

ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกต่าง
ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่
โรงพยาบาลศิริราช



จารุวรรณ กองแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกต่าง
ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชั้นเนื้อตับที่

โรงพยาบาลศิริราช

นางสาว..... กอแก้ว

นางสาวจรรวณ กอแก้ว

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ปร.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์.นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

พ.บ., อ.ว.(โรกระบบทางเดินอาหาร)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

.....

รองศาสตราจารย์รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร

ปร.ด. (เวชศาสตร์เขตร้อน)

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกต่าง
ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับที่

โรงพยาบาลศิริราช

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 16 พฤษภาคม 2551

จุฬารัตน์ กองแก้ว

นางสาวจรรุวรรณ กองแก้ว

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทน์โมลี ส.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ประ.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์.นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

พ.บ., อ.ว.(โรคระบบทางเดินอาหาร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร

ปร.ค. (เวชศาสตร์เขตร้อน)

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ รศ.นพ. ทวีศักดิ์ แทนวันดี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง จนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สุริย์ จันทรโมลี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาอันมีค่า ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณอนิตา ปานบ้านแพ้ว คุณสิริลักษณ์ ลีลาวดี คุณศิริพร ปานโต คุณทวีทรัพย์ สิ้นเพ็งและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคตับทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และให้กำลังใจขณะทำการทำวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พ่อ แม่ ที่อบรมสั่งสอน ดูแล คอยให้กำลังใจจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนขอขอบคุณทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ในที่นี้ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือ การทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จด้วยดี

จารุวรรณ กองแก้ว

ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วย
ที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช (EFFECTIVENESS OF A PARTICIPATORY
LEARNING PROGRAM TO PROMOTE HEALTH LITERACY IN PATIENTS UNDERGOING
LIVER BIOPSY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND)

จารุวรรณ กองแก้ว 4637254PPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, Dr.P.H., ภรณี วัฒนสมบุรณ์, ประ.ด.,
ทวีศักดิ์ แทนวันดี พ.บ., อ.ว.(โรกระบบทางเดินอาหาร)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผล โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 39 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2550- มกราคม 2551 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Student's t-test, Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความแตกฉานด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ แต่ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ หลังทดลองความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยแตกฉานด้านสุขภาพ ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ จึงควรพิจารณานำเอางค์ประกอบของการวิจัยในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : การเจาะชิ้นเนื้อตับ/ความแตกฉานด้านสุขภาพ/ความวิตกกังวล/ความพึงพอใจในบริการ

EFFECTIVENESS OF A PARTICIPATORY LEARNING PROGRAM TO PROMOTE HEALTH LITERACY IN PATIENTS UNDERGOING LIVER BIOPSY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND

JARUWAN KONGKAEW 4637254 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS : CHANUANTONG TANASUGARN Dr.P.H., PARANEE

VATANASOMBOON Ph.D., TAWESAK TANWANDEE M.D.

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to evaluate the effectiveness of a participatory learning program to promote health literacy in patient undergoing liver biopsy at Siriraj hospital, Bangkok, Thailand.

The sample were selected on a purposive sampling basis on the basis of specific criteria. The total samples of this study consisted of 39 patients undergoing Liver Biopsy. Nineteen patients received the intervention and 20 patients served as comparison. The study was conducted from September, 2007 until January, 2008. Self administered questionnaires were used for data collection before and after interventions. Frequency, Percentage, means, standard deviation, paired t-test, and student's t-test were used for data analysis.

The study findings revealed that immediately after the experiment the experimental group had statistically significant higher mean scores of health literacy than before the experiment and also than those of the comparison group. The experimental group could not decrease their anxiety. The experimental group had higher mean score of service satisfaction but it was not statistically significant.

Based on this finding, it can be concluded that the participatory learning program was effective to improve health literacy of patients who underwent liver biopsy. Therefore, it is recommended that the participatory learning program should be used to promote health literacy in other hospitals.

KEY WORDS : ANXIETY / HEALTH LITERCY / LIVER BIOPSY / PARTICIPATORY LEARNING / SATISFACTION

137 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
วัตถุประสงค์ทั่วไป	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
คำจำกัดความ	6
ขอบเขตการวิจัย	9
ข้อจำกัดในการวิจัย	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
แนวคิดและทฤษฎี	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
รูปแบบการวิจัย	53
ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การสร้างเครื่องมือและการทดสอบเครื่องมือ	59
การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	93
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	104
บรรณานุกรม	114
ภาคผนวก	120
ประวัติผู้วิจัย	137

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับความวิตกกังวล	40
2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค	42
3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ	45
4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย	47
5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการศึกษา จำแนกตามสาเหตุที่ออกจากการศึกษา	67
6 ร้อยละของคุณลักษณะประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ	68
7 ประเมินผลการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ จำแนกตามเวลาที่ใช้ในการอ่านเฉลี่ย และความสามารถการอ่าน	70
8 ประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ จำแนกตามคำที่มีอ่านผิด	71
9 แสดงความแตกต่างด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง	73
10 แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test	74
11 แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test	75
12 แสดงผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t-test	76
13 แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test	77
14 แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test	78
15 แสดงผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t-test	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
16	แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test	80
17	แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test	81
18	แสดงผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t-test	82

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กลไกการเกิดความวิตกกังวล	24
2	วงจร และทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์	30
3	การเกิดความพึงพอใจของบุคคล	32
4	แผนการวิจัย	53
5	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	65

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ ที่เก่าแก่และใหญ่ที่สุดในประเทศไทย (รายงานประจำปี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 98) มีจำนวนผู้มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกจำนวน 1,909,436 ราย ผู้ป่วยใน 98,803 ราย จำนวนเตียงรวมทั้งสิ้น 2,368 เตียง (รายงานประจำปีภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2547 : 63) ในการพัฒนาคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้กำหนดนโยบายด้านคุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ผลการดำเนินงานปี, 2544-2547 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) โรงพยาบาลศิริราชเริ่มการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม 2543 (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2545 : 89) และได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2545 โดยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามระบบมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เพราะเล็งเห็นประโยชน์ในการที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ มีมาตรฐาน และเป้าหมายที่ชัดเจน มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 97-105) โรงพยาบาลศิริราชกำหนดเป้าหมายในการบริหารจัดการ โดยดำเนินตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (รายงานประจำปี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 99)

การเจาะชิ้นเนื้อตับเป็นงานบริการผู้ป่วยของสาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและเน้นผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา (รายงานประจำปีภาควิชาอายุรศาสตร์, 2547) ในปี 2547 มีจำนวนผู้ป่วยมารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ 288 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกจำนวน 229 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.51 กลุ่มผู้ป่วยใน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.49 ผู้ป่วยชาย 152 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.78 ผู้ป่วยหญิง 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.22 จากลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยชาย 18 รายคิดเป็นร้อยละ 60 ผู้ป่วย

หญิงจำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 40 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มาเจาะชิ้นเนื้อตับเท่ากับ 45 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการร้อยละ 30 รองลงมาร้อยละ 23.34 ประกอบธุรกิจส่วนตัว ผู้ป่วยได้รับการเจาะชิ้นเนื้อตับนั้นมีด้วยกันหลายสาเหตุ เช่น โรคตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบบี และ ซีชนิดเรื้อรัง (chronic hepatitis B and C) มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ตับแข็ง (cirrhosis) ตับมีไขมันมาก (fatty liver) ตับอักเสบจากยา (drug-induced hepatitis) ตับอักเสบต่อภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoimmune hepatitis) เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัยโรคตับทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจอาการทางร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทางรังสี การตรวจวินิจฉัยจากลักษณะทางพยาธิวิทยา การตรวจวินิจฉัยลักษณะทางพยาธิวิทยา เป็นวิธีที่สามารถบอกได้ว่า เป็นโรคตับอักเสบจากสาเหตุใด หรือเป็นมะเร็งตับชนิดใด (ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2544 : 7) ซึ่งการเจาะชิ้นเนื้อตับเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาไม่แพง ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าวิธีอื่นใช้เป็นวิธีวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard) และใช้ในการประเมินโรคตับ เพื่อวินิจฉัยโรค ติดตามการดำเนินโรค และการตอบสนองต่อการรักษา (Siegel, C.A., Suriawinata, A.A., Silas, A.M., Van Leeuwen, D.J., 2005 : 199) กลุ่มผู้ป่วยโรคตับมีความจำเป็นที่จะต้องรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ เมื่อการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยวิธีอื่นไม่สามารถอธิบาย สาเหตุ หรือระยะการดำเนินโรคได้ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเจาะชิ้นเนื้อตับซ้ำเนื่องจาก

1. แพทย์ใช้ผลการเจาะชิ้นเนื้อตับติดตามผลการรักษา เช่น กลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนตับ
2. ผลทางพยาธิวิทยาไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่แน่ชัด ในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งตับ หรือผู้ที่มาก่อนที่ตับ
3. ปริมาณชิ้นเนื้อไม่เพียงพอต่อการอ่านผลทางพยาธิวิทยา

ผู้ป่วยที่นัดหมายเจาะชิ้นเนื้อตับ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารว่ามีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อตับ โดยแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยรับการเจาะชิ้นเนื้อตับในรายที่จำเป็นเท่านั้น เมื่อแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยเจาะชิ้นเนื้อตับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อตับปฏิเสธที่จะรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษามักจะไม่ไ้ระยะแรกของโรค ผู้ป่วยไปรับการตรวจมาหลายโรงพยาบาลแต่อาการยังไม่ดีขึ้น จากการสัมภาษณ์แพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 7 ท่าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตกใจและรู้สึกกลัวต่อการเจาะชิ้นเนื้อตับ ผู้ป่วยกลัวเจ็บ กลัวตาย กลัวตับจะเป็นรู กลัวว่าการเจาะ

ขึ้นเนื้อตับจะทำให้โรคอื่นกำเริบ/รุนแรงขึ้น กล่าวว่าการเจาะขึ้นเนื้อตับจะทำให้มะเร็งแพร่กระจาย กลัวภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยบางรายคิดว่าการเจาะขึ้นเนื้อตับคือการผ่าตัดตับ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่มาเจาะขึ้นเนื้อตับตามนัด เนื่องจากความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย ส่งผลต่อการรับรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วย ทำให้มีผู้ป่วยไม่ได้มาเจาะขึ้นเนื้อตับตามนัด จากสถิติผู้ป่วยนัดเจาะขึ้นเนื้อตับที่สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช ในปี 2549 มีผู้ป่วยมานัดเจาะขึ้นเนื้อตับจำนวน 242 ราย มีผู้ป่วยไม่มารับการเจาะขึ้นเนื้อตับตามนัด 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.12 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาเจาะขึ้นเนื้อตับจำนวน 15 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 7 ราย ผู้ป่วยหญิง 8 ราย ผู้ป่วย 14 ราย เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ผู้ป่วยอีก 1 ราย มาด้วยภาวะไขมันเกาะตับ ผู้ป่วยตัดสินใจเจาะตรวจขึ้นเนื้อตับตามคำแนะนำของแพทย์เนื่องจากผู้ป่วยต้องการทราบว่าสภาพตับของตนเป็นอย่างไร หลังเจาะขึ้นเนื้อตับแล้วแพทย์จะให้การรักษาถูกวิธี และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งตับ เมื่อผู้ป่วยต้องเจาะขึ้นเนื้อตับพบว่าผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัว ส่วนใหญ่กลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ เช่น กลัวว่าเจาะขึ้นเนื้อตับแล้วจะเป็นอันตราย ไม่แน่ใจว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นจะรุนแรงเพียงใด กลัวว่าเจาะขึ้นเนื้อตับแล้วจะทำให้เสียชีวิต กลัวเจ็บ กลัวเป็นมะเร็ง กลัวเครื่องมือ และพบว่าผู้ป่วยกลัวว่าการเจาะขึ้นเนื้อตับจะกระตุ้นให้เป็นมะเร็งตับ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการหรือขั้นตอนการเจาะขึ้นเนื้อตับ มีความแตกต่างจากการผ่าตัดอื่นหรือไม่ แพทย์นำชิ้นเนื้อตับมาตรวจได้อย่างไร การเจาะขึ้นเนื้อตับจะทำให้เป็นแผลเป็นหรือไม่ เจาะแล้วแผลจะหายสนิทได้หรือไม่

การนัดหมายเจาะขึ้นเนื้อตับเป็นกระบวนการในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้มีข้อมูลสำหรับประกอบการตัดสินใจ รูปแบบการให้ข้อมูลแบบเดิม ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ เอกสารคำแนะนำการเจาะขึ้นเนื้อตับสำหรับอ่านประกอบ ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับประกอบด้วย การนัดหมายวันเจาะขึ้นเนื้อตับ คำแนะนำการเจาะเลือด ค่าใช้จ่าย การตรวจสอบสิทธิ เป็นต้น การให้ข้อมูลแบบเดียวกันแต่ผู้ป่วยอาจรับรู้ และเข้าใจต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันไม่ได้ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจอย่างไร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จำนวน 5 ราย ผู้ป่วย 3 ใน 5 ราย มีปัญหาแตกต่างกันคือ

ผู้ป่วยรายแรก มีปัญหาต้องรอผลเลือดนาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่าควรมาเจาะเลือดก่อน ประมาณ 1-2 ชั่วโมงก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับเพื่อจะได้มีผลเลือดเตรียมพร้อมก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความจำเป็นต้องขั้รถภายหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เนื่องจากที่บ้านไม่มีคนขั้รถได้ ผู้ป่วยบอกว่าได้รับคำแนะนำให้ขั้รถหลังเจาะขึ้นเนื้อ

ดับ แต่ผู้ป่วยคิดว่าตนเองแข็งแรงไม่น่าจะมีผลอะไร เมื่อผู้ป่วยขับรถผู้ป่วยรู้สึกหน้ามืด และจุก
ตอนหักพวงมาลัยทำให้ต้องหยุดพัก อาการดีขึ้นจึงขับต่อ

ผู้ป่วยรายที่ 3 ผู้ป่วยคิดว่าหลังเจาะขึ้นเนื้อตับสามารถ ทำกิจกรรมได้บ้าง ไม่คิดว่าต้อง
นอนนิ่งๆนานหลายชั่วโมง

การทำหัตถการทางการแพทย์ทุกชนิด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เสมอ เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นนอกจากแพทย์จะต้องพิจารณาปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
แล้ว ความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่จะทำให้
ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดช่วงระยะเวลาที่เข้ารับการเจาะขึ้นเนื้อตับ ตั้งแต่ผู้ป่วยนัดหมายเจาะขึ้น
เนื้อตับ จนกระทั่งกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้าใจข้อมูลก่อนเข้ารับการเจาะขึ้น
เนื้อตับ ได้แก่ เหตุผลและความจำเป็นในการเจาะตรวจชิ้นเนื้อตับ ภาวะแทรกซ้อน กระบวนการใน
การเจาะขึ้นเนื้อตรวจตับ และการปฏิบัติตัวภายหลังการเจาะขึ้นเนื้อตับ เป็นต้น เพื่อใช้ประกอบการ
ตัดสินใจก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อที่ 3 ที่ว่า
ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้
ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้
ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิต หรือจำเป็น

สถานการณ์ปัจจุบันสิทธิผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญ อันเนื่องมาจากแนวคิดของระบอบ
ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเป็นรากฐานที่สนับสนุนความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์
(human autonomy) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็น
ความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship) (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 15) สิทธิที่สำคัญ
ที่สุดในการเป็นผู้ป่วย คือ สิทธิที่จะได้รับการบอกเล่าถึงข้อมูลต่างๆ เพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าใจ และ
สามารถมีส่วนร่วมในการมีเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเกิดผลต่อผู้ป่วย
โดยตรง เพราะผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ (อรรถจินดา ศีผดุง, 2536 : 50) จากคำ
ร้องเรียนที่ร้องเรียนไปยังองค์กรวิชาชีพ หรือแพทยสภา มักเกิดจากความบกพร่องเรื่องของการ
สื่อสาร ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักประสบความยากลำบากในการทำมาเข้าใจกับ
วัฒนธรรมของโรงพยาบาล การทำงานเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยสิ่งสำคัญที่สุดคือ การ
สื่อสาร ซึ่งการสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (สถาบันพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล, 2546 : 194-195)

การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย เป็นการพิทักษ์สิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย 2 ประการ คือ สิทธิที่จะรู้ (right to know) และสิทธิในการตัดสินใจ (right to self-determination) นับเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลศิริราชปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามสิทธิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยแตกฉานด้านสุขภาพแล้ว จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การปฏิบัติตน เพื่อเตรียมตัวเจาะชิ้นเนื้อตับได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือกับแพทย์ตลอดการตรวจวินิจฉัย และมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อตับ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับใด?
2. โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อตับอย่างไร?

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในผู้ป่วย ที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ที่โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความแตกฉานด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความแตกฉานด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในบริการดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (independent variables)

โปรแกรมสุขศึกษา

ตัวแปรตาม (dependent variables)

- 1 ความแตกฉานด้านสุขภาพ
- 2 ความวิตกกังวล
- 3 ความพึงพอใจในบริการ

คำจำกัดความ

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อบ่งชี้ในการการเจาะชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) เพื่อติดตามระยะการดำเนินของโรคติดตามการรักษา หรือเพื่อพยากรณ์โรค

ความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความสามารถในการอ่าน เข้าใจ ข้อมูล การเตรียมตัวก่อนเจาะชิ้นเนื้อตับ และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจเมื่อต้องเจาะชิ้นเนื้อตับ ข้อมูลสำคัญในการเจาะชิ้นเนื้อตับคือ 1) ข้อมูลการนัดหมาย 2) หนังสือแสดงเจตจำนงสำหรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ (inform consent) 3) การเตรียมตัวก่อนเจาะชิ้นเนื้อตับ 4) การ

ปฏิบัติตนขณะเจาะชั้นเนื้อตับ 5) การปฏิบัติตนหลังเจาะชั้นเนื้อตับ 6) การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน วัดความสามารถการอ่านโดยใช้แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM test) และประเมินความเข้าใจและการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเข้าใจ Test of Functional Health literacy in Adults (TOFHLA)

ความวิตกกังวล (anxiety) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดจากความกลัวต่อสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าและประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ความวิตกกังวลในผู้ป่วยเจาะชั้นเนื้อตับ หมายถึง ความกลัวที่ผู้ป่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเจาะชั้นเนื้อตับ ประเมินความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form X-I) ของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning program) หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยที่มาเจาะชั้นเนื้อตับ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยเริ่มจากการทบทวนความรู้สึก ความนึกคิด หรือการรับรู้ข้อมูลที่มี หรือต้องการทราบ แล้วระบุข้อมูลที่มีผู้ป่วยต้องการให้ทบทวน หรือเพิ่มเติมร่วมกัน ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการรวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง คือ 1) การนัดหมายเจาะชั้นเนื้อตับ 2) ขณะผู้ป่วยรอเจาะชั้นเนื้อตับ 3) การเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 4) ขณะผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน หลังเจาะชั้นเนื้อตับประมาณ 3 วัน ประเด็นการเรียนรู้หลักของแต่ละครั้ง คือ

การนัดหมายเจาะชั้นเนื้อตับ ผู้ป่วยที่เข้ารับการเจาะชั้นเนื้อตับได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยโดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพ ชักถามวิถีชีวิตและลักษณะอาชีพ ประเมินความต้องการข้อมูลก่อนเจาะชั้นเนื้อตับของผู้ป่วย ผู้วิจัยอธิบายประกอบแผ่นพับเกี่ยวกับขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวขณะเจาะชั้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวหลังเจาะชั้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ ได้แก่ การงดยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด การเตรียมเจาะเลือด

การปฏิบัติตัวขณะเจาะชั้นเนื้อตับ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวขณะเจาะชั้นเนื้อตับได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย ผู้ป่วยนอนหงายประสานมือไว้เหนือศีรษะ ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่ขยับตัวหรือถอยหนี ขณะแพทย์เตรียมเจาะชั้นเนื้อตับ ผู้ป่วยหายใจตามจังหวะที่แพทย์กำหนดได้

การปฏิบัติตัวหลังเจาะชั้นเนื้อตับ ผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังเจาะตับได้ถูกต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยหลังเจาะชั้นเนื้อตับผู้ป่วยต้องนอนตะแคงทับขวาทันที 2 ชั่วโมง และนอนหงายต่ออีก 4-6 ชั่วโมง โดยต้องไม่ลุกจากเตียงก่อนเวลาที่กำหนด

การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน ผู้ป่วยต้องงดยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด งดออกกำลังกาย ห้ามขับรถ ห้ามยกของหนัก

ขณะผู้ป่วยรอเจาะชั้นเนื้อตับ หมายถึงการประเมินว่าภายหลังจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลการเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจกลับมารับการเจาะชั้นเนื้อตับ ผู้ป่วยสามารถทวนซ้ำขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับได้ กิจกรรมประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยทวนซ้ำการเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับขณะรอแพทย์
- 2) ผู้วิจัยอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ โดยใช้ภาพถ่ายสถานการณ์จริงประกอบการอธิบาย ภาพถ่ายการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยเจาะชั้นเนื้อตับเริ่มจากการเตรียมทำผู้ป่วยก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวขณะแพทย์เจาะชั้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังเจาะชั้นเนื้อตับ

การเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน หมายถึง การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในขั้นตอนการเจาะชั้นเนื้อตับที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงขณะเข้ารับการเจาะชั้นเนื้อตับ และผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้อามาประยุกต์เพื่อวางแผนการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้ กิจกรรมประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์หลังเจาะชั้นเนื้อตับ 2) ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติตัวหลังเจาะชั้นเนื้อตับร่วมกับผู้วิจัย พร้อมทำบันทึกแผนการปฏิบัติตัวมอบให้ผู้ป่วย 1 ชุด และผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด

ขณะผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน หลังเจาะชั้นเนื้อตับประมาณ 3 วัน หมายถึงการประเมินผู้ป่วยว่าสามารถนำข้อมูลไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์โดยกำหนดประเด็นดังนี้

- 1) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแผนที่ผู้ป่วยได้วางแผนไว้ร่วมกับผู้วิจัยเมื่อกลับบ้าน
- 2) การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองหลังเจาะชั้นเนื้อตับและวิธีปฏิบัติเมื่อพบอาการผิดปกติ

ความพึงพอใจในบริการ หมายถึง การประเมินคุณภาพการบริการที่ได้รับ ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช โดยวัดความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในบริการด้านต่างๆ คือ ความสะดวกสบาย การให้เกียรติของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจกิจกรรมการจัดการเรียนรู้

ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบาย หมายถึง ความรวดเร็วในขั้นตอนการบริการ มีคำชี้แจงบอกวิธีการรับบริการ มีสถานที่ในการรอคอยอย่างเพียงพอ

ความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ หมายถึง พูดยาสุภาพ มีความเป็นกันเอง แสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย ยิ้มแย้มแจ่มใส

ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ และสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ได้กับตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง 20 สัปดาห์

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด มิได้ใช้การสุ่ม (random sampling) สถานที่ศึกษาใช้เฉพาะที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงมิได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับทั้งหมด ทำให้เกิดความจำกัดในการนำผลวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับ ที่มีคุณสมบัติ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ซึ่งต้องการการศึกษาซ้ำ ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นเพื่อนำไปใช้ในการอ้างอิงได้มากขึ้น
2. การจัดกิจกรรมมีข้อจำกัดเรื่องเวลา เนื่องจากการเก็บข้อมูลต้องเก็บภายหลังจาก ผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อบ่งชี้ในการเจาะชั้นเนื้อตับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม

3. ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย พบว่ามีผู้วิจัยที่ศึกษาผู้ป่วยโรคตับ พบว่าผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่ละโครงการจะมีหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ศึกษา ทำความเข้าใจก่อนเข้าร่วมโครงการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ยากตอบแบบสอบถาม เพราะต้องใช้เวลามาก และบางโครงการวิจัยมีการเจาะเลือดด้วย

4. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม กลุ่มเปรียบเทียบมีโอกาสได้พบกับกลุ่มทดลอง เนื่องจาก มีการเลื่อนนัดวันเจาะขึ้นเนื้อตับเนื่องจากแพทย์ติดประชุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้มีดังนี้

ส่วนที่ 1

- ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ความรู้เกี่ยวกับการเจาะชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy)

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎี

- แนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy)
- แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (anxiety)
- แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)
- แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ (satisfaction)
- แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย (patient's rights)

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (diagnosis test)
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล (anxiety)
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ (satisfaction)
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย (patient's rights)
- งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการของโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจไว้ดังนี้ วิสัยทัศน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำในเอเชียอาคเนย์ พันธกิจ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีพันธกิจที่จะจัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตและบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์ทุกระดับ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำการวิจัย สร้างบรรยากาศทางวิชาการ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม ทันสมัยได้มาตรฐานสากล สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ และนำมาซึ่งศรัทธาและค่านิยมสูงสุดจากประชาชน รวมทั้งชี้นำสังคมไทยในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้กำหนดนโยบายด้านคุณภาพไว้ 5 ข้อ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ.2545–2547 (ผลการดำเนินงานปี 2544-2547 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) ดังนี้

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงสุด
2. ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. ขยายการพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมทุกระบบบริการของโรงพยาบาล
4. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพให้ผสมผสานกับพันธกิจด้านอื่นของคณะแพทยศาสตร์
5. ศิริราชพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นผู้นำและแบบอย่างของการพัฒนาคุณภาพ

โครงสร้างการบริหารของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแบ่งส่วนราชการออกเป็น 3 ส่วน คือ สำนักงานคณบดี โรงพยาบาลศิริราช ภาควิชาต่างๆ คณะผู้บริหารประกอบด้วย คณบดีเป็นประธานและรองคณบดีฝ่ายต่างๆ (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544 : 98-99) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้เริ่มมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2541 โรงพยาบาลศิริราชได้พัฒนาคุณภาพตามระบบมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (พรพ.) หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า HA (hospital accreditation) เพราะได้เล็งเห็นประโยชน์ในการที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ มีมาตรฐาน และมีเป้าหมายชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากระบบ HA เป็นระบบคุณภาพที่ใช้กับโรงพยาบาลโดยเฉพาะ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและมีเกณฑ์มาตรฐานที่ครอบคลุมประเด็นหลักๆ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2. มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
3. การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. มีมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
5. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
6. มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้ดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีจำนวนผู้รับบริการในปี 2547 จำนวน 288 ราย งานพัฒนาคุณภาพของภาควิชาอายุรศาสตร์ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง เช่น ในด้านสิทธิผู้ป่วย (patient's rights) และการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

ด้านสิทธิผู้ป่วยภาควิชาอายุรศาสตร์ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาสิทธิผู้ป่วย ไว้ 4 ประการ คือ

1. ประชาสัมพันธ์ให้ทีมดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ
2. ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังให้การรักษารหรือทำหัตถการ
3. มีแนวทางในการให้ inform consent แก่ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจรักษาที่มีความเสี่ยงสูง
4. จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยมะเร็ง

ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาไว้ คือ

1. ดำเนินโครงการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
2. มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยทีมดูแลในหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการวินิจฉัยโรค การดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษา การปฏิบัติตัว และการมาตรวจตามนัด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพและได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพให้ส่วนราชการในสังกัดได้ใช้เป็นแนวการพัฒนาคุณภาพเป็นไปในทางเดียวกัน ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และได้กำหนดแนวทางการพัฒนาสิทธิผู้ป่วย แนวทางการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาไว้อย่างชัดเจน ทำให้สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหารจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับการเจาะขึ้นเนื้อตับ

ตับเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย มีน้ำหนักประมาณ 1.2–1.5 กิโลกรัม หรือประมาณ 1 ใน 50 ของน้ำหนักตัวผู้ใหญ่ หรือประมาณ 1 ใน 18 ของน้ำหนักตัวเด็กแรกเกิด ตับเป็นอวัยวะที่อยู่ในช่องท้องทางด้านขวาใต้กระบังลม และซ่อนตัวอยู่ในชายโครงด้านขวา ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ ซึ่งอาจมีผลโดยตรงกับเนื้อตับ ตับมีรูปร่างคล้ายกับพิระมิด โดยมีส่วนแหลมยื่นไปที่บริเวณกระดูกยอดอก และด้านส่วนกว้างตรงอยู่บริเวณชายโครงด้านขวาของลำตัว คนเรามีตับเพียงหนึ่งอัน ถ้ามองจากลักษณะภายนอกอาจแบ่งคร่าวๆ ว่า ตับมี 2 กลีบ ได้แก่ กลีบซ้าย และกลีบขวา ตับเป็นอวัยวะที่ได้รับเลือดจากสองระบบด้วยกัน ระบบแรกเป็นระบบที่รับเลือดจากเส้นเลือดแดงใหญ่เป็นระบบซึ่งนำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ตับ และอีกระบบหนึ่งเป็นระบบที่นำเลือดร้อยละ 80 ของเลือดที่เข้าตับ ระบบที่นำเลือดจากทางเดินอาหารทั้งหมด เริ่มตั้งแต่กระเพาะ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ เป็นระบบซึ่งนำเลือดที่มีสารอาหารต่างๆจากการย่อยอาหารกลับมาที่ตับเพื่อคัดกรองให้เหมาะสมต่อไป

หน้าที่ของตับ

สิริฤกษ์ ทรงวิไล (2543 : 1) ได้สรุปหน้าที่ของตับออกเป็น 3 ประการดังนี้

1. สร้างและเก็บสารสำคัญ เพื่อการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย โดยการเก็บสำรองกลัยโคเจนที่จะถูกนำมาใช้เมื่อต้องการพลังงาน สังกะสีและวิตามินหลายชนิด สร้างสารที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือด สร้างน้ำดีเพื่อช่วยในการย่อยอาหารไขมัน สะสมเหล็กและทองแดง และสร้างสารเม็ดเลือดในเด็กทารกก่อนที่จะไขกระดูกจะทำงานได้อย่างเต็มที่
2. กำจัดของเสีย หรือสารพิษที่เป็นอันตราย ต่อร่างกาย เช่น ขับสารบิลิรูบิน ทำลายสารพิษหลายชนิด และช่วยในการทำลายเชื้อก่อโรคโดยผ่านเลือดเข้ามายังตับ
3. สร้างพลังงาน และความร้อนให้แก่ร่างกาย โดยการเผาไหม้สารอาหารทั้งกลุ่มไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรต

สาเหตุของโรคตับ

โรคตับเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้ ตับอักเสบจากไวรัส (viral hepatitis) ตับอักเสบจากภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune hepatitis) ผลของยาต่อตับ (drug and the liver) โรคตับจากแอลกอฮอล์ (alcohol induced liver disease) โรควิลสัน (wilson's disease) โรคตับจากภาวะเหล็กเกิน (hereditary hemochromatosis) โรคพยาธิใบไม้ในตับ (liver fluke disease) เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัยโรคตับ

การเจาะชิ้นเนื้อตรวจตับ (liver biopsy) นับเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาที่มีราคาไม่สูง มีประโยชน์ในการวินิจฉัยที่แน่นอน บอกการพยากรณ์โรค ติดตามการดำเนินโรค หรือ การตอบสนองต่อการรักษาได้ในบางภาวะ ปัจจุบันมีแนวโน้มการทำเพิ่มขึ้น เนื่องจากวิวัฒนาการในการรักษาโรคบางอย่างดีขึ้น อย่างเช่นการใช้ alpha-interferon ในการรักษา Chronic hepatitis B และ C หรือ liver transplantation ซึ่งต้องใช้ชิ้นเนื้อตับในการติดตามการรักษา (พงษ์สิทธิ์ วงศ์สุทธธรรม และสังพันธ์ อิศรเสนา ในวิทยา ศรีดามา, 2542 : 78)

ข้อบ่งชี้ในการเจาะตับ (Geller, S.A., Petrovic, L.N., 2004 : 3-11)

1. ผลการทดสอบตับผิดปกติซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยวิธีอื่น (abnormal liver tests, not explained by other methods)
2. มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ (fevers of unknown origin)
3. มีความผิดปกติของกระบวนการ metabolism ในร่างกาย (systemic inflammatory or metabolic disorders)
4. ประเมินโรคตับชนิดเรื้อรัง และระยะเรื้อรังของตับ (evaluation and staging of chronic liver diseases)
5. ประเมินสภาวะของตับที่ถูกทำลายจากยา (evaluation of liver injury caused by therapeutic drugs)
6. ตับโตไม่ทราบสาเหตุ (unexplained hepatomegaly and/or mild hepatic dysfunction)
7. ก้อนในตับ (liver mass)

ข้อห้ามในการเจาะตรวจตับ (Sheela, H.S., Caldwell, C., Boyer, J. L. & Jain D., 2005 : 608)

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ
2. มีประวัติเลือดออกโดยไม่ทราบสาเหตุ
3. ผลการทดสอบการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time) มากกว่าค่าปกติ
4. ปริมาณเกร็ดเลือด (platelet counts) ต่ำกว่า 60,000/mm³
5. การทดสอบการห้ามเลือด (bleeding time) > 10 นาที
6. สงสัยเนื้องอกของหลอดเลือดฝอย (hemangiomas)
7. ผู้ป่วยในรายที่สงสัยถุงน้ำพยาธิตัวแบน (hydatid cyst)
8. รับประทานยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ภายใน 7–10 วัน ก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ
9. ภาวะ การอุดตันของท่อน้ำดี (extrahepatic biliary obstruction)
10. ภาวะมีน้ำในช่องท้อง (ascites)

ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะตับ (complication)

การเจาะตับเป็นวิธีการปลอดภัย แต่อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ควรระวังอยู่ก่อนแล้ว หรือไม่ให้ความร่วมมือขณะตรวจ หรือผู้ทำมีประสบการณ์น้อย ปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยอื่น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ

1. อาการปวด หลังจากหมดฤทธิ์ยาชา ส่วนมากผู้ป่วยจะปวดบริเวณที่เจาะ อาจร้าวไปที่ไหล่ขวา มักจะปวดไม่มาก ส่วนใหญ่ให้ยาแก้ปวดก็จะช่วยให้อาการปวดหายไป แต่ถ้ามีอาการรุนแรงบ่งบอกว่าอาจมีการตกเลือดได้เล็กน้อย
2. เลือดออก การเจาะตับจะทำให้มีอาการเลือดออกเสมอ อาจเป็นที่ผิวหนังในช่องระหว่างซี่โครง หรือในตับ
3. การเจาะเข้าไปในลำไส้ ปอด หรือไต (internal organ perforation)
4. Shock และความดันเลือดต่ำ เนื่องจากแพ้ยาชาหรือ vasovagal reaction จากความเจ็บปวด และความกลัว
5. อัตราการตาย 1 ใน 10,000 ราย (สูงขึ้น 10 เท่าในมะเร็งตับ)

ลักษณะของโรคตับที่สามารถตรวจพบได้โดยการเจาะตับ (Johnson, L. R., 2004: 520-521)

1. ไวรัสตับอักเสบ (viral hepatitis)
2. ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (alcoholic liver disease)
3. ตับอักเสบจากยา drug-induced hepatitis)
4. ตับมีไขมันมาก (fatty liver)
5. ภาวะที่มีเหล็กสะสมในตับ (hemochromatosis)
6. ตับแข็งบิลิอารีชนิดปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis)
7. โรคทางเดินน้ำดีตับแข็ง (primary sclerosing cholangitis)
8. ตับแข็ง (cirrhosis)
9. มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma)
10. มะเร็งในระยะแพร่กระจายมาที่ตับ (metastatic malignancy)
11. ตับอักเสบต่อภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoimmune hepatitis)

ขั้นตอนการเจาะตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy)

1. ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายให้หนุนหมอนต่ำ หรือไม่มีหมอน เพื่อให้ศีรษะและลำตัวอยู่ในระดับเดียวกัน
2. ใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยประสานมือไว้เหนือศีรษะ
3. แพทย์หาตำแหน่งของตับด้วยการคลำ เคาะ ปัจจุบันมีการนำเครื่อง ultrasound มาใช้ในการกำหนดตำแหน่ง และทิศทางการเจาะตับ
4. แพทย์จะทำ marker ตรงตำแหน่งที่จะเจาะตับ
5. แพทย์สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกและกลืนใจเมื่อหายใจออกให้สุด 2-3 ครั้ง ก่อนจะลงมือเจาะตับจริง
6. แพทย์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการเจาะตับ ด้วยทิงเจอร์ไอโอดีน 2% (ทิ้งไว้ 1 นาที) เพื่อให้เชื้อถูกทำลาย ทำความสะอาดซ้ำด้วย แอลกอฮอล์ 70% โดยทำเหมือนครั้งแรก (ผู้มีประวัติแพ้ทิงเจอร์ไอโอดีน ให้เช็ดด้วย แอลกอฮอล์ 70% 2 ครั้ง)
7. คลุมบริเวณตำแหน่งที่เจาะตับด้วยผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง

8. แพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ (xylocane 1%) เพื่อลดความรู้สึกรัดเจ็บปวด เมื่อแพทย์แทงเข็มถึงบริเวณ capsule ของตับ ในขั้นนี้แพทย์ให้ผู้ป่วยหายใจออกแล้วกลืนหายใจหนึ่ง แพทย์ฉีดยาชาขณะผู้ป่วยหยุดหายใจออกแล้วกลืนหายใจหนึ่ง แล้วรอให้ผู้ป่วยรู้สึกชา
9. ใช้ Stylet/ Blade เจาะรูที่ผิวหนังให้ลึกเป็นรอยลงไปถึงชั้น Subcutaneous
10. เปลี่ยนเป็นเข็มเจาะตับ (เข็มเจาะตับประกอบด้วย Syringe บรรจุ Sterile Water ปริมาณ 0.5 –1.0 cc.) แทงเข็มผ่านชั้น Subcutaneous ฉีดน้ำที่มีอยู่ใน syringe เพื่อไล่ไขมันหรือเลือดที่อาจจุกหัวเข็ม ให้ผู้ป่วยกลืนหายใจหนึ่งหลังหายใจออก แพทย์ดึง syringe ให้อยู่ในลักษณะ negative pressure แทงเข็มเข้าไปในเนื้อตับแล้วดึงเข็มออกทันที เวลาที่เข็มอยู่ในเนื้อตับประมาณ 1 วินาทีเท่านั้น
11. นำชิ้นเนื้อตับที่ได้ แช่ใน formalin 10% เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
12. หลังเสร็จสิ้นการเจาะชิ้นเนื้อตับ แพทย์จะปิดแผลเจาะตับด้วยพลาสติกแล้วให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับด้านขวา พร้อมทั้งใช้มือหรือหมอนทรายช่วยกดบริเวณรอยแผล
13. ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวาทับแผล 2 ชั่วโมงแรก และนอนหงายห้ามลุกจากเตียง 6- ชั่วโมง
14. บันทึกสัญญาณชีพ (vital sign) และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎี

แนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy)

กฎบัตรออตตาวา (the ottawa charter) ได้บัญญัติว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง “กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กฎบัตรออตตาวาได้จำแนกกลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ประการ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2544 : 21-22) ดังนี้

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy)
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (create supportive environment for health)

3. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ปฏิบัติการชุมชน (strengthen community actions)
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills)
5. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (reorient health services)

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill) คำจำกัดความตามกฎบัตรออกดาดา หมายถึง การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคคล และสังคม โดยการให้ข้อมูล การศึกษา เพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิต ด้วยการกระทำเหล่านี้ การส่งเสริมสุขภาพจึงเพิ่มทางเลือกให้ประชาชนใช้ควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมของเขานอกจากนี้ยังสามารถเลือกสิ่งที่เป็นคุณค่าต่อสุขภาพอีกด้วย และชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2544 : 16) ได้ให้คำจำกัดความของการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill) คือ การจัดกิจกรรมที่เน้นทักษะการเรียนรู้ การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลส่งเสริมความรู้ลึกในทางบวกต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มากกว่าการสอน หรือให้ความรู้

ความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam D., 2000 : 261) คือลักษณะเฉพาะด้านพุทธิปัญญา และทักษะทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Nutbeam D. & Kickbusch I., 2000 : 1) ความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ตามคำจำกัดความที่ อีโลน่า คิคบุสซ์ ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา และการติดต่อสื่อสาร ขององค์การอนามัยโลก ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ สุชาดา ตั้งทางธรรมได้แปล ความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง การบรรลุผลในหลายมิติ ซึ่งในกฎบัตรออกดาดา เรียกว่า “การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล” ในด้านข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องสุขภาพ การเข้าใจองค์ประกอบทางสังคม ทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skill) ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดจนการเปลี่ยนแปลง การยอมรับปัญหาแบบเชื่อในโชคชะตาไปเป็นการนำความรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติ (อีโลน่า คิคบุสซ์อ้างในลักษณะ เดิมศิริกุลชัยกุล และสุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541 : 36-37)

คำจำกัดความของความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้นิยาม Health literacy ซึ่งพิสมัย จันทวิมล แปลจากนิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกฉบับแก้ไขปรับปรุงเมื่อ ปี ค.ศ.1998 โดยให้คำนิยามของ Health literacy หมายถึง ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่างๆ ทางกรรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของ

ปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้น ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้อำนาจแก่ประชาชน โดยการช่วยให้ประชาชน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (ปฏิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 : 23-24)

The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association ได้ให้นิยาม ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ว่าเป็นกลุ่มของทักษะ รวมถึงพื้นฐานการอ่าน การคำนวณ บทบาทหน้าที่ในการดูแลสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ (Ad Hoc Committee on Health Literacy 1999 : 553)

The Center for Health care Strategies Inc. นิยาม Health literacy ว่าเป็นความสามารถในการอ่าน ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (Center for health care Strategies Inc., 2000 อ้างใน Ilona S. Kickbusch, 2001 : 293)

The US Healthy People 2010 นิยาม Health literacy คือ ความสามารถในการตีความ ความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการ ความสามารถในการใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการเพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพ (USDHHS, 2000 อ้างใน Ilona S. Kickbusch, 2001: 293)

Zarcadoolas C., Pleasant A., & Greer D. S. (2005 : 96-97) ได้นิยามความแตกฉานด้านสุขภาพหมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคล ในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข และนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิต

Don Nutbeam ได้แบ่งระดับ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (Nutbeam, 2000 : 263-265)

1. ความแตกฉานระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ (basic/functional health literacy)
2. ความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)
3. ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (critical health literacy)

ระดับ 1 ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ (basic/ functional health literacy)

ทักษะขั้นพื้นฐานในการอ่าน เขียน อย่างเพียงพอต่อบทบาทในสถานการณ์ประจำวัน เป็นความหมายโดยรวมของความแตกฉานด้านสุขภาพ

ความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ สะท้อนรูปแบบ สุขศึกษาแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (health risk) การเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยเป้าหมายเป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและบริการ (health service) การดำเนินกิจกรรม ผลของกิจกรรมจะก่อประโยชน์ในระดับบุคคล ตัวอย่างรูปแบบที่นำมาใช้ได้แก่ แผ่นพับ (leaflets) การให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิมที่เน้น พฤติกรรมและนิสัย (traditional patient education)

ระดับ 2 ความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)

ส่งเสริมพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (cognitive) ทักษะการรู้หนังสือ (literacy skill) ทักษะทางสังคม (social skill) โดยเน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเต็มที่ (active participate) นำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (development of personal skills) ผลของกิจกรรมมุ่ง ประโยชน์ในระดับบุคคล รูปแบบกิจกรรมเป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ ทักษะทางสังคม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavioural outcome)

ระดับ 3 ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (critical health literacy)

ส่งเสริมพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (cognitive) ทักษะทางสังคม (social skill) สามารถวิเคราะห์ วิพากษ์ข้อมูล และนำข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ วิพากษ์ ไปประยุกต์หรือ ควบคุมจัดการเหตุการณ์/สถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับ วิพากษ์ (critical health literacy) สะท้อนพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (cognitive) และทักษะการ พัฒนาด้านผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งเป็นการหันกลับมาให้การสนับสนุนด้านสังคม การเมือง พร้อม กับการปฏิบัติในระดับบุคคล (individual action) ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ เป็นการ เชื่อมประโยชน์ของประชาชน สังคม ไปพร้อมกับประโยชน์ของบุคคล

Ilona S. Kickbush (2001 : 292) นิยามความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คือ ความสามารถในการประยุกต์ทักษะการอ่านและทักษะความเข้าใจจำนวนตัวเลข (numeracy skill) ในสถานบริการสุขภาพ (health care setting) ซึ่งทักษะเหล่านี้คือความสามารถที่เกี่ยวข้อง

- การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแล สุขภาพ
- เข้าใจ ข้อมูลในรูปการเขียน และการให้ข้อมูลด้วยวาจา จากแพทย์ พยาบาล เกสเซอร์ เป็นต้น
- ปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวที่จำเป็น เช่น การรับประทาน ยา และกำหนดการนัดหมาย

ความแตกฉานด้านสุขภาพ เป็นการพัฒนากลุ่มทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การอ่าน ความเข้าใจ และนำไปประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลในสถานบริการด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ anxietas หมายถึง ปัญหาในจิตใจ (Wilson-Barnett, 1992 : 373 อ้างในทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541 : 17) สถานการณ์หลายอย่างมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความวิตกกังวล ความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเมื่ออยู่ระหว่างรอผลการทดสอบ การได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค การรอรับบริการการตรวจรักษาด้วยวิธีการใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย ประสบการณ์ที่เกิดจากผลข้างเคียงในการรักษา (B.L Anderson, Karlsson, Anderson, & Tewifik, 1984 ; Jacobsen, Bovbjerg, Schwartz, et al., 1993 อ้างใน Taylor, S.E., 1999 : 333) ความหมายของความวิตกกังวล (anxiety)

Speilberger (1972 : 373 อ้างในทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541 : 17) ให้ความหมายว่าเป็นสภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึก ตึงเครียด เป็นผลมาจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจทำให้เกิดอันตรายหรือถูกคุกคาม

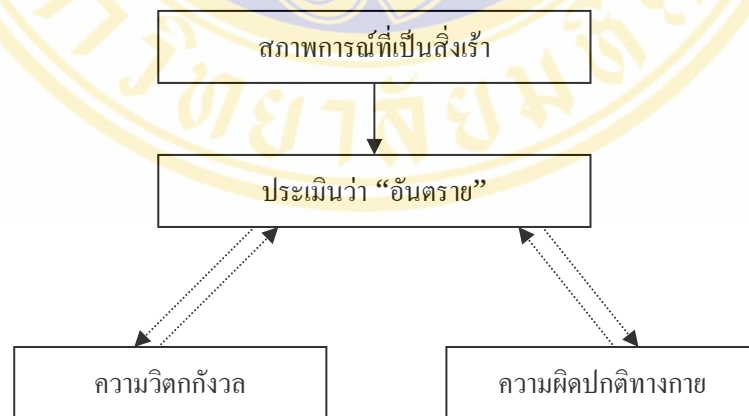
ขนิษฐา นาคะ (2534 : 11) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่สวัสดิภาพ ความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคาม โดยไม่ทราบสาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร

มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ได้นิยามความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากการประเมินตัดสินว่าสวัสดิภาพของตนเองถูกคุกคามเนื่องจากความกลัวว่าตนเองจะเป็นมะเร็ง วัดได้ด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์เบอร์เจอร์ (state-trait anxiety inventory form X-I) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความวิตกกังวลระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

สุรศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545 : 8) ให้ความหมายของความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจของบุคคล ซึ่งเกิดจากการกลัวในเหตุการณ์ หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นหรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น และมีการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

เบค (Beck, 1972, แก้วสามสี สาเจริญ, 2536 : 24 อ้างในทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541 : 17) ได้ให้ทรรศนะว่า การรับรู้ของบุคคลหากบุคคลได้รับรู้ถึงสภาพความกดดันมากก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าการที่บุคคลรับรู้ได้น้อย แนวคิดของ Beck เน้นที่องค์ประกอบทางด้านความคิดมากกว่าตัวสภาพความกดดันภายนอกที่แท้จริง การที่บุคคลให้ความหมายแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้สภาพการณ์ซึ่งอาจไม่มีอะไรร้ายแรง กลายเป็นสภาพความกดดันอย่างมากได้โดยบุคคลจะประเมินอันตรายนั้นเกินความเป็นจริง และขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนที่จะจัดการกับภavnนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย ทั้งสองประเด็นนี้จะเป็นตัวเร้าให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และความวิตกกังวลนี้จะกลายเป็นตัวบ่งชี้สัญญาณอันตรายของสภาพการณ์นั้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นต่อไปอีก กลายเป็นวงจรต่อเนื่องและมีผลทำให้เกิดความแปรปรวนด้านสรีระได้ด้วย เช่น เกิดอาการเจ็บป่วยโดยมิได้มีสาเหตุมาจากกลไกทางด้านร่างกาย (somatic disorders) Beck แสดงแผนภูมิจริงของความวิตกกังวล ไว้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกลไกของการเกิดความวิตกกังวล (Beck, 1972, แก้วสามสี สาเจริญ, 2536 : 24 อ้างในทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541 : 17)

ประเภทของความวิตกกังวล

ทางสังคมศาสตร์ ได้แบ่งความแตกต่างของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบ “state” และ แบบ “trait” ซึ่งมีความแตกต่างกันดังต่อไปนี้

ความวิตกขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นความตึงเครียด ที่มีความเฉพาะต่อสถานการณ์หนึ่งๆแบบชั่วคราว และเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait anxiety) เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีระดับความวิตกที่แตกต่างกัน (สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545 : 9 - 10) มีดังนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจน ซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีการแสดงออกได้มากกว่าทำให้เพศชายมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1990)

2. อายุ เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล โดยผู้ที่มียุมากกว่าจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มียุน้อยกว่า อาจเนื่องจากผู้ที่มียุมากกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า (Grabow & Buse, 1990)

3. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา และมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิชฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

4. ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการ

ผ่าตัดในทางลบ ก็จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (Patrick , Wood, Craven, Rokosky & Bruno, 1991)

5. ตำแหน่งของการผ่าตัดที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณอวัยวะที่แสดงถึงสัญลักษณ์ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ เต้านม หรือมดลูก จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง (Kincey, 1995)

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสเลือกการรักษาได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ทำให้ผู้มีรายได้สูงมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ (Lazarus & Folkman, 1984)

7. การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว การที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ฟังที่ดีคอยให้ความอบอุ่น และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล ช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Commack, 1985)

8. ลักษณะการเลี้ยงดูและการถ่ายทอดความเชื่อของครอบครัว จากการเลี้ยงดูของครอบครัวจะมีการถ่ายทอดความเชื่อต่างๆให้กับผู้ที่อยู่ในครอบครัว ทำให้มีความวิตกกังวลแตกต่างกันได้ (दारारวรรณ ต๊ะปีนตา, 2538)

9. ค่านิยมและวัฒนธรรมทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการรับค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งค่านิยมและวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ถ้าการพยาบาลที่ให้ขัดกับค่านิยมและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยได้รับมา ก็จะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (दारारวรรณ ต๊ะปีนตา, 2538)

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี (Stuart & Sundeen, 1983 : 209 ; Travelbee, 1971 : 191 ; ทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541 : 19) คือ

1. การประเมินความวิตกกังวลโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเองซึ่งอาจจะเป็นการรายงานด้วยวาจา ด้วยการเขียน หรือตอบคำถาม จากแบบสอบถาม เช่น ใช้แบบวัดความวิตกแบบ STAI (state trait anxiety inventory) ของ Spielberger, et al. (1970) เป็นต้น การประเมินความวิตกด้วยวิธีนี้ สามารถใช้สะดวกและได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงสูงและความตรงสูง

2. การประเมินจากสภาพทางสรีระวิทยา โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญการทางการตรวจ และการแปลผลที่ได้จากการตรวจทางสรีระวิทยา

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล การสังเกตโดยตรงเช่น การสังเกตอาการหายใจแรง เหงื่อออก กัดริมฝีปาก ถอนหายใจ ลักษณะการพูดจาเปลี่ยนไป ซึ่งมีแบบการสังเกตไว้เป็นแนวทางในการสังเกต เช่น Time behavioral Check list (TBCL ; Paul, 1946) หรือแบบวัดอัตราการพูด (Mahl, 1956) เป็นต้น ส่วนการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อมสามารถสังเกตได้จากสภาพการณ์ธรรมชาติ เช่น การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่ทำผิดกฎหมาย วิธีนี้มักมีปัญหาเรื่องจรรยาบรรณ และการสังเกตต้องวางแผนล่วงหน้าเป็นอย่างดี

การลดความวิตกกังวล

สุรศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545 : 15-25) ได้ศึกษาวิจัยรูปแบบการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางศัลยกรรมโดยการวิเคราะห์เมตา โดยรวบรวมงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย 36 เรื่อง และได้จำแนกวิธีการพยาบาลที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. การสอนหรือการให้ข้อมูล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดี

2. การใช้เทคนิคบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ

2.1 การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง โดยผู้สัมผัสใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือ ข้อมือ หรือแขนของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลร่วมกับพูดคุยแสดงความเห็นใจ ห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจและความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

2.2 การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการใช้เสียงเพลงที่ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผนให้ผู้ป่วยฟัง โดยมีการประสานเสียงของเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สบายใจ และช่วยผ่อนคลายอารมณ์

2.3 การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจจากสิ่งที่กำลังรู้สึกอยู่ไปสู่สิ่งใหม่ที่น่าสนใจกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลาย

2.4 การฝึกฝนคลาย โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายที่สุด จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยปิดตาและเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากบริเวณเท้ามาที่บริเวณใบหน้าพร้อมทั้งมีการกำหนดลมหายใจให้ทราบว่าขณะนี้กำลังหายใจเข้าหรือหายใจออก

2.5 การพยาบาลแบบประคับประคองจิตใจเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจ ในความปลอดภัยจากการผ่าตัด โดยการพูดคุยให้กำลังใจ มีความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นมีความรู้สึกในทางที่ดีต่อการผ่าตัด และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3. การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เป็นการจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่างๆ และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดดีขึ้น

4. การใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและคลายและคลายความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นการประเมินสิ่งเร้าว่าอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะที่ต้องรับการตรวจวินิจฉัยโรคที่มีความจำเป็นต้องใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย วิธีลดความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธีผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยรายงานความรู้สึกวิตกกังวลในแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความวิตกกังวล

แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สุวาทิน มิตรพัฒน์ (2542 : 7) นิยาม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยมีผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ ซึ่งในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คำนึงถึงการเรียนรู้สูงสุดที่มาจากการมีส่วนร่วมสูงสุดและการบรรลุนานสูงสุดในทุกองค์ประกอบของการเรียนรู้

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (group process)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าเฉพาะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เท่านั้น

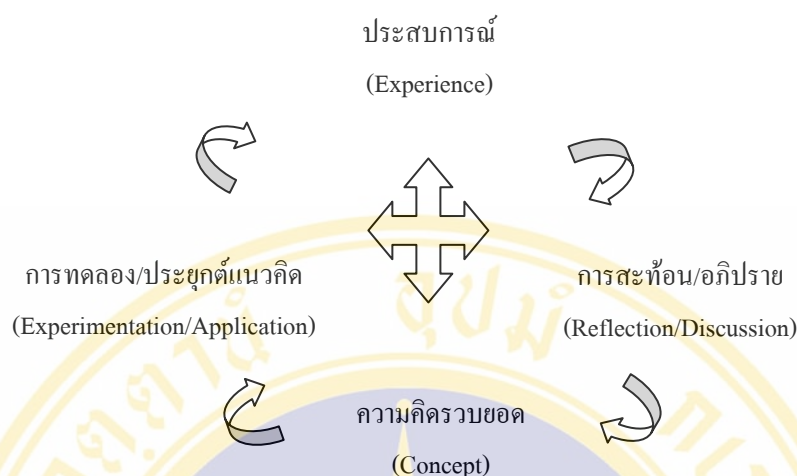
การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

- 1.1 เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
- 1.2 ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
- 1.3 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 1.4 ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 1.5 อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดหรือการเขียน การวาดรูป การแสดง บทบาทสมมุติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และตั้งคำถามการเรียนรู้

องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

โคลบ (Kolb) ได้กล่าวถึงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะในการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ ถนัด หรือมีบางองค์ประกอบ มากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็นหรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้นก็ขาดทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้นผู้เรียนจึงควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้าน และควรมีพัฒนาการการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร หรือ ทั้ง 4 องค์ประกอบดังนี้



แผนภูมิที่ 2 ภาพวงจรและทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
ที่มา : วนิตา ชนินทุยทวงศ์, 2544 : 14

ประสบการณ์ (experience) เนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอน
ทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อน องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้
ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตนเองมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถ
แบ่งปันประสบการณ์ของตนแก่เพื่อน การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้จะ
ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้

ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอจะทำให้ผู้เรียน
รู้สึกได้ว่าตนเองได้มีส่วนร่วม มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่อง
ของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี

ผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง แต่ใช้เวลาเพียง
เล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง กรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่
จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

การสะท้อนและอภิปราย (reflexion and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่
ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเอง ผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการ
วิเคราะห์ วิจัย ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงวิธีคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากของตนเอง จะช่วย
ให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปราย จะทำให้ได้
ข้อสรุปที่หลากหลายหรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขณะทำกลุ่มผู้เรียนจะได้เรียนรู้การทำงาน

เป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเองและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ เจตคติในเรื่องที่อภิปราย การที่ผู้เรียนจะอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปรายหรือตารางการวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้เรียนทำให้สำเร็จ

ความคิดรวบยอด (concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) เกิดได้หลายอย่างเช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปรายและการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติหรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

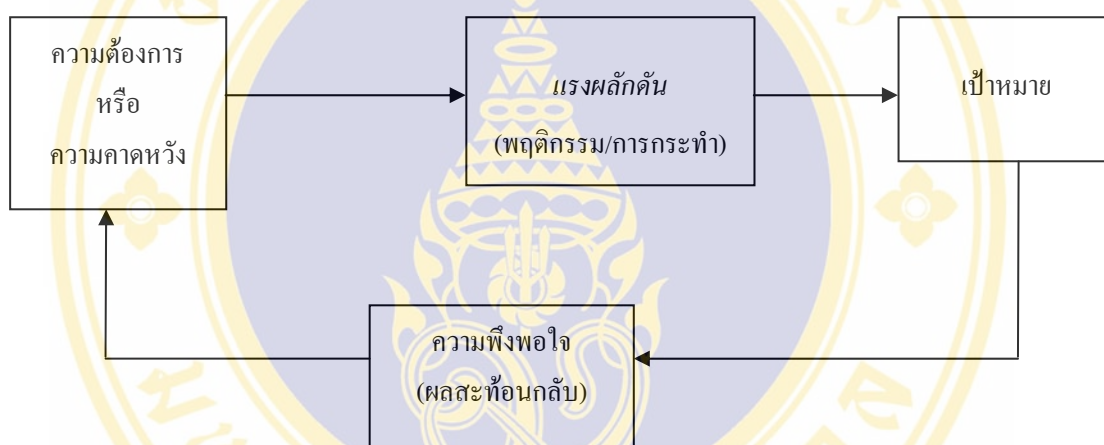
การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตขึ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้

การเรียนการสอนหรือการอบรมส่วนใหญ่มักจะขาดองค์ประกอบในการทดลอง/ประยุกต์ใช้แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้สอนจะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ไม่ใช่แค่เรียนแค่รู้แต่ควรจะนำไปใช้ได้จริงในการจัดการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างพลวัตร (dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นจากประสบการณ์ (experience) หรือความคิดรวบยอด (concept) ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียนได้ดึงข้อมูลเก่า หรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อนเพื่อนำไปสู่การอภิปราย และการประยุกต์ใช้ ระยะเวลาของแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหามากก็ใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญและมากก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด (วนิดา ชนินทุททวงศ์, 2544 : 13-16)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่ยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง โดยนำประสบการณ์เดิมของผู้ปวยมาใช้ในการบวนการเรียนรู้ ทำให้ผู้ปวยรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา นำไปสู่การเรียนรู้ ความเข้าใจ ขั้นตอนการฝึกทักษะช่วยให้ผู้ปวยนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ (satisfaction)

มัลลินส์ (Mullins, 1985:280 อ้างใน อนงค์ เอื้อวัฒนา, 2542 :38) กล่าวว่า “ความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆหลายๆด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดจากมนุษย์จะมีแรงผลักดันบางประการในตัวบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ตนเองพยายามจะบรรลุถึงเป้าหมายบางอย่าง เพื่อจะสนองตอบต่อความต้องการหรือความคาดหวังที่มีอยู่ และเมื่อบรรลุเป้าหมายนั้นแล้ว ก็จะเกิดความพอใจเป็นผลสะท้อนไปยังจุดเริ่มต้นหมุนเวียนต่อไป” ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 การเกิดความพึงพอใจของบุคคล

ที่มา : Mullins, Luare J. (1985). อ้างในอนงค์ เอื้อวัฒนา 2542 : 39

บราวน์, ฟรานโก และ ฮาร์ทเชลล์ (Brown, Franco & Hatzel, 1992 อ้างในอนงค์ เอื้อวัฒนา, 2542 : 39) กล่าวว่า “ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการเขาก็ยอมให้ทำการรักษาและรับบริการสุขภาพ ดังนั้นคุณภาพบริการ ความสามารถในการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและชุมชนต้องการรับรู้และต้องการได้รับ ซึ่งจะช่วยลดอาการและป้องกันภาวะความเจ็บป่วย มิติของคุณภาพจึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย และมีอิทธิพลต่อสวัสดิภาพของชุมชน”

อรพินท์ ไชยพยอม (2542 : 14) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการประเมินบริการ เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และได้รับความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542 : 38) ได้สรุปความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลซึ่งแสดงออกในด้านบวกหรือลบ ที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกพึงพอใจ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับ หรือบรรลุจุดหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง และความรู้สึกนั้นจะลดลง หรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ให้ความหมายของคำว่า ความพึงพอใจเป็นความคิดเห็นที่เกี่ยวกับทัศนคติของตน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามที่คาดหวัง ของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่แตกต่างกัน (Aday, L. A, & Andersen R. A., 1974 : 208-218 อ้างใน เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการรักษาพยาบาลมีความสำคัญด้วยเหตุผลหลายประการคือ (Densky, 1997 : 166 อ้างในอรพินท์ ไชยพยอม, 2542 : 3)

1. เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
2. เป็นสิ่งที่สามารถจำแนกในสิ่งที่ผู้รับบริการไม่พอใจ จุดอ่อนขององค์กร หรือความจำเป็นในการปรับปรุงระบบบริการ
3. ความพึงพอใจเป็นเหมือนกับการรักษาพิเศษที่ให้แก่ผู้รับบริการ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการแสดงถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลข่าวสาร และคุณภาพการทำงานขององค์กร

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1978:28 อ้างในอรพินท์ ไชยพยอม, 2542 : 17) เสนอความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการ เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญจะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขว่าเข้าถึงประชาชน คือ ความพึงพอใจ 6 ประเภทดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience)
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (available of care when needed)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (base of getting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (coordination)

2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการที่หนึ่ง (getting all need met at one place) คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย

2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (follow-up care)

3. ความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่ การแสดง อธิบาย ทำทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (medical information)

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (information about what was wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย (information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

4. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (quality of care) ได้แก่คุณภาพของการดูแล ทั้งหมด ที่ผู้ป่วยได้รับในทรศนะของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาล

5. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out of pocket cost) ได้แก่ค่าใช้จ่าย ต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาพยาบาล

6. ความพึงพอใจเป็นการประเมินคุณภาพบริการที่สัมพันธ์กับการได้รับการ ตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537)

สิทธิผู้ป่วยมีประวัติความเป็นมาอันยาวนาน และได้วิวัฒนาการควบคู่กับระบบ กฎหมาย และจริยธรรมทางการแพทย์

“ยุคดึกดำบรรพ์” ก่อนมีแพทย์เกิดขึ้น หน้าที่การรักษาพยาบาล คนในชุมชน เป็นหน้าที่ของพระหรือหมอผี (witch doctor) ซึ่งทำหน้าที่ในการกำหนดกฎเกณฑ์ของชุมชน พิจารณาตัดสินการกระทำของสมาชิกในชุมชนที่ฝ่าฝืนกฎนั้นด้วย ตลอดจนเป็นผู้ประกอบพิธีกรรม ตามลัทธิความเชื่อของชุมชน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นผู้รักษาหรือแพทย์

พระหรือหมอผีที่ทำหน้าที่เป็นผู้รักษาคนป่วยด้วยนั้น โดยทั่วไปจะมีฐานะทางสังคมสูงกว่าสมาชิกของชุมชน คนทั่วไปให้ความเคารพนับถือ และมีความเลื่อมใสศรัทธา (trustworthy) พระหรือหมอผีต้องเป็นผู้ทรงคุณธรรมสูงกว่าคนทั่วไปในชุมชนนั้น การบริการที่ผู้ป่วยได้รับก็เป็นพิธีการของศาสตร์ที่ลึกลับ เกินความเข้าใจของคนทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางชนชั้น (status relationship) ซึ่งผู้ป่วยไปขอรับบริการโดยไม่มีเงื่อนไข และผู้รักษาให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยมิได้เรียกร้องสินจ้างเป็นการให้บริการโดยการเอื้อเฟื้อเกื้อกูล ทำนองพ่อรักษาดูแลลูก ความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว (paternalism) ซึ่งผู้ป่วยมอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับชะตากรรมของตนทุกอย่างให้ผู้รักษา สิทธิผู้ป่วยในยุคนี้อาจไม่ปรากฏ และผู้รักษามองว่าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ

“ยุคอารยธรรมเมโสโปเตเมีย” อาชีพแพทย์ได้แยกตัวออกจากพระ แพทย์ก็ยังคงต้องมีกฎเกณฑ์ทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แต่เมื่อได้มีวิวัฒนาการทางระบบปกครอง และระบบกฎหมายขึ้น กฎหมายเข้ามามีบทบาทในการควบคุมวิชาชีพแพทย์ เช่น กฎหมายที่เก่าแก่ที่สุดที่ประกาศใช้ชื่อว่า ประมวลกฎหมายของพระเจ้าฮัมมูราบี (the code of hamurabi) อายุอยู่ระหว่าง 1900- 1700 ปีก่อนคริสตกาล นับเป็นกฎหมายฉบับแรกของโลกที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เพราะในบทบัญญัติของประมวลกฎหมายนี้บัญญัติว่า “ถ้าแพทย์ผ่าตัดผู้ป่วยแล้วทำให้เกิดบาดแผลรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หรือ แพทย์ผ่าฝีที่ตาแล้วทำให้ผู้ป่วยตาบอด แพทย์ต้องถูกลงโทษโดยการถูกตัดมือ ถ้าแพทย์รักษาทาสแล้วทำให้ทาสตายแพทย์ต้องใช้ทาสใหม่ให้นายทาส” บทบัญญัติเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิในร่างกายผู้ป่วย

“ยุคอารยธรรมกรีก” Hippocrates ซึ่งได้รับการขนานนามว่า “บิดาแห่งการแพทย์สากล” ฮิปโปเครติส เชื่อว่า โรคเป็นกระบวนการของธรรมชาติ การรักษาของเขาจะใช้การสังเกตเหตุการณ์ธรรมชาติ และหาทางอธิบายสาเหตุ และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งนับได้ว่าเป็นรากฐานของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ปัจจุบัน

ฮิปโปเครติส มีชีวิตอยู่ระหว่าง 460–355 ปี ก่อนคริสตกาล โดยโรงเรียนแพทย์ของเขาได้กำหนดคำสาบานให้ผู้สำเร็จการศึกษาได้ออกตัวก่อนไปเป็นแพทย์ คำสาบานนี้จึงมีชื่อว่า Hippocratic Oath เนื้อหาคำสาบานนี้นับว่าเป็นจรรยาแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ทุกประเทศ คำสาบานของฮิปโปเครติส นั้น นอกจากจะเป็นจรรยาแพทย์ปัจจุบันแล้ว ยังก่อให้เกิดแนวคิดในการมีกฎหมายควบคุมวิชาชีพแพทย์ และวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ในสมัยต่อมาด้วย

คำสาบานของฮิปปอกเรติส ที่แสดงถึงการเคารพสิทธิผู้ป่วยโดยตรงมีอยู่ 2 ข้อ คือ

ข้าฯ จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้าฯ ด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้าฯ และจะไม่ก่ออันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด

ข้าฯ จะไม่แพร่งพรายสิ่งที่ข้าฯ ได้เห็นหรือได้ยิน เกี่ยวกับเรื่องราวของชีวิตคน ซึ่งไม่ความจะเปิดเผยในการปฏิบัติหรือนอกจากการปฏิบัติวิชาชีพของข้าฯ และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

การไม่ก่ออันตราย ให้ผู้ป่วย แสดงถึงการเคารพสิทธิในร่างกาย การรักษาความลับ แสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย ที่เรื่องราวของเขาจะไม่ถูกเปิดเผยสู่ผู้อื่น

ในยุคของ ฮิปปอกเรติส อำนาจการตัดสินใจรักษาหรือไม่ และจะรักษาโดยวิธีใด เป็นสิทธิอำนาจของแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจของผู้ป่วย แพทย์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเหมือนกับการดูแลลูกหลาน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยยังคงเป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว (paternalism)

เมื่อการแพทย์ได้พัฒนาขยายตัวมาเป็น การแพทย์แนววิทยาศาสตร์ (science oriented medicine) วิธีทางวิทยาศาสตร์เป็นการใช้หลักเหตุผล แพทย์มาจากคนธรรมดาที่มีความสามารถเรียนรู้แพทย์ได้ ประกอบกับระบอบประชาธิปไตยเข้ามามีส่วนร่วม เป็นรากฐานที่สนับสนุนความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์ (human autonomy) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน ทำให้อำนาจการตัดสินใจของแพทย์แทนผู้ป่วยมาเป็นอำนาจของผู้ป่วย โดยมีกฎหมายรองรับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship) กฎหมายในเรื่องนี้คือเรื่อง ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (inform consent) กฎหมายนี้เป็นการยอมรับสิทธิที่จะรู้ สิทธิที่จะเลือกรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาสุดท้ายคือสิทธิที่จะตาย

สิทธิผู้ป่วยมีรากฐานมาจากสิทธิมนุษยชน (human right) (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง สิทธิของพลเมืองทุกคนที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยมีรากฐานมาจาก สิทธิมนุษยชน (human rights)

สิทธิผู้ป่วยตามบทบัญญัติในกฎหมายไทย มิได้มีการระบุไว้โดยตรง แต่มีบทกฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบัญญัติไว้ ดังนี้

1. กฎหมายรัฐธรรมนูญ บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย

1.1 สิทธิในร่างกาย สิทธิในการเลือกรับการรักษา สิทธิในการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษา

หมวด 3 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ว่าด้วย สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยบัญญัติว่า “มาตรา 30 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในร่างกาย การจับกุมคุมขัง หรือ ตรวจค้น ตัวบุคคลไม่ว่ากรณีใดๆ จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบัญญัติแห่งกฎหมาย” บทบัญญัติในมาตรานี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีเสรีภาพในร่างกายที่บุคคลอื่นต้องไม่ละเมิด การกระทำใดๆ ในการตรวจวินิจฉัย หรือบำบัดโรคที่จะกระทำต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ยินยอม เป็นการละเมิดเสรีภาพของผู้ป่วย เว้นแต่จะเป็นการกระทำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ที่จะทำการต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ ภายในขอบเขตของกฎหมาย ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะคุ้มครองสาธารณสุข ให้ได้รับความปลอดภัย จากโรคติดต่อตามที่กฎหมายบัญญัติ

1.2 สิทธิในครอบครัว สิทธิส่วนตัว รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 44 บัญญัติว่า “มาตรา 44 สิทธิบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง และความเป็นอยู่ส่วนตัว ย่อมได้รับความคุ้มครอง” บทบัญญัติในมาตรานี้ได้แก่ การรับรองสิทธิในครอบครัว สิทธิในเกียรติยศชื่อเสียง และสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว สิทธิส่วนตัวตามรัฐธรรมนูญ รวมถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา เพื่อยืดชีวิตเขาออกไป สิทธิที่จะตาย

1.3 สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ ในหมวดที่ 5 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ว่าด้วยแนวนโยบายแห่งรัฐ ในมาตรา 83 บัญญัติไว้ว่า “มาตรา 83 รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึง และพึงให้การรักษาแก่ผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ การป้องกัน และการขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์” บทบัญญัติในมาตรานี้ สอดคล้องกับสิทธิมนุษยชน

2. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ สิทธิของผู้ป่วย ฐานะคู่สัญญาทางแพ่ง ย่อมเกิดขึ้นตามบทบัญญัติของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนี้คือ

2.1 ผู้ป่วยต้องรับรู้สาระสำคัญของการกระทำของแพทย์ ที่กระทำต่อตน ความยินยอมของผู้ป่วย จึงจะมีผลกระทบทางกฎหมาย หากผู้ป่วยไม่รู้สาระสำคัญของการกระทำของแพทย์ ให้เข้าใจเสียก่อน บทบัญญัติในมาตรานี้ จึงเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

2.2 ผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าว หรือ อธิบายคุณลักษณะของตัวแพทย์ ที่ผู้ป่วยต้องการ วิธีการกระทำที่ผู้ป่วยจะได้รับ มิฉะนั้น ความยินยอมของผู้ป่วยจะไม่สมบูรณ์เพราะสำคัญผิด

3. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 กฎหมายฉบับนี้ เป็นกฎหมายมหาชน ที่บัญญัติถึง สิทธิของผู้บริโภค ไว้อย่างชัดเจน และได้นิยามความหมายของผู้บริโภคไว้อย่างชัดเจน ซึ่งรวมถึง “ผู้ป่วย” ด้วย

สิทธิของผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 บัญญัติไว้ 4 ประการ คือ

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนา คุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับสินค้า หรือบริการ
2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ
3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากสินค้าหรือบริการ
4. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณา และชดเชยค่าเสียหาย

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ (the right to know) หรือได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการที่ตนจะได้รับ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความยินยอม ต่อผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ สิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย ทำให้เกิด “หน้าที่” ของแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ ที่ต้องเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

4. ประมวลกฎหมายอาญา บทบัญญัติในกฎหมายอาญา ที่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ความผิดฐานเปิดเผยความลับ ตามบทบัญญัตินี้เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล และเป็นลักษณะสิทธิส่วนตัวที่ผู้อื่นไม่ควรรู้เรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย อันอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หรือผู้เกี่ยวข้อง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 23-31)

ประเทศไทยรับเอาการแพทย์แผนตะวันตก และวิวัฒนาการสมัยใหม่เข้ามาพร้อมกันนั้น ได้นำเอากรอบความคิดด้านจริยธรรม ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เข้ามาด้วย จริยธรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยในสังคมไทย ได้รับมาใช้นี้ เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมตะวันตก ที่เรายืมมาใช้

เช่น เรื่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิในการรับข้อมูลข่าวสาร สิทธิที่จะตาย ซึ่งเป็นเรื่องที่สังคมไทยไม่เคยมีมาก่อนในวัฒนธรรมการรักษาพยาบาล แต่ดั้งเดิมของไทย ปัจจุบันระบอบประชาธิปไตยก่อให้เกิดความตื่นตัวเรื่องสิทธิต่างๆ รวมทั้งระบบการดูแลสุขภาพก็เช่นเดียวกัน

สิทธิผู้ป่วยจะเป็นส่วนหนึ่งในระบบการแพทย์ไทยในอนาคต สิทธิที่สำคัญที่สุดในการเป็นผู้ป่วย คือ สิทธิที่จะได้รับการบอกเล่าข้อมูลต่างๆ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้เข้าใจและสามารถมีส่วนร่วมในการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยโดยตรง เพราะผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ

สิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ที่มีบทบาทสำคัญในระบบการแพทย์เนื่องจากปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เป็นความสัมพันธ์เชิงพันธสัญญา ทำให้มีการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และสาเหตุการฟ้องร้องส่วนใหญ่มาจากความบกพร่องในเรื่องของการสื่อสาร สำหรับการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะสิทธิผู้ป่วยด้านสิทธิที่จะรู้

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวล

เรื่องที่ ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถามการวิจัย	สมมติฐาน การวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
1	นิยมฐาน นาคะ 2534	ความวิตกกังวล และความ ต้องการข้อมูล ของผู้ป่วยก่อน การผ่าตัด	เพื่อศึกษาความ วิตกกังวลและ ความต้องการ ข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด	1. ก่อนผ่าตัดผู้ป่วย มีความวิตกกังวล และความวิตกก กังวลขณะเผชิญ ระดับใดมีความ สัมพันธ์เชิงบวก หรือไม่ 2. ความวิตกกังวล ขณะเผชิญและ ความต้องการข้อมูล สัมพันธ์กัน หรือไม่ผู้ป่วย ต้องการข้อมูล ใดบ้าง	ไม่มี	การวิจัย เชิงบรรยาย	ผู้ป่วยสามัญ ที่ได้รับการ ผ่าตัดบริเวณ ศีรษะและ คอ ช่อง ท้อง อวัยวะ สืบพันธุ์เพศ หญิง ร.พ รามธิบดี	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วน บุคคล 2.แบบประเมิน ความวิตกกังวล ของSpielberger (State-Trait Anxiety Inventory Icom X-I) และแบบ X-II (A trait Scale) 3.แบบประเมิน ความต้องการ ข้อมูล จัดแปลง Dodge:1969& Pender:1974	ไม่มี	1.คุณลักษณะ ประชากรวิเคราะห์เป็น จำนวนและร้อยละ 2.สถิติสัมพันธ์แบบเพียร์ สันใช้วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและ และความวิตกกังวล เผชิญศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและ ความต้องการข้อมูล ก่อนการผ่าตัด 3.สถิติ-test ใช้เปรียบเทียบ ความวิตกกังวล	ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความ วิตกกังวลใน ระดับปานกลาง ค่อนข้างต่ำ แต่มีความ ต้องการข้อมูล ในระดับสูง

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวล (ต่อ)

เรื่องที่ ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
2	ภัสพร ข้าวิศา 2534	ผลของการ สัมผัสต่อความ วิตกกังวลของ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนความ วิตกกังวลก่อน ผ่าตัดของผู้ป่วย ที่อยู่ในห้องรอ ผ่าตัดระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ ได้รับการสัมผัส และกลุ่มผู้ป่วยที่ ไม่ได้รับ การพยาบาลตาม กิจวัตร	ไม่มี	คะแนนความวิตก กังวลก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ รับการสัมผัสจะ ลดลงมากกว่ากลุ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการ พยาบาลตาม กิจวัตรขณะที่อยู่ใน ห้องรอผ่าตัด	การวิจัย กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยหทัย กรรมหญิง ร.พ.วชิร พยาบาล	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วนตัว 2.แบบสัมภาษณ์ วัดความวิตก กังวลแบบบทท ของ Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory from X-I) และแบบ X-II (A trait Scale) 3.มาตรวัดความ วิตกกังวล (สร้างจากแนว คิดของAitken : 1969และ Wewer & Lown : 1990	แบบ แผนการ สัมผัส	ข้อมูลส่วนตัว หา จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยง เบนมาตรฐานของผล ต่างของคะแนนความ วิตกกังวลก่อนและ หลังการสัมผัส สถิติ t-test ใช้ทดสอบ ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยของผล ต่างของคะแนนความ วิตกกังวลภายหลัง การให้สัมผัสระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนความ วิตกกังวลก่อน ผ่าตัดของ กลุ่มผู้ป่วยที่ ได้รับการ สัมผัสลดลง มากกว่ากลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การพยาบาล ตามกิจวัตร ขณะที่อยู่ใน ห้องรอผ่าตัด อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถามการวิจัย	สมมติฐาน การวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
1	นันทา กลิ่นทอง กุล 2535	ความวิตกกังวล ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอน และวิธีการเผชิญ ปัญหา ระยะเวลา พักการตรวจ วินิจฉัย ในผู้ป่วย ที่มีก้อนบริเวณ เต้านม	เพื่อศึกษาความ วิตกกังวล ความรู้สึก ไม่แน่นอน และ วิธีการเผชิญ ปัญหา รวมทั้ง ความแตกต่าง ของวิธีการเผชิญ ความเครียด และศึกษา ความสัมพันธ์ ระหว่าง ตัวแปรทั้ง 3	ผู้ป่วยที่มีก้อน บริเวณเต้านม ขณะรอผล การตรวจชิ้น เนื้อจะมีความ วิตกกังวลและ ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วย มากน้อยเพียง ใด ความวิตกก ังวลและ ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์ กันหรือไม่	ไม่มี	การวิจัย เชิง บรรยาย	ผู้ป่วยหญิง ที่มีก้อน บริเวณ เต้านม และ มารอฟังผล ชิ้นเนื้อที่ หน่วยตรวจ โรคผู้ป่วย นอกสัปดาห์ กรรม	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบวัดความ วิตกกังวลและ เผชิญของสโกปส์ เบอร์และคณะ 3.แบบสอบถาม ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วย ของมิเชล (Mishel:1990) 4.แบบวัดพฤติกรรม การ เผชิญความเครียด ของงาโลว์ส (Jalowiec:1988)	ไม่มี	1.คุณลักษณะ ประชากรวิเคราะห์ ด้วยจำนวน ร้อยละ 2.เปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนในความเจ็บป่วย ใช้สถิติการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทาง เดียวแบบวัดซ้ำ 3.วิเคราะห์ความ สัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล กับ ความรู้สึกลึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยราย ด้านและโดยรวม ใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยใน 51-104 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามชุดนี้อยู่ระหว่าง 24-120 คะแนนวิธีการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างใช้ด้านการเผชิญหน้ากับการปัญหามากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (ต่อ)

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
3	สุชาติ เรืองรัตน อัมพร 1999	ศึกษาการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และความ วิตกกังวลใน ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด หัวใจที่มารับ การตรวจ วินิจฉัยการ ทำงานของ หัวใจ	เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพและ ความวิตก กังวลในผู้ป่วย โรคหลอดเลือด หัวใจที่มารับ การตรวจ วินิจฉัยการ ทำงานของ หัวใจ	ไม่มี	1.การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน รับการตรวจวินิจฉัยแบบ non invasive และแบบ invasiveมีความสัมพันธ์กับ ระดับความวิตกกังวล 2.การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน รับการตรวจวินิจฉัยแบบ non invasive และแบบ invasiveมีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลแบบ trait 3.ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน รับการตรวจวินิจฉัยแบบ non invasive และแบบ invasiveมีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลแบบ trait 4.ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ภายหลังรับการตรวจวินิจฉัยมีระดับต่ำ กว่าก่อนการตรวจวินิจฉัยทั้งแบบ invasive และ non invasive 5. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ ต้องมารับการตรวจวินิจฉัยทั้งแบบ invasive และ non invasive ไม่แตกต่าง กัน	การวิจัย เชิง บรรยาย	กลุ่มผู้ป่วย โรคหลอดเลือด หัวใจที่ เลือกหัวใจที่ วางแผนว่า จะต้องเข้ารับ การตรวจ วินิจฉัยโรค หัวใจ ที่ศูนย์ โรคหัวใจ โรงพยาบาล ศิริราช	1.แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ภาวะ สุขภาพ ของ Brook, et al.1979 3.แบบสอบถาม วัดความวิตก กังวลของ Spielberger,CD. et al.1970	ไม่มี	ลักษณะ ประชากรที่ใช้ สถิติความถี่, ค่าเฉลี่ย, ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน หา ความสัมพันธ์ ใช้สถิติ สัมประสิทธิ์ สห สัมพันธ์แบบ เพียร์สัน และใช้ t-test ในการ เปรียบเทียบ ความ สัมพันธ์	ก่อนตรวจผู้ป่วยมีการ รับรู้ภาวะสุขภาพขณะ เผชิญและแบบและ ระดับปานกลางและ ค่อนข้างต่ำตามลำดับ ความวิตกกังวลก่อน ตรวจสัมพันธ์กับ ความวิตกแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะ เผชิญและ แบบแฝง สัมพันธ์กับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทั้งการ ตรวจแบบอินเวซีฟ และนอนอินเวซีฟ ความวิตกขณะเผชิญ ก่อนตรวจทั้งสอง แบบ ไม่แตกต่างกัน หลังการตรวจความ วิตกกังวลขณะเผชิญ ลดลงกว่าก่อนตรวจ

ตารางที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวม ข้อมูล	ทดลอง		
1	อรพินท์ ชัยพยอม 2542	ความพึงพอใจ ของผู้ รับบริการต่อ การบริการ ของแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บศิริราช	เพื่อประเมิน ความพึงพอ ใจของ ผู้รับบริการต่อ บริการของแผนก ผู้ป่วย นอก ร.พ. ศิริราช	ไม่มี	1.ผู้รับบริการที่ สามารถเข้าถึงบริการ ได้มาก จะมีความ พึงพอใจต่อการบริการ ของแผนกผู้ป่วยนอก ร.พ.ศิริราชมาก 2.คุณภาพบริการตาม การรับรู้ของผู้รับ บริการดี จะทำให้เกิด ความพึงพอใจต่อ บริการของแผนกผู้ ป่วยนอกของ ร.พ. ศิริราช มาก	การวิจัยเชิง อรรถาธิบาย แบบภาคตัด ขวาง	ผู้รับบริการ แผนก ผู้ป่วย นอก ร.พ. ศิริราช	แบบ สัมภาษณ์ ลักษณะ	ข้อมูลลักษณะส่วน บุคคล ใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, มัธยฐาน, ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์ ใช้ การทดสอบสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	1 ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการบริการ แผนกผู้ป่วยนอก ร.พ. ศิริราชพบว่าส่วนใหญ่ ผู้รับบริการมีความพึง พอใจน้อยคิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมามีความพึง พอใจในระดับปานกลาง และพึงพอใจมากที่สุดเป็น ร้อยละ 39.1 และ 19.7 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจกับการ เข้าถึงบริการมี ความสัมพันธ์เชิงบวก 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจกับ คุณภาพบริการตามการ รับรู้ของผู้รับบริการมี ความสัมพันธ์เชิงบวก	

ตารางที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจ (ต่อ)

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวม ข้อมูล	ทดลอง		
2	อนงค์ เชื้อวัฒนา 2542	ความพึงพอใจ ของผู้ รับบริการ แผนกผู้ป่วย นอก ร.พ. อำนาจเจริญ	เพื่อประเมิน ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ แผนก ผู้ป่วยนอก ร.พ.อำนาจเจริญ	ไม่มี	1.ลักษณะประชากรมี ผลต่อความพึงพอใจ ของผู้รับบริการแผนก ผู้ป่วยนอก 2. จำนวนครั้งที่ใช้บริการ มีความสัมพันธ์เชิง บวกกับความพึงพอใจ ของผู้ป่วย 3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการมี ความสัมพันธ์เชิงบวก กับความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ 4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับ ระบบการให้บริการ มีความสัมพันธ์เชิง บวกกับความพึงพอใจ	การวิจัยเชิง อรรถาธิบาย แบบภาคตัด ขวาง	ผู้ป่วยนอก ที่ มารับ บริการ ที่ร.พ. อำนาจ เจริญ	แบบ สัมภาษณ์	ไม่มี	ลักษณะประชากร วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่,ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย,ส่วน เบี่ยงเบนมาตร ฐาน,ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด เปรียบเทียบความ แตกต่าง ใช้สถิติ t-test และ One-way ANOVA การวิเคราะห์เพื่อหา ความ สัมพันธ์ทดสอบด้วย การหาค่าสัมประ สิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน	1 ความพึงพอใจโดยรวมของ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ร.พ อำนาจเจริญอยู่ในระดับ ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 65.6 2 ความพึงพอใจของผู้รับ บริการ แผนกผู้ป่วยนอก ร.พ.อำนาจเจริญ จำแนกตามลักษณะประชากร พบว่าเพศ,สถานภาพสมรส, ภูมิลำเนา มีความพึงพอใจ ใน บริการ ไม่ต่างกัน ส่วนระดับ การศึกษา,อาชีพต่างกันมีผลต่อ ความพึงพอใจต่างกัน 3 จำนวนครั้งที่ใช้บริการ ไม่มี ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ร.พ.อำนาจเจริญ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้า ถึงบริการมีความสัมพันธ์เชิง บวกกับความพึงพอใจของผู้ รับบริการและ ความคิดเห็น เกี่ยวกับระบบให้บริการมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึง พอใจ

ตารางที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวม ข้อมูล	ทดลอง		
1	สมาน วรพันธ์ 2539	ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล เกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล	เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย คัดกรอง แพทย์และพยาบาล ประจักษ์แผนก คัดกรอง ต่อสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย และการปฏิบัติในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล	ไม่มี	1. ความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาล มีความแตกต่างกัน 2. ความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะรู้ระหว่างแพทย์กับพยาบาล ไม่แตกต่างกัน	การวิจัยเชิงสำรวจ สัมภาษณ์ การวิจัยเชิงคุณภาพ	ศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม คือ 1.ผู้ป่วย คัดกรอง 2. แพทย์ กับ พยาบาล ประชากร ประชากร	แบบ สัมภาษณ์	ไม่มี	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบความแตกต่าง ใช้สถิติ t-test และ Oneway anova การทดสอบความสัมพันธ์ใช้ สถิติ Correlation	ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เห็นด้วยว่า ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองข้อมูลหลังผ่าตัด ข้อมูลก่อนการลงชื่อยินยอมผ่าตัด ว่าเป็นสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย สิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติมากที่สุด คือ วิธีการและขั้นตอนการติดต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อขอรับความช่วยเหลือ ส่วนข้อมูลแพทย์และพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นประจำคือ บอกกล่าวแก่ผู้ป่วยก่อนทำการตรวจและรักษาพยาบาล

ตารางที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย (ต่อ)

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถามการ วิจัย	สมมติฐาน การวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวม ข้อมูล	ทดลอง		
2	วีรวรรณ บุญพริก 2540	ความคิดเห็น เกี่ยวกับสิทธิที่จะ รู้ของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วย ใน ร.พ. รามธิบดี	เพื่อศึกษาความ คิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับสิทธิที่ จะรู้ของผู้ป่วย	ไม่มี	ไม่มี	การวิจัย เชิงสำรวจ	ผู้ป่วยในของ ร.พ.รามธิบดี เลือกเก็บ ตัวอย่างจากผู้ ป่วยสามัญใน 3 แผนก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม	แบบ สัมภาษณ์	ไม่มี	ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะ ประชากร วิเคราะห์ ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลข คณิต ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน ทดสอบลักษณะ ประจำ กร กับ ความคิด เห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะ รู้ของผู้ป่วย โดยใช้ สถิติ t - test และ One Way ANOVA	ผู้ป่วยเห็นด้วยกับสิทธิที่จะ รู้ของผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วย เห็นว่าตนเองควรมี สิทธิที่จะรู้ถึงผลการ วินิจฉัยโรค วิธีการในการ รักษาโรค อันตรายหรือ ผลร้ายในการรักษาโรค รู้ชื่อยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยาที่ใช้ใน การรักษาโรค กรณีผู้ป่วยได้รับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ก่อนทำการรักษาโรคหาก เกิดข้อผิดพลาดขึ้นผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะไม่เรียกร้องค่า เสียหายที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะ รู้สึกวิตกกังวลกับการรักษา และโรคที่เป็นอยู่

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

Scott (1983 :24-28 อ้างในมณฑา ลิ้มทองกุล, 2535:11) ศึกษาระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยระหว่างรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ และภายหลังการตรวจชิ้นเนื้อ 6-8 สัปดาห์ ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 85 คน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมาก่อน โดยวัดระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วยเครื่องมือวัดความวิตกกังวลของ Spielberger et al. ผลการศึกษาพบว่า ช่วงระยะเวลาระหว่างรอฟังผลตรวจชิ้นเนื้อว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าภายหลังเวลาผ่านไปแล้ว 6-8 สัปดาห์ กล่าวได้ว่าระยะเวลาระหว่างรอฟังผลตรวจวินิจฉัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่นั้น จัดเป็นช่วงระยะวิกฤต ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมากเนื่องจากไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง

Elon Eisenberg et al. (2003) ศึกษาเรื่อง Prevalence and Characteristics of Pain Induced by Percutaneous Liver Biopsy. รูปแบบการศึกษาคือเป็น prospective study โดยผู้วิจัยสำรวจลักษณะอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย visual analog scale สำหรับวัดความรุนแรงของความปวด และแบบสอบถามความวิตกกังวลของ Spielberger ในการวัดระดับความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 84 จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 54 ราย มีอาการปวดหลังจาก biopsy 30 นาที ตำแหน่งที่ปวด ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 9 ราย ปวดบริเวณตำแหน่งที่ biopsy 14 ราย ปวดบริเวณไหล่ขวา และปวดบริเวณไหล่ขวาทั้ง 2 ข้างจำนวน 24 ราย เพศหญิงมีระดับความรุนแรงของความปวดสูงกว่า และมีความวิตกกังวลสูงกว่าด้วย

Hernando Robles P, Pons Torrents X, Falco Fages J. (1997 : Abstract) ศึกษา Effects of a written consent for liver biopsy on information and anxiety of patients เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด แบบสอบถามชุดแรกใช้ประเมินระดับข้อมูลที่ผู้ป่วยมีอยู่ (degree of patient's information) แบบสอบถามชุดที่สองใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทำให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะตับ และพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ และการให้ข้อมูลยังส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากผลการวิจัยพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยคงที่ (no increased anxiety) ผลวิจัยสรุปว่า การให้คำอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมรับการตรวจเป็นสิ่งสนับสนุนการพัฒนาความรู้ของผู้ป่วย

Baker et. al. (2002) ศึกษาผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (function health literacy) จะมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สมัครเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ จำนวน 3,260 ราย รูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Prospective cohort พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ (inadequate literacy) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

Nancy T. A, et. al. (2003) ศึกษาปัจจัยกำหนดระดับความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิ โดยศึกษาวิจัยแบบบรรยาย (descriptive study) สุ่มเลือกจำนวนตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ จำนวน 92 ราย ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะรอนัดหมายตรวจ ด้วยแบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานสำหรับผู้ใหญ่ (TOFHLA) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นชนกลุ่มน้อยที่ได้รับการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และนำไปสู่การมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำ

Lisa D.C., et al. (abstract:2004) ศึกษาปัจจัยกำหนดความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำระหว่างความสัมพันธ์ด้านลักษณะผู้ป่วยที่เตรียมตัวผ่าตัดกับความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำและความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำกับการให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort study) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีกำหนดนัดผ่าตัด และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะประชากร ผลการวิจัยสรุปว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคู่มือการเตรียมตัวในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดได้ในระดับต่ำ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลศิริราช มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยพัฒนาคุณภาพตามระบบมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เน้นนโยบายผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ซึ่งสิทธิที่สำคัญของการเป็นผู้ป่วยคือ สิทธิที่จะรู้ จากการศึกษาของสมาน วรพันธ์ (2539) พบว่าผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลมีความคิดเห็นว่า ข้อมูล

เกี่ยวกับแพทย์ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ข้อมูลก่อนการผ่าตัด ข้อมูลหลังการผ่าตัด ข้อมูลก่อนการลงชื่อยินยอมในการผ่าตัดเป็นสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย และพบว่าข้อมูลที่แพทย์และพยาบาลปฏิบัติประจำคือ บอกกล่าวแก่ผู้ป่วย ก่อนทำการตรวจและรักษา ส่วนผลการศึกษาของ วีรวรรณ บุญทริก (2540) พบว่าผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีสิทธิที่จะรู้ วิธีการในการรักษา อันตรายหรือผลร้ายในการรักษาโรค

การเจาะชิ้นเนื้อตับ จัดอยู่ในกลุ่มหัตถการ ที่มีความเสี่ยงสูง ในความรับผิดชอบของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่จำเป็นต้องขอหนังสือแสดงเจตจำนงจากผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ จากการศึกษาของ Elon Eisenberg et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตับจะรู้สึกวิตกกังวล และพบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนการเจาะชิ้นเนื้อตับมากกว่าเพศชาย ส่วน Scott (1983) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมาก่อน ช่วงระยะเวลาระหว่างรอฟังผลการตรวจวินิจฉัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่นั้น ผู้ป่วยรู้สึกเครียดเนื่องจากไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้น

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคที่มีความจำเป็นต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกายผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปานกลาง แต่มีความต้องการข้อมูลสูง ส่วนผลการศึกษาของสุชาดา เรืองรัตนอัมพร (1999) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจวินิจฉัยการทำงานของหัวใจ แบบอินเวซีฟ และนอนอินเวซีฟ พบว่าความวิตกกังวลเฉลี่ยก่อนตรวจไม่แตกต่างกัน หลังการตรวจความวิตกกังวลเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนตรวจ ในขณะที่ Hernando Robles P, Pons Torrents X, Falco Fages J. (1997) ได้ประเมินความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และสรุปว่าการให้คำอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมรับการตรวจเป็นสิ่งสนับสนุนความรู้ของผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยต้องเรียนรู้ และตัดสินใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น หากผู้ป่วยมีทักษะด้านการอ่าน เข้าใจ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้ และนำความรู้จากข้อมูลที่ได้ไปปฏิบัติ แสดงถึงความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วย แต่ Baker et al. (2002) ศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วน Nancy T.A, et.al. (2003) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นชนกลุ่มน้อยที่มารับการตรวจที่หน่วยปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และนำไปสู่การมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำ และ Lisa D.C., et al. (2004) พบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพ

ระดับต่ำ พบได้ในวัยสูงอายุ และยังพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคู่มือ การเตรียมตัวในการรักษาด้วยการผ่าตัดในระดับต่ำ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อ การรักษาพยาบาล มีความสำคัญเนื่องจาก เป็นสิ่งบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับ ผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่สามารถจำแนกสิ่ง ที่ผู้รับบริการไม่พอใจ ความจำเป็นในการปรับปรุงบริการ มิติของคุณภาพจึงมีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจของผู้ป่วย อรพิน ไชยพยอม (2542) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการของ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการน้อย รองลงมา มีความพึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจมาก ส่วนอนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) พบว่า ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีความพึงพอใจปานกลาง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการเจาะตับ ที่โรงพยาบาลศิริราช มีรายละเอียด ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างเครื่องมือและการทดสอบเครื่องมือ
5. การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้แก่กลุ่มทดลอง (experimental group) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ไม่ได้เข้าโปรแกรมสุขศึกษาของผู้วิจัย แต่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาและเจ้าหน้าที่ตามปกติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (pre-and post-program with comparison group) ดังนี้

กลุ่มทดลอง O_1 ----- X_1 ----- X_2 ----- X_3 ----- X_4 ----- O_3

กลุ่มเปรียบเทียบ O_2 ----- O_4

แผนภูมิที่ 4 แผนการวิจัย

โดยกำหนดให้

- O_1, O_2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลลักษณะประชากร ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการ
- O_3, O_4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการ
- X หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษา
- X_1 หมายถึง กิจกรรมการนัดหมายเจาะขึ้นเนื้อตับ 1) ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน 2) สร้างสัมพันธภาพ 3) ชักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับวิถีชีวิต และลักษณะอาชีพ 4) ผู้วิจัยอธิบายประกอบแผ่นพับ การปฏิบัติตัวเพื่อรับการเจาะขึ้นเนื้อตับ
- X_2 หมายถึง กิจกรรมขณะผู้ป่วยรอเจาะขึ้นเนื้อตับ 1) ผู้ป่วยทวนซ้ำ การเตรียมตัวก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ 2) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเจาะขึ้นเนื้อตับประกอบภาพถ่าย
- X_3 หมายถึง กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน กิจกรรมประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ภายหลังการเจาะขึ้นเนื้อตับ 2) ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติตัวหลังเจาะขึ้นเนื้อตับร่วมกับผู้วิจัย พร้อมทำบันทึกแผนการปฏิบัติตัวมอบให้ผู้ป่วย 1 ชุด และผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด
- X_4 หมายถึง ติดตามการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์ หลังผู้ป่วยเจาะขึ้นเนื้อตับ 3 วัน โดยติดตามการปฏิบัติตามแผน ตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนร่วมกับผู้วิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) ที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน 2550- มกราคม 2551

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัย ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

$$\text{สูตร } n > \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{\left[\frac{\mu_1 - \mu_0}{\sigma} \right]^2}$$

โดย $Z_{\alpha/2} = 2.58$ $Z_{\beta} = 1.28$ เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.01$, $\beta = 0.10$

เนื่องจากไม่ทราบค่าความแปรปรวน และค่าเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มานัดเจาะชิ้นเนื้อตับ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย กำหนดให้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ได้ค่าเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ (μ_1) เท่ากับ 55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.16 ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ ได้ค่าเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ (μ_0) เท่ากับ 40.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.80

$$n > \frac{2(2.58 + 1.28)^2}{\left[\frac{14.53}{11.4} \right]^2}$$

$$n > \frac{29.80}{1.64}$$

$$n \cong 18.17 = 19$$

การคำนวณเพื่อจำนวนตัวอย่างในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มาตรวจตามนัด (drop out) ดังสูตรต่อไปนี

$$\begin{aligned}
 n_{\text{เพื่อ}} &= \frac{n_{\text{ก่อนการเพื่อ}}}{(1-R)} \\
 &= \frac{19}{(1-0.16)} \\
 &= 22.62
 \end{aligned}$$

จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยกลุ่มละ 23 ราย รวม 2 กลุ่ม เท่ากับ 46 ราย

R หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะไม่มาตามนัด 16.12% (R=0.16) โดยผู้วิจัยคำนวณจากผู้ป่วยที่มานัดเจาะขึ้นเนื้อตับในปี 2549 ที่สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 242 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ไม่มารับการเจาะขึ้นเนื้อตับตามนัดหมาย จำนวน 39 ราย

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังนี้

1. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยต้องเจาะขึ้นเนื้อตับ และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการเจาะขึ้นเนื้อตับ
3. ผู้ป่วยยังไม่เคยเจาะขึ้นเนื้อตับ
4. ผู้ป่วยต้องเว้นระยะห่างระหว่างวันนัดกับวันที่ผู้ป่วยมาเจาะขึ้นเนื้อตับอย่างน้อย 7 วัน
5. สามารถอ่านและฟังภาษาไทยรู้เรื่องเข้าใจ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และกำหนดวิธีการคัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยให้ผู้ที่มารับการนัดหมายเจาะขึ้นเนื้อตับในช่วงสัปดาห์แรกที่เริ่มทำการวิจัยเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ที่มารับการนัดหมายเจาะขึ้นเนื้อตับในสัปดาห์ที่ 2 จัดเป็นกลุ่มทดลอง สลับกันไปจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้นรวม 20 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความเป็นจริง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-I) ของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970 : 20-21) มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเกิต 3 ระดับ คือ ตรงกับความรูสึกมากที่สุด=3 ตรงกับความรูสึก=2 ไม่ตรงกับความรูสึก=1 เนื้อหาทั้ง ความหมายทางบวกและลบ ข้อที่มีความหมายทางบวกคือข้อ 1 2 5 8 9 14 15 18 และ 19 ข้อที่มีความหมายทางลบ จะกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน แต่ละชุดจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19 - 57 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่า มีความวิตกกังวลมากกว่าคะแนนรวมต่ำ

2.1 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจาก Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM test) ของ Terry Davis, Michael Crouch and Sandy Long ผู้วิจัยนำคำศัพท์พื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคตับพบบ่อย โดยเลือกจากแหล่งต่างๆ คือ หนังสือ แผ่นพับ เอกสารประกอบการเตรียมตัวเจาะตับ ใบนัด หนังสือแสดงเจตจำนงสำหรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ (inform consent) เป็นต้น วัตถุประสงค์ในการสร้างแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ เพื่อเลือกใช้วิธีการและสื่อที่เหมาะสมกับระดับการอ่านของผู้ป่วย ลักษณะแบบประเมินประกอบด้วย คำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 แถว แถวละ 22 คำ ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียง หากพบคำที่ไม่สามารถอ่านได้หรือใช้เวลานานให้ข้ามคำนั้น นำคะแนนรวมในแต่ละแถวมารวมเป็นคะแนนดิบและนำคะแนนดิบที่ได้มาจัดแบ่งระดับซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา กับระดับมัธยมศึกษา โดยผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-44 คะแนนจัดระดับการอ่านอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 45-66 คะแนน จัดระดับการอ่านอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

2.2 แบบประเมินความเข้าใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจาก Test of Functional Health literacy in Adults (TOFHLA) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Parker, et al. ในปี 1995 ใช้สำหรับวัดความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วย (functional health literacy) แบบประเมินความเข้าใจ แบ่งออกเป็น 2 การทดสอบ คือ การทดสอบความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน (reading comprehension) และทดสอบความสามารถในการอ่านเข้าใจตัวเลข (numeracy scale)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแบบวัด 2 แบบ คือ

การทดสอบความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน (reading comprehension) เป็นการนำรูปแบบการทดสอบความเข้าใจโดยประยุกต์จาก The Cloze test ลักษณะแบบทดสอบจะให้ผู้อ่านเติมคำในช่องว่าง โดยจะมีตัวเลือกให้ผู้ถูกทดสอบได้เลือกตอบ เพียง 1 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดคิดเป็น 0 คะแนน จำนวน 36 ข้อ เนื้อหาของแบบทดสอบประกอบด้วย การทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการเจาะตับ หนังสือแสดงเจตจำนงในการเจาะตับ การนัดหมายในการเจาะตับ การปฏิบัติตัวก่อนเจาะ ขณะเจาะและหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

การทดสอบความสามารถในการเข้าใจตัวเลข (the numeracy scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นการจับคู่ข้อความที่สอดคล้องกัน ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน เนื้อหาของแบบทดสอบมาจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเจอในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจาะขึ้นเนื้อตับ

การแปลผลระดับคะแนน นำคะแนนจากทั้งสองส่วน คือ การทดสอบความเข้าใจในการอ่าน และการทดสอบความสามารถในการเข้าใจตัวเลข มารวมกันแล้วจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ

ผู้ที่มีคะแนนในช่วงระหว่าง 0-59%	หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ (inadequate)
ผู้ที่มีคะแนนในช่วงระหว่าง 60-74 %	หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพปานกลาง (marginal)
ผู้ที่มีคะแนนในช่วงระหว่าง 75-100%	หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพสูง (adequate)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในบริการ ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความพึงพอใจ มาเป็นกรอบในการสร้างคำถามในแบบประเมิน ลักษณะของแบบประเมินความพึงพอใจในบริการเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนน กำหนดการให้คะแนนข้อคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3 เห็นด้วย = 2 ไม่เห็นด้วย = 1 ข้อที่มีความหมายทางบวก คือ 2 4 5 6 7 8 10 11 13 14 15 โดยข้อที่มีความหมายด้านลบจะให้คะแนนกลับกัน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนจะมีช่วงอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการน้อย และคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมสุศึกษา
2. แผ่นพับ
3. ภาพถ่าย

4. การสร้างเครื่องมือและการทดสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยกำหนดเป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (self-administered questionnaires) ในแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ แบบวัดความวิตกกังวล แบบประเมินความพึงพอใจในบริการ รายละเอียดของการสร้าง และการทดสอบเครื่องมือ มีดังนี้

แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ แบบวัดความวิตกกังวล และแบบประเมินความพึงพอใจในบริการ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคระบบทางเดินอาหาร
- 2) กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหา ที่จะศึกษาให้ชัดเจน สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา
- 3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (content validity) การใช้ภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ
- 4) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย
- 5) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) แบบความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach สำหรับวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดความพึงพอใจในบริการ ส่วนแบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson ค่าที่คำนวณได้อยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีค่าความเที่ยง สอดคล้องภายในสูง (internal consistency) และปรับแก้ไขให้เครื่องมือมีความเหมาะสมกับกลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการทดลองจริง
- 6) ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมทั้งด้านความชัดเจนของภาษา และ รูปแบบก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

5. การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลองและ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

- 1) นำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยเสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
- 2) สร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างขณะนัดเจาะขึ้นเนื้อตับ อธิบายวัตถุประสงค์ และรูปแบบการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มเป้าหมายตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงอธิบายรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง วิธีการเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย กิจกรรมสุขศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ดังนี้

รายละเอียดการจัดกิจกรรม

ครั้งที่ 1 การนัดหมายเจาะขึ้นเนื้อตับ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- 1) ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียน เพื่อศึกษาข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ชื่อ นามสกุล อายุ อาชีพ ภูมิลำเนา
- 2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ให้ผู้ป่วยทราบก่อน เข้าร่วมโครงการวิจัย
- 3) ผู้วิจัยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาชีพ วิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การขับรถ
- 4) ผู้วิจัยอธิบายประกอบแผ่นพับ เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อรับการเจาะขึ้นเนื้อตับ ประกอบด้วยขั้นตอนการรับบริการ การเตรียมตัวก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวขณะเจาะขึ้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน

ครั้งที่ 2 ขณะผู้ป่วยรอเจาะชิ้นเนื้อตับ

ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรม

- 1) ให้ผู้ป่วยทวนซ้ำ ความรู้ในครั้งที่ 1 เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ว่าผู้ป่วยเข้าใจถูกต้องหรือไม่
- 2) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อมาเจาะชิ้นเนื้อตับ ร่วมกับการใช้ภาพถ่ายเกี่ยวกับวิธี การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยเจาะชิ้นเนื้อตับ โดยเริ่มจากภาพการเตรียมทำผู้ป่วยก่อนเจาะชิ้นเนื้อตับ ภาพการปฏิบัติตัวขณะแพทย์เจาะชิ้นเนื้อตับ ภาพการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังเจาะชิ้นเนื้อตับ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปห่อผู้ป่วยให้ถูกวิธี

ครั้งที่ 3 การเยี่ยมผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรม

ผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน กำหนดกิจกรรมดังนี้

- 1) ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ภายหลังจากเจาะชิ้นเนื้อตับ
- 2) ให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติตนหลังเจาะชิ้นเนื้อตับ การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในเรื่องต่อไปนี การรับประทานยาแก้ปวด การรับประทานยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด การออกกำลังกาย การขับรถ การทำงานหรืองดกิจกรรมที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเจาะชิ้นเนื้อตับ โดยผู้วิจัยบันทึกการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังเจาะชิ้นเนื้อตับซึ่งจัดทำจำนวน 2 ชุด มอบให้ผู้ป่วย 1 ชุด ผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด

ครั้งที่ 4 ติดตามการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์ หลังผู้ป่วยเจาะชิ้นเนื้อตับ 3 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรม

ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์ หลังจากเจาะชิ้นเนื้อตับประมาณ 3 วัน โดยผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก วัน เวลาที่ผู้ป่วยสะดวก ผู้วิจัยกำหนดประเด็นติดตามการปฏิบัติตามแผนดังนี้

- 1) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแผนที่ผู้ป่วยได้วางแผนไว้ร่วมกับผู้วิจัยเมื่อกลับบ้าน
- 2) การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองหลังเจาะชิ้นเนื้อตับ และวิธีปฏิบัติเมื่อพบอาการผิดปกติ

ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดโดยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างขณะนัดหมายเจาะชั้นเนื้อตับ และแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านอย่างละเอียดก่อนเพื่อทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย คำตอบของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะนำไปใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อกระบวนการรักษา
3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถาม หลังรับแบบสอบถามคืนทันที
5. รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และแปลผล

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU 2007-015 และได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ Si 101/2550 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้วิจัยได้สร้างคู่มือรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ โดยผู้วิจัยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

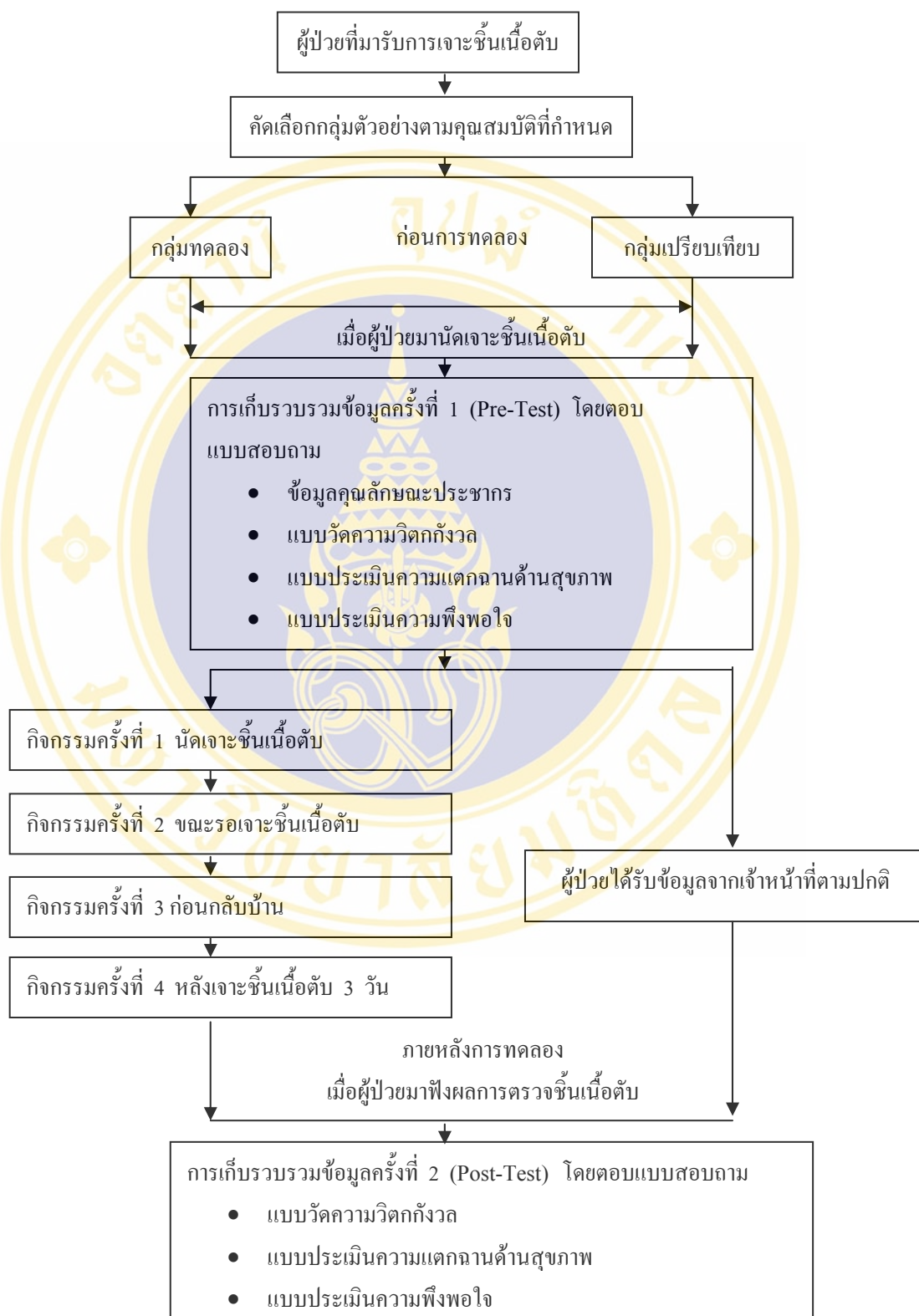
สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

- 6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ
- 6.2 การวิเคราะห์ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติวิเคราะห์ (analytic statistics)

- 6.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสถิติที่ใช้ paired-t-test
- 6.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ Student's t-test
- 6.5 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กล่าวในบทที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 39 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 19 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 20 คน ระยะเวลาการทดลอง 20 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนทดลอง และ หลังทดลอง นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร และการประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความแตกฉานด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร และการประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 46 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 23 ราย มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา 7 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 39 ราย สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการศึกษา จำแนกตามสาเหตุที่ออกจากการศึกษา

เหตุผลที่ออกจากการศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=4)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=3)
1. หายงานไม่ได้	2 ราย	0 ราย
2. ไม่มีคนดูแล	1 ราย	0 ราย
3. ติดธุระส่วนตัว	1 ราย	2 ราย
4. ไม่เข้าใจเหตุผลที่ต้องเจาะชิ้นเนื้อตับ	0 ราย	1 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 39 ราย เป็น กลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 20 ราย มีข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองมีเพศชายคิดเป็นร้อยละ 52.6 กลุ่มเปรียบเทียบมีเพศชายคิดเป็นร้อยละ 65.0

อายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 25-29 ปี และต่ำกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.4 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 55.0

อาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา ประกอบอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 21.1 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.0 รองลงมาประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นพนักงานบริษัท และประกอบอาชีพอื่น คิดเป็นร้อยละ 15 เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของคุณลักษณะประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 19)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)
เพศ		
ชาย	52.6	65.0
หญิง	47.4	35.0
รวม	100.0	100.0
อายุ (ปี)		
< 25	0	25.0
25-29	36.8	25.0
40-59	57.9	40.0
≥ 60	5.3	10.0
รวม	100.0	100.0
อายุเฉลี่ย	42.53 ปี	40.15 ปี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.82	14.17
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด	26 -65 ปี	19-64 ปี
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0	5.0
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	15.8	55.0
อนุปริญญา	21.1	5.0
ปริญญาตรี	47.4	0
สูงกว่าปริญญาตรี	15.8	5.0
รวม	100.0	100.0

ตารางที่ 6 ร้อยละของคุณลักษณะประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 19)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)
อาชีพ		
แม่บ้าน	10.5	20.0
เกษตรกร	5.3	5.0
รับจ้าง	10.5	10.0
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	21.1	15.0
พนักงานบริษัท	5.3	15.0
รัฐวิสาหกิจ	5.3	10.0
รับราชการ	36.8	10.0
อื่นๆ	5.3	15.0
รวม	100.0	100.0

การประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ (REALM test)

ผู้วิจัยประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มคำศัพท์พื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคตับพบได้ใน หนังสือ แผ่นพับ เอกสารประกอบการเตรียมตัวก่อนเจาะชิ้นเนื้อตับ หนังสือแสดงเจตจำนงในการเจาะชิ้นเนื้อตับเป็นต้น ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 66 คำ จัดแบ่งออกเป็น 3 แถว จัดเรียงลำดับจากง่ายไปยาก โดยคำศัพท์ในแถวที่ 1 จัดอยู่ในกลุ่มคำศัพท์ที่อ่านง่าย แถวที่ 2 เป็นกลุ่มคำศัพท์ที่มีระดับความยากปานกลาง แถวที่ 3 เป็นกลุ่มคำศัพท์ที่จัดอยู่ในระดับอ่านยาก แล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้อ่านอย่างรวดเร็ว พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-66 แล้วจัดแบ่งระดับการอ่านออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ผลประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เป็นดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เทียบได้กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา โดยกลุ่มทดลองทั้ง 19 ราย มีคะแนนความสามารถการอ่านอยู่ระหว่าง 45-66 คะแนน ใช้เวลาในการอ่านเฉลี่ย 64.21 วินาที (ดังแสดงในตารางที่ 7) โดยในรายการที่เป็นคำ

อ่านง่าย พบว่า คำที่กลุ่มทดลองอ่านผิดเป็นส่วนใหญ่คือ คำว่า ชีด อ่านผิดร้อยละ 26.36 รายการคำที่อ่านยากปานกลาง พบว่า คำที่อ่านผิดคือ คำว่า หอผู้ป่วย อ่านผิดร้อยละ 10.53 รายการคำอ่านยาก พบว่า คำที่อ่านผิดเป็นส่วนใหญ่ คือคำว่า พยาธิวิทยา อ่านผิดร้อยละ 36.84 รองลงมาเป็นคำว่า อะฟลาท็อกซิน อ่านผิด 3 ราย ร้อยละ 15.79 (ดังแสดงในตารางที่ 8)

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีระดับการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เทียบได้กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 20 ราย มีคะแนนความสามารถการอ่านอยู่ระหว่าง 45-66 คะแนน ใช้เวลาในการอ่านเฉลี่ย 64.35 วินาที (ดังแสดงในตารางที่ 7) โดยในรายการคำอ่านง่าย พบว่า คำที่กลุ่มเปรียบเทียบอ่านผิดเป็นส่วนใหญ่คือ คำว่า ชีด อ่านผิดร้อยละ 50 รายการคำที่อ่านยากปานกลาง พบว่า คำที่อ่านผิดคือ คำว่า กลืนใจนิ่ง อ่านผิดร้อยละ 5 รายการคำอ่านยาก พบว่า คำที่กลุ่มเปรียบเทียบอ่านผิดเป็นส่วนใหญ่ คือคำว่า พยาธิวิทยา อ่านผิดร้อยละ 70 รองลงมาเป็นคำว่า อะฟลาท็อกซิน อ่านผิดร้อยละ 15 คำที่กลุ่มตัวอย่างอ่านออกเสียงผิด ทำให้เข้าใจความหมายของคำไม่ถูกต้องด้วย เช่น คำว่า ชีด ผู้ป่วยมักอ่านว่า ชีด และเข้าใจว่าหมายถึง โรคชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นถุงน้ำในร่างกาย หรือคำว่า พยาธิวิทยา กลุ่มตัวอย่างมักอ่านออกเสียงเป็นพะ-ยาด-วิด-ทะ-ยา และจะเข้าใจความหมายว่าหมายถึง โรคที่เกี่ยวกับพยาธิ คำที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอ่านยากมักเป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษ เช่น อะฟลาท็อกซิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจความหมายของคำว่า อะฟลาท็อกซิน เป็นต้น (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 ประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ จำแนกตามเวลาที่ใช้อ่านเฉลี่ย และความสามารถการอ่าน

กลุ่ม	เวลาที่ใช้อ่านเฉลี่ย (วินาที)	ความสามารถการอ่าน	
		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
		0-44 คะแนน	45-66 คะแนน
กลุ่มทดลอง (n=19)	64.21	0	19 ราย (100%)
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=20)	64.35	0	20 ราย (100%)

ตารางที่ 8 ประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ จำแนกตามคำที่มักอ่านผิด

กลุ่ม	คำที่มักอ่านผิด		
	คำอ่านง่าย	คำอ่านยากปานกลาง	คำอ่านยาก
กลุ่มทดลอง (n=19)	1. ซิด อ่านผิด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.36 2. ปวด อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 3. เข็มเจาะตับ อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26	หอผู้ป่วย อ่านผิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53	1. พยาธิวิทยา อ่านผิด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.84 2. อะฟลาท็อกซิน อ่านผิด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 3. การวินิจฉัย อ่านผิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 4. ยากันเลือดแข็ง อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 5. แอลไพรีน อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	1. ซิด อ่านผิด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 2. ปวด อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 3. เข็มเจาะตับ อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5	กลั้นใจนิ่ง อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5	1. พยาธิวิทยา อ่านผิด 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 2. อะฟลาท็อกซิน อ่านผิด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 3. ยากันเลือดแข็ง อ่านผิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 4. ห้องปฏิบัติการ อ่านผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างด้านสุขภาพ พิจารณาคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพ ที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 46 ข้อ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-69 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 ความแตกต่างด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง จำแนกตามความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง
- 2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองด้วยสถิติ Student's t-test
- 2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test
- 2.4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

2.1 ความแตกต่างด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง จำแนกตามความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง

ความแตกต่างด้านสุขภาพ มีคะแนนรวมเท่ากับ 69 คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง 59 คะแนน ความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง 10 คะแนน โดยพิสัยของคะแนนความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้องอยู่ระหว่าง 0-59 คะแนน ส่วนพิสัยของคะแนนความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้องอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

กลุ่มทดลอง มีคะแนนความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง ต่ำสุด และสูงสุด เท่ากับ 24.0 และ 53.0 คะแนนตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้องเท่ากับ 40.30 คะแนน ซึ่งสูงกว่าค่ากลางของคะแนนความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และมีคะแนนความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง ต่ำสุด และสูงสุด เท่ากับ 0 และ 10 คะแนน ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจตัวเลขเท่ากับ 5.53 ซึ่งสูงกว่าค่ากลางของคะแนนความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง

เมื่อรวมคะแนนความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้องกับความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 45.84 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 66.43 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพมาแปลผลจัดระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ

พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 60 -74

กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง ต่ำสุด และสูงสุด เท่ากับ 22.0 และ 53.0 คะแนนตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้องเท่ากับ 40.60 คะแนน ซึ่งสูงกว่าค่ากลางของคะแนนความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และมีคะแนนความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง ต่ำสุด และสูงสุด เท่ากับ 2 และ 9 คะแนน ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจตัวเลขเท่ากับ 5.35 คะแนน ซึ่งสูงกว่าค่ากลางของคะแนนความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง

เมื่อรวมคะแนนความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้องกับความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ของกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 45.95 คิดเป็นร้อยละ 66.59 เมื่อนำมาคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพมาแปลผลจัดระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 60-74 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงความแตกฉานด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่าง	ความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง (reading comprehension)	ความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง (numeracy skill)	รวม
กลุ่มทดลอง (n=19)			
ค่าเฉลี่ย	40.32	5.53	45.84
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.06	2.44	9.51
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	24.0-53.0	0-10.0	27.0-63.0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)			
ค่าเฉลี่ย	40.60	5.35	45.95
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.25	1.98	9.62
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	22.0-53.0	2.0-9.0	26.0-62.0

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความแตกฉานด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพสูงกว่าค่ากลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ เท่ากับ 45.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.51 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ เท่ากับ 45.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.63 กลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพก่อนทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test

	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	19	45.84	9.51	0.04
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	45.95	9.63	

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพก่อนทดลอง เท่ากับ 45.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.51 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ หลังทดลอง เท่ากับ 54.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.50 หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ก่อนทดลอง เท่ากับ 45.95 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 6.62 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพหลังทดลอง เท่ากับ 50.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.67 หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	19	45.84	9.51	5.24 *
หลังทดลอง		54.57	5.50	
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	20	45.95	6.62	2.14 *
หลังทดลอง		50.00	5.67	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$

2.4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

ผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ($\bar{d}$) เท่ากับ 9.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.26 กลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ เท่ากับ 4.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.16 จึงสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ($\bar{d}$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อ

ทดสอบทางสถิติ พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพ ($\bar{d}$)
ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t-test

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{d}$	S.D.	t-value
กลุ่มทดลอง	19	8.74	7.26	1.85
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	4.05	8.46	

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล พิจารณาคะแนนความวิตกกังวล ที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 19 ข้อ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 19-57 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

- 3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองด้วยสถิติ Student's t-test
- 3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test
- 3.3 ผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนทดลองเท่ากับ 33.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.74 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 33.05 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าค่ากลาง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test

	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	19	33.00	4.74	0.03
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	33.05	5.53	

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง เท่ากับ 33.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.74 หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 34.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.33 หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น แต่คะแนนความวิตกกังวลยังต่ำกว่าค่ากลาง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง เท่ากับ 33.05 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เท่ากับ 5.53 หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 31.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.84 หลังทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value
ความวิตกกังวล				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	19	33.00	4.74	1.16
หลังทดลอง		34.73	4.33	
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	20	33.05	5.53	1.63
หลังทดลอง		31.20	3.84	

3.3 ผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

ผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) เท่ากับ 1.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.51 กลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) เท่ากับ 1.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.09 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{d}$	S.D.	t-value
กลุ่มทดลอง	19	1.74	6.51	1.92
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	1.85	5.09	

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในบริการ พิจารณาคะแนนความพึงพอใจในบริการ ที่กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองด้วยสถิติ Student's t-test

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

4.3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ($\bar{d}$) ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองด้วยสถิติ Student's t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ก่อนทดลอง เท่ากับ 29.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.34 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ 29.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.38 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้ง 2 กลุ่ม ต่ำกว่าค่ากลาง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Student's t-test

	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	19	29.47	3.34	0.10
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	29.60	4.38	

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจในบริการก่อนทดลอง 29.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.33 หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ เท่ากับ 29.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.21 หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการยังต่ำกว่าค่ากลาง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการก่อนทดลอง เท่ากับ 29.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.38 หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการเท่ากับ 30.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.43 หลังทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าค่ากลางเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่มของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจในบริการ ภายในกลุ่มของกลุ่ม
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	19	29.47	3.33	0.15
หลังทดลอง		29.63	3.21	
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	20	29.60	4.38	0.92
หลังทดลอง		30.70	4.43	

4.3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ($\bar{d}$) ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Student's t-test

ผลการเปรียบเทียบ ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ($\bar{d}$) ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจใน
บริการ ($\bar{d}$) เท่ากับ 0.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.60 กลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย
ความพึงพอใจในบริการ ($\bar{d}$) เท่ากับ 1.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.35 ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย
ความพึงพอใจในบริการของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า
ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่
แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจในบริการ ($\bar{d}$) ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t-test

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{d}$	S.D.	t-value
กลุ่มทดลอง	19	0.16	4.60	0.59
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	1.10	5.35	

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการส่งเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 39 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ

โปรแกรมสุขภาพจัดดำเนินการตั้งแต่ กันยายน 2550 ถึง มกราคม 2551 รวมระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 20 สัปดาห์ การรวบรวมข้อมูลกระทำโดยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ประกอบด้วย ข้อมูล ลักษณะประชากร ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการ ครั้งที่ 2 รวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในยอมรับสมมติฐาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะประชากร

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองมีเพศชายร้อยละ 52.6 กลุ่มเปรียบเทียบมีเพศชายร้อยละ 65.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 25-29 ปี และต่ำกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.4 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 55.00

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาประกอบอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 21.1 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.0 รองลงมาประกอบธุรกิจส่วนตัว และเป็นพนักงานบริษัท และประกอบอาชีพอื่น คิดเป็นร้อยละ 15 เท่ากัน

ผลประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ (REALM test) พบว่า

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เทียบได้กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ใช้เวลาในการอ่านเฉลี่ย 64.21 วินาที คำที่กลุ่มทดลองอ่านผิดเป็นส่วนใหญ่คือ คำว่า ซีด อ่านผิดร้อยละ 26.36 คำว่าพยาธิวิทยา อ่านผิดร้อยละ 36.84 รองลงมาเป็นคำว่า อะฟลาท็อกซิน อ่านผิด 3 ราย ร้อยละ 15.79

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีระดับการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เทียบได้กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ใช้เวลาในการอ่านเฉลี่ย 64.35 วินาที คำที่กลุ่มเปรียบเทียบอ่านผิดเป็นส่วนใหญ่คือ คำว่า ซีด อ่านผิดร้อยละ 50 คำว่าพยาธิวิทยา อ่านผิดร้อยละ 70 รองลงมาเป็นคำว่า อะฟลาท็อกซิน อ่านผิดร้อยละ 15

คำที่กลุ่มตัวอย่างอ่านออกเสียงผิด ทำให้เข้าใจความหมายของคำไม่ถูกต้องด้วย เช่น คำว่า ซีด ผู้ป่วยมักอ่านว่า ซี๊ด และเข้าใจว่าหมายถึง โรคชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นถุงน้ำในร่างกาย หรือคำว่าพยาธิวิทยา กลุ่มตัวอย่างมักอ่านออกเสียงเป็น พะ-ยาด-วิด-ทะ-ยา และเข้าใจว่าหมายถึง โรคที่เกี่ยวกับพยาธิ คำที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอ่านยากมักเป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษ เช่น อะฟลาท็อกซิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจความหมายของคำว่า อะฟลาท็อกซิน เป็นต้น

ผลวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างด้านสุขภาพ

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ขณะเดียวกัน กลุ่มเปรียบเทียบก็มีความแตกต่างด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

สรุปได้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง เป็นผลจากโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับปัจจัยอื่น

ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลวิจัยไม่เป็นตามสมมติฐาน ข้อที่ 2

สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลสูงขึ้น อาจเป็นผลจากปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคล

ผลวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในบริการ

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น ขณะเดียวกันกลุ่มเปรียบเทียบก็มีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้รับข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการ ส่งผลให้ความพึงพอใจในบริการไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความแตกฉานด้านสุขภาพดีกว่า ก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การวิจัยครั้งนี้ สรุปผลการวิจัยได้ว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความแตกฉานด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 11 หน้า 73 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้น การจัดกิจกรรมผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจาะขึ้นเนื้อ

ดับ สาเหตุที่แพทย์แนะนำให้เจาะขึ้นเนื้อตับ เหตุผลที่ตัดสินใจยอมเจาะขึ้นเนื้อตับ และให้กลุ่มตัวอย่างได้สรุปข้อมูลการเจาะขึ้นเนื้อตับที่ได้รับจากแพทย์

การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง ได้ตั้งประสบการณ์เกี่ยวกับข้อมูลการเจาะขึ้นเนื้อตับที่เคยได้รับ มาใช้ร่วมในการเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณเองได้มีส่วนร่วม และรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกตกใจ เมื่อแพทย์แนะนำให้เจาะขึ้นเนื้อตับ กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่าแพทย์เคยวางแผนไว้ล่วงหน้าแล้ว ว่าอาจต้องเจาะขึ้นเนื้อตับเพื่อดูระยะโรค แต่เมื่อต้องเจาะขึ้นเนื้อตับจริงๆ ก็รู้สึกตกใจเหมือนกัน ทำให้การรับรู้ต่อข้อมูลลดลง โดยผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้จากแพทย์ทั้งหมด เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ต้องงดก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ กลุ่มตัวอย่างบางราย จำไม่ได้ว่าแพทย์ได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ต้องงดก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนรายชื่อยาที่ต้องงดก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ กลุ่มตัวอย่างบอกว่าแพทย์ได้บอกแล้วแต่ลืม เพราะแพทย์พูดเร็ว ทำให้จำได้ไม่หมด กลุ่มตัวอย่างบางรายรู้สึกเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าถามเนื่องจากเห็นผู้ป่วยรอตรวจอีกเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้สื่อที่เป็นภาพถ่าย และแผ่นพับการเจาะขึ้นเนื้อตับให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปทบทวน โดยภาพถ่ายที่ใช้เป็นภาพเกี่ยวกับการเจาะขึ้นเนื้อตับ ประกอบด้วย ภาพห้องเจาะขึ้นเนื้อตับ ภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเจาะขึ้นเนื้อตับ ภาพขณะเจาะขึ้นเนื้อตับ ภาพผู้ป่วยหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ จากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจซักถามข้อสงสัย เช่น หลังเจาะขึ้นเนื้อตับจะขับรถได้หรือไม่ เพราะเวลาทำงานต้องขับรถส่งของ หลีกเลี้ยงการขับรถหรือทำงานหนักนานกี่วัน ถ้าไม่มีญาติมาด้วยได้หรือไม่ เมื่อมาเจาะขึ้นเนื้อตับต้องลงงานกี่วัน ออกกำลังกายได้ตามปกติหรือไม่ หลังเจาะขึ้นเนื้อตับต้องนอนนานเท่าไร การใช้ภาพถ่ายทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้ง่ายขึ้น หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจได้ เช่น การวางแผนก่อนมาเจาะขึ้นเนื้อตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเลี้ยงลูกได้นำลูกไปฝากญาติเลี้ยง บางรายต้องแลกเวรก่อนมาเจาะขึ้นเนื้อตับ ส่วนรายที่คิดว่าไม่สามารถให้ญาติมาด้วยได้ วันที่มาเจาะขึ้นเนื้อตับก็มีญาติมาดูแล

ในขณะเดียวกัน พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 11 หน้า 73 ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจาก ปัจจุบันสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญ ผู้ป่วยต้องต้องเข้าใจข้อมูลก่อนตัดสินใจแสดงเจตจำนง ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยต่างๆ การเจาะขึ้นเนื้อตับเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ ปัจจุบันแพทย์ใช้การเจาะขึ้นเนื้อตับในการ ในการพยากรณ์โรค ติดตามการดำเนิน

โรค และติดตามการรักษา และพบว่าแพทย์ได้วางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า ว่าผู้ป่วยอาจต้องรับการตรวจวินิจฉัยโดยการเจาะชิ้นเนื้อตับ ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการเจาะชิ้นเนื้อตับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาข้อมูลการเจาะชิ้นเนื้อตับ จากหนังสือ จากอินเทอร์เน็ต จากญาติ โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคตับมักมีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคตับ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี มะเร็งตับ เป็นต้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้หลังทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความแตกานด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง

ดังนั้นเพื่อพิสูจน์ว่าจะคะแนนความแตกานที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดขึ้น จากการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกานด้านสุขภาพ พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกานด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12 หน้า 74 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกานด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมสุขภาพร่วมกับปัจจัยอื่น ที่ไม่ได้อยู่ในกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากแพทย์ก่อนแสดงความยินยอมในการเจาะชิ้นเนื้อตับ การศึกษาข้อมูลจากสื่อต่างๆ มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคตับ เป็นต้น

จากลักษณะประชากร พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ แต่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน แต่เมื่อทดสอบการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ (REALM test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใช้เวลาอ่านโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองใช้เวลาอ่าน 64.21 วินาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบใช้เวลาในการอ่าน 64.35 วินาที เมื่อนำผลคะแนนการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ มาจัดระดับโดยผู้วิจัยจัดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ เป็นระดับประถมศึกษา กับระดับมัธยมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการอ่านอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 8 หน้า 68-69 เมื่อพิจารณาด้านคำที่มักอ่านผิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคำที่มักอ่านผิดคล้ายกัน แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนผู้อ่านผิดมากกว่า คำที่มักอ่านผิดในกลุ่มคำง่าย เช่น คำว่า ชีด ปวด เข้มเจาะตับ ส่วนคำที่มักอ่านผิดในกลุ่มคำยาก เช่น คำว่า พยาธิวิทยา อะฟลาทอกซิน

เมื่อพิจารณาด้านความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง กับความเข้าใจตัวเลขที่ถูกต้อง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง และความเข้าใจในตัวเลขที่ถูกต้องใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้อง สูงกว่าค่ากลาง ด้านความเข้าใจในตัวเลขที่ถูกต้อง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความ

เข้าใจในตัวเลข สูงกว่าค่ากลางเล็กน้อย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในตัวเลขต่ำกว่าค่ากลางเล็กน้อย เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกนด้านสุขภาพก่อนทดลองใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 9 หน้า 71 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกนด้านสุขภาพก่อนทดลองจัดอยู่ระดับปานกลาง ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกนด้านสุขภาพก่อนทดลองจึงไม่แตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 10 หน้า 72

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกนด้านสุขภาพสูงขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ อาจเป็นผลจากการที่ผู้วิจัยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน เก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง โดยเว้นระยะห่างในการเก็บข้อมูลเพียง 1 สัปดาห์ โดยปกติควรเว้นช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงเก็บข้อมูลหลังทดลอง (ธวัชชัย วรพงศธร, 2538 : 331-332) การใช้เครื่องมือชุดเดียวกันวัดครั้งแรกอาจกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตื่นตัว ส่งผลให้มีคะแนนความแตกนด้านสุขภาพหลังทดลองสูงขึ้น ประกอบกับช่วงระยะห่างในการเก็บข้อมูลหลังทดลองน้อยกว่า 2 สัปดาห์อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยกับเนื้อหาของแบบสอบถาม ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยความแตกนด้านสุขภาพหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลสูงขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องคำกล่าวที่ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้ความวิตกกังวลลดลง (Hayward, 1975; Boore, 1979 อ้างใน Webb P. 1995) จากข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีปัจจัยบางอย่างกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ได้แก่ บางรายมีความวิตกกังวลง่าย บางรายมีการระับผิดชอบต่อครอบครัว การหยุดงานส่งผลค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ป่วยบางรายอยู่คนเดียว หากต้องมีญาติมาด้วยรู้สึกเกรงใจญาติ เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความวิตกกังวลลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การได้รับข้อมูลจากแพทย์ก่อนแสดงความยินยอมเจาะขึ้นเนื้อตับ และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเจาะขึ้นเนื้อตับ เนื่องจาก บางรายมีประวัติครอบครัวเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ การเจาะขึ้นเนื้อตับเพื่อประเมินว่าระยะโรครอยู่ในระดับใด บางรายบอกว่าอยากรักษาโรคให้

หาย บางรายปฏิเสธมาหลายครั้งแล้ว การมาเจาะขึ้นเนื้อตับครั้งนี้คิดว่า การเจาะขึ้นเนื้อตับเป็นการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น ทำให้แพทย์ให้สามารถประเมินระยะโรคได้ถูกต้อง และปรับวิธีการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่ม พบว่าก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลใกล้เคียงกัน และอยู่ต่ำกว่าค่ากลาง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง พบว่า ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่ากลาง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิสฐานาคะ (2534) ที่ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลวิจัย สรุปว่า ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลสูง

การเจาะขึ้นเนื้อตับเป็นหัตถการทางการแพทย์ ที่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมานัดเจาะขึ้นเนื้อตับ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ก่อนตัดสินใจเจาะขึ้นเนื้อตับ ได้แก่ ความจำเป็นในการเจาะขึ้นเนื้อตับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่ยินยอมเจาะขึ้นเนื้อตับแพทย์ก็จะพิจารณาเปลี่ยนวิธีการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มานัดเจาะขึ้นเนื้อตับมีความวิตกกังวลปานกลาง

แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลรายข้อ ก่อนทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ความรู้สึกกลัวเครื่องมือที่ใช้ในการเจาะขึ้นเนื้อตับ ความรู้สึกกังวลกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กลัวว่าผลการตรวจจะเป็นมะเร็ง หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยในรายข้อไม่เปลี่ยนแปลง มีเพียงบางข้อที่ลดลงเพียงเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากการจัดกิจกรรมมีข้อจำกัดเรื่องของเวลา ประกอบกับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งการใช้เวลาระยะสั้นๆ ไม่อาจลดความวิตกกังวลต่อความกลัวเครื่องมือ ความรู้สึกกังวลต่อผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กลัวว่าผลการตรวจจะเป็นมะเร็ง ได้ การจะลดความวิตกกังวลอาจจำเป็นต้องพิจารณา นำแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยามาประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวล

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในบริการดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยสรุปได้ว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจดีกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก็มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการดีกว่าก่อน

ทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ผลวิจัยไม่เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 3

หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในบริการสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้น ได้แก่ การมีคำชี้แจงบอกวิธีรับบริการ โดยกลุ่มทดลองคิดว่า สถานบริการ มีการติดป้าย/สัญลักษณ์ บอกวิธีรับบริการไว้อย่างชัดเจน มีคำอธิบายวิธีการขอรับบริการไว้อย่างชัดเจน สำหรับความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจลดลงทุกข้อ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เจ้าหน้าที่ใช้คำพูดที่สุภาพขณะให้บริการ เจ้าหน้าที่ใช้คำพูดที่สุภาพขณะให้บริการ เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจผู้มารับบริการ ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในรายข้อเพิ่มขึ้น ได้แก่ ข้อมูลการเจาะขึ้นเนื้อตับตรงกับความต้องการ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และเห็นว่าการเจาะขึ้นเนื้อตับมีประโยชน์ต่อการรักษา หลังการนัดหมายรู้สึกสบายใจขึ้น

ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความพึงพอใจในบริการสูงกว่า ก่อนทดลอง เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนรายข้อสูงกว่ากลุ่มทดลอง ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการมีป้าย/สัญลักษณ์ บอกวิธีรับบริการไว้อย่างชัดเจน ขั้นตอนการนัดหมายไม่ยุ่งยาก มีคำอธิบายวิธีการขอรับบริการไว้อย่างชัดเจน เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เจ้าหน้าที่ใช้คำพูดสุภาพขณะให้บริการ เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจผู้มารับบริการ การเจาะขึ้นเนื้อตับมีประโยชน์ต่อการรักษา และสามารถอธิบายการเตรียมตัวเจาะขึ้นเนื้อตับแก่ผู้อื่นได้ ทำให้ก่อนทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการดีกว่าก่อนทดลอง

หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนรายข้อเพิ่ม ด้านความพึงพอใจต่อความสะดวกสบาย ได้แก่ มีที่นั่งรอแพทย์ อย่างเพียงพอ บริเวณห้องเจาะขึ้นเนื้อตับสะอาด ขั้นตอนการนัดหมายไม่ยุ่งยาก มีคำอธิบายวิธีการขอรับบริการไว้อย่างชัดเจน ด้านความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นกันเอง ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม ได้แก่ การมีโอกาสซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การเจาะขึ้นเนื้อตับมีประโยชน์ต่อการรักษา และรู้สึกสบายใจหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่า ก่อนทดลอง

จากผลวิเคราะห์รายชื่อ พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนรายชื่อ ส่วนใหญ่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการหลังทดลองลดลง แต่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการจัดการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ง่ายกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้การใช้สื่อภาพถ่ายยังกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมได้มากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีการซักถามข้อสงสัยในปัญหาของตนเอง และพบว่ากลุ่มทดลองได้นำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างความแตกฉานด้านการอ่าน และความเข้าใจระดับใด เพื่อนำมาวางแผน และเลือกวิธีการทางสุขศึกษา ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมสุขศึกษา

1.2 การประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลได้ เช่น ห้องยา หน่วยตรวจโรคต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด เป็นต้น หน่วยตรวจหรือห้องผ่าตัดต่างๆ สามารถประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพได้ตั้งแต่ผู้ป่วยนัดหมาย ซึ่งการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสามารถประเมินได้หลายวิธี นอกจากการประเมินทักษะการอ่าน แล้วการประเมินความเข้าใจนอกจากทดสอบความเข้าใจในการอ่านแล้ว ยังสามารถประเมินความเข้าใจจากการฟัง หรือได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งแต่ละหน่วยงานสามารถศึกษาวิธีการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ และนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อสร้างเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

2.2 ควรนำแนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพไปใช้กับการวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหรือการรับตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค

2.3 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณานำแนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ผู้ใหญ่ (adult education) เพิ่มในการวิจัย

2.4 การวิจัยครั้งนี้ ประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ ในด้านการอ่านถูกต้อง ความเข้าใจเนื้อหาถูกต้อง และความเข้าใจตัวเลขถูกต้อง แต่ปัจจุบัน ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์มีมากมาย และช่องทางการเผยแพร่สื่อก็มีมากมาย ดังนั้นควรศึกษา ความเข้าใจสื่อทางการแพทย์ในรูปแบบอื่น เช่น สื่อที่เป็นโทรทัศน์วงจรปิด สื่อรูปภาพ การจัดบอร์ดให้สุขศึกษา เป็นต้น

ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช (EFFECTIVENESS OF A PARTICIPATORY LEARNING PROGRAM TO PROMOTE HEALTH LITERACY IN PATIENTS UNDERGOING LIVER BIOPSY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND)

จารุวรรณ กองแก้ว 4637254PPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์); สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H., ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ ปร.ค., ทวีศักดิ์ แทนวันดี พ.บ., อ.ว.(โรกระบบทางเดินอาหาร)

บทสรุปแบบสมบุรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ ที่เก่าแก่และใหญ่ที่สุดในประเทศไทย (รายงานประจำปี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 98) มีจำนวนผู้มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกจำนวน 1,909,436 ราย ผู้ป่วยใน 98,803 ราย จำนวนเตียงรวมทั้งสิ้น 2,368 เตียง (รายงานประจำปีภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2547 : 63) ในการพัฒนาคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้กำหนดนโยบายด้านคุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ผลการดำเนินงานปี 2544-2547 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) โรงพยาบาลศิริราชเริ่มการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม 2543 (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2545 : 89) และได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2545 โดยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามระบบมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เพราะเล็งเห็นประโยชน์ในการที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ มีมาตรฐาน และเป้าหมายที่ชัดเจน มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 97-105) โรงพยาบาลศิริราชกำหนดเป้าหมายในการบริหารจัดการโดยดำเนินการตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (รายงานประจำปี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 99)

การเจาะชิ้นเนื้อตับเป็นงานบริการผู้ป่วยของสาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและเน้นผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา (รายงานประจำปีภาควิชาอายุรศาสตร์ 2547) การตรวจวินิจฉัยโรคตับทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจอาการทางร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทางรังสี การตรวจวินิจฉัยจากลักษณะทางพยาธิวิทยา การตรวจวินิจฉัยลักษณะทางพยาธิวิทยา เป็นวิธีที่สามารถบอกได้ว่า เป็นโรคตับอักเสบจากสาเหตุใด หรือเป็นมะเร็งตับชนิดใด (ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2544 :7) ซึ่งการเจาะชิ้นเนื้อตับเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาไม่แพง ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าวิธีอื่น ใช้เป็นวิธีวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard) และใช้ในการประเมินโรคตับ เพื่อวินิจฉัยโรค ติดตามการดำเนินโรค และการตอบสนองต่อการรักษา (Siegel, C.A., Suriawinata, A.A., Silas, A.M., Van Leeuwen, D.J., 2005 : 199) กลุ่มผู้ป่วยโรคตับมีความจำเป็นที่จะต้องรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ เมื่อการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยวิธีอื่นไม่สามารถอธิบาย สาเหตุ หรือระยะการดำเนินโรคได้ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเจาะชิ้นเนื้อตับซ้ำเนื่องจาก แพทย์ใช้ผลการเจาะชิ้นเนื้อตับ เพื่อติดตามการรักษา เป็นต้น

ผู้ป่วยที่นัดหมายเจาะชิ้นเนื้อตับ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรกระบบทางเดินอาหารว่ามีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อตับ โดยแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยรับการเจาะชิ้นเนื้อตับในรายที่จำเป็นเท่านั้น เมื่อแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยเจาะชิ้นเนื้อตับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อตับปฏิเสธที่จะรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษามักจะไม่ใช้ระยะแรกของโรค ผู้ป่วยไปรับการตรวจมาหลายโรงพยาบาลแต่อาการยังไม่ดีขึ้น จากการสัมภาษณ์แพทย์โรกระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตกใจและรู้สึกกลัวต่อการเจาะชิ้นเนื้อตับ ผู้ป่วยกลัวเจ็บ กลัวตาย กลัวตับจะเป็นรู กลัวว่าการเจาะชิ้นเนื้อตับจะทำให้โรคอื่นกำเริบ/รุนแรงขึ้น กลัวว่าการเจาะชิ้นเนื้อตับจะทำให้มะเร็งแพร่กระจาย กลัวภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยบางรายคิดว่าการเจาะชิ้นเนื้อตับคือการผ่าตัดตับ เป็นผลให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้มาเจาะชิ้นเนื้อตับตามนัด

จากสถิติผู้ป่วยนัดเจาะชิ้นเนื้อตับที่สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช ในปี 2549 มีผู้ป่วยมานัดเจาะชิ้นเนื้อตับจำนวน 242 ราย มีผู้ป่วยไม่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับตามนัด 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.12

เมื่อผู้ป่วยต้องเจาะชิ้นเนื้อตับพบว่าผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัว ส่วนใหญ่กลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังเจาะชิ้นเนื้อตับ เช่น กลัวว่าเจาะชิ้นเนื้อตับแล้วจะเป็นอันตราย ไม่แน่ใจว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นจะรุนแรงเพียงใด กลัวว่าเจาะชิ้นเนื้อตับแล้วจะทำให้เสียชีวิต กลัวเจ็บ กลัวเป็นมะเร็ง กลัวเครื่องมือ และพบว่าผู้ป่วยกลัวว่าการเจาะชิ้นเนื้อตับจะกระตุ้นให้เป็นมะเร็งตับ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการหรือขั้นตอนการเจาะชิ้นเนื้อตับ มีความแตกต่างจากการผ่าตัดอื่นหรือไม่ แพทย์นำชิ้นเนื้อตับมาตรวจได้อย่างไร การเจาะชิ้นเนื้อตับจะทำให้เป็นแผลเป็นหรือไม่ เจาะแล้วแผลจะหายสนิทได้หรือไม่

การทำให้ผลการทางการแพทย์ทุกหัตถการ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นนอกจากแพทย์จะต้องพิจารณาปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดช่วงระยะเวลาที่เข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ตั้งแต่ผู้ป่วยนัดหมายเจาะชิ้นเนื้อตับ จนกระทั่งกลับไปพักผ่อนที่บ้าน จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้าใจข้อมูลก่อนเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ได้แก่ เหตุผลและความจำเป็นในการเจาะตรวจชิ้นเนื้อตับ ภาวะแทรกซ้อน กระบวนการในการเจาะชิ้นเนื้อตรวจตับ และการปฏิบัติตัวภายหลังการเจาะชิ้นเนื้อตับ เป็นต้น เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจก่อนเจาะชิ้นเนื้อตับ

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อที่ 3 ที่ว่าผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน หรือจำเป็น

สถานการณ์ปัจจุบันสิทธิผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญ สิทธิที่สำคัญที่สุดในการเป็นผู้ป่วย คือ สิทธิที่จะได้รับการบอกเล่าถึงข้อมูลต่างๆ เพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าใจ และสามารถมีส่วนร่วมในการมีเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรง เพราะผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ (อรรถจินดา ศิผดุง 2536 : 50) จากคำร้องเรียนที่ร้องเรียนไปยังองค์กรวิชาชีพ หรือแพทยสภา มักเกิดจากความบกพร่องเรื่องของการสื่อสาร ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักประสบความยากลำบากในการทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมของโรงพยาบาล การทำงานเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยสิ่งสำคัญที่สุดคือ การสื่อสาร ซึ่งการ

สื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546 : 194-195)

การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย เป็นการพิทักษ์สิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย 2 ประการ คือ สิทธิที่จะรู้ (right to know) และสิทธิในการตัดสินใจ (right to self-determination) นับเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลศิริราชปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามสิทธิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยแตกฉานด้านสุขภาพแล้ว จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การปฏิบัติตน เพื่อเตรียมตัวเจาะชิ้นเนื้อตับได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือกับแพทย์ตลอดการตรวจวินิจฉัย และมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับใด?
2. โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับอย่างไร?

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ใน ผู้ป่วย ที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ ที่โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความแตกฉานด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีความแตกฉานด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในบริการดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

● **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (pre -and post-program with comparison group)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) ที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงระหว่างเดือน กันยายน 2550-มกราคม 2551 โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยต้องเจาะชิ้นเนื้อตับ และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ
3. ผู้ป่วยยังไม่เคยเจาะชิ้นเนื้อตับ
4. ผู้ป่วยมีต้องมีระยะห่างระหว่างวันนัดกับวันที่มาเจาะตับอย่างน้อย 7 วัน
5. สามารถอ่านและฟังภาษาไทยรู้เรื่องเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
- แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ
- แบบวัดความวิตกกังวล
- แบบประเมินความพึงพอใจในบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- โปรแกรมสุขศึกษา
- แผ่นพับ
- ภาพถ่ายการเจาะขึ้นเนื้อตับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่ได้จากการทดสอบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และ Student's t-test ตามลำดับ

กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU 2007-015 และได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ Si 101/2550 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร และการประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความแตกฉานด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร และการประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 46 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 23 ราย มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา 7 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 39 ราย สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ หายงานไม่ได้ ไม่มีคนดูแล ดิฉันรู้ส่วนตัว ไม่เข้าใจเหตุผลที่ต้องเจาะขึ้นเนื้อตับ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 39 ราย เป็น กลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 20 ราย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.6 และร้อยละ 65.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 57.9 และร้อยละ 40.0 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.4 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 55.0 ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 36.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 21.1

การประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ (REALM test)

ผู้วิจัยประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มคำศัพท์พื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคตับพบได้ใน หนังสือ แผ่นพับ เอกสารประกอบการเตรียมตัวก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับ หนังสือแสดงเจตจำนงในการเจาะขึ้นเนื้อตับเป็นต้น ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 66 คำ จัดแบ่ง

ออกเป็น 3 แถว จัดเรียงลำดับจากง่ายไปยาก โดยคำศัพท์ในแถวที่ 1 จัดอยู่ในกลุ่มคำศัพท์ที่อ่านง่าย แถวที่ 2 เป็นกลุ่มคำศัพท์ที่มีระดับความยากปานกลาง แถวที่ 3 เป็นกลุ่มคำศัพท์ที่จัดอยู่ในระดับอ่านยาก แล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้อ่านอย่างรวดเร็ว พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-66 แล้วจัดแบ่งระดับการอ่านออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ผลประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เป็นดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เทียบได้กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ใช้เวลาในการอ่านเฉลี่ย 64.21 วินาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีระดับการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เทียบได้กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ใช้เวลาในการอ่านเฉลี่ย 64.35 วินาที (ดังแสดงในตารางที่ 7)

คำที่กลุ่มตัวอย่างมักอ่านผิด ที่เป็นคำง่ายได้แก่ คำว่า ชีด โดยกลุ่มทดลองอ่านผิด ร้อยละ 26.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอ่านผิด ร้อยละ 50.0 คำยากที่กลุ่มตัวอย่างมักอ่านผิดได้แก่คำว่า พยาธิวิทยา กลุ่มทดลองอ่านผิดร้อยละ 36.84 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอ่านผิดร้อยละ 70 รองลงมาเป็นคำว่า อะฟลาท็อกซิน กลุ่มทดลองอ่านผิด ร้อยละ 15.79 กลุ่มเปรียบเทียบอ่านผิด ร้อยละ 15 ดังแสดงในตารางที่ 8

คำที่กลุ่มตัวอย่างอ่านออกเสียงผิด ทำให้เข้าใจความหมายของคำไม่ถูกต้องด้วย เช่น คำว่า ชีด ผู้ป่วยมักอ่านว่า ชีด และเข้าใจว่าหมายถึง โรคชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นถุงน้ำในร่างกายน หรือคำว่า พยาธิวิทยา กลุ่มตัวอย่างมักอ่านออกเสียงเป็น พะ-ยา-ด-วิด-ทะ-ยา และจะเข้าใจความหมายว่าหมายถึง โรคที่เกี่ยวกับพยาธิ คำที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอ่านยากมักเป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษ เช่น อะฟลาท็อกซิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจความหมายของคำว่า อะฟลาท็อกซิน เป็นต้น (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างด้านสุขภาพ

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างด้านสุขภาพปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ขณะเดียวกันกลุ่มเปรียบเทียบก็มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เมื่อทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มก่อนทดลองไม่แตกต่างกันหลังทดลอง
คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในบริการ

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ ระหว่างกลุ่มก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน
หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบผลต่าง
คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการไม่ต่างกัน

อภิปรายผล

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกฉานด้านสุขภาพสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ที่ใช้ประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบกับใช้สื่อที่เป็นรูปภาพการเจาะชั้นเนื้อตับ และแผ่นพับการเจาะชั้นเนื้อตับ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และสามารถซักถามข้อสงสัย ทบทวนร่วมกัน เมื่อกลับบ้านสามารถทบทวนข้อมูลได้จากแผ่นพับ

ขณะเดียวกัน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นผลจาก การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ และพบว่า ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับแพทย์ได้วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นความจำเป็นในการเจาะชั้นเนื้อตับ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยได้ศึกษาข้อมูลจากแหล่งอื่นด้วย เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคตับ เช่น ไวรัสตับอักเสบ บี หรือมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตจากมะเร็งตับ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน และเว้นช่วงระยะเวลาห่างจากวันนัดหมายเจาะชั้นเนื้อตับ 7 วัน ซึ่งควรเว้นช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงเก็บข้อมูลหลังทดลอง (ธวัชชัย วรพงษ์ธร, 2538 : 331-332) การใช้เครื่องมือชุดเดียวกันเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง การวัดครั้งแรกอาจกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตื่นตัว และการเว้น

ช่วงเวลาน้อยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยกับแบบสอบถามได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันด้านสภาพไม่แตกต่างกัน

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลสูงขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจาก ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลง่าย บางรายมีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว การหยุดงานส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว บางรายรู้สึกเกรงใจญาติหากต้องให้ญาติมาเฝ้า ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความวิตกกังวลลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้รับข้อมูลจากแพทย์ก่อนแสดงความยินยอมเจาะขึ้นเนื้อตับ มีประวัติครอบครัวเสียชีวิตจากมะเร็งตับ อายากรักษา

เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลต่ำกว่าค่ากลาง สอดคล้องกับผลวิจัยของชนินฐา นาคะ (2534) พบว่า ระยะเวลาผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลสูง เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีความกลัวเครื่องมือที่ใช้ในการเจาะขึ้นเนื้อตับ กลัวผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการเจาะขึ้นเนื้อตับ กลัวผลการตรวจจะเป็นมะเร็งตับ แต่การจัดกิจกรรมมีข้อจำกัดด้านเวลา ประกอบกับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล การใช้เวลาสั้นๆ ไม่อาจลดความวิตกกังวลต่อความกลัวเครื่องมือ ความรู้สึกกังวลต่อผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ความกลัวต่อผลการตรวจจะเป็นมะเร็ง ดังนั้นการลดความวิตกกังวลอาจพิจารณานำแนวคิดทฤษฎี ทางจิตวิทยามาประยุกต์ใช้ลดความวิตกกังวล

หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในบริการสูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการหลังทดลองลดลง แต่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการจัดการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจข้อมูลได้ง่ายขึ้น และสามารถซักถามข้อสงสัย และสามารถนำข้อมูลไปปฏิบัติได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างความแตกฉานด้านการอ่าน และความเข้าใจระดับใด เพื่อนำมาวางแผน และเลือกวิธีการทางสุศึกษา ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมสุศึกษา

1.2 การประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลได้ เช่น ห้องยา หน่วยตรวจโรคต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด เป็นต้น หน่วยตรวจหรือห้องผ่าตัดต่างๆ สามารถประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพได้ตั้งแต่ผู้ป่วยมานัดหมาย ซึ่งการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสามารถประเมินได้หลายวิธี นอกจากการประเมินทักษะการอ่าน แล้วการประเมินความเข้าใจนอกจากทดสอบความเข้าใจในการอ่านแล้ว ยังสามารถประเมินความเข้าใจจากการฟัง หรือได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งแต่ละหน่วยงานสามารถศึกษาวิธีการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ และนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อสร้างเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

2.2 ควรนำแนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพไปใช้กับการวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหรือรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค

2.3 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณานำแนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ผู้ใหญ่ (adult education) เพิ่มในการวิจัย

2.4 การวิจัยครั้งนี้ ประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ ในด้านการอ่านถูกต้อง ความเข้าใจเนื้อหาถูกต้อง และความเข้าใจตัวเลขถูกต้อง แต่ปัจจุบัน ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์มีมากมาย และช่องทางการเผยแพร่สื่อก็มีมากมาย ดังนั้นควรศึกษา ความเข้าใจสื่อทางการแพทย์ในรูปแบบอื่น เช่น สื่อที่เป็นโทรทัศน์วงจรปิด สื่อรูปภาพ การจัดบอร์ดให้สุศึกษา เป็นต้น

EFFECTIVENESS OF A PARTICIPATORY LEARNING PROGRAM TO PROMOTE HEALTH LITERACY IN PATIENTS UNDERGOING LIVER BIOPSY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND

JARUWAN KONGKAEW 4637254 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES;

THESIS ADVISORS : CHANUANTONG TANASUGARN , Dr.P.H., PARANEE

VATANASOMBOON, Ph.D., TAWESAK TANWANDEE,M.D.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Rationale

Siriraj Hospital is the oldest and biggest hospital attached to the oldest and renowned Faculty of Medicine in Thailand. There were 1,909,436 out-patient cases , and 98,803 in-patient cases seeked medical case in 2003. Siriraj Hospital had been accredited as quality hospital by the Institute of Development and Hospital Accreditation on 10 January 2002. One of the quality improvement goal is the patient focus (annual report, 2001 : 97-105)

The Liver biopsy , the traditional gold standard , was used for making a diagnosis in cases of clinically suspected medical liver disease. Today it is more often performed to assess disease prognosis and evaluate the effectiveness of therapeutic strategies. The cost of liver biopsy is inexpensive and less complication than other procedures. (Siegel, C.A., Suriawinata, A.A., Silas, A.M., Van Leeuwen, D.J., 2005 : 199)

One-third of the patients who have an indication for Liver Biopsy had refused undergoing liver biopsy. In 2006 16.12% of them missed an appointment. Based on the interview with the Gastroenterologist at Siriraj Hospital data indicated

that mostly the patient who undergone liver biopsy were frightened , anxious which also have impact on perception to understand of patient.

Every procedure has complication risk , therefore to minimizing the risk , the doctor requires that the patients must understand the information before under going liver biopsy in terms of reason and necessity , complications , procedure , and how to take care of themselves after the procedure. The patient needs to digest the information in order to make the right and appropriate decision before undergoing liver biopsy.

At present , the patient's right is important , especially item number three , which stated that a patient who seeks medical services has the right to receive their complete and current information in order to thoroughly understand about their illness from their medical practitioner. Furthermore, the patient can either voluntarily consent or refuse treatment suggested by the medical practitioner except in case of emergency or life threatening situation.

Therefore a health education program objective at Siriraj Hospital is to promote a patient's health literacy. This evidence suggested that Siriraj Hospital has developed a guideline to pursue the patient's right especially in the aspect of the right to know and right to self-determination (Sa-wang Boonchalermwipat, 1995 : 5-15 cited by Manee Rakpakavong, 1998 : 25)

Research Questions :

1. Do the patient who undergoing liver biopsy have anxiety?
2. How does Participatory Learning Program effect Health literacy the patient who under going liver biopsy?

Research Objective

General Objective

This study aimed to evaluate the effectiveness of Participatory Learning Program in promoting Health Literacy in patient undergoing Liver Biopsy at Siriraj Hospital.

Specific Objectives

1. To compare differences of anxiety level measured before and after attending the health education program.
2. To compare differences of health literacy level measured before and after attending the health education program.
3. To compare differences of a patient's service satisfaction before and after attending the health education program.

Research Hypotheses

1. After the intervention, the experimental group has better and higher health literacy level than that of the comparison group.
2. After the intervention, the experimental group has an anxiety score less than that of the comparison group.
3. After the intervention, the experimental group has higher level of service satisfaction than that of comparison group.

Research Methodology

Design

The study design was a quasi-experimental pre-and post test design with a comparison group

Population and sample selection

Population was the patient who have indication for Liver Biopsy at Siriraj Hospital between September 2007-January 2008. The criteria for group selection were as follows:

1. Willingness to participate in the study;
2. Patients who are diagnosed from physician that they must be undergoing liver biopsy and the patient compliance;
3. No history of undergoing liver biopsy;
4. Have at least 7 days before a Liver biopsy appointment;
5. Ability to read , understand Thai language

Research Instrument

A self-administered questionnaire was used as the data collection instrument which consisted of 4 sections as follows:

- Socio-Demographic Characteristics
- Health literacy
- Anxiety
- Service satisfaction

Instruments for implementing the experiment

Health education program. This program was undertaken with the following instrument:

- A pamphlet
- Liver biopsy photos taken from the clinic

Data Analysis

The questionnaire as checked for completeness. A Code book was developed. After the raw data was coded and put in according to the code book.

Data were analysed using Statistical Package for the social science software. The level for a statistical significant difference was $p\text{-value} < 0.05$. The statistic used for data analysis are as follows :

1. Preliminary analyses consisted of descriptive statistics in analysing socio-demographic characteristics in terms of frequency, mean , percentage , and standard deviation.
2. Paired t-test was used to test the differences of the mean score within the experimental group and the comparison group both before and after the program.
3. Student's t-test was used to explore the differences of the mean score between the experimental group and the comparison group , both before and after the program.

Ethical Consideration

The data collection procedure in this study had been approved by the Protection of Human Subjects Committee.

Permission to conduct the study was requested to the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation, Mahidol University and Siriraj Ethics committee. Both committees approved the study in terms of the principles, design and the consent form which the study planed to use with the study population selection steps. In asking for the consent included

- 1) The researcher introduced herself and told the participants about the objectives of the research.
- 2) The participants were informed of their right and they could request information from the researcher at any time if they did not understand any thing about the procedure.
- 3) The participants could cancel their participation at any time.

Results

The results of study were compared in terms of differences in the health literacy level, anxiety level , and service satisfaction level which key findings can be presented below :

- **Part 1** Demographic characteristics and result of REALM test
- Part 2** Health literacy level
- Part 3** Anxiety level
- Part 4** Service satisfaction level

Part 1 Demographic characteristics and result of REALM test

The sample consisted of 46 patients. Seven participants lost follow ups. The final sample of 39 participants consisted of 19 in the experimental group and 20 in the comparison group.

Demographic characteristics

The majority of the experimental group and comparison group had following characteristics:

52.6% and 65.0% of experimental group and comparison group were male, age ranged from 40 to 59 years were 57.9% experimental group and 40.0% of comparison group. 47.4% of the experimental group had bachelor degree which 55.0% comparison group had high school education.

Result of REALM test

The REALM test is a screening instrument for ability to read common medical word. The words are arranged in three columns with short easy words to more difficult words.

The experimental group spend 64.21 second in this test while the comparison group spend 63.35 second. Both groups had a reading skill of high school education.

The word which the sample group mispronounced and made the sample group misunderstood the meaning of the word included “seed” “puad” “pa-ya-ti-vit-ta-ya”, “Alphatoxin”

Part 2 Health literacy level

Before the experiment, The experimental group had moderate level of health literacy. The mean score of health literacy between groups were not different. After the experiment, the mean score of health literacy in the experimental group was higher than before the experiment with statistical significant (p-value <0.05), and the mean score of health literacy in the comparison group was higher than before the experiment with statistical significant (p-value <0.05). However , the mean difference of health literacy between two groups revealed no difference.

Part 3 Anxiety level

Before the experiment, the mean score of anxiety between groups were not different. After the experiment, the mean score of anxiety within the group and between groups also showed no differences.

Part 4 Service satisfaction level

Before the experiment, the mean score of service satisfaction between groups were not different. After the experiment, the mean score of service satisfaction between groups were not different and the mean difference of service satisfaction between group showed no differences.

Discussion

After the experiment, the mean score of health literacy in the experimental group was higher than before the experiment with a statistical significant. Due to participating in the participatory learning program. This study used the media as picture and pamphlet of the liver biopsy. The patient who joined in health education program have had an opportunity to discuss and ask questions which they did not understand. The researcher assessed the patient memory when the participant returned for their scheduled procedure and the patient can review all information from the pamphlet at home.

At the same time , the mean score of health literacy in the comparison group was higher than before the experiment with statistical significant due to the information from the physician. Because now the patient's right is important. The patient who undergoing Liver biopsy must be informed before participating in the Liver biopsy. The physician had to explain about prognosis of disease and planed remedy. Furthermore some patients seeked information from other sources , for example , books , internet , and other patients who have a Liver disease such as viral hepatitis or hepatocellular carcinoma.

This study collected data before and after the experiment by using the same instrument during 7 days after the patient make appoint as the patient and 2 weeks after the experiment as their post test. (Tawatchai Vorapongsathon, 2538 : 331-332) if use the same instrument collecting data before and after. The first measurement may be stimulate acquainted with the questionnaire. Therefore, no difference in health literacy between the two groups were founded.

After experiment, the mean score of anxiety in the experimental group was higher than before the experiment but showed no statistical differences. This may be due to some patients had anxious personality, some patients had many duties in their families therefore, in accompanying the relative and taking time form work might have an impact on the family expense. At the same time the comparison group have decreased their anxiety. This may be due to the physician who is an expert do inform

the patient, therefore it created confident and positive feeling for the patient undergoing Liver biopsy.

Before experiment, the experimental group had moderate level of anxiety which corresponded with the study of Kanitta Naka (2534) who reported that before surgery the patient had moderate level of anxiety but the patient required many information.

The health education program was conducted in a short period of time and can cause of anxiety for those who have covert has personality. Therefore, it might be better to add “psychology theory” to reduced an anxiety into this health education program.

After the experiment, the sample reflected higher service satisfaction than before the experiment with no statistical significant difference. However item analysis results indicated that after experiment the experimental group had higher satisfaction in the part of health education program than the pretest.

CONCLUSIONS

The research result can be concluded that the health education program organized by applying the participatory learning program aimed to promote health literacy in patient who undergoing Liver biopsy at Siriraj Hospital was effective increasing health literacy level of the experimental group.

Recommendation

Recommendations can be drawn in two aspects as follows :

Recommendation based on the research results

1. REALM test should be recommended to use in every health education program which distributes a written materials
2. Health literacy concept should be applied in hospital health education program and the health literacy assessment tools should be developed and validated.

Recommendation for future research

1. Standard instrument for assessing patient literacy before informing the patient should be developed.
2. The concept of health literacy should be applied to in the other patient groups for example chronic diseases, or the patient who undergoing surgery or diagnosis test.
3. Adult education should be added to the future study.
4. This study assessed reading comprehension and numeracy skill only. Since at present many medical information distributed through several media channels, therefore comprehension about medical information distributed in other forms should also be studied.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เกศินี ศรีคงอยู่. (2543). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2545). รายงานประจำปี 2544.กรุงเทพฯ : ซีดี มีเดียไคส์.
- _____. (2546). รายงานประจำปี 2545. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- _____. (2547). รายงานประจำปี 2546. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- _____. (2548). ผลการดำเนินงานปี 2544-2547. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- _____. (ม.ป.ป.). รายงานประจำปี พ.ศ 2544-2545 ภาควิชาอายุรศาสตร์. ม.ป.ท.
- _____. (ม.ป.ป.). รายงานประจำปี พ.ศ. 2547 ภาควิชาอายุรศาสตร์. ม.ป.ท.
- ชนะนทอง ธนสุกาญจน์. (2544). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยปฐมภูมิ.(พิมพ์ครั้งที่2). ม.ป.ท.
- _____. (2546). กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล.วารสารสุขศึกษา, 26 (94), 75-78.
- เต็มชัย ไชยวุฒิ และ ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. (บรรณาธิการ). (2541). โรคตับและทางเดินน้ำดี. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทศมา โรจนประดิษฐ์. (2541).ผลของการสนับสนุน และให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธราดล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช. (2545). Epi Info 6.4x กับการจัดการข้อมูลสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.

- ธวัชชัย วรพงษ์.(2538). หลักการวิจัยทางสาขารณสุขศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร.(2542). ความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเคชอุดม อำเภอกะชุกรม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต,สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ .(บรรณาธิการ). (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. (บรรณาธิการ). (2541).คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พงษ์สิทธิ์ วงศ์สุลธรรม และ สัจพันธ์ อิศรเสนา ใน วิทยา ศรีดามา .(บรรณาธิการ). (2542). หัตถการทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ยูนิค.
- พิพัฒน์ ลักขมิจรกุล. (2544). เครื่องมือการวิจัย : เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ :เจริญดีการพิมพ์.
- ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ใน เต็มชัย ไชยวุฒิ และ ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล.(บรรณาธิการ). (2544). ความรู้เรื่องโรคสำหรับประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สุกานิชการพิมพ์.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญปัญหา ขณะรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณี รักผกาวงศ์. (2541). มาตรฐานโรงพยาบาล สำหรับแนวทางการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม และเกษม เทียงบุญธรรม.(2543). พจนานุกรม โรคและการบำบัด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.
- วนิดา ชนินทุทรวงศ์. (บรรณาธิการ). (2544). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี : วงศ์กมล.
- วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). สิทธิผู้ป่วย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

- วีรวรรณ บุญทริก. (2540). ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล รามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชา เอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริชัย กาญจนวาสี.(2545). สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สง่า นิลวางกุล, จินตนา ศิรินาวัน. (บรรณาธิการ). (2532). การปฏิบัติการและหัตถการทางอายุรศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2546). Best Practices in Patient Safety. นนทบุรี สมาน วรพันธ์. (2539). ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย และการเคารพสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ. (2541).สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย.
- สุรศักดิ์ พุฒวนิชย์.(2545). การวิเคราะห์เกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย ศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2540). กระบวนการทัศน์ในการพัฒนางานสุขศึกษาในโรงพยาบาล. ใน,การประชุม วิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 8 “ปฏิรูปการสุขศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมไทย” 6-9 พฤษภาคม 2540 ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ (หน้า 145-152). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ดิรกานันท์.(2544).ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์:แนวทางสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริฤกษ์ ทรงวิไล (บรรณาธิการ). (2543). ตับอักเสบจากไวรัส (Viral hepatitis). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บางกอกบลู๊ค.
- องอาจ นัยพัฒน์.(2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ สังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:สามลดา.
- อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2542). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล อำนาจเจริญ. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรพินท์ ไชยพยอม.(2542). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถจินดา ดีผดุง.(2536). สิทธิของผู้ป่วย.ใน การสัมมนา เรื่องสิทธิผู้ป่วย วันที่ 9 มิถุนายน 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท
- อาภรณ์ คำก้อน. (2534). การวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยคัดยกรรมในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และสัตยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิไลน่า คิคบุสซ์ ใน ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ สุชาดาตั้งทางธรรม.(2541). (ผู้แปล). ผู้ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:บริษัท ดีไซน์.
- อุรา สุวรรณรักษ์. (2542). การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy : report of the council on scientfic affairs. Journal of the American Medical Association,281(6),552-557.
- Cadranel J.F., Rufat P., & Degos F. (No date). Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide survey. For the Group of Epidemiology of the French Association for the Study of the Liver (AFEFL). Hepatology. 2000 Sep;32(3):477-81 [Online]. Available : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10960438&dopt=Abstract [2005, Oct 18].
- Doak C.C., Doak L.G.,& Root J.H.(1996). Teachings patients with low literacy skill. (2nd ed).Philadelphia : J.B Lippincott.
- Eisenberg E., Konopniki M., Veitsman E., Kramskay R., Gaitini D., & Baruch Y. (No date). Prevalence and Characteristics of Pain Induced by Percutaneous Liver Biopsy [Online]. Available : <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/abstract/96/5/1392> [2005, Oct 19].

- Geller, S.A., & Petrovic, L. M.(2004).Biopsy interpretation of the liver. Philadelphia : Woiters Kluwer.
- Hernando R.P., Pons T. X., & Falco F. J.(No date). Effects of a written consent for liver biopsy on information and anxiety of patients [Online]. Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMe...>[2005, Oct 19].
- Cadranel J.F., Rufat P., & Degos F., (No date).Practices of Liver Biopsy in France: Results of a Prospective Nationwide Survey [Online].Avaiable : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/106596922/ABSTRACT> [2005, Oct 18].
- Johnson ,L.R. (Ed.).(2004). Encyclopedia of gastroenterogy. Amsterdam :Elsevier.
- Kickbusch I. (1997). Think health : what makes difference?. Health Promotion International ,12 (4) ,265 – 272.
- _____.(2002).Health literacy : a search for new categories. Health Promotion International ,17(1) , 1-2.
- Kickbusch I. S. (2001). Health literacy : addressing the health and education divide. Health Promotion International , 1 (3) ,289 – 297.
- Michael Haun.(No date). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. [online]. Available : http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0GDO/is_3_27/ai_85462332/print[2005,Oct 19].
- Nutbeam, D.(1998). Health promotion glossary. Health Promotion International, 13 (4), 349 – 364.
- _____.(2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 century. Health Promotion International , 15 (3) ,259 - 267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch I. Advancing health literacy :a global challenge for 21st centaury. Health Promotion International , 15 (3) ,183-184.
- Ratzan,S.C., Health literacy : communication for the public good. Health Promotion International,16 (2). 207-214.
- Rahmqvist,M.(2001).Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factor : a model for comparisons of care units. International Journal for Quality in Health Care,2001(13),385-390.
- Sheela, H.,Seela, S., Caldwell, C., Boyer ,J.L., & Jain D.(2005).Liver biopsy evolving role in the new millennium. J Clin Gastroenterol,39(7),603-610.

- Siegel,C.A., Suriawinata,A.A.,Silas,A.M., & Van Leeuwen,D.J.(2005).Liver biopsy 2005 : When and how?. Cleveland Clinic Journal Of Medicine.72, (3)199-224.
- Taylor,S.E.(1999).Health psychology. (4th ed). Singapore : The McGraw-Hill .
- Tokunnaja, J., Imanaka, Y., Nobutomo.(2000). Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care. International Journal for Quality in health care. 12(5), 395-401.
- Valente, T.W.(2002).Evaluating health promotion programs. New York : Oxford.
- Webb,P.(1995).Health Promotion and patient education. London : Chapman & Hall.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer D.S.(2005).Understanding health literacy : an expanded model. Health Promotion International. 20 (2),195-203.



แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ
ในผู้ป่วยที่มารับการเจาะดื่บที่โรงพยาบาลศิริราช

.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะดื่บ
เนื่อดื่บที่โรงพยาบาลศิริราช ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเข้าใจของท่าน
แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดความวิตกกังวล	จำนวน	19	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ	นวน	43	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินความพึงพอใจในบริการ	จำนวน	15	ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แบบทดสอบ

ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตรวจตับ

แบบทดสอบความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตรวจตับ

แบบทดสอบแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การทดสอบความเข้าใจในการอ่าน (Reading Comprehension)

ส่วนที่ 2 การทดสอบความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (The Numeracy Scale)

ส่วนที่ 1 การทดสอบความเข้าใจในการอ่าน (Reading Comprehension)

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบตามความเข้าใจของท่านเมื่อท่านต้องเจาะชิ้นเนื้อตับ โดยทำเครื่องหมาย X ลงในช่องวงกลม () เพียงข้อละ 1 ตัวเลือกเท่านั้น ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง

แพทย์เจาะชิ้นเนื้อตับเพื่อ _____ โรคตับ และประเมินความ _____

☐ ผ่าตัด

☐ แตกต่าง

☒ วินิจฉัย

☐ ปวด

☐ บรรเทา

☒ รุนแรง

เมื่อท่านมา นัดเจาะชั้นเนื้อตับ ท่านจะได้รับบริการด้านข้อมูล พร้อมเอกสาร ดังต่อไปนี้ โปรดระบุ

1. ผู้ป่วยมาเพื่อนัดเจาะตรวจ _____ ที่ตึกปาวาชั้น 1

ผ่าตัดตับ

- ☐ ถ้าใส่ใหญ่
- ☐ ชั้นเนื้อตับ

2. ผู้ป่วยได้รับ _____ เจาะชั้นเนื้อตับ พร้อม _____ ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ.

- ☐ ใบเอ็กซเรย์
- ☐ ใบสั่งยา
- ☐ ใบนัด
- ☐ เอกสารแนะนำการเตรียมตัว
- ☐ ใบเสร็จรับเงิน
- ☐ ใบสั่งยา

3. หลังเจาะชั้นเนื้อตับผู้ป่วยต้อง _____ 6-8 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการ

- ☐ นอนนิ่งๆ
- ☐ เดิน
- ☐ ทำงานเบาๆ

4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องมี _____ มาด้วยเพื่อคอยดูแลหลังเจาะชั้นเนื้อตับ

- ☐ญาติ
- ☐ แพทย์
- ☐ พยาบาล

เมื่อผู้ป่วยยินยอมรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ แพทย์ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตับ หลังจากแพทย์ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิของตนเมื่อต้องเจาะชิ้นเนื้อตับดังนี้

5. ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอน และ _____ ในการเจาะชิ้นเนื้อตับ
- ☐ 0 ความจำเป็น
 - ☐ 0 สังเกตอาการ
 - ☐ 0 ผลการรักษา
6. ผู้ป่วยมีโอกาส _____ เกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการในการเจาะชิ้นเนื้อตับ
- ☐ 0 ชักถาม
 - ☐ 0 ปฏิบัติตาม
 - ☐ 0 เห็น
7. แพทย์ _____ ข้อซักถามจากผู้ป่วยเข้าใจ
- ☐ 0 รักษา
 - ☐ 0 ตอบ
 - ☐ 0 สั่งยา
8. ข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่อง _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) จะไม่ถูกเปิดเผยแก่ผู้อื่น
- ☐ 0 วิธีการรักษา
 - ☐ 0 ผลการตรวจเลือด/ชิ้นเนื้อ
 - ☐ 0 การเตรียมตัวก่อนเจาะชิ้นเนื้อตับ
 - ☐ 0 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา
 - ☐ 0 ประวัติการรักษา
9. นอกจากจะได้รับ _____ จากผู้ป่วย หรือปฏิบัติตามกฎหมาย/หน้าที่ เท่านั้น
- ☐ 0 ความเห็นใจ
 - ☐ 0 ความยินยอม
 - ☐ 0 ฟ้องร้อง

10. การยกเลิกนัดหมายจะไม่มี _____ ในอนาคต

- ☐ สิทธิการรักษา
- ☐ ผลต่อการรักษา
- ☐ ประวัติการรักษา

11. ผู้ป่วยสามารถ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ภายหลังการยกเลิกนัด

- ☐ ขอเปลี่ยนวิธีการรักษา
- ☐ กลับมานัดเจาะใหม่
- ☐ ฟ้องร้อง

การเจาะชั้นเนื้อตับเป็นวิธีที่ปลอดภัย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำ เมื่อผู้ป่วยเจาะชั้นเนื้อตับได้ปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้

การเตรียมตัวก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ

12. งดยา _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ซึ่งมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด _____ ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ แอสไพริน | ☐ 1 วัน |
| ☐ ยาแอสไพริน | ☐ 3 วัน |
| ☐ ยาพาราเซตามอล | ☐ 1 สัปดาห์ |
| ☐ ยากันเลือดแข็ง | |

ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อมาเจาะชั้นเนื้อตับที่ตึกปาวาชั้น 1

ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ

13. ผู้ป่วยต้อง _____ ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับเพื่อตรวจ _____

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ ชำระค่าบริการ | ☐ น้ำตาลในเลือด |
| ☐ เจาะเลือด | ☐ ความดันโลหิต |
| ☐ กลั้นหายใจ | ☐ ผลการแข็งตัวของเลือด |

14. ผู้ป่วยเจาะเลือดที่ _____ บริเวณตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1

- ☐ ห้อง 107
- ☐ ห้อง 447
- ☐ ห้อง 200

15. ผู้ป่วย _____ ได้ หากแพทย์ไม่ได้สั่ง

- ☐ รับประทานอาหาร
- ☐ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ☐ รับประทานยาแอสไพริน

16. ผู้ป่วยควร _____ ให้เรียบร้อย ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับ

- ☐ ดื่มน้ำมากๆ
- ☐ เข้าห้องน้ำ
- ☐ วัดความดันโลหิต

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อเข้าห้องตรวจ

17. ผู้ป่วย _____ ประสานมือเหนือศีรษะ

- ☐ นอนหงาย
- ☐ นอนคว่ำ
- ☐ นอนตะแคง

18. แพทย์ฝึกวิธี _____ เพื่อเตรียมพร้อมก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับแก่ผู้ป่วย

- ☐ หายใจ
- ☐ ขยับถ่าย
- ☐ การเดิน

19. ขณะเจาะขึ้นเนื้อตับผู้ป่วยควร _____ เพื่อลด _____ จากการเจาะขึ้นเนื้อตับ

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ ขยับตัวไปมา | ☐ อาการปวด |
| ☐ นอนนิ่งๆ | ☐ ผลข้างเคียง |
| ☐ หายใจแรงๆ | ☐ ค่าใช้จ่าย |

20. แพทย์ทำความสะอาดบริเวณ _____ ด้วยยาฆ่าเชื้อโรค

- ☐ ไหล่ขวา
- ☐ ชายโครงด้านขวา
- ☐ รอบสะดือ

21. ก่อนเจาะขึ้นเนื้อตับแพทย์ _____ เมื่อผู้ป่วยรู้สึก _____ แพทย์จึงเริ่มเจาะขึ้นเนื้อตับ

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| ☐ ให้น้ำเกลือ | ☐ ปวด |
| ☐ นึกยาชาเฉพาะที่ | ☐ เจ็บ |
| ☐ พ่นยาชา | ☐ ชา |

22. ขณะแพทย์เจาะชิ้นเนื้อตับผู้ป่วยต้อง _____ ประมาณ 1-2 _____

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ กลืนใจนิ่ง | ☐ วินาที |
| ☐ ลุกนั่ง | ☐ นาที |
| ☐ หายใจแรงๆ | ☐ ชั่วโมง |

23. หลังจากนั้นสามารถ _____

- ☐ หายใจได้ตามปกติ
- ☐ หายใจแรงๆ
- ☐ หายใจเบาๆ

24. แพทย์ปิดบริเวณรอยแผลด้วย _____

- ☐ พลาสเตอร์เหนียว
- ☐ พลาสเตอร์บรรเทาปวด
- ☐ หมอนทราย

25. ผู้ป่วยต้องนอน _____ ทันทีก่อน และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่ _____ เพื่อสังเกตอาการ

- | | |
|---------------------------------|---|
| ☐ ตะแคงขวา | ☐ หน่วยรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล |
| ☐ ตะแคงซ้าย | ☐ หอพักแพทย์ |
| ☐ นอนหงาย | ☐ หอผู้ป่วย |

การปฏิบัติตัวขณะสังเกตอาการ

26. ผู้ป่วยต้อง _____ ในท่านอนตะแคงทับด้านขวา _____ หลังเจาะชิ้นเนื้อตับ

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ ขยับตัวบ่อยๆ | ☐ 2 ชั่วโมง |
| ☐ นอนนิ่งๆ | ☐ 1 วัน |
| ☐ ลุกนั่ง | ☐ 3 วัน |

27. ผู้ป่วย _____ หลังเจาะชิ้นเนื้อตับ 6-8 ชั่วโมง

- ☐ นอนคว่ำ
- ☐ นอนราบ
- ☐ นอนตะแคงทับด้านขวา

28. ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน _____ หากไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- ☐ 8-24 ชั่วโมง
- ☐ 3 วัน
- ☐ 1 สัปดาห์

การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

29. งดยา ที่มีผลต่อ _____ หลังเจาะชิ้นเนื้อตับ 1 สัปดาห์

- ☐ ความดันโลหิต
- ☐ การแข็งตัวของเลือด
- ☐ ยาต้านไวรัส

30. ควรหลีกเลี่ยง _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หลังเจาะชิ้นเนื้อตับ

- ☐ การออกกำลังกาย
- ☐ การพักผ่อน
- ☐ การทำงานหนัก
- ☐ การขับรถ

31. ผู้ป่วยสามารถ _____ ได้ในวันรุ่งขึ้น และ สามารถ _____ ได้ทันที โดยไม่ต้อง _____

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ รับประทานแอสไพริน | ☐ ดัดไหม | ☐ นวดยา |
| ☐ ลอกพลาสติกปิดแผล | ☐ อาบน้ำ | ☐ ทำแผล |
| ☐ ออกกำลังกาย | ☐ ล้างแผล | ☐ งดอาหาร |

แพทย์จะเจาะชั้นเนื้อตับในรายที่จำเป็นและเป็นไปตามข้อบ่งชี้เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน กรณีที่เกิดอาการผิดปกติหลังการเจาะชั้นเนื้อตับผู้ป่วยตัดสินใจดังนี้

32. ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ด้วยยาพาราเซตามอล
- ☐ ปวดบริเวณรอยแผล
 - ☐ ปวดท้องมากขึ้นเรื่อยๆ
 - ☐ จุกแน่นท้อง
 - ☐ ปวดร้าวไปที่ไหล่ขวา
 - ☐ มีเลือดออกบริเวณรอยเจาะ
33. หากพบอาการ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หลังเจาะชั้นเนื้อตับต้องปรึกษาแพทย์ทันที
- ☐ ปวดท้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
 - ☐ ปวดร้าวไปไหล่ขวา
 - ☐ คลื่นไส้/อาเจียน
 - ☐ มีเลือดหรือน้ำไหลออกบริเวณรอยเจาะ
 - ☐ มีไข้/หนาวสั่น

(REALM)

คำชี้แจง อ่านคำข้างล่างทีละแถว คำที่อ่านไม่ได้ให้ข้ามคำนั้นไป

[illegible]

แบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง แบบวัดความวิตกกังวลนี้ต้องการทราบความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ขณะเข้ารับการเจาะชั้นเนื้อตับ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด

ขณะนี้ท่านรู้สึก	ตรงกับ ความรู้สึกมาก	ตรงกับ ความรู้สึก	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเฉยๆ เมื่อต้องเจาะชั้นเนื้อตับ			
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจ ว่าการเจาะชั้นเนื้อตับเป็นวิธีที่ปลอดภัย			
3. ข้าพเจ้ารู้สึกตกใจ เมื่อแพทย์แนะนำให้เจาะชั้นเนื้อตับ			
19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่า การเจาะชั้นเนื้อตับจะไม่ทำให้เกิดอันตราย			
รวม			

แบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยที่เข้ารับการเจาะชั้นเนื้อตับ

คำชี้แจง แบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับนี้ ต้องการความคิดเห็นของท่านต่อคุณภาพการบริการที่ท่านได้รับ เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการที่ท่านได้รับ เมื่อมาเจาะชั้นเนื้อตับ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. มีที่นั่งรอแพทย์ก่อนเจาะชั้นเนื้อตับไม่เพียงพอ			
2. บริเวณห้องเจาะชั้นเนื้อตับสะอาด			
3. ไม่มีป้าย/หรือสัญลักษณ์ บอกวิธีรับบริการอย่างชัดเจน			
15. ท่านรู้สึกสบายใจหลังนัดหมายเจาะชั้นเนื้อตับ			
รวม			

2 ถนนพหลโยธิน 2 PRANNOK Rd.
บางกอกน้อย BANGKOKNOI
กรุงเทพฯ 10700 BANGKOK 10700



Tel. (662) 4197000 ต่อ 6405-6

FAX (662) 4197000 ต่อ 6405

Siriraj Ethics Committee

Certificate of Approval

COA no.Si 293/2007

Protocol Title : Effectiveness of Participatory Learning Program to Promote Health Literacy in Patient undergoing Liver Biopsy at Siriraj Hospital.

SiEC number : 101/2550

Principal Investigator/Affiliation : Miss. Jaruwan Kongkaew / Faculty of Public Health
Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. EC Submission form
2. Proposal
3. Participant information sheet
4. Informed consent form
5. Questionnaire

Approval date : August 21, 2007

Expired date : August 20, 2008

This is to certify that Siriraj Ethics Committee is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(Prof. Shusee Visalyaputra, M.D.)

Chair Person

September 12, 2007

date

(Clin. Prof. Piyasakol Sakolsatayadorn)

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

September 14, 2007

date

2 ถนนพหลโยธิน 2 PRANNOK Rd.
บางกอกน้อย BANGKOKNOI
กรุงเทพฯ 10700 BANGKOK 10700



Tel. (662) 4197000 ต่อ 6405-6
FAX (662) 4197000 ต่อ 6405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 293/2007

ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ
ในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชั้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช

รหัสโครงการ : 101/2550

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : น.ส.จรรวณ กองแก้ว / คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 21 สิงหาคม 2550

วันหมดอายุ : 20 สิงหาคม 2551

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย
ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ
The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจุศรี พิศลยบุตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

12 กันยายน 2550
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

14 กันยายน 2550
วันที่



No. MU 2007-015

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok

Title of Project. Effectiveness of Participatory Learning Program to Promote Health Literacy
in Patient Undergoing Liver Biopsy at Siriraj Hospital
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Jaruwan Kongkaew

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman.

(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute.

(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 15 FEB 2007

Date of Expiration. 14 FEB 2008

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจรรวณ กองแก้ว
วัน เดือน ปีเกิด	16 มกราคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, 2542-2544 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546-2551 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พ.ศ.2538-ปัจจุบัน สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล