostomy มีความยุ่งยากลำบากในการดูแลทวารเทียมมากกว่าผู้ป่วยที่มี Colostomy

Richbourg et al. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความยุ่งยากของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ทางหน้าท้อง หลังออกจากโรงพยาบาล พบมีปัญหาผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง ร้อยละ 76 ผุ้รื้อซึม พบร้อยละ 62 มีกลิ่น พบร้อยละ 59 ต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พบร้อยละ 54 มีภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล พบร้อยละ 53 และพบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือใดๆ จากทีมสุขภาพ

Ayaz (2008) พบว่า การผ่าตัดทำทวารเทียมมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาทางจิตใจเกิดจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการไม่รู้ อดความมีคุณค่าในตนเอง ไม่ชอบตัวเองเกิดขึ้น

Whiteley and Sinclair (2010) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมในผู้มีทวารเทียม 672 ราย ทั้งชนิด ileostomy, colostomy และ ileal conduit ที่แผนกผู้ป่วยนอก พบภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมเกิดขึ้นในผู้ที่มีทวารเทียม ileostomy พบร้อยละ 54.96 ileal conduit พบร้อยละ 40.32 colostomy พบร้อยละ 24.46 เมื่อผิวหนังรอบทวารเทียมถูกทำลายทำให้มีปัญหาในการติดแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เกิดความเจ็บปวดในขณะทำความสะอาดและอาจเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

Sharpe et al. (2011) พบว่า การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาด้านภาพลักษณ์และปัญหาด้านภาพลักษณ์ยังเป็นปัจจัยทำนายเริ่มต้นของระดับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความเครียด

8. โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อไลน์

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย คือ การให้ข้อมูล (สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลช่วยให้เกิดการรับรู้เข้าใจ คาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีการเตรียมจิตใจที่จะเผชิญปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้ (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) ช่องทางในการให้ข้อมูล เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุทัศน์/วิดีโอ วิทยุโคลิก สื่อสังคม

ออนไลน์ เป็นต้น การให้ข้อมูลโดยใช้วิดีโอคลิปที่มีทั้งภาพและเสียงมีผลต่อการดึงดูดความสนใจของผู้รับข้อมูลและสามารถดูซ้ำได้โดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงของเนื้อหา (กิดานันท์ มลิทอง, 2548)

ผู้วิจัยจึงพัฒนาการให้ข้อมูลผ่านไลน์ โดยประยุกต์ทฤษฎีปรับตนเอง (Self - Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทฤษฎีปรับตนเองมีความเหมาะสมในการนำมาพัฒนาการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียม เป็นทฤษฎีความรู้ ความเข้าใจ ใช้การแปลความหมายของสถานการณ์ ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางการเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้เหมาะสม ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ลดลง ลดความวิตกกังวลลงได้ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) หมายถึง วิธีการนั้นทำอย่างไร เป็นการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการรักษา การให้ข้อมูลชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยและลดอาการตื่นตระหนก กลัวต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ลดความวิตกกังวล โดยการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการรักษา ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกระเจ็งลำไส้ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียม และการพยาบาลที่จะได้รับ

2. ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) หมายถึง การให้ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์จะที่เกิดขึ้นตรงกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มั่นใจ สามารถปรับตัวและเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิป สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ แนะนำอุปกรณ์ทวารเทียม

3. ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) หมายถึง การสอนผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างไร เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองขณะรับการรักษา ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มั่นใจในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ตึงเครียด ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมีทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรูดรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมและการสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรูดรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

4. ข้อมูลการให้คำแนะนำจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Coping Information) หมายถึง เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำหรือสอนวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจ สามารถเผชิญเหตุการณ์และแสดงพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขณะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ได้แก่ การแนะนำหายใจเข้า-ออกอย่างลึกๆ รวมทั้งการให้กำลังใจให้เกิดความมั่นใจโดยให้ผู้ช่วยสาธิตการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) มาสร้างเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง วางแผนดำเนินการในการทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขั้นตอน ระยะเวลาของการเข้าร่วมทำกิจกรรม เตรียมผู้ดำเนินวิจัย เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย และเตรียมผู้ดำเนินวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

พบครั้งที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูทบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำอุปกรณ์และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งคลิปวิดีโอให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถูกรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาทีและส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินความสามารถในการ

เปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม ทาง Chat LINE ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาทีและส่งคืนแบบบันทึกการเข้าคู่มือผ่าน LINE

ขั้นประเมินผลการทดลอง เป็นการสรุปผลการดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ชักถามและตอบข้อสงสัย ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test)



9. กรอบแนวคิด

การให้ข้อมูลผ่านไลน์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง Leventhal and Johnson (1983) ดังนี้

พบครั้งที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายส่งข้อมูลให้เป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำอุปกรณ์และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาทีและส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม ทาง Chat LINE ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาทีและส่งคืนแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE

ขั้นประเมินผลการทดลอง สรุปผลการดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผล การให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน รวมจำนวน 44 คน โดยมี รูปแบบการทดลองดังนี้

		กลุ่มทดลอง	○ 1	X	○ 2
		กลุ่มควบคุม	○ 3	—	○ 4
X	หมายถึง	การให้ข้อมูลผ่านไลน์			
○1	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง			
○2	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก กลุ่มทดลองหลังการทดลอง			
○3	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง			
○4	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง			

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ใน โรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน (Burn and Grove, 2009) ที่รับการผ่าตัดระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับ 8-10 คะแนน หมายถึง อาจมีความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า Thai HADS ในการคัดกรอง (หากพบว่าได้ คะแนน ≥ 11 หมายถึง มีความผิดปกติทางจิตเวช จะรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษาส่งต่อผู้ป่วยพบจิตแพทย์)
- 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท สามารถพูด ฟัง มองเห็น อ่านและเขียนภาษาไทยและสื่อสารได้
- 3) มีความยินดีเข้าร่วมและสมัครใจในการวิจัย
- 4) มีอุปกรณ์สื่อสารในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือหรือไอแพดหรือแท็บเล็ต เป็นต้น ที่สามารถเข้าใช้ Application LINE ได้และปรับขนาดตัวหนังสือข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อสามารถให้มองเห็นและอ่านได้ชัดเจน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดของโปรแกรม
- 2) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power of analysis) ของ Burn & Grove (2009) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 เป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลาง ทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-Tailed Test) เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน รวมทั้งหมด 44 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched pair) ในเรื่อง ชนิดของทวารเทียม (ชนิดชั่วคราวและถาวร) และทำการคัดเลือกจนครบ 22 คู่ ตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกลุ่มตัวอย่างโดยแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดย 22 รายแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมและอีก 22 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันอิทธิพลและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) กำหนดให้แต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง ชนิดของทวารเทียม (ชั่วคราวและถาวร) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่เปรียบเทียบกับ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิด

ถาวรมีความวิตกกังวลมากต้องมีการขยับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต (นวพร ชิตมน, 2549) ดังนี้

2.1) กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดในระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

2.2) กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย พบผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวล ได้คะแนน ≥ 11 หมายถึง มีความผิดปกติทางจิตเวช โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า Thai HADS ในการคัดกรอง จำนวน 8 ราย รายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษาส่งต่อผู้ป่วยพบจิตแพทย์ และมีการคัดออกจากการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 ราย เนื่องจากปัญหาสุขภาพภายหลังผ่าตัดทำทวารเทียมไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดของโปรแกรม



ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีผู้ผ่าตัดทวารเทียมชนิดชั่วคราว 14 คู่ ชนิดถาวร 8 คู่ รายละเอียดดังนี้

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ชนิดชั่วคราว	ชนิดถาวร	ชนิดชั่วคราว	ชนิดถาวร
1	✓		✓	
2	✓		✓	
3	✓		✓	
4	✓		✓	
5	✓		✓	
6	✓		✓	
7	✓		✓	
8	✓		✓	
9	✓		✓	
10	✓		✓	
11	✓		✓	
12	✓		✓	
13	✓		✓	
14	✓		✓	
15		✓		✓
16		✓		✓
17		✓		✓
18		✓		✓
19		✓		✓
20		✓		✓
21		✓		✓
22		✓		✓
รวม	14	8	14	8

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ	จำนวน (n = 44)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี) ($\bar{X} = 69.77$; $SD = 7.307$; Range = 60 – 88)						
60 – 69	12	54.5	13	59.1	25	56.8
70 – 79	7	31.8	6	27.3	11	29.5
80 – 89	3	13.6	3	13.6	7	13.6
เพศ						
ชาย	12	54.5	14	63.6	26	59.1
หญิง	10	45.5	8	36.4	18	40.9
สถานภาพ						
โสด	3	13.6	1	4.5	4	9.1
สมรส	18	81.8	11	50.0	29	65.9
หม้าย	1	4.5	9	40.9	10	22.7
หย่าหรือแยกกันอยู่	-	-	1	4.5	1	2.3
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	14	63.6	10	45.5	24	54.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	18.2	-	-	4	9.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	9.1	1	4.5	3	6.8
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	-	-	4	18.2	4	9.1
ปริญญาตรี	2	9.1	7	31.8	9	20.5
ศาสนา						
พุทธ	21	95.5	21	95.5	42	95.5
อิสลาม	1	4.5	1	4.5	2	4.5
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	86.4	17	77.3	36	81.8
อื่นๆ (รับจ้าง, ค้าขาย, เกษตรกร)	3	13.6	5	22.7	8	18.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 22)		(n = 22)		(n = 44)	
แหล่งที่มาของรายได้						
เบี้ยยังชีพ	1	4.5	-	-	1	2.3
เงินบำเหน็จ/เงินบำนาญ	3	13.6	10	45.5	13	29.5
บุตร/หลาน	10	45.5	9	40.9	19	43.2
อื่นๆ (เบี้ยยังชีพ+บุตร/หลาน)	8	36.4	3	13.6	11	25
การดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล						
ตนเอง	5	22.7	8	36.4	13	29.5
บุตร/หลาน	10	45.5	9	40.9	19	43.2
อื่นๆ - คู่สมรส	4	18.2	4	18.2	8	18.2
- น้อง	2	9.1	1	4.5	3	6.8
จำนวนวันที่ทราบการวินิจฉัยโรค						
1 วัน - ≤ 2 เดือน	6	27.3	6	27.3	12	27.3
> 2 เดือนขึ้นไป - ≤ 4 เดือน	2	9.1	5	22.7	7	15.9
> 4 เดือนขึ้นไป - ≤ 6 เดือน	7	31.8	7	31.8	14	31.8
> 6 เดือนขึ้นไป - ≤ 8 เดือน	1	4.5	1	4.5	2	4.5
> 8 เดือนขึ้นไป - ≤ 10 เดือน	3	13.6	1	4.5	4	9.1
> 10 เดือนขึ้นไป - ≤ 1 ปี	-	-	-	-	-	-
> 1 ปีขึ้นไป	3	13.6	2	9.1	5	11.4
ระยะวันนอนในโรงพยาบาล						
1 - 10 วัน	11	50	17	77.3	28	63.6
11 - 20 วัน	8	36.4	5	22.7	13	29.5
20 - 30 วัน	2	9.1	-	-	2	4.5
> 1 เดือนขึ้นไป	1	4.5	-	-	1	2.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 22)		(n = 22)		(n = 44)	
ชนิดของทวารเทียม						
ชั่วคราว	14	63.6	14	63.6	28	63.6
ถาวร	8	36.4	8	36.4	16	36.4

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.8 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 สถานภาพ สมรส คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 81.8 แหล่งที่มาของรายได้ มาจากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 43.2 การดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล มีบุตร/หลาน ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 45.5 จำนวนวันที่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะเวลามากกว่า 4 เดือนขึ้นไป – ≤ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.8 ระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ระยะเวลา 1 – 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ชนิดของทวารเทียม ชนิดชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 63.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการคัดกรอง

แบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งเป็น Anxiety sub scale ในแบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับมาจากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า เคยถูกนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่ จำนวน 60 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ

.8551 สำหรับ Anxiety sub scale เกศินี ชีรทองดี (2557) นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .81 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ การให้คะแนนแบบ Likert scale โดยมีการให้คะแนน 0 - 3 คะแนน คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมดรวมกัน 21 คะแนน แบ่งระดับคะแนนดังนี้

คะแนนรวม 0 - 7	คะแนน คือ	ไม่มีภาวะวิตกกังวล
8 - 10	คะแนน คือ	สงสัยว่าอาจจะมีภาวะวิตกกังวล
11	คะแนน คือ	มีภาวะวิตกกังวล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือคัดกรอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวล ฉบับนี้เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานผ่านการแปลและแปลย้อนกลับ รวมทั้งได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยมานานแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวล ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือและนำมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .82

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ผ่าตัด วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ชนิดของทวารเทียม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (The State Anxiety Inventory: From Y-1) ของ Spielberger (1983) ที่นิยมนำมาใช้แพร่หลาย แปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และทิพวรรณ คุณพันธ์ (2553) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93

ลักษณะเครื่องมือ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ทางบวก 10 ข้อและทางลบ 10 ข้อ ข้อคำถามที่เป็นทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ข้อ

คำถามที่เป็นทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ในแต่ละข้อได้แบ่งระดับความรู้สึกออกเป็นมาตราส่วน วัตถุประสงค์ 4 ระดับ คือ

ข้อคำถามที่เป็นทางบวก เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

4	หมายถึง	ไม่มีเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้
3	หมายถึง	มีเล็กน้อย	ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้เล็กน้อย
2	หมายถึง	มีค่อนข้างมาก	ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ค่อนข้างมาก
1	หมายถึง	มากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด

ส่วนข้อคำถามที่เป็นทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1	หมายถึง	ไม่มีเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้
2	หมายถึง	มีเล็กน้อย	ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้เล็กน้อย
3	หมายถึง	มีค่อนข้างมาก	ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ค่อนข้างมาก
4	หมายถึง	มากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด

มีการแปลผลค่าคะแนนดังนี้

1 - 19	คะแนน	แสดงว่า	ไม่มีความวิตกกังวล
20 - 39	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
40 - 59	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลปานกลาง
60 - 80	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและครอบคลุมเนื้อหา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ผู้มีทวารเทียม 1 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีความรู้ทวารเทียม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและมีความรู้เรื่องทวารเทียม 1 ท่าน อาจารย์ผู้ที่มีความรู้เรื่องสารสนเทศ 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและความเหมาะสมของข้อคำถาม ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำแก้ไขเพิ่มเติม เช่น ให้เพิ่มการวินิจฉัยโรค วันที่ทราบการวินิจฉัยโรค และการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (The State Anxiety Inventory: From Y-1) ของ Spielberger (1983) ผู้วิจัยไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ เนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐาน ที่ผ่านการแปลและแปลย้อนกลับ รวมทั้งได้ถูกนำมาใช้ใน ประเทศไทยมานานแล้ว

2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลแบบเผชิญ ไปทดลองใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือนำมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .802

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลองสร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม สามารถดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย ดังนี้

3.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม เป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความรู้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีการทำแบบประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดวันที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถามเลือกถูก ผิดและไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนนและข้อไม่ทราบได้ 0 คะแนน เกณฑ์ผ่านคือ ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ตอบคำถามได้ถูกต้อง 16 ข้อ แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม หากภายหลังการให้ความรู้ ผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัยภายหลังทำแบบประเมิน พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจให้ถูกต้องและทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมซ้ำอีกครั้งจนกว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง พบว่า ในกลุ่มควบคุมไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ต้องทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมครั้งที่ 2 จำนวน 7 ราย ในกลุ่มทดลอง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ต้องทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมครั้งที่ 2 จำนวน 5 ราย

3.2 แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูรงรับสิ่งขับถ่าย เป็นแบบประเมินทักษะความสามารถการดูแลทวารเทียมหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ เกณฑ์ประเมินการให้คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด 2 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ 0 ในแต่ละข้อที่ประเมินควรได้คะแนนอย่างน้อย 1 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมพร้อมสาธิตการเปลี่ยนแป้นและถูรงรับสิ่ง

ซับซ้อนในเรื่องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ได้และให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับอีกครั้งจนกว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การประเมิน พบว่า ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้งหมด 22 ราย

3.3 แบบบันทึกการเข้าคู่มือผ่าน LINE เป็นแบบสำรวจการเข้าคู่มือเพื่อใช้ทบทวนการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยเขียนวันที่ จำนวนครั้งที่เข้าคู่มือทบทวน โดยมีเกณฑ์ในการเข้าคู่มือ ดังนี้ ก่อนทำผ่าตัด 4 คลิป ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยการเข้าคู่มือแต่ละคลิปอย่างน้อย 1 ครั้ง และเข้าคู่มือหลังทำผ่าตัด 4 คลิป ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) อุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียม และถุงรองรับสิ่งขับถ่าย 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมและ 4) การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม โดยเข้าคู่มือแต่ละคลิปอย่างน้อย 1 ครั้ง หากคู่มือวิดีโอทัศน์ไม่จบในแต่ละคลิป กรุณาระบุเหตุผลในช่องหมายเหตุ เพื่อผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปรับปรุงต่อไป พบว่า ผู้ป่วยมีการเข้าคู่มือผ่าน LINE ก่อนทำผ่าตัด จำนวน 1 ครั้ง 10 ราย จำนวน 2 ครั้ง 10 ราย จำนวน 3 ครั้ง 2 ราย และเข้าคู่มือผ่าน LINE หลังทำผ่าตัด จำนวน 2 ครั้ง 1 ราย จำนวน 3 ครั้ง 7 ราย จำนวน 4 ครั้ง 5 ราย จำนวน 5 ครั้ง 7 ราย และจำนวน 6 ครั้ง 1 ราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย แบบบันทึกการเข้าคู่มือผ่าน LINE ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีความรู้ทวารเทียม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาผู้สูงอายุและมีความรู้เรื่องทวารเทียม 1 ท่าน อาจารย์ผู้ที่มีความรู้เรื่องสารสนเทศ 1 ท่าน (ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิม) ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ไข ดังนี้

ผลของการตรวจสอบความตรงตามข้อเนื้อหา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปได้ดังนี้

1.1.1 แบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ให้เพิ่ม วันที่ทำการผ่าตัด

1.1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ผู้ทรงคุณวุฒิให้แก้ไขปรับปรุง

ดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 3 ระยะเวลา 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทวารเทียมจะลดขนาดลงเรื่อยๆ หลังจากนั้นขนาดจะคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง	- หลังผ่าตัด 6 – 8 สัปดาห์ ทวารเทียมจะมีขนาดลดลงเรื่อยๆ หลังจากนั้นขนาดจะคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง - ควรระบายสิ่งขับถ่ายเมื่อมีอุจจาระ/ปัสสาวะ
ข้อที่ 5 ควรระบายสิ่งขับถ่ายเมื่อมีอุจจาระ/ปัสสาวะ ไม่ควรเกิน 1/3 ของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	ไม่ควรปล่อยให้มียุติมาเกิน 1/3 ของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย
ข้อที่ 14 เมื่อแผลผ่าตัดหายดี ในกรณีที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะเพศ ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ	- ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ภายหลังรับการผ่าตัดและแผลผ่าตัดหายดี (กรณีไม่มีปัญหาของอวัยวะเพศ)

1.1.3 แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งซับซ้อน
ผู้ทรงคุณวุฒิให้แก้ไขปรับปรุงดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังได้รับคำแนะนำ จากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 4 การลอกเปลี่ยนแป้นรองรับสิ่งซับซ้อน อูจจาระ/ปัสสาวะได้โดยใช้นิ้วมือข้าง หนึ่งกดแป้นและนิ้วมืออีกข้างหนึ่ง ค่อยๆ ลอดดึงแป้นออกมา	- แกะเปลี่ยนแป้นรองรับสิ่งซับซ้อนอูจจาระ/ ปัสสาวะได้โดยใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดแป้นและ นิ้วมืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอดดึงแป้นออกมา
ข้อที่ 9 ใช้นิ้วมือวนรอบขอบวงแป้นที่ตัด	- ใช้นิ้วมือวนรอบขอบวงแป้นหลังจากที่ตัดแล้ว
ข้อที่ 11 ใช้นิ้วมือกดวนให้ทั่วทั้งบริเวณด้านใน และด้านนอกของวงแป้น หลังจาก ติดแป้นรองรับอูจจาระ/ปัสสาวะ กับ ผิวหนัง	- หลังติดแป้นรองรับสิ่งซับซ้อนอูจจาระ/ ปัสสาวะ ใช้นิ้วมือกดวนรอบภายในและ ภายนอกขอบวงแป้น เพื่อให้แนบติดกับ ผิวหนัง
ข้อที่ 13 ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมโดยไม่มีการ เปลี่ยนท่ามากกว่า 10 นาที หลังทำ การติดเปลี่ยนแป้นรองรับอูจจาระ/ ปัสสาวะ	- ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิม โดยไม่มีการเปลี่ยนท่าเป็น เวลามากกว่า 10 – 15 นาที หลังทำการติด เปลี่ยนแป้นรองรับอูจจาระ/ปัสสาวะ

2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดทำทวารเทียม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ประเมินความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของเนื้อหา พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย ดังนี้

4.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรม ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้

4.1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม

4.1.2 สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม วารสาร ตำรา ที่เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย ผลกระทบและวิธีการลดความวิตกกังวล โดยเน้นที่การให้ข้อมูลผ่าน LINE ทาง Chat LINE เพื่อกำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลให้ครอบคลุมด้านการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม เพื่อลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลตามทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983)

4.1.3 สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่าน ไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง มีขั้นตอนดังนี้

พบครั้งที่ 1 (แผนกผู้ป่วยนอก) เพื่อสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว ทำการประเมินคัดกรองความวิตกกังวลเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองก่อนทดลองโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS ที่มีคะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม จากนั้นผู้วิจัยสร้างรายชื่อผู้ติดต่อกับผู้ป่วยและปรับตัวอักษรข้อความในโทรศัพท์หรือแทปเล็ตหรือไอแพดให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre – test) จากนั้นให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียมและเมื่อกลับบ้าน หลังบรรยายส่งข้อมูลทั้งหมดเป็นคลิปวิดีโอ

ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 4) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ ผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือไอแพดของผู้ป่วย ผ่าน Chat LINE พร้อมคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม เพื่อทบทวนซ้ำ พร้อมแจกแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ใช้เวลาประมาณ 30 - 50 นาที หลังพบครั้งที่ 2 ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูทบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ทุกวัน อย่างน้อย 1 ครั้งทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัดวันที่ 1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วย แนะนำอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ทดลองสัมผัส ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และส่งคลิปวิดีโอ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัดวันที่ 2) ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ทำการสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลอง และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30 - 50 นาที และส่งคลิปวิดีโอ ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัดวันที่ 3) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมโดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม หากไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ถูกต้องทำแบบประเมินซ้ำจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ สาธิตการทำทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนเป็น และถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หากไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เพิ่มเติมทักษะในส่วนที่ยังไม่ถูกต้องจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และส่งคลิปวิดีโอ ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม และส่งคืนแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ทำการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Post - test) ใช้เวลาประมาณ 30 - 50 นาที หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณและส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการ

4.1.4 จัดทำสื่อประกอบการสอน เพื่อลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

4.1.4.1 จัดทำแผนการสอนให้ครอบคลุมเนื้อหา เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม ประกอบด้วย เรื่อง

1) หน้าที่ของลำไส้ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทวารเทียม

2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สภาพร่างกายหลังผ่าตัดมี ทวารเทียม การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์

3) ลักษณะทวารเทียมที่ดี การเปลี่ยนแปลงและดูแลรองรับสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาดรองรับสิ่งขับถ่าย อุปกรณ์สำหรับทวารเทียม อุปกรณ์เสริม

4) การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม แหล่งให้คำปรึกษา

นำไปตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา โดย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทำ ทวารเทียม ได้แก่ อาจารย์แพทย์ หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลทวารเทียม 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน

4.1.4.2 จัดทำคู่มือ เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม เนื้อหา ประกอบด้วย ทวารเทียมคืออะไร อุปกรณ์สำหรับทวารเทียม อุปกรณ์เสริม อุปกรณ์สำหรับเปลี่ยน แป้นและรองรับสิ่งขับถ่าย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังมีทวารเทียม อาการผิดปกติที่ควรไป พบแพทย์ คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แหล่งให้คำปรึกษาแผนกออสโตมี คลินิก นำไปตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียม ได้แก่ อาจารย์แพทย์ หน่วย ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลทวารเทียม 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และครูวิทยฐานะผู้ชำนาญการด้านสารสนเทศ 1 ท่าน มีลักษณะเป็นสมุดภาพสี ประกอบคำบรรยายเป็นตัวหนังสือเพื่อมอบให้ผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อน ผ่าตัดเพื่อใช้อ่านทบทวนหลังได้รับข้อมูลจากการพยาบาลตามปกติและจากผู้วิจัยในกลุ่มทดลอง และ มอบให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนกลับบ้าน 1 วัน เพื่อใช้อ่านทบทวนความรู้และเป็นแนวทางปฏิบัติตัว หลังมีทวารเทียมเมื่อกลับบ้าน

4.1.4.3 จัดทำสื่อการให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปผ่าน LINE ที่มีลักษณะเป็น ภาพเคลื่อนไหว มีตัวหนังสือบรรยายและมีเสียงดนตรีบรรเลงประกอบ นำไปตรวจสอบความ เหมาะสมความคมชัดของรูปภาพ ระยะเวลา รูปแบบการนำเสนอของวิดีโอคลิป จากครูวิทยฐานะ ผู้ชำนาญการด้านสารสนเทศ 1 ท่าน ในการให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปผ่าน LINE เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียม ทั้งหมด 7 คลิป ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) การปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัด 4) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึง ประสงค์ 5) แนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม แนะนำการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุ

รองรับสิ่งซับซ้อน 6) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม 7) การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม สำหรับส่งให้ผู้ป่วย โดยทำการสร้างรายชื่อติดต่อ ทาง Application LINE ผ่านทาง Chat LINE แล้วบันทึกเก็บไว้ใน Note ของห้องสนทนาระหว่างผู้ป่วยและวิจัยเท่านั้น โดยมีการให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิป 2 ระยะ ดังนี้

1) วิดีโอคลิปก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังจากออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ และ 4) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วยทางห้องแชทและบันทึกใส่ไว้ใน Note ของ Chat LINE

2) วิดีโอคลิปหลังผ่าตัด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ครั้งที่ 2 (หลังผ่าตัด 2 วัน) และครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ส่งเป็นวิดีโอคลิป ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) แนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม วิธีทำความสะอาดทวารเทียมและดูแลรองรับสิ่งซับซ้อน และอุปกรณ์จริง 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม 4) การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม ให้ผู้ป่วยทางห้องแชทและบันทึกใส่ไว้ใน Note ของ Chat LINE

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การหาความจริงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ผู้มีทวารเทียม 1 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีความรู้ทวารเทียม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาผู้สูงอายุและมีความรู้เรื่องทวารเทียม 1 ท่าน อาจารย์ผู้ที่มีความรู้เรื่องสารสนเทศ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความจริงตามเนื้อหาให้ครอบคลุม ถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมระยะเวลา จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน (ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม) โดยยึดถือความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ใน 5 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะและผู้วิจัยปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

ผลของการตรวจสอบความจริงตามเนื้อหา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิสรุปได้ดังนี้

1.1.1 โปรแกรมผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1.1.2 สื่อและวิดีโอคลิปประกอบการสอน ได้แก่

1.1.2.1 แผนการสอน ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาในแผนการสอน เรื่อง การระบายถูกรองรับสิ่งขับถ่าย

1.1.2.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เนื้อหาของแหล่งให้คำปรึกษา

1.1.2.3 สื่อและวิดีโอประกอบการสอน ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการนำเสนอ สื่อให้เป็นในรูปแบบเดียวกัน ปรับระยะเวลาของตัวหนังสือให้เปลี่ยนช้าลง

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและ ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 5 คน ประเมินความชัดเจน ของภาษาและความเข้าใจของเนื้อหา สรุปได้ดังนี้

2.1 โปรแกรมผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวาร เทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ขั้นตอนการดำเนินการทดลองทำให้มี ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายมากขึ้น

2.2 สื่อและวิดีโอคลิปประกอบการสอน ได้แก่

2.2.1 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม พบว่า ตัวหนังสือมีขนาด เหมาะสม อ่านง่ายและชัดเจน ภาพของสื่อชัดเจน

2.2.2 สื่อวิดีโอคลิปประกอบการสอน พบว่า มีการเรียงลำดับของเหตุการณ์ ตามสถานการณ์ความเป็นจริงดูแล้วเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวตาม ภาพของสื่อมีความชัดเจน ระยะเวลาใน การดูสื่อแต่ละวิดีโอคลิปเหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลองและขั้น ประเมินผล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 วางแผนดำเนินการในการทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่วางแผนเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำ ทวารเทียม โดยการกำหนดขั้นตอน ระยะเวลาของการทำกิจกรรมและการเข้าร่วมทำกิจกรรมการให้ ข้อมูลผ่านไลน์

1.2 เตรียมผู้ดำเนินวิจัย โดยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในเรื่อง เป็นผู้มีความรู้เรื่อง การพยาบาลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยทบทวนวรรณกรรม ตำราที่เกี่ยวข้องและเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

1.3 เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิดขึ้นเดียวและชนิดสองชั้น คลิปที่หนีบปลายถุงหรือหนังยางปากกาเมจิก (ชนิดลบไม่ได้) กรรไกร แผ่นวัดขนาดทวารเทียมและหรือแผ่นพลาสติกใสสำหรับวัดขนาด ลำไส้หรือกระดาดชำระชนิดเปียก ถุงขยะ พลาสติกใสสำหรับห่อ ทวารเทียมจำลอง อุปกรณ์เสริมต่างๆ เช่น ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหนัง เป็นต้น

1.4 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน คณะกรรมการพิจารณาวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา โดยได้รับอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 593/61 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2561 วันที่หมดอายุ 14 พฤศจิกายน 2562 ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยฝ่ายศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

1.5 การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินขั้นตอนในการวิจัยโดยการเข้าถึงผู้ป่วยและเชิญเข้าร่วมงานวิจัยโดยแพทย์เจ้าของไข้ โดยอยู่ในระยะการศึกษาประมาณ 3 เดือน นับตั้งแต่แพทย์ได้กำหนดวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมและกำหนดวันผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โดยแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ทำการประเมินคัดกรองความวิตกกังวลเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล Thai HADS ที่มีคะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่างๆ รวมทั้งการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมในกรณีมีโรคร่วม เป็นต้น รอการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จนถึงวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน

2. ขั้นตอนการทดลอง

ทำการดำเนินการทดลองที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการหออผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังผ่าตัดทำทวารเทียมโดยการบรรยายของพยาบาลประจำการตามที่ได้รับกรมอบหมายในแต่ละเวรแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง ดูแลความสุขสบายให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การให้คำแนะนำโดยการบรรยายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด สาธิตการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เป็นต้น

พบครั้งที่ 1 แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ทำแบบประเมินคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หออผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test)

พบครั้งที่ 3 ประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาที หลังดำเนินการกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณและมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมให้ผู้ป่วยเพื่อใช้อ่านทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการ

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

พบครั้งที่ 1 แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ทำแบบประเมินคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างรายชื่อผู้ติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือ หรือไอแพด ของผู้ป่วย ผ่าน Application LINE และขออนุญาต

ปรับปรุงตัวอักษรของข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายให้ข้อมูลเป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูบททวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำอุปกรณ์และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม ทาง Chat LINE

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม ทาง Chat LINE ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาทีและส่งคืนแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณและส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการ

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

เป็นการสรุปผลการดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ชักถามและตอบข้อสงสัย ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่รอรับเข้ารักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียมที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย พร้อมแสดงเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พัททษสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
4. ทำแบบประเมินคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างรายชื่อผู้ติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือ หรือไอแพด ของผู้ป่วยผ่าน Application LINE และขออนุญาตปรับปุ่มตัวอักษรของข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน
5. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครั้ง ก่อนผ่าตัด 2 ครั้ง ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test) และหลังผ่าตัด 3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 30 นาที – 50 นาที

7. หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test)

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่งั่งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม ขอรับการพิจารณารับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 593/61 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2561 วันหมดอายุ 14 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บบันทึกข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเมื่อได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งได้โดยตรงกับผู้วิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบำบัดรักษาและการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (patient/participant information sheet) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (informed consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

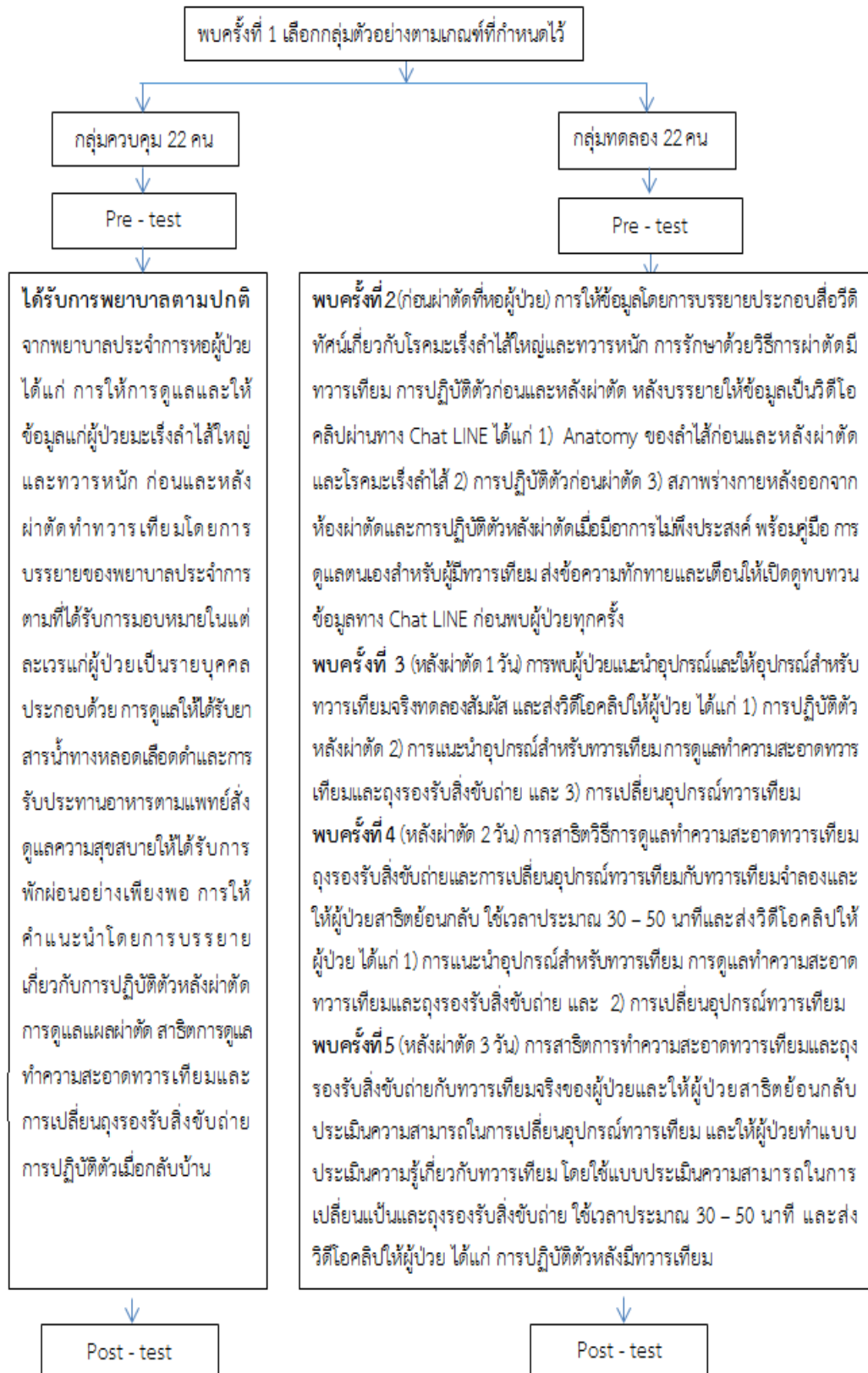
1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระยะเวลาวันที่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะวันนอนโรงพยาบาล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาร้อยละ (Percentage)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test dependent) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบเอฟ (Analysis of variance) กำหนดความแตกต่างอย่างความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สรุปขั้นตอนการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องชนิดของทวารเทียม (ชั่วคราวและถาวร)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์

ความวิตกกังวล	n	mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	22	49.64	4.56	ปานกลาง	21	12.046	.000
หลังทดลอง	22	38.91	2.45	ต่ำ			

จากตารางที่ 3 พบว่า ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนได้รับข้อมูลผ่านไลน์ มีค่าเฉลี่ย 49.64 ภายหลังจากทดลอง มีค่าเฉลี่ย 38.91 พบว่า ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างกลุ่มในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	.091	1	.091	.005	.944
Within Groups	766.545	42	18.251		
Total	766.636	43			

จากตารางที่ 4 ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ พบว่าความวิตกกังวลระหว่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ หลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	145.455	1	145.455	14.854	.000
Within Groups	411.273	42	9.792		
Total	556.727	43			

จากตารางที่ 5 ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ พบว่าความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง Leventhal and Johnson (1983)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล
2. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 คน ช่วงระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเครื่องมือคัดกรองแบบประเมินความวิตกกังวลอยู่ในระดับ 8-10 คะแนน หมายถึง อาจมีความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า Thai HADS (หากได้ คะแนน ≥ 11 มีความผิดปกติทางจิตเวช จะรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษาส่งต่อผู้ป่วยพบจิตแพทย์) มีอุปกรณ์สื่อสารในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ

หรือไอแพดหรือแท็บเล็ต เป็นต้น ที่สามารถเข้าใช้ Application LINE ได้และปรับขนาดตัวหนังสือข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อสามารถให้มองเห็นและอ่านได้ชัดเจน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง ชนิดของทวารเทียม (ชั่วคราวและถาวร) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการให้ข้อมูลโดยการบรรยาย ประกอบวีดิโอคลิป มีการสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถ่วงรองรับ อุจจาระ และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ และส่งวีดิโอคลิปให้ผู้ป่วยผ่านทาง Chat LINE กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ก่อนทำการทดลองและหลังทดลองใช้แบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (ชุดเดิม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการคัดกรอง แบบวัดความวิตกกังวล Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับจากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (The State Anxiety Inventory: From Y-1) ของ Spielberg (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม เป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความรู้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.2 แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถ่วงรองรับสิ่งขับถ่าย เป็นแบบประเมินทักษะความสามารถการดูแลทวารเทียมหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม

3.3 แบบบันทึกการเข้าคู่มือผ่าน LINE เป็นแบบสำรวจการเข้าคู่มือเพื่อใช้ทบทวนการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

4.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีการปรับตัวตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์

4.2 สื่อและวิดีโอคลิปประกอบการสอน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม

ดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลองและขั้นตอนประเมินผล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 วางแผนดำเนินการในการทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่วางแผนเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม โดยการกำหนดขั้นตอน ระยะเวลาของการทำกิจกรรมและการเข้าร่วมทำกิจกรรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์

1.2 เตรียมผู้ดำเนินวิจัย โดยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในเรื่อง เป็นผู้มีความรู้เรื่อง การพยาบาลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยทบทวนวรรณกรรม ตำราที่เกี่ยวข้องและเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

1.3 เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ แบนและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิดขึ้นเดียวและชนิดสองชั้น คลิปที่หนีบปลายถุงหรือหนึ่งยาง ปากกาเมจิก (ชนิดลบไม่ได้) กรรไกร แผ่นวัดขนาดทวารเทียมและหรือแผ่นพลาสติกใสสำหรับวัดขนาด ลำไส้หรือกระดาดชำระชนิดเปียก ถุงขยะ พลาสติกหรือ ทวารเทียมจำลอง อุปกรณ์เสริมต่างๆ เช่น ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหนัง เป็นต้น

1.4 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน คณะกรรมการพิจารณาวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา โดยได้รับอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 593/61 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2561 วันที่หมดอายุ 14 พฤศจิกายน 2562 ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

1.5 การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา เมื่อได้รับหนังสือ

อนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินขั้นตอนในการวิจัยโดยการเข้าถึงผู้ป่วยและเชิญเข้าร่วมงานวิจัยโดยแพทย์เจ้าของไข้ โดยอยู่ในระยะการศึกษาประมาณ 3 เดือน นับตั้งแต่แพทย์ได้กำหนดวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมและกำหนดวันผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โดยแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ทำการประเมินคัดกรองความวิตกกังวลเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล Thai HADS ที่มีคะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการรับเข้ากลุ่มตัวอย่าง จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่างๆ รวมทั้งการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมในกรณีมีโรคร่วม เป็นต้น รอการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จนถึงวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน

2. ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาของการให้ข้อมูลผ่านไลน์เป็นพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 2 ครั้งและหลังผ่าตัด 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 50 นาที โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562

2.1 กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พบครั้งที่ 1 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมในการทำวิจัย ทำการคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญโดยแบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test)

พบครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Post - test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาที หลังดำเนิน

กิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณและมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่ออ่านทบทวน

2.2 กลุ่มทดลอง

พบครั้งที่ 1 แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ทำแบบประเมินคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างรายชื่อผู้ติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือ หรือไอแพด ของผู้ป่วยผ่าน Application LINE และขออนุญาตปรับปุ่มตัวอักษรของข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญโดยแบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายส่งข้อมูลให้เป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าสู่ชื่อผ่าน LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำอุปกรณ์และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถูกรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาทีและส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายและ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม ทาง Chat LINE

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำทำความสะอาดทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวาร

เทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับสิ่งซับซ้อน ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียม ทาง Chat LINE ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 50 นาทีและส่งคืนแบบบันทึกการเข้าคู่มือ LINE หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณและส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการ

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ภายหลังพบผู้ป่วยครั้งที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญโดยใช้แบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Post - test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมกล่าวขอบคุณ

ผลกำกับการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับสิ่งซับซ้อนและแบบบันทึกการเข้าคู่มือผ่าน LINE พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมเฉลี่ยลดลง เท่ากับ 38.91 อยู่ในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่รอรับเข้ารักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียมที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย พร้อมแสดงเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พัททษสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
4. ทำแบบประเมินคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8 – 10 คือ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างรายชื่อผู้ติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือ หรือไอแพด ของผู้ป่วย ผ่าน Application LINE และขออนุญาตปรับปุ่มตัวอักษรของข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน

5. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครั้ง ก่อนผ่าตัด 2 ครั้ง และทำแบบประเมินความวิตกกังวลโดยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre - test) และหลังผ่าตัด 3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 30 นาที – 50 นาที

7. หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญโดยแบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post - test)

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม ขอรับการพิจารณารับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 593/61 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2561 วันหมดอายุ 14 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บบันทึกข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเมื่อได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งได้โดยตรงกับผู้วิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบำบัดรักษาและการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (patient/participant information sheet) และเมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (informed consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระยะเวลาวันที่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะวันนอนโรงพยาบาล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาร้อยละ (Percentage)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบเอฟ (Analysis of variance) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่าน LINE ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.8 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 สถานภาพ สมรส คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.5 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 81.8 แหล่งที่มาของรายได้ จากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 43.2 การดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล มีบุตร/หลาน ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 45.5 ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะเวลามากกว่า 4 เดือนขึ้นไป – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.8 ระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ระยะเวลา 1 – 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ชนิดของทวารเทียม ชนิดชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 63.6

2. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ สามารถลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

การให้ข้อมูลผ่านไลน์ทำให้มีความชัดเจนของลำดับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลำดับขั้นตอนต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ครอบคลุม มีเนื้อหาในการให้ข้อมูลที่เฉพาะกลุ่มโรคและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การให้ข้อมูลผ่านไลน์เป็นการให้ข้อมูลกิจกรรมทางการแพทย์ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) เป็นทฤษฎีความรู้ ความเข้าใจ ใช้การแปลความหมายของสถานการณ์ ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางการเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้เหมาะสม ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ลดลง ลดความวิตกกังวลลงได้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมลดลงจากความวิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 49.64 เป็นความวิตกกังวลระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 38.91 อภิปรายได้ว่า การให้ข้อมูลผ่านไลน์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นภาพเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นและรับทราบถึงความรู้สึกต่างๆ ที่จะต้องประสบ

ได้ชัดเจน ตรงกับสถานการณ์ความเป็นจริง ผู้ป่วยจึงเกิดความเข้าใจในลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อประสบเหตุการณ์จริงทำให้สามารถควบคุมสภาพจิตใจให้พร้อมในการที่จะเผชิญเหตุการณ์ จึงมีคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทริธา ปากันทะ วัลยา บุญประสิทธิ์ และคัทริยา รัตนวิมล (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวลความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีการปรับตนเอง (Leventhal & Johnson, 1983) กล่าวคือ เมื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองดูวิดีโอทัศน์ที่มีข้อมูลครบถ้วน จัดเรียงลำดับขั้นตอนต่างๆ ที่มีเนื้อหาข้อมูลที่เข้าใจง่าย เป็นสื่อที่สามารถมองเห็นภาพและมีเสียงที่เร้าความสนใจได้ดี สามารถบ่งบอกความรู้สึกและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงมีการเรียนรู้ได้ดี โดยมีโครงสร้างของความคิด (schemata) เกี่ยวกับการสลายนิ่วได้ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์การสลายนิ่วจริง ผู้ป่วยจึงสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจนและสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ (Johnson & Lauver, 1989) ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ซัดกันความปวดหรือระดับการเริ่มรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น จึงมีการรับรู้ความปวดลดลง สอดคล้องกับ วชิราภรณ์ ควรขจร และคณะ (2552) ศึกษาผลของการใช้วิดีโอทัศน์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับข้อมูลโดยการชมวิดีโอทัศน์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ แตกต่างกับกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองให้ข้อมูลผ่านไลน์ มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล กลุ่มทดลองเท่ากับ 49.64 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 49.55 เป็นความวิตกกังวลระดับปานกลาง และหลังการทดลองให้ข้อมูลผ่านไลน์ มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล กลุ่มทดลองเท่ากับ 38.91 เป็นความวิตกกังวลระดับต่ำ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 42.41 เป็นความวิตกกังวลระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติเอฟ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมอาจไม่ได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ซึ่งเป็นข้อมูลที่

อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ที่ช่วยให้คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือตรงกับประสบการณ์จริงที่ได้รับ และข้อมูลการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ เป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ช่วยให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ในเรื่องของการสาธิตวิธีการทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย กลุ่มควบคุมผู้ป่วยอาจไม่รับการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจในวิธีการดูแลทวารเทียม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการทำทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย จึงมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมเป็นความวิตกกังวลระดับปานกลางระดับเดิม การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้เล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่แต่ความวิตกกังวลที่ลดลงยังคงอยู่ในระดับเดิม เนื่องจากการให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของพยาบาลเป็นการพูดลักษณะบรรยาย ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถจดจำข้อมูลได้ทั้งหมด มีการซักถามข้อสงสัยในข้อคำถามเดิมบ่อยๆ เนื่องจากความจำระยะสั้นบกพร่องก่อนความจำระยะยาว (ปะราลี โอบาสันท์, 2557) จึงส่งผลให้คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมลดลงเพียงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและข้อมูลการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยได้ทำการสาธิตย้อนกลับวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ข้อมูลชนิดนี้ทำให้สามารถควบคุมสภาพจิตใจและแสดงพฤติกรรมตอบสนองขณะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมจากความวิตกกังวลระดับปานกลาง เป็นความวิตกกังวลระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ สามารถเปิดทบทวนดูข้อมูลซ้ำๆ ได้จากคู่มือและอุปกรณ์สื่อสารต่างๆ ที่รองรับ Application LINE จนเกิดความเข้าใจและจดจำ สามารถทำการโต้ตอบสื่อสารซักถามข้อสงสัยผ่านการโทรศัพท์หรือสามารถพิมพ์ข้อความสนทนาผ่านทาง Chat LINE ระหว่างคู่สนทนาบนอุปกรณ์สื่อสารได้ง่ายขึ้น (ศุภศิลา กุลจิตต์เจี๊วงค์, 2556) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม และสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาในระยะเวลาอันสั้น เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ และพร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ สอดคล้องกับ Lo et al. (2011) ศึกษาประเมินผลโปรแกรมการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยมีทวารเทียม ติดตามประเมินผล 1 สัปดาห์ตามแพทย์นัด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีระดับความรู้ การดูแลตนเองโดยรวม ทัศนคติและพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ลีกิจ โหราฤทธิ์ (2551) พบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจมากขึ้นเนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้โดยผ่าน

ประสาทสัมผัสหลายทาง สามารถดึงดูดความสนใจได้มากกว่าการเรียนรู้ผ่านทางประสาทสัมผัสทางเดียว เนื่องจากภาพที่ใช้ในสื่อเป็นภาพจากเหตุการณ์จริง มีการเรียงลำดับตามเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ มีภาพเคลื่อนไหว และมีเสียงประกอบ ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดและพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลลงได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ได้รับการเตรียมตัวหรือไม่ได้รับการเตรียมตัว ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการเข้ารับผ่าตัดทำทวารเทียม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถนำผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ใช้ในการลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียมและเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้และยังมีคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถอ่านบททวนได้ เพื่อช่วยในการจดจำรายละเอียดข้อมูลการดูแลทวารเทียมและช่วยส่งเสริมการให้ข้อมูลได้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาและติดตามความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียมระยะยาวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน

2.2 ควรมีการนำสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ นอกจาก Application LINE มาประยุกต์ใช้ในการให้ข้อมูล เช่น Facebook ซึ่งปัจจุบันเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุใช้เพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กิตานันท์ มลิทอง. (2548). เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อรุณาการพิมพ์.
- เกศินี ธีรทองดี. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขมณัฏฐ์ มิ่งศิริธรรม. (2013). Social media สร้างสรรค์เพื่อการศึกษา. *Veridian E-Journal SU*, 6(1), 72-81.
- จักรพันธ์ เอื้อนเรศรัษฎ์. (2554). Staging of colorectal cancer. ในปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ). มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. (2551). คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จุฬาร ประสงค์. (2544). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่ลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- เฉลิมศักดิ์ บุญประเสริฐ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุ. (การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต), สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้ง กรุ๊ป.
- ทิพวรรณ คุณพันธ์. (2553). ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนะวัฒน์ วรรณประภา. (2560). สื่อสังคมออนไลน์กับการศึกษา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 11(1), 7-20.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*

ประเทศไทย, 41(1), 18-30.

ชนาวรรณ ศรีกุลวงศ์. (2556). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจุกวัยผู้ใหญ่. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. ใน อีรานุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ). มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์ (หน้า 125-140). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นภัสกร กรวยสวัสดิ์. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์. วารสารสารสนเทศศาสตร์, 28(3), 82-88.

นภาพร ชิตมน. (2549). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. (วิทยาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

บุญชัย งามสิริมาศ. (2557). Diverting ostomy. ใน ตัน คงเป็นสุข วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา และ วรุฒ์ โล่ห์สิริวัฒน์ ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 52. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ประกายดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (2558). ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด. วารสารนเรศวรพะเยา, 8(2), 107-112.

ประทีน ไชยศรี. (2550). การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ. เชียงใหม่: ยูเนี่ยนออฟเซ็ท.

ปริญญา ทวีชัยการ. (2554). มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. นนทบุรี: อัมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์.

ปะราลี โอภาสนันท์. (2557). การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21. เชียงราย: โรงพิมพ์ดาวเหนือ.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พจนา ปิยะปรกรณ์ชัย. (2526). การศึกษาติดตามปฏิบัติการทางอารมณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีระบบขณะอยู่โรงพยาบาล. (ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรชิตา อุปลัมภ์. (2559). พฤติกรรมการแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์, 11(1), 252-261.

ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์. (2555). Colostomy/Ileostomy ทวารเทียมหรือทวารใหม่.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2554). Colostomy, Ileostomy and Complication. ใน ปริญญา ทวีชัยการ ตำรา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (หน้า 348-371). กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้ง

แอนดป์ปลิซซิ่ง จำกัด (มหาชน).

ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง (บก.).

(2559). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สแกนอาร์ต.

ลิกิจ โหระฤทธิ์. (2551). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคระบบทางเดินอาหาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วงเดือน เอี่ยมสกุล. (2548). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

วรรณพร อินทมุสิก. (2559). การศึกษาพฤติกรรมการใช้และผลที่ได้รับต่อชีวิตและจิตใจจากแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มผู้สูงอายุสมาคมบ้านปิ่นรัก. (การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาวิชาการสื่อสารการตลาดดิจิทัล มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (ม.ป.ท.). วิดีโอคลิป. Retrieved from <https://th.wikipedia.org>

วิภา อุดมฉันท. (2544). การผลิตสื่อโทรทัศน์และสื่อคอมพิวเตอร์: กระบวนการสร้างสรรค์และเทคนิคการผลิต. กรุงเทพมหานคร: บุ๊คพอยท์.

วิลาสินี พิพัฒน์ผล. (2557). ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิศปต์ย์ ชัยช่วย. (2560). การใช้ Line ของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 10(1)*, 905-918.

ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

ศรีลา สำเภา. (2544). Management of stomal complication. ใน ธนพล ไหมแพง และ ชีระนุช บุญพัฒนาพงศ์ การดูแลบาดแผลและทวารเทียม (หน้า 81-91). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศศิธร มงคลสวัสดิ์. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทวารเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร แซ่ลิ้ม. (2558). พฤติกรรมการใช้ไลน์แอปพลิเคชันของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. (วารสารศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์. (2556). ไลน์ในรูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ตโฟน ข้อดี

- และข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน. วารสารนักบริหาร, 33(4), 42-54.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: พร
ทรัพย์การพิมพ์.
- สพธอ. (2560). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยปี. Retrieved from
<https://www.edta.or.th/documents-for-download.html>.
- สมพร วรรณวงศ์. (2553). การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถใน
การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสต
รมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สมัครไลน์. com. (2013). วิธีการสมัคร LINE ในโทรศัพท์พร้อมรูปภาพประกอบ. Retrieved from
<http://สมัครไลน์.com/register-line-on>.
- สันต์ ภิบาลสุข. (2538). การใช้สื่อการสอน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พีระพัธนา.
- สาคร หับเจริญ. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. ใน อธิษฐาน บุญ
พัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ) มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้
ตรง: วจนแห่งศิลป์ (pp. 141-155). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม: สพธอ. (2560).
รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยปี 2560. Retrieved from
<https://www.edta.or.th/documents-for-download.html>.
- สำนักพัฒนาเทคนิคศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. (ม.ป.ป.). เอกสาร
ประกอบการบรรยาย เรื่อง สื่อการเรียนการสอน. Retrieved from <https://issu.com>>docs
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ ปาเฮ. (2558). การใช้สื่อเครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือทางการศึกษา. Retrieved from
<http://www.addkotec3.com/wp-content/uploads/2011/11/facebook.pdf>
- สุรศักดิ์ พุฒินิชย์. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย
ศัลยกรรม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, มณวิภา สาครินทร์ และสิริวรรณ กิตติเนาวรัตน์. (2546). การศึกษาอาการ
แสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
สภากาชาดไทย, 28(2), 117-123.

แสงเดือน ผ่องพุ่ม. (2556). สื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการนำมาประยุกต์ใช้. Retrieved from http://library.senate.go.th/document/Ext6685/6685991_004.pdf.

แสงหล้า พลนอก, รสสุคนธ์ วาริทสกุล, และสมพร เจษฎาจารย์เมธา. (2545). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม. (รายงานการวิจัย), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

หนังสือราชกิจจานุเบกษา. (2551). พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551. Retrieved from <http://www.ksculture.go.th>

อรทัย สนใจยุทธ. (2539). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท), สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรวรรณ วงศ์แก้วโพธิ์ทอง. (2553). Social Media เครื่องมือเพิ่มศักยภาพทางธุรกิจ. วารสารนักบริหาร, 30(4), 63-69.

เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ต้นขเทิดธรรม และสุกัญญา ศุภฤกษ์. (2554). การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก, 4(1), 35-41.

ไอทีไกด์. (2018). วิธีเพิ่มเพื่อนใน Line ด้วยหมายเลขโทรศัพท์. Retrieved from <https://www.it-guides.com>>line-add-friend.

ภาษาอังกฤษ

Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safae, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian journal of palliative care*, 18(3), 176.

Arumugam, P., Bevan, L., Macdonald, L., Watkins, A., Morgan, A., Beynon, J., & Carr, N. (2003). A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal disease*, 5(1), 49-52.

Ayaz, S. (2008). Body Image and Self-Esteem in Patients with Stoma. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(2), 154.

Bartha, I., Hajdu, J., Bokor, L., Kanyári, Z., & Damjanovich, L. (1995). Quality of life of post-colostomy patients. *Orvosi hetilap*, 136(37).

- Bass, E., Del Pino, A., Tan, A., Pearl, R., Orsay, C., & Abcarian, H. (1997). Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Diseases of the colon & rectum*, 40(4), 440-442.
- Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. *Trends in cognitive sciences*, 11(7), 307-316.
- Borwell, B. (1997). The psychosexual needs of stoma patients. *Professional nurse (London, England)*, 12(4), 250-255.
- Bosshardt, T. L. (2003). Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older. *Archives of Surgery*, 138(10), 1077-1082.
- Braamse, A. M., van Turenhout, S. T., Terhaar sive Droste, J. S., de Groot, G. H., van der Hulst, R. W., Klemm-Kropp, M., . . . Mulder, C. J. (2016). Factors associated with anxiety and depressive symptoms in colorectal cancer survivors. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 28(7), 831-835.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Caricato, M., Ausania, F., Ripetti, V., Bartolozzi, F., Campoli, G., & Coppola, R. (2007). Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal disease*, 9(6), 559-561.
- Carlsson, E., Fingren, J., Hallén, A.-m., Petersén, C., & Lindholm, E. (2016). The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy Wound Management*, 62(10), 34-48.
- Colussi, A., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., . . . Zamattio, V. (2001). The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical reviews in oncology/hematology*, 39(3), 235-245.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 217-226.
- Dabas, H., Sharma, K. K., Joshi, P., & Agarwala, S. (2016). Video teaching program on management of colostomy: Evaluation of its impact on caregivers. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 21(2), 54.

- Duchesne, J. C., Wang, Y.-Z., Weintraub, S. L., & Boyle, M. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis/discussion. *The American Surgeon*, *68*(11), 961.
- GLOBOCAN. (2015). Statistic cancer. Retrieved from <https://www.iarc.fr/>
- Gouin, J.-P., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics*, *31*(1), 81-93.
- Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nybaek, H., Jemec, G. B., Karlsmark, T., & Laursen, T. N. (2006). Descriptive study of peristomal complications. *British Journal of Nursing*, *15*(16), 854-862.
- Herrera, S., Montorio, I., & Cabrera, I. (2017). Effect of anxiety on memory for emotional information in older adults. *Aging & mental health*, *21*(4), 362-368.
- Johnson, J. E., & Lauver, D. R. (1989). Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. *Avances in Nursing Science*, *11*(2), 39-52.
- Jonkers, H. F., Draaisma, W., Roskott, A., Van Overbeeke, A., Broeders, I., & Consten, E. (2012). Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *International journal of colorectal disease*, *27*(8), 1095-1099.
- Katz, J. R. (1997). Back to basics: providing effective patient teaching. *AJN The American Journal of Nursing*, *97*(5), 33-36.
- Kimura, C. A., Kamada, I., Guilhem, D., & Monteiro, P. S. (2013). Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, *33*(4), 216-221.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). *Laboratory and field experimentation development of theory of self-regulation*. St. Louis: The C.V. Mosby Co.
- Lo, S. F., Wang, Y. T., Wu, L. Y., Hsu, M. Y., Chang, S. C., & Hayter, M. (2011). Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of advanced nursing*, *67*(1), 68-76.
- Mäkelä, J., & Niskasaari, M. (2006). Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland. *Scandinavian journal of surgery*, *95*(1), 23-27.
- Mäkelä, J., Turku, P., & Laitinen, S. (1997). *Analysis of late stomal complications*

following ostomy surgery. Paper presented at the *Annales chirurgiae et gynaecologiae*.

- Mastracci, T. M., Hendren, S., O'Connor, B., & McLeod, R. S. (2006). The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Diseases of the colon & rectum, 49*(12), 1878-1884.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Tylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2009). *Current perspectives on anxiety disorder*. New York: Springer publishing company.
- Nybaek, H., & Jemec, G. (2010). Skin problems in stoma patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 24*(3), 249-257.
- Persson, E., & Hellström, A.-L. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of WOCN, 29*(2), 103-108.
- Ratliff, C. R., Scarano, K. A., & Donovan, A. M. (2005). Descriptive study of peristomal complications. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 32*(1), 33-37.
- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 34*(1), 70-79.
- Shabbir, J., & Britton, D. (2010). Stoma complications: a literature overview. *Colorectal disease, 12*(10), 958-964.
- Sharpe, L., Patel, D., & Clarke, S. (2011). The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of psychosomatic research, 70*(5), 395-402.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for The State - Trait Anxiety: Inventory (STAI) from Y: Self - evaluation questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Stelton, S., Zulkowski, K., & Ayello, E. A. (2015). Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Advances in skin & wound care, 28*(6), 275-284.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Principle and practice of psychiatric nursing* (7th Ed.). St. Louis: Mosby.
- Varcarolis, E. M. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence - base care* (2nd ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders.

- Wade, B. E. (1990). Colostomy patients: psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma-care nurses and districts which did not. *Journal of advanced nursing*, 15(11), 1297-1304.
- Whiteley, I., & Sinclair, G. (2010). A review of peristomal skin complications after the formation of an ileostomy, colostomy or ileal conduit. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 30(3), 23.
- Williamson, A. (2013). Social Media Guidelines for Parliaments. Retrieved from <http://archive.ipu.org/PDF/publications/SMG2013EN.pdf>
- Woo, K. (2010). Wound-related pain: anxiety, stress and wound healing. *Wounds UK*, 6(4), 92-98.
- ZAJĄC, O., SPYCHAŁA, A., MURAWA, D., WASIEWICZ, J., FOLTYN, P., & POŁOM, K. (2008). Quality of life assessment in patients with a stoma due to rectal cancer. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 13(3), 130-134.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ประพนธ์ กาญจนศิลป์

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยวิบูลย์รักษ์ ธนาครไทยพาณิชย์ชั้น 3
งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

3. นางสาวจันทิพย์ ตรีถะ

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถานที่ปฏิบัติงาน ตึกภูมิสิริฯ 15 C

4. นางเอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ (ชื่อเดิม นางกมลกานต์)

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. นางนันทรีณี ชูใหม่

ตำแหน่งปัจจุบัน ครูวิทยฐานะชำนาญการ สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงเรียนมหาวชิราวุธ จังหวัดสงขลา



ที่ ศธ 0512.11/ 1754



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑3 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนมหาวชิราวุธ จังหวัดสงขลา

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

เนื่องด้วย นางไพรัตน์ ศุกระศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาทำหยาเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนันท์ริณี ชูใหม่ ครูประจำโรงเรียนมหาวชิราวุธ จังหวัดสงขลา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางนันท์ริณี ชูใหม่

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

นางไพรัตน์ ศุกระศร โทร. 08-1407-0403

ที่ ศธ 0512.11/ 1419



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศิศพระย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

1 สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางไพรัตน์ ศุภระศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่งเฝ้าไข้และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยท่าทวารเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจันทิพย์ ศีระทะ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกภูมิสิริมังคลานุสรณ์ 15 C ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวจันทิพย์ ศีระทะ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางไพรัตน์ ศุภระศร โทร. 08-1407-0403

ที่ ศธ 0512.11/ 1758



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

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

เนื่องด้วย นางไพรัตน์ ศุกระศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวิดีโอผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่งั่งเก้าอี้และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยวิบูลย์รักษ์-ธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางไพรัตน์ ศุกระศร โทร. 08-1407-0403



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 135ค

วันที่ 13 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางไพรัตน์ ศุภระศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำหัตถ์เทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ประพนธ์ กาญจนศิลป์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นายแพทย์ ประพนธ์ กาญจนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
นางไพรัตน์ ศุภระศร โทร. 08-1407-0403

ที่ ศธ 0512.11/176๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางไพรัตน์ ศุภระศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางไพรัตน์ ศุภระศร โทร. 08-1407-0403





COA No. 1111/2018

IRB No. 593/61

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** : ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่เริ่มใส่ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดทำหัตถ์เทียม
- เลขที่โครงการวิจัย** : -
- ผู้วิจัยหลัก** : นางไพรัตน์ ศุภระศร
- สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีทบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
- เอกสารรับรอง** :
1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0, 2 พฤศจิกายน 2561
 2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 24 กันยายน 2561
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม) Version 2.0, 2 พฤศจิกายน 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



4. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง) Version 2.0, 2 พฤศจิกายน 2561
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1.0 Date 24 กันยายน 2561
6. แบบสอบถาม Version 2.0, 2 พฤศจิกายน 2561
 - ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง
 - ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
7. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Mrs. Pairat Sukrasara
 - Assist.Prof. Siriphan Sasat, Ph.D., RN.

ลงนาม 
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงชธาดา สืบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชันัญญา ทองตัน)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย


วันที่รับรอง : 15 พฤศจิกายน 2561
 วันหมดอายุ : 14 พฤศจิกายน 2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

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

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการผ่าตัดทำหوارเทียม

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางไพรัตน์ ศุภระศร
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึก กุมิสิริฯ ชั้น 15 โชน C (ตึกจกกลนี้ฯ ชั้น 1)
ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 81525-6

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-4070403

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ รศ.ดร. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-218-1130

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-8411371

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำหوارเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ที่วิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยมะเร็งในเพศชาย พ.ศ. 2558 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิงเป็นอันดับ 5 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทไขมันและเนื้อสัตว์สูงชัน การบริโภคผักและผลไม้ในสัดส่วนที่ลดน้อยลงทำให้เกิดโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงขึ้น

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำหوارเทียม ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและยังต้องเผชิญกับปัญหาระหว่างเข้าสู่กระบวนการรักษา อีกทั้งสมรรถนะในการปรับตัวในผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความเครียดนั้นดีกว่าคนวัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

สาเหตุของความวิตกกังวล ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด เกิดจากขาดความรู้ในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น การตรวจวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ความไม่มั่นใจต่อสถานการณ์การผ่าตัด กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ (Smelter et al., 2008) อาจทำให้เกิดปัญหาในระยะหลังผ่าตัดได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เพียงแต่

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	AF 09-04/5.0 หน้า 1/5
---	--	---	--------------------------

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ที่เข้ารับการทำหัตถการเทียม

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางไพรัตน์ ศุภระศร
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึก ภูมิสิริฯ ชั้น 15 โขน C (ตึกจกกลนิฯ ชั้น 1)
ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02 -256 -4000 ต่อ 81525-6
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-4070403

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสิทธิ์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-218-1130
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-8411371

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำหัตถการเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้นำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบเป็นสาเหตุการชีวิตอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยมะเร็งในเพศชาย พ.ศ. 2558 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิงเป็นอันดับ 5 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันและเนื้อสัตว์สูงชัน การบริโภคผักและผลไม้ในสัดส่วนที่ลดน้อยลงทำให้เกิดโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงสูงขึ้น

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำหัตถการเทียม ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและยังต้องเผชิญกับปัญหาระหว่างเข้าสู่กระบวนการรักษา อีกทั้งสมรรถนะในการปรับตัวในผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวล ความเครียดนั้นน้อยกว่าคนวัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

สาเหตุของความวิตกกังวล ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด เกิดจากขาดความรู้ในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น การตรวจวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ความไม่มั่นใจต่อสถานการณ์การผ่าตัด กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ (Smelter et al., 2008) อาจทำให้เกิดปัญหาในระยะหลังผ่าตัดได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เพียงแต่

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

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่งำลัง
ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการทำหัตถการ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อม
ด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการ
อธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด
ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ
ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอม
จากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้อง
กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้า
ได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
ต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้
สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการ
วิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ
จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRE No. <u>593, 61</u> Date of Approval <u>15 พ.ค. 2561</u>
--



ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้วิจัย	
<input type="checkbox"/> กลุ่มควบคุม	<input type="checkbox"/> กลุ่มทดลอง
ลำดับที่.....	CN :
ชนิดของทวารเทียม	<input type="checkbox"/> ชั่วคราว
	<input type="checkbox"/> ถาวร

การวินิจฉัยโรควันที่ทราบการวินิจฉัยโรค

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่.....วันที่ผ่าตัด.....วันที่จำหน่าย.....

คำชี้แจง : กรุณาเติมคำในช่องว่างหรือเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงที่ เกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี เกิดวันที่เดือน..... พ.ศ.

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส

() หม้าย () หย่าหรือแยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย

() ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () ปริญญาตรี

() สูงกว่าระดับปริญญาตรี

5. ศาสนา () พุทธ () คริสต์

() อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ () ไม่ได้ประกอบ () อื่นๆ ระบุ.....

7. แหล่งที่มาของรายได้ () เบี้ยยังชีพ () เงินบำเหน็จ/เงินบำนาญ

() บุตร/หลาน () อื่น ๆ ระบุ.....

8. ที่อยู่

9. หมายเลขโทรศัพท์

10. การดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล

() ตนเอง () บุตร/หลาน

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 แบบคัดกรองความวิตกกังวล Hospital Anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทย
(Thai HADS) ของผู้สูงอายุระยะเริ่มล่าช้าใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของท่าน
ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () คำตอบที่ใกล้เคียงกับ
ความรู้สึกของท่านขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. ฉันรู้สึกตึงเครียด | | 5. ฉันรู้สึกมีความคิดวิตกกังวล | |
| () เป็นส่วนใหญ่ | 3 | () เป็นส่วนใหญ่ | 3 |
| () บ่อยครั้ง | 2 | () บ่อยครั้ง | 2 |
| () เป็นบางครั้ง | 1 | () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย | 1 |
| () ไม่เป็นเลย | 0 | () นานๆ ครั้ง | 0 |
| 2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้ | | 6. ฉันรู้สึกแง่มใสเบิกบาน | |
| () เหมือนเดิม | 0 | () ไม่มีเลย | 3 |
| () ไม่มากเท่าแต่ก่อน | 1 | () ไม่บ่อยนัก | 2 |
| () มีเพียงเล็กน้อย | 2 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () เกือบไม่มีเลย | 3 | () เป็นส่วนใหญ่ | 0 |
| 3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีขึ้น | | 7. ฉันสามารถทำตามตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย | |
| () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย | 3 | () ได้ดีมาก | 0 |
| () มี แต่ไม่มากนัก | 2 | () ได้โดยทั่วไป | 1 |
| () มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ | 1 | () ไม่บ่อยนัก | 2 |
| () ไม่มีเลย | 0 | () ไม่ได้เลย | 3 |
| 4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้ | | 8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม | |
| () เหมือนเดิม | 0 | () เกือบตลอดเวลา | 3 |
| () ไม่มากนัก | 1 | () บ่อยมาก | 2 |
| () มีน้อย | 2 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () ไม่มีเลย | 3 | () ไม่เป็นเลย | 0 |



ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุเมื่งำลังใส่ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้บรรยายเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเองในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบนานเกินควร ในข้อใดข้อหนึ่ง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ที่ชัดเจนที่สุด

- | | |
|-------------------------|--|
| 1 หมายถึง ไม่มีเลย | คือ ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ |
| 2 หมายถึง มีเล็กน้อย | คือ ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้เล็กน้อย |
| 3 หมายถึง มีค่อนข้างมาก | คือ ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ค่อนข้างมาก |
| 4 หมายถึง มากที่สุด | คือ ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด |

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่งำลังใส่ใหญ่และทวารหนักก่อนมีทวารเทียม/หลังมีทวารเทียม	ไม่มีเลย (1)	มีเล็กน้อย (2)	มีค่อนข้างมาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัยในชีวิต				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเครียด				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกอารมณ์เสีย				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าอาจจะเกิดสิ่งร้ายขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม (ก่อน/หลังผ่าตัด)

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความในช่องทางซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 เลือกตอบ ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด
 เลือกตอบ ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบเกี่ยวกับข้อความนั้น

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ทวารเทียมปกติจะมีสีแดงหรือสีชมพูเป็นมันเงา เวลาสัมผัสจะรู้สึกเจ็บ			
2. ทวารเทียมเป็นแผลผ่าตัด ควรเช็ดทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ			
3. หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ทวารเทียมจะมีขนาดลดลงเรื่อยๆ หลังจากนั้นขนาดจะคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง			
4. ขณะเช็ดทำความสะอาดทวารเทียมอาจมีเลือดออกได้เล็กน้อย หากเลือดหยุดไหลได้เมื่อกดด้วยสำลีเบาๆ ถือเป็นปกติ			
5. ควรระบายสิ่งขับถ่ายเมื่อมีอุจจาระ/ปัสสาวะ ไม่ควรปล่อยให้เต็มปริมาณ เกิน 1/3 ของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย			
6. การวัดและตัดขนาดความกว้างของวงแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ ไม่ควรเกิน 2 มิลลิเมตร จากขอบของทวารเทียมถึงแป้นรองรับสิ่งขับถ่าย			
7. ท่านสามารถวัดขนาดของทวารเทียมและตัดวงของแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายไว้ล่วงหน้า ตั้งแต่หลังทำผ่าตัด เพื่อความสะดวกในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ			
8. ท่านไม่สามารถอาบน้ำและล้างทำความสะอาดทวารเทียมด้วยสบู่ได้ หลังแผลผ่าตัดหายดีแล้ว			
9. หลังผ่าตัดเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ท่านไม่ควรยกของน้ำหนักเกิน 5 กิโลกรัม อาจเกิดปัญหาไส้เลื่อนได้			
10. หลังผ่าตัด 2 เดือน ท่านสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ เช่น การเดิน การแกว่งแขน เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจมีการกระแทกกับทวารเทียมได้ เช่น การอุ้มหลาน/เด็กเล็ก เป็นต้น			
11. อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก ได้แก่ บร็อคโคลี่ กะหล่ำปลี ถั่ว หัวหอม แดงกวาและน้ำอัดลม เป็นต้น			



ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.2 แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งขับถ่าย

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ใช้เป็นแนวทางในการประเมินความสามารถในการทำความสะอาด

การเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะของผู้ป่วย โดยใส่ ✓ ในช่องว่าง

ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด หมายถึง ให้ค่าคะแนนข้อละ 2 คะแนน

ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน หมายถึง ให้ค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ได้ หมายถึง ให้ค่าคะแนนข้อละ 0 คะแนน

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ความสามารถในการปฏิบัติ			รายละเอียดเพิ่มเติม
	ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด	ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน	ปฏิบัติไม่ได้	
ความสามารถในการระบายถูกรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ 1. ระบายสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะออกจากถูกรองรับสิ่งขับถ่ายได้				
2. ทำความสะอาดปลายถูกรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะได้				
3. เปิด - ปิดปลายถูกรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะได้				
การเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะและ และการทำความสะอาดทวารเทียม 4. แกะถูกรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะออกจากแป้นโดยใช้ นิ้วมือข้างหนึ่งกดแป้นและนิ้วมืออีกข้างค่อยๆ ดึงถูออกจาก แป้น				
5. แกะเปลี่ยนแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะได้โดยใช้ นิ้วมือข้างหนึ่งกดแป้นและนิ้วมืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกดึงแป้น ออกมา				



ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.3 แบบบันทึกการเข้าสู่สื่อวีดิทัศน์ผ่าน Application LINE

คำชี้แจง : * กรุณาลงวัน/เดือน/ปี ที่เข้าสู่สื่อ

: ** กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในการเข้าสู่แต่ละครั้ง ตามความเป็นจริง (ในช่องก่อนทำ
ผ่าตัดและหลังผ่าตัด: กรณีดูสื่อวีดิทัศน์ ไม่จบการระบุเหตุผลในช่องหมายเหตุเพื่อผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและ
แก้ไขปรับปรุงต่อไป

วันที่ทำผ่าตัด

วันที่เข้าสู่สื่อวีดิทัศน์ (*)	ก่อนทำผ่าตัด (ครั้ง) (**)	หลังทำผ่าตัด (ครั้ง) (**)	หมายเหตุ (โปรดระบุ..)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.2.3 สื่อวีดิทัศน์

คลิปที่ 1 กายวิภาคของลำไส้และโรคมะเร็งลำไส้

<https://drive.google.com/file/d/1E7B5wZbecramzTAKZ9wO0xvmJTGOYS2j/view?usp=sharing>

คลิปที่ 2 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

<https://drive.google.com/file/d/0B0HRs2VmMr03aFFZOTJsdEgzZWhtbDh6NTlmZFhoNTUxNE9F/view?usp=sharing>

คลิปที่ 3 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

<https://drive.google.com/file/d/11anN6lvGFUabrQqUAnBYaF5lgmjRmklb/view?usp=sharing>

คลิปที่ 4 สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัด

https://drive.google.com/file/d/15gVns9kflj9qRi7OXMBoqtpgg_chj7f/view?usp=sharing

คลิปที่ 5 แนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม วิธีทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

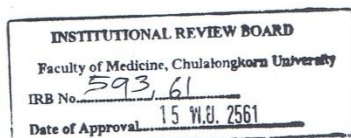
<https://drive.google.com/file/d/15WoyaM3pSxHE6Xee3yJJo0TNhKVmW7RQ/view?usp=sharing>

คลิปที่ 6 การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

<https://drive.google.com/file/d/13tYg0SpVI0hunfSWd7iPaZTmly8X-2P/view?usp=sharing>

คลิปที่ 7 การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียมและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

<https://drive.google.com/file/d/1HFm5K3iyuu0r4pT6MZSmTXJ4RmWdl79d/view?usp=sharing>



ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.2.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม

**คู่มือการดูแลตนเอง
สำหรับผู้มีทวารเทียม**



จัดทำโดย

นางไพรัตน์ ศุกระศร

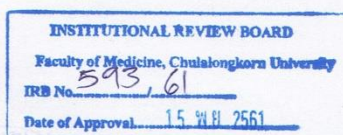
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ. รอ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์





ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์

คนที่	ความวิตกกังวล				ผลต่างคะแนน
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	48	ปานกลาง	40	ปานกลาง	-8
2	49	ปานกลาง	42	ปานกลาง	-7
3	52	ปานกลาง	44	ปานกลาง	-12
4	48	ปานกลาง	41	ปานกลาง	-7
5	50	ปานกลาง	46	ปานกลาง	-4
6	46	ปานกลาง	42	ปานกลาง	-4
7	46	ปานกลาง	41	ปานกลาง	-5
8	44	ปานกลาง	40	ปานกลาง	-4
9	45	ปานกลาง	39	ต่ำ	-6
10	50	ปานกลาง	40	ปานกลาง	-10
11	43	ปานกลาง	41	ปานกลาง	-2
12	57	ปานกลาง	53	ปานกลาง	-4
13	56	ปานกลาง	43	ปานกลาง	-13
14	50	ปานกลาง	43	ปานกลาง	-7
15	51	ปานกลาง	42	ปานกลาง	-11
16	48	ปานกลาง	40	ปานกลาง	-8
17	54	ปานกลาง	48	ปานกลาง	-6
18	48	ปานกลาง	40	ปานกลาง	-40
19	52	ปานกลาง	38	ต่ำ	-14
20	46	ปานกลาง	42	ปานกลาง	-4
21	57	ปานกลาง	41	ปานกลาง	-16
22	50	ปานกลาง	44	ปานกลาง	-6

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความ วิตกกังวล	กลุ่มควบคุม(n = 22)		
	Mean	S.D	ระดับ
ก่อนทดลอง	49.55	3.96	ปานกลาง
หลังทดลอง	42.55	3.69	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 49.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.96 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 42.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.96 เมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลางเท่าเดิม จำนวน 20 คน และลดลงเป็นความวิตกกังวลระดับต่ำจำนวน 2 คน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม ของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์

คนที่	ความวิตกกังวล				ผลต่างคะแนน
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	45	ปานกลาง	37	ต่ำ	-8
2	42	ปานกลาง	38	ต่ำ	-4
3	48	ปานกลาง	39	ต่ำ	-11
4	50	ปานกลาง	39	ต่ำ	-11
5	54	ปานกลาง	41	ปานกลาง	-13
6	48	ปานกลาง	42	ปานกลาง	-6
7	50	ปานกลาง	40	ปานกลาง	-10
8	54	ปานกลาง	38	ต่ำ	-16
9	48	ปานกลาง	39	ต่ำ	-9
10	46	ปานกลาง	39	ต่ำ	-7
11	58	ปานกลาง	39	ต่ำ	-9
12	51	ปานกลาง	44	ปานกลาง	-7
13	60	ปานกลาง	48	ปานกลาง	-12
14	42	ปานกลาง	38	ต่ำ	-4
15	56	ปานกลาง	39	ต่ำ	-13
16	46	ปานกลาง	39	ต่ำ	-13
17	49	ปานกลาง	37	ต่ำ	-12
18	52	ปานกลาง	38	ต่ำ	-14
19	44	ปานกลาง	39	ต่ำ	-5
20	52	ปานกลาง	36	ต่ำ	-16
21	50	ปานกลาง	38	ต่ำ	-12
22	49	ปานกลาง	35	ต่ำ	-14

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความ วิตกกังวล	กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	Mean	S.D	ระดับ
ก่อนทดลอง	49.64	4.56	ปานกลาง
หลังทดลอง	38.91	2.45	ต่ำ

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 49.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.56 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 38.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.45 เมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลางเท่าเดิม จำนวน 5 คน และลดลงเป็นความวิตกกังวลระดับต่ำ จำนวน 17 คน

ตารางที่ 8 แสดงผลประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม

คู่มือ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	หลังทดลองร้อยละ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	หลังทดลองร้อยละ
1	3	16	80	8	20	100
2	3	17	85	4	19	95
3	0	19	95	4	17	85
4	12	18	90	16	20	100
5	0	18*	90*	14	19	95
6	3	16	80	4	20	100
7	5	16	80	4	18*	90*
8	3	16*	80	12	20	100
9	7	16	80	7	18	90
10	4	17	85	7	19	95
11	3	17	85	3	19*	95*
12	0	16*	80*	5	18*	90*
13	0	20*	100*	7	19	95
14	0	17	85	10	20	100
15	3	17	85	2	19*	95*
16	4	16	80	4	19	95
17	6	16	80	13	20	100
18	6	17*	85*	6	19	95
19	5	17*	85*	0	18*	80
20	4	17	85	0	19	95
21	10	19	95	0	17	85
22	3	16*	80	10	20	100

* หมายถึง ทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ครั้งที่ 2

จากตารางที่ 8 รายงานผลประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีการทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมครั้งที่ 2 ในกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย ในกลุ่มทดลองจำนวน 5 ราย

ตารางที่ 9 แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งซับซ้อน

รายที่	ความสามารถในการปฏิบัติ			คะแนน
	ปฏิบัติได้ถูกต้อง ทั้งหมด	ปฏิบัติได้ถูกต้อง บางส่วน	ปฏิบัติไม่ได้	
1	24	1	-	25
2	22	2	-	24
3	24	1	-	25
4	26	-	-	26
5	26	-	-	26
6	26	-	-	26
7	22	2	-	24
8	26	-	-	26
9	24	1	-	25
10	24	1	-	25
11	22	2	-	24
12	22	2	-	24
13	24	1	-	25
14	24	1	-	25
15	24	1	-	25
16	24	1	-	25
17	24	1	-	25
18	26	-	-	26
19	26	-	-	26
20	26	-	-	26
21	24	1	-	25
22	24	1	-	25

จากตารางที่ 9 กลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งซับซ้อนทั้งหมด

ตารางที่ 10 แบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE

รายที่	ก่อนทำผ่าตัด(ครั้ง)	หลังทำผ่าตัด(ครั้ง)	ทั้งหมด
1	3	5	8
2	1	2	3
3	2	5	7
4	2	3	5
5	2	5	7
6	1	3	4
7	1	3	4
8	2	6	8
9	1	5	6
10	2	5	7
11	1	5	6
12	2	3	5
13	1	5	6
14	1	3	4
15	2	3	5
16	2	4	6
17	2	4	6
18	1	3	4
19	2	4	6
20	3	4	7
21	1	4	5
22	1	5	6

จากตารางที่ 10 แบบบันทึกการเข้าดูสื่อวีดิทัศน์ผ่าน Application LINE ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีการเข้าดูสื่อวีดิทัศน์ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 ครั้ง



เครื่องมือในการคัดกรอง

แบบวัดความวิตกกังวล Thai HADS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.820	.731	14

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (The State Anxiety Inventory: From Y-1)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.802	.802	20

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางไพรัตน์ ศุกระศร
วัน เดือน ปี เกิด	1 มีนาคม 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดนครพนม
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรการพยาบาล ดูแลบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขี้ถ่ายไม่ได้ พ.ศ. 2549
ที่อยู่ปัจจุบัน	43 พหลโยธิน 65 แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY