145904

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON PATIENT'S ANXIETY AND COOPERATION TO UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

สุเธียรนุช ศิรินันติกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON PATIENT'S ANXIETY AND COOPERATION TO UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

สุเธียรนุช ศิรินันติกุล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ยุทธนา ศตวรรษธำรง
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
รองศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

สุเธียรนุช ศิรินันติกุล 534007
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รัชนี นามจันทรา, พย.ด.
พรศิริ พันธสี, วท.ม. (โภชนศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 90 คน จับสลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจัดเข้าคู่กัน กลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และเครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test, Mann-Whitney U test, Dependent t- test และ Independent t- test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ความดันเลือด และอัตราการเต้นของชีพจรหลังการได้รับข้อมูลน้อยกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งมีคะแนนความวิตกกังวลและความดันเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่อัตราการเต้นของชีพจรหลังการได้รับข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การให้ความร่วมมือ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย ทฤษฎีการควบคุมตนเอง การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON PATIENT'S ANXIETY AND COOPERATION TO UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

SUTEARANUT SIRINUNTIKUL 534007
MASTER OF NURSING SCIENCE (ADULT NURSING)
THESIS ADVISORY COMMITTEE: RACHANEE NAMJUNTRA, D.N.S.
PORNSIRI PUNTHASEE, M.Sc. (NUTRITION)

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of concrete-objective information on patient's anxiety and cooperation to upper gastrointestinal endoscopy. Johnson's Self-Regulation theory was used to guide the study. Subjects were composed of 90 patients who underwent gastroscopy. They were randomly assigned to an experimental (45 subjects) or a control group (45 subjects) under matched pair technique. The experimental group received concrete-objective information and the control group received routine information. Data were collected using and Demographic Questionnaires State-Anxiety (STAI form X-1), Cooperative Behaviors Observation Record and the automatic electronic vital sign monitor. Data were analyzed by descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks test, Mann-Whitney U test, Dependent t-test, and Independent t-test.

The research findings were as follows: The anxiety scores, blood pressure, and pulse rate of the experimental group after receiving concrete-objective information were significantly less than before receiving the information ($p<.001$). The anxiety scores and blood pressure of the experimental group were also significantly less than those of the control group ($p<.001$), while pulse rate of the two groups after receiving the information were not significantly different. In addition, the experimental group had cooperative behaviors significantly higher than the control group ($p<.001$) and had the duration of upper gastrointestinal endoscopy significantly shorter than the control group ($p<.001$).

Keywords: Anxiety, Cooperation, Concrete-objective information, Self-Regulation Theory, Upper gastrointestinal endoscopy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ รองศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี อาจารย์ ที่ปรึกษาร่วม ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอา ใจใส่ ห่วงใย และคอยให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์ครบถ้วนผู้วิจัยรู้สึกประทับใจยิ่งในความกรุณาที่ได้รับ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ยุทธนา ศตวรรษธำรง ประธานผู้ทรงคุณวุฒิ และ อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ กรรมการ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์อันมีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานครที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกรวมถึงให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยในการทดลอง ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คุณปัทมา อภิสุนทรางกูร ผู้อำนวยการศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ที่ให้โอกาสอันมีค่าแก่ผู้วิจัยในการเข้าศึกษาต่อขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปด้วยดี

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบุพการีและสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้ความรักความห่วงใยและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

สุเธียรนุช ศิรินันติกุล

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย		ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		ข
กิตติกรรมประกาศ.		ค
สารบัญ		ง
สารบัญตาราง		ฉ
สารบัญแผนภูมิ		ช
บทที่ 1	**บทนำ**	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	4
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	สมมติฐานการศึกษา	5
	กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
	ขอบเขตของการวิจัย	7
	นิยามศัพท์	7
บทที่ 2	**เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	
	ความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	10
	แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล	15
	ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory)	22
	การให้ข้อมูลรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	33
	การให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	36
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	
	รูปแบบการวิจัย	39
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	41
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	45
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
	การวิเคราะห์ข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 53

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 56

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 58

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 60

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 62

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 63

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 64

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย 65

อภิปรายผลการวิจัย 67

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย 72

บรรณานุกรม 74

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 81

ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 82

ภาคผนวก ค ตัวอย่างเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 100

ประวัติผู้เขียน 101

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา สถานภาพ อาชีพ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการวินิจฉัยโรคและแพทย์ผู้ทำการตรวจ	53
2	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ของคะแนนความวิตกกังวล อัตราการเต้นของชีพจร พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	56
3	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ย ก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	57
4	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วย Wilcoxon signed-rank test	58
5	การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Mann-Whitney U test	59
6	การเปรียบเทียบความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60
7	การเปรียบเทียบความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยก่อนและหลังการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	61
8	การเปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจร ก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	62
9	การเปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจรภายหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	63
10	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	63
11	การเปรียบเทียบระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	64

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการศึกษา	7
2	มาตรวัดความวิตกกังวล	20
3	กระบวนการในการเผชิญความเครียดในทฤษฎีการควบคุมตนเอง	25
4	ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง	50

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว หัตถการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารได้พัฒนาขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล (ประชิต เตมียะเสน. 2550) การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นเป็นหัตถการที่น่าเชื่อถือทางอายุรกรรมสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร (Smit. 2002 ; Axon. 1995) ซึ่งข้อบ่งชี้ทั่วไปสำหรับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ประกอบไปด้วยอาการไม่สุขสบายบริเวณช่องท้อง อาการกลืนลำบาก กลุ่มอาการกรดไหลย้อน และกลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหารที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล (Cooper. 1994) กล้องที่ใช้ในการตรวจนั้นได้มีการพัฒนาจนในปัจจุบันสามารถเห็นภาพผนังหลอดอาหาร รวมทั้งภาพความผิดปกติภายในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีวิธีการ 2 รูปแบบ คือ การฉีดยานอนหลับและการให้ยาชาเฉพาะที่ สำหรับการใช้ยาชาเฉพาะที่นั้นเป็นวิธีการที่ประหยัดเวลาในการทำหัตถการ ค่าใช้จ่ายลดลง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงด้วย การส่องกล้องโดยใช้ยาชาเฉพาะที่จะเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เช่น การกลืนน้ำลาย การนอนนิ่ง ๆ เพื่อให้หัตถการเป็นไปอย่างราบรื่น (Maree. 1998)

ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารคือ ความวิตกกังวลต่อหัตถการการรักษาที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ ความทุกข์ทรมานหลังการส่องกล้อง และวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (ศิริพร รัตนเลิศ. 2547 ; Yamada. 2002 ; Abuksis. 2001 ; Dejong. 2004) ก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องพักรอการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในห้องเตรียมผู้ป่วยตามลำพังไม่สามารถติดต่อกับบุคคลอื่นได้ มีเพียงพยาบาลประจำห้องส่องกล้องทางเดินอาหารเข้าไปแนะนำตัวเอง และปฏิบัติงานการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำหัตถการผิดคน ผิดหัตถการเท่านั้น หลังจากนั้นผู้ป่วยก็จะได้รับการนำเข้าห้องส่องกล้องเพื่อส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นทันที ซึ่งทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การนอนรอในห้องเตรียมผู้ป่วยนั้นนอกจากจะเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลกับการที่ต้องทำหัตถการแล้ว สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องทำหัตถการยังเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ทัศนา บุญทอง. 2531)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การส่องกล้องที่จะเกิดขึ้น กลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ กลัวการสูญเสียหน้าที่การงานและผลที่อาจจะเกิดขึ้น (Atkinson. 1992) ความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องมีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ หากมีระดับสูง

จะมีผลกระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสารแคทที่โคลามีนและฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Maranets. 1999) มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้สูญเสียการควบคุมตนเองและแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ หลายรูปแบบ โดยเฉพาะที่เป็นปัญหาต่อการทำหัตถการ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่สงบนิ่ง ไม่ให้ความร่วมมือขณะทำหัตถการ กระสับกระส่าย อาเจียน เหงื่อออกมาก ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการส่องกล้อง ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการทำหัตถการ ประสิทธิภาพการตรวจรักษาลดลงจนเป็นสาเหตุของการเลื่อนการส่องกล้อง รวมทั้งมีผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะใช้ยานอนหลับแทนการใช้ยาชาเฉพาะที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา (Abuksis. 2001 ; Graham. 1971 ; Yamada. 2002)

การให้ข้อมูลที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์มากต่อผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพราะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การบริการที่ไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (Yamada. 2002 ; Abuksis. 2001) จึงพบเห็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยหลายรูปแบบโดยเฉพาะที่เป็นปัญหาต่อการทำหัตถการ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่สงบนิ่งหรือไม่ให้ความร่วมมือต่อการทำหัตถการ ส่งผลทำให้ไม่สามารถทำหัตถการได้สำเร็จ และจากการศึกษาของแพนติ้ง (Panting. 1988) พบว่า ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นนั้น ผู้ป่วยต้องการมีใครสักคนที่สามารถติดต่อหรือสื่อสารได้ในระหว่างได้รับการรักษาหรือการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พยาบาลห้องส่องกล้องที่ดูแลผู้ป่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จึงเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เพราะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยพบและติดต่อสื่อสารตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่างและหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อสร้างความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และยืนยันความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การศึกษาวิจัยหลาย ๆ เรื่องพบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสามารถลดความวิตกกังวลได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการได้รับข้อมูลที่จำเป็นและถูกต้องตรงกับความเป็นจริง จะเกิดแบบแผนความรู้และความเข้าใจ ทำให้สามารถเตรียมใจรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อการส่องกล้อง ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลดลง และให้ความร่วมมือในการส่องกล้องมากขึ้น ทำให้ใช้เวลาน้อย ประหยัดค่าใช้จ่ายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง (Abuksis. 2001 ; Dejong. 2004 ; Yamada. 2002)

การให้ข้อมูลรูปแบบหนึ่งที่มีความเหมาะสมสำหรับการเตรียมผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดจากความเจ็บป่วยได้ คือ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective Information) จอนห์สัน (Johnson. 1999)

ได้อธิบายถึงหลักการ กระบวนการ และวิธีการในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ว่าเป็นการเลือกใช้คำพูดแบบเป็นรูปธรรม ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไปด้วย ซึ่งเนื้อหาของข้อมูลประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (the physical sensation and symptoms that occur) คือ ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสที่เกิดขึ้น เช่น สิ่งที่ได้พบเห็น ได้กลิ่น ได้ยิน รู้สึกสัมผัส และลิ้มรส รวมถึงอาการทางกายที่เกิดขึ้น 2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Temporal Features) คือ ข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด 3) ลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) คือ ลักษณะของสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพบ และ 4) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์ (cause of sensation, symptoms and experience) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่มาของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และอาการที่เป็นผลของการรักษา

เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียด บุคคลจะปรับตัวใน 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นควบคู่ในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน บุคคลสามารถที่จะเลือกแนวทางในการเผชิญสถานการณ์ในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง มากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ บุคคลจะเลือกควบคุมตนเองแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ กล่าวคือ การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์จะส่งผลทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลแบบแบบรูปธรรม–ปรนัย สามารถเพิ่มการควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่เนื่องจากลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของเหตุการณ์ที่บุคคลจะประสบเป็นสิ่งที่ระบุไว้อย่างชัดเจนแล้ว เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้นบุคคลจะสนใจข้อมูลในข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย ที่มีความชัดเจนตรงกับความเป็นจริง ประสบการณ์ดังกล่าวจึงเป็นเหมือนสิ่งที่สามารถคาดการณ์ได้และไม่คลุมเครือ ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามตนเองน้อยลง ทำให้การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) ลดลง มีความวิตกกังวลลดลง ส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือในการฏิบัติกิจกรรมนั้น และสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ล่วงหน้าได้

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับบริการหลายกลุ่ม เช่น มารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งก่อนการให้รังสีรักษา มารดาของผู้ป่วยเด็กที่ทำหัตถการสวนหัวใจ ส่วนแนวทางในการลดความวิตกกังวลมีหลากหลาย เช่น การสอน การใช้รูปภาพ การเล่าเรื่อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัย มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดได้ (นาตยา พึ่งสว่าง. 2545 ; ชลลดา จงสมจิตต์. 2551 ; ปณัฐฑิกา เหล็กแท้. 2551 ;

โสภา พิศจาร. 2550 ; Kim, Garvin and Moser. 1999 ; Melwick. 1994) การศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นพบน้อยมาก และเป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านความคิดและพฤติกรรมและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องโดยวิธีการสอน ซึ่งทำให้ลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์ในการส่องกล้องและสามารถลดค่าความดันซิสโตลิค (Maree. 1998 ; Salmore. 2000) แต่ยังไม่พบการศึกษาการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากสถิติการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี 2552 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการวินิจฉัยรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินอาหาร จำนวน 310 ราย ปี 2553 จำนวน 425 ราย และปี 2554 จำนวน 560 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ พ.ศ. 2552-2554 จำนวน 102 ราย 256 ราย และ 315 ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. 2554) ปัจจุบันการให้ข้อมูลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นเป็นการสอบถามข้อมูลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการงดน้ำและอาหารทางปาก โรคประจำตัว สิทธิเกี่ยวกับการรักษาและเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหัตถการ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะใช้ยานอนหลับแทนการใช้ยาชาเฉพาะที่เพิ่มมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ดังนั้น การให้ข้อมูลก่อนทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นผ่านสื่อที่เน้นการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ซึ่งในที่สุดเชื่อว่าสามารถลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและให้ความร่วมมือได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การทำการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีประสิทธิภาพและทำให้การบริการมีคุณภาพยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหรือไม่

2. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถเพิ่มการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยและการให้ข้อมูลแบบปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยและกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยและการให้ข้อมูลแบบปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ระหว่างกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยและกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

5. เพื่อเปรียบเทียบการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยและกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

6. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยและกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

สมมุติฐานการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหลังได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย

2. ค่าความดันเลือด และอัตราการเต้นของชีพจรของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย

3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

4. ค่าความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

5. การให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม –ปรนัยสูงกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

6. ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากเป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการที่

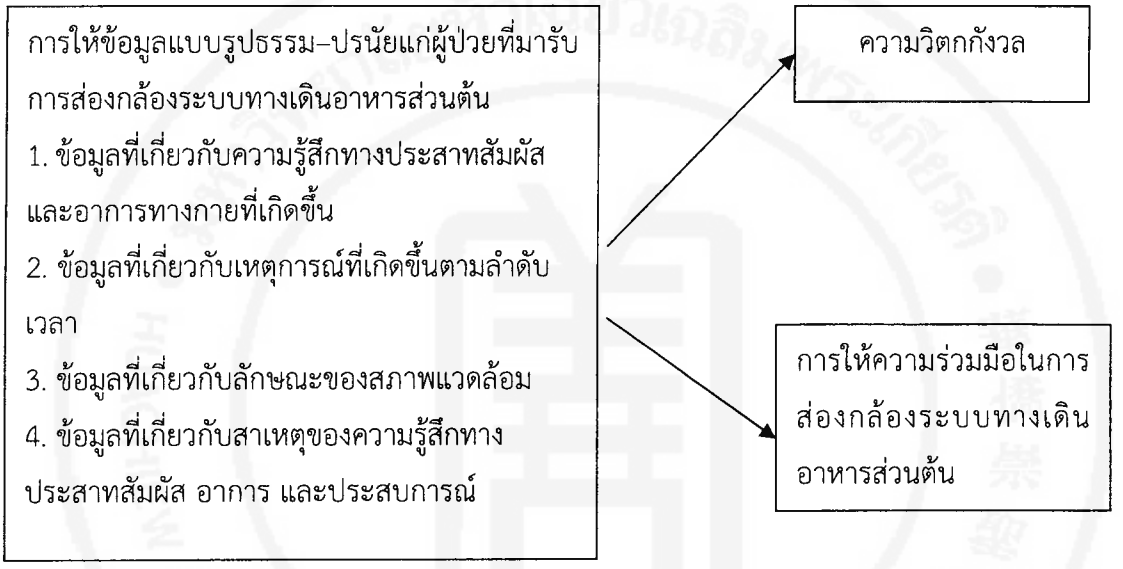
อธิบายถึงหลักการ กระบวนการ และวิธีการในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ซึ่งมักจะใช้ในการเตรียมทางด้านจิตใจก่อนการทำหัตถการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดจากความเจ็บป่วยได้ ซึ่งการให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) คือ การเลือกใช้คำพูดแบบเป็นรูปธรรม ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไปด้วย เนื้อหาของข้อมูลประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (the physical sensation and symptoms that occur) คือ ความรู้สึกประสาทสัมผัสที่เกิดขึ้น เช่น สิ่งที่ได้พบเห็น ได้กลิ่น ได้ยิน รู้สึกสัมผัส และลิ้มรส รวมถึงอาการทางกายที่เกิดขึ้น 2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Temporal Features) คือ ข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด 3) ลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) คือ ลักษณะของสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพบ และ 4) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์ (cause of sensation, symptoms and experience) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่มาของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และอาการที่เป็นผลของการรักษา โดยจอห์นสัน (Johnson. 1999) อธิบายว่า การให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัย เป็นการช่วยให้บุคคลควบคุมการตอบสนองของตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม

ตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลเผชิญในสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียด บุคคลจะปรับตัวใน 2 แนวทาง คือ เกิดการควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ ที่เกิดขึ้นควบคู่ในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน บุคคลสามารถที่จะเลือกแนวทางในการเผชิญสถานการณ์ในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง มากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ บุคคลจะเลือกควบคุมตนเองแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ กล่าวคือ การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และการควบคุมที่ตอบสนองในด้านอารมณ์จะส่งผลทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล และการให้ข้อมูลแบบแบบรูปธรรม-ปรนัย สามารถเพิ่มการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ เนื่องจากเมื่อบุคคลสนใจข้อมูลในข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยที่มีความชัดเจนตรงกับความเป็นจริง โดยที่ไม่มีอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเข้ามาเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทำให้บุคคลสร้างประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญชัดเจนและใกล้เคียงกับความเป็นจริง

การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญล่วงหน้า ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย บุคคลจะให้ความสำคัญและแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นในลักษณะที่ชัดเจนมากขึ้น บุคคลจะเกิดความคิดในการแก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะเดียวกันบุคคลมีการตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น การควบคุมด้านตอบสนองทางอารมณ์ก็จะลดลง เนื่องจากบุคคลให้ความสนใจในข้อมูลที่เป็นจริง ทำให้ข้อมูลความรู้สึกเกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์จึงน้อยลง การตอบสนองด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวลจึงลดลง ดังนั้น เมื่อบุคคล

รับการให้ข้อมูลในลักษณะเป็นรูปธรรม–ปรนัย จะทำให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ล่วงหน้าได้ จึงเกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่คุกคามตนเองน้อยลง ความวิตกกังวลจึงลดลง ส่งผลให้ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นลดลง

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา



ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi–experimental Method) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2556

นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหารโดยวิธีการทางการแพทย์ที่เรียกว่า Gastroscopy โดยใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็ก (Endoscope) สอดเข้าไปทางปาก เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น โดยใช้ยาชาเฉพาะที่

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่า การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นสิ่งคุกคามตนเอง อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นใจใน

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยตึงเครียด กระวนกระวายใจ เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ และหวั่นวิตก ขณะที่รออยู่ในห้องรอตรวจ และกระตุ้นประสาทระบบซิมพาเธติค โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การศึกษาครั้งนี้ ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย 2 วิธี คือ ประเมินจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญตามแนวคิดของ Spielberger และคณะ (1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคากร และ มาลี นิสัยสุข (2531) และประเมินจากสัญญาณชีพของผู้ป่วย ได้แก่ ความดันเลือด และอัตราการเต้นของชีพจร

3. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-Objective Information) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบดังนี้

3.1 ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (The physical sensation and symptoms that occur) ได้แก่ สิ่งที่จะพบเห็นและได้ยินขณะที่อยู่ในห้องรอตรวจและห้องส่องกล้อง ตลอดจนความรู้สึกขณะได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Temporal Features) เนื้อหาครอบคลุมช่วงเวลาและลำดับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในการเตรียมความพร้อมก่อน ขณะและหลังการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

3.3 ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่ว ๆ ไป ในหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร บุคลากรและการทำงานของบุคลากรแต่ละประเภท รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องพบเห็นในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

3.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์ (Cause of sensation, symptoms and experience) เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และวิธีการแก้ไขอาการเหล่านั้น ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งบอกถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการส่องกล้องให้ผู้ป่วยทราบ

4. การให้ข้อมูลแบบปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหารปฏิบัติต่อผู้ป่วยก่อนที่จะเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยพยาบาลสอบถามข้อมูลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยการงดน้ำและอาหารทางปาก โรคประจำตัว ยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ สิทธิเกี่ยวกับการรักษา และเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

5. การให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่แสดงถึงการยอมรับและปฏิบัติตามคำบอกของบุคลากรทางสุขภาพ โดยไม่

แสดงอาการต่อต้านขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น การอมยาชานาน 1 นาที แล้วกลืน การอ้าปากให้กว้างเพียงพอสำหรับการสอดใส่ที่กันกัดและการสอดใส่กล้อง การกัดที่กันกัดไว้ได้ตลอดระยะเวลาส่องกล้อง การกลืนกล้องตามคำบอก การนอนนิ่ง ๆ ขณะที่กล้องอยู่ภายในลำคอ เป็นต้น

6. ระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง ช่วงเวลาที่เริ่มต้นตั้งแต่พยาบาลพ่นยาชาที่ลำลำคอ จนถึงแพทย์ถอนกล้องออกจากปากของผู้ป่วย วัดเป็นนาที เศษของนาทีปัดเป็นนาทีเต็ม

บทที่ 2
เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา พอสรุปได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self–Regulation Theory)

การให้ข้อมูลรูปธรรม–ปรนัยในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ในปัจจุบันการวินิจฉัยและการรักษาโรคระบบทางเดินอาหารมีการพัฒนาไปจากอดีตมาก มีการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์และเทคนิควิธีการตรวจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อมีการนำกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารมาใช้ ทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในโรคระบบทางเดินอาหารบางอย่างได้โดยไม่จำเป็นต้องไปผ่าตัดดังเช่นในอดีต การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophago Gastro Duodenoscopy : EGD) แต่การทำการรักษาผ่านทางกล้อง (therapeutic Esophago Gastro Duodenoscopy) นั้นต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษาเป็นอย่างมาก (Classen. 2002)

1. ความหมายและวัตถุประสงค์ของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง การตรวจโดยใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อยาวโค้งงอได้ ส่องตรวจตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น และสามารถตัดชิ้นเนื้อที่ผิดปกติส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยไม่ต้องผ่าตัด (นุสนธ์ กลัดเจริญ. 2554 ; Classen. 2002) การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1.1 เพื่อวินิจฉัยโรคในหลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีการอักเสบเป็นแผล มีเนื้องอก หรือมีการตีบตันของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

1.2 เพื่อรักษาโดยการใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ผ่านทางกล้องตรวจ เช่น เครื่องมือขยายหลอดอาหาร อุปกรณ์ฉีดยาหรือรัดหลอดเลือดโป่งพองของหลอดอาหาร และอุปกรณ์สำหรับทำให้เลือดหยุด ในกรณีที่มีแผลเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น

2. ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นหัตถการ ที่ทำเพื่อตรวจวินัจฉัยและหรือรักษาโรคในกรณีต่อไปนี้ (Classen. 2002 ; Will. 2010)

2.1 ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน

2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องส่วนบนที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

2.3 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องส่วนบนที่สัมพันธ์กับอาการ หรืออาการแสดงอื่น ๆ ที่น่าสงสัยว่าจะมีโรคที่ร้ายแรง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือพบอาการในผู้ป่วยที่อายุ 45 ปีขึ้นไป

2.4 ผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก หรือกลืนแล้วเจ็บ

2.5 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อน (Gastro Esophageal Reflux Disease : GERD) ที่ไม่หายหรือเกิดใหม่ถึงแม้ว่าได้รับการรักษาที่เหมาะสม

2.6 ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนติดต่อในเวลานานโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.7 ผู้ป่วยที่มีภาพถ่ายรังสีผิดปกติ เช่น พบแผล หรือเนื้องอกในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น และต้องการการวินิจฉัยที่แน่นอน

2.8 ต้องการการตัดชิ้นเนื้อเพื่อพิสูจน์ หรือเก็บของเหลว ในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อส่งตรวจ

2.9 เพื่อประเมินการบาดเจ็บของทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่กินสารกัดกร่อน (Caustic Ingestion)

2.10 ต้องการเอาสิ่งแปลกปลอม ตัดเนื้องอก (Polyp) หรือจี้ทำลายเนื้องอกออกทางเดินอาหารส่วนบน

2.11 ต้องการใส่สายให้อาหารชนิดต่าง ๆ เช่น การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหาร (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG) การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนกลาง (Percutaneous Endoscopic Jejunostomy : PEJ)

2.12 รักษาการตีบแคบของทางเดินอาหารโดยการขยาย หรือใส่ท่อ หรือการฉีดยา

แม้ว่าการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จะเป็นหัตถการที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคทางเดินอาหารส่วนต้นดังกล่าว แต่มีข้อห้ามบางประการในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ดังนี้ (สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. 2554)

1. การทำหัตถการมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรืออันตรายถึงชีวิตมีมากกว่าประโยชน์ของการทำหัตถการ
2. ความร่วมมือของผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ
3. ผู้ป่วยมีการทะลุของระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

3. ความสำเร็จในการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย ดังนี้

3.1 การเตรียมผู้ป่วยที่ดีก่อนการตรวจ การเตรียมตัวมีความสาคัญอย่างมาก โดยมุ่งเน้นความสำเร็จและความปลอดภัยของการตรวจ ดังนั้น ผู้ป่วยที่จะรับการตรวจจะได้รับการตรวจสอบประวัติที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ เช่น ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารทะเล ประวัติการรับประทานยาแอสไพริน หรือยากันเลือดแข็งตัว หรือต้องตรวจเลือดในบางกรณี เช่น การตรวจดูการทำงานของตับ และการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยดีซ่านหรือมีภาวะตับแข็ง โดยผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารเป็นเวลา 6 ถึง 8 ชั่วโมง ก่อนการตรวจ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการตรวจ พร้อมทั้งบอกขั้นตอนการตรวจ การระงับความรู้สึก และบางครั้งอาจมีการใช้ยาแก้ปวดหรือยาสงบประสาทร่วมด้วย (Classen. 2002)

3.2 ทักษะของแพทย์ผู้ตรวจ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Esophagogastroduodenoscopy) เป็นหัตถการพื้นฐานที่ทำกันมากที่สุด แต่การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อการรักษา (therapeutic esophagogastroduodenoscopy) ต้องอาศัยทักษะและเทคนิคที่ดีของแพทย์ผู้ตรวจซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการฝึกฝนและประสบการณ์ในการตรวจ

3.3 เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีการพัฒนาไปมากขึ้น ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งานและสะดวกมากขึ้น ทั้งในการวินิจฉัยและการรักษา เช่น กล้องที่มีช่องใส่อุปกรณ์ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (Working Channel) ทำให้สามารถทำการรักษาผ่านกล้องได้สะดวกและมีประสิทธิภาพขึ้น หรือการตรวจด้วยกล้องที่มีเลนส์ขยายพิเศษ (High definition and magnification endoscopy) โดยทำให้กล้องมีกำลังขยายประมาณ 1.5 ถึง 200 เท่า โดยจะมีปุ่มควบคุมที่ด้ามจับของกล้อง (Classen. 2002) ร่วมกับมีการตรวจด้วยแสงช่วงพิเศษ (narrow band imaging and intelligent chromo endoscopy) เป็นการตรวจที่ให้คุณลักษณะของภาพคล้ายการทำ chromo endoscopy โดยไม่จำเป็นต้องพ่นสารเคมี (Dye) แต่เป็นการใช้ช่วงแสงที่ตั้งไว้เป็นพิเศษ โดยมีคุณลักษณะที่จะช่วยให้เกิดการมองเห็นโครงสร้างต่าง ๆ ของทางเดินอาหารเป็นพิเศษ เช่น เส้นเลือด เนื้องอก ชั้นเยื่อบุผนังที่ผิดปกติ (รังสิมา ชัยวัฒน์. 2547) ทำให้สามารถตรวจหาเยื่อบุทางเดินอาหารที่ผิดปกติ และมีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early cancer detection)

4. ขั้นตอนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ขั้นตอนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ประกอบด้วยการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อน ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การปฏิบัติขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และการปฏิบัติหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ดังนี้

4.1 การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นจะต้องมีการเตรียมตัวผู้ป่วยตั้งแต่ทราบว่าผู้ป่วยจะต้องนัดมาทำการส่องกล้อง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องเตรียมตัวจากบ้านก่อนวันนัด การเตรียมตัวผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้การส่องกล้องมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลจะต้องทำการซักประวัติให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและปฏิบัติ (ศิริพร รัตนเลิศ. 2550) ดังนี้

4.1.1 การงดยาลดการแข็งตัวของเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน (Aspirin) เพอร์แซนติน (Persantin) ไตซลิด (Ticlid) พลาวิค (Plavix) วาฟาริน (Warfarin) ออร์ฟาริน (Orfarin) เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการส่องกล้อง หรือตามคำสั่งของแพทย์

4.1.2 การงดน้ำงดอาหาร ผู้ป่วยควรงดอาหาร (Solids) อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ส่วนอาหารเหลว (Liquid) ควรงดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ก่อนการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เนื่องจากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำเป็นที่ภายในกระเพาะอาหารต้องปราศจากเศษอาหารใด ๆ จึงจะมองเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการสำลักอาหารและน้ำเข้าไปในปอด ขณะที่กลืนกล้องส่องลงสู่ลำคอรวมถึงระหว่างและหลังการส่องกล้อง ยกเว้นกรณีที่จำเป็นต้องรับประทานยา สามารถจิบน้ำได้หรือตามคำสั่งของแพทย์และควรแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้าก่อนการส่องกล้อง

4.1.3 สอบถามเกี่ยวกับฟันโยก และฟันปลอม ผู้ป่วยที่มีฟันโยกคลอนหรือฟันปลอมให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนรับการตรวจ เพื่อป้องกันฟันหลุดเข้าไปในหลอดลม

4.1.4 ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในการรับการส่องกล้อง ผู้ป่วยต้องลงนามในใบยินยอมรับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจ กรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามอนุญาตแทน และรับทราบความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการตรวจ

4.2 การปฏิบัติขณะทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

4.2.1 เมื่อผู้ป่วยเข้าไปในห้องส่องกล้อง พยาบาลจะพ่นยาชาในคอ ซึ่งจะทำให้ลำคอหมดความรู้สึกชั่วคราวประมาณ 30 นาทีถึงหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกแสบในลำคอในช่วงแรก ๆ ของการพ่นยา

4.2.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงซ้าย และให้กัดที่กันกัด (Mouth Guard) ไว้เบา ๆ เพื่อกันการกระแทกฟัน หรือการกัดฟันโดนกล้องส่อง

4.2.3 แพทย์จะเริ่มสอดกล้องเข้าทางปากซึ่งมีลักษณะเป็นท่อยาวนิ่ม ๆ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ผ่านเข้าไปทางปากลงไปตามลำคอ และให้ผู้ป่วยช่วยกลืนกล้องเข้าสู่หลอดอาหารไปยังกระเพาะอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้นส่วนที่หนึ่ง และสิ้นสุดที่ลำไส้เล็กส่วนต้นส่วนที่สอง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

4.2.4 ระหว่างการสอดกล้องแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ได้แก่ หากมีน้ำลายควรปล่อยให้ไหลออกมา ไม่ต้องกลืน เพราะอาจทำให้สำลักได้ ให้ผ่อนลมหายใจเข้า-ออก เพื่อ

ช่วยคลายกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการแน่นอึดอัดในท้องที่อาจเกิดขึ้นได้เล็กน้อยขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

4.3 การปฏิบัติหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภายหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พยาบาลควรให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยดังนี้

4.3.1 ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนมีเสมหะติดอยู่ในลำคอหรือรู้สึกหนา ๆ ภายในลำคอซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากฤทธิ์ยาชา อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไปเองหลังจากส่องกล้องประมาณ 15 - 30 นาที และระหว่างที่คอยังชาให้บ้วนน้ำลายทิ้ง และไม่ควรรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเพื่อป้องกันการสำลัก

4.3.2 หลังจากคอผู้ป่วยหายชาให้เริ่มจิบน้ำก่อน เพื่อทดสอบระบบการกลืนว่าเป็นปกติแล้วจึงให้รับประทานอาหารได้ อาหารมื้อแรกควรเป็นอาหารอ่อนก่อน เพื่อให้สามารถกลืนได้ง่าย และไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด

4.3.3 ผู้ป่วยหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมักมีอาการท้องอืดหรือแน่นท้อง จากการที่แพทย์จำเป็นต้องใส่ลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กขณะส่องกล้อง อาการนี้จะหายไปในเวลาไม่นาน ถ้าผู้ป่วยเรอ หรือผายลมออกมาได้จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

5. ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีภาวะแทรกซ้อนที่ควรเฝ้าระวังดังนี้ (สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. 2554)

5.1 ภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่แรก ถ้ามีการเฝ้าระวังอย่างดี และใช้ Pulse Oximetry ช่วยในการติดตามภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างการส่องกล้องได้

5.2 ภาวะสูดสำลักลงปอด (Pulmonary Aspiration) สามารถพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาหารหรือเลือดค้างในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร

5.3 ภาวะเลือดออก (Bleeding) สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทั้งจากรอยโรคที่มีอยู่เดิม เช่น หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร หรือจากการทำหัตถการ เช่น การตัดชิ้นเนื้อ การตัดติ่งเนื้อ หรือจากการฉีกขาดของหลอดอาหารส่วนบนและผู้ป่วยมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

5.4 การทะลุ (Perforation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แต่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก โดยส่วนใหญ่มักจะเกิดบริเวณหลอดอาหารโดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งอาจจะมี Zenker's diverticulum

5.5 การติดเชื้อ (Infection) กล้องส่องระบบทางเดินอาหารและอุปกรณ์เสริมต่าง ๆ มีโอกาสที่จะพาเชื้อจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ถ้าทำความสะอาดกล้องได้ไม่ดีพอ เช่น เชื้อ เฮ

ลิโคแบคเตอร์ ไพโรไล (Helicobacter Pylori) ตับอักเสบ (Hepatitis) เป็นต้น แต่ปัจจุบันมีน้ำยาและวิธีการที่สามารถช่วยกำจัดปัญหาเหล่านี้ได้

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นหัตถการที่น่าเชื่อถือทางอายุรกรรมสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร การเตรียมผู้ป่วยและการให้คำแนะนำก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จะทำให้การส่องกล้องมีประสิทธิภาพ หากไม่ได้รับการเตรียมตัวที่ดีพอจากเจ้าหน้าที่ จะทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเอง และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องทำหัตถการยังเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงไป (Johnson. 1993)

1. ความหมายของความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ ดังต่อไปนี้

แนโร และ บัชเชล (Narraw and Buschle. 1987) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามและมีผลกระทบต่อความปลอดภัยของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

เกรนเกอร์ (Grainger. 1990) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่มีประโยชน์ เพราะช่วยให้บุคคลมีการตื่นตัวในการปฏิบัติงานและช่วยป้องกันอันตราย แต่ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลมากเกินไป จะทำให้การรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายได้

เบีย และ เมเยอร์ (Beare and Myers. 1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสับสนรวมถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่แน่นอน และโดดเดี่ยว

สปิลเบอร์เกอร์ และ ซิดแมน (Spielberger and Sydeman. 1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น

คาสเมเยอร์ มิชเชลล์และเบอร์ตัส (Cassmeyer, Mitchell and Betrus. 1995) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจต่อสิ่งคุกคาม ทำให้รู้สึกกลัวหรือไม่สุขสบาย กระวนกระวาย

ฟรีแมน และ เยล (Freeman and Yales. 1998) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ต่อสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดอันตราย ซึ่งสิ่งคุกคามอาจมีทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ไวด์ เบค และ เซลลา (Videbeck and Sheila. 2008) ความวิตกกังวลเป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดหวาดหวั่น จากการมีสิ่งที่คุกคาม ที่คาดการณ์ว่าจะเป็นอันตราย

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ (2533) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตราย และเป็นพลังงานรูปหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม

ช่อลดา พันธุเสนา (2536) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือ ไม่สบายใจ และเมื่อถูกคุกคามบุคคลจะตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ดังนั้นพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกไม่แน่นอน หวาดกลัว ตึงเครียด และกระวนกระวายใจ เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลที่อาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามนั้นมีผลกระทบต่อความไม่มั่นคงปลอดภัยของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. ประเภทของความวิตกกังวล

สปิลเบอร์เกอร์ และ ซิดแมน (Spielberger and Sydeman. 1994) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลต่อเหตุการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ตึงเครียด กระวนกระวายใจ ไม่พอใจ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีต

2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมและเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลในขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงขึ้น

3. องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

เมลวิน (Melvin. 1994) กล่าวว่า องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการ คือ

3.1 สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (Idea) มโนทัศน์ (Concept) ค่านิยม (Values) หรือระบบของความคิด (System of Thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์

เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ ก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

3.2 การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือ การประเมินหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล

3.3 ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้และเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคามและมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

4. ระดับของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเผชิญต่อภาวะคุกคาม จะเกิดความเครียดซึ่งจะแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล การประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ทำให้มีระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลแตกต่างกัน และการรับรู้ของบุคคลขึ้นกับสิ่งเร้าที่มากระตุ้นซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Shiver. 2005 ; Videbeck. 2006)

4.1 ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้างขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล

4.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบลง บุคคลจะเลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของเหตุการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น

4.3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบมาก มองสภาพแวดล้อมบิดเบือนจากสภาพความเป็นจริง รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน มีความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น

4.4 ความวิตกกังวลระดับที่รุนแรงที่สุดหรือตื่นตระหนก (Panic Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบลงมากที่สุด ไม่ตรงตามความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิด จะผิดปกติ แสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไม่มีจุดหมาย ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่นและการเรียนรู้เสียไป

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันมีหลายประการ ดังนี้

5.1 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนของต่อมหมวกไตต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชาย

และหญิง พบว่า เพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวลมากกว่า ซึ่งเกิดจากการลดลงของระดับฮอโมนเอสโตรเจน (Grabow and Buse. 1991)

5.2 อายุ เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล โดยผู้ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี (Grabow and Buse. 1991)

5.3 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญาและมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske. 1993)

5.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีทางเลือกรับการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ทำให้ผู้ที่มีรายได้สูงมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (Lazarus and Folkman. 1984)

5.5 การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว การที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ฟังที่ดีคอยให้ความอบอุ่นและให้กำลังใจเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล ช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Cormack. 1985)

5.6 ลักษณะการเลี้ยงดูและการถ่ายทอดความเชื่อของครอบครัว ทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลแตกต่างกันได้ (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์. 2545)

5.7 ค่านิยมและวัฒนธรรมทางสังคม เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งหากการรักษาพยาบาลที่บุคคลได้รับขัดกับค่านิยมและวัฒนธรรมทางสังคมของบุคคลได้รับมา ก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์. 2545)

6. การตอบสนองของบุคคลเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสรุปได้ดังนี้ (ช่อลดา พันธุเสนา. 2536 ; French. 1994 ; Green. 1997 ; Kneisl. 1996 ; Synder. 1998)

6.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ระบบประสาทอัตโนมัติประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเธติคและพาราซิมพาเธติค ซึ่งทั้ง 2 ระบบนี้จะทำงานตรงกันข้ามกัน เพื่อรักษาความสมดุลในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เมื่อมีความวิตกกังวลร่างกายจะไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาท ซิมพาเธติค โดยไปยับยั้งการทำงานของระบบพาราซิมพาเธติค โดยทำให้หลอดเลือดหดตัว

6.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี ในขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) จะหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิค (adrenocorti-cotropic Hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal Gland) ให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (Cortisol Hormone) มากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ผิดปกติ เช่น เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการ

ทำลายของไกลโคเจน (Glycogen) ในตับทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวและปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนต่อมพิทูอิทารี ส่วนหลัง (Posterior Pituitary Gland) ซึ่งหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติค (Antidiuretic Hormone) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ถ้าระดับความวิตกกังวลมีความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเธติค (Sympatatic Nervous System) ไปยังต่อมหมวดไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมนแคททีโคลามีน (Catecholamine Hormone) ซึ่งประกอบไปด้วยอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน (Epinephrine and Norepinephrine) เข้าสู่กระแสเลือดและส่งไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงความดันเลือดสูงขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ทำให้มือและเท้าซีดและเย็น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังไปกดการทำงานของภูมิคุ้มกันของเซลล์และการตอบสนองต่อแอนติบอดี้ของร่างกาย

6.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ทำให้มีอาการตกใจง่าย กระสับกระส่าย หงุดหงิด โมโหง่าย เป็นต้น

6.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ทำให้คิดสับสน ฟุ้งซ่าน ตัดสินใจไม่ดี มีการรับรู้ผิดพลาด ไม่มีสมาธิ ลืมง่ายและสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง

7. การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

7.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น (Stuart and Sundeen. 1887)

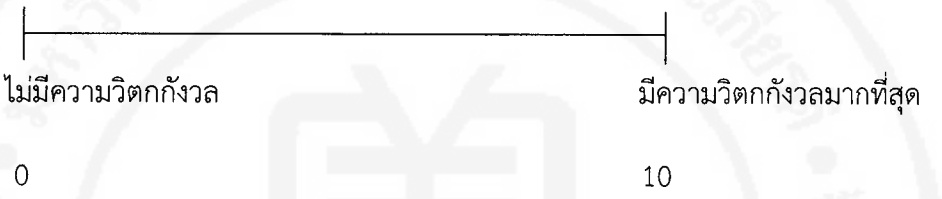
7.2 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) สังเกตการเคลื่อนไหว การพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ความจำ เนื่องจากเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ขาดสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ลุกลี้ลุกลน ถอนหายใจ ร้องไห้ เป็นต้น (Grahan and Conley. 1971)

7.3 ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความรู้สึกด้วยตนเอง ที่นิยมใช้ ได้แก่

7.3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ มีชื่อเรียกว่า State-trait anxiety inventory (STAI) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป หรือเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงและเชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝง โดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายถูก (/) ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่มีอยู่จริงในขณะนั้น

7.3.2 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual Analogue Scale) ของการ์เบอร์สัน (Gaberson. 1991) เป็นการถามภาพรวมของความวิตกกังวล โดยไม่มีความเฉพาะเจาะจงไปที่เรื่องราวหรือสถานกาณ์ต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล คำถามมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางด้านซ้าย จะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือจนถึงปลายปิดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึก “มีความวิตกกังวลมากที่สุด” ดังแสดงในภาพที่ 2

แผนภูมิที่ 2 มาตรวัดความวิตกกังวล



วิธีการประเมินให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายลงบนมาตรวัดตามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่จริง ในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย (Gaberson. 1991)

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก และการประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง การประเมินความวิตกกังวล อาจประเมินได้โดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยใช้การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันเลือด อัตราการเต้นของชีพจรร่วมกับการประเมินจากการใช้แบบประเมินตนเอง โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety : From X-I) ของ Spielberger และคณะ (1967) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยนิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโภคาทร และ มาลี นิสสัยสุข (2531) เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปิลเบอร์เกอร์ จึงมีความเหมาะสม อีกทั้งเป็นแบบวัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีความตรงและความเที่ยงสูง ดังการศึกษาของ เกศินี สมศรี (2547) ที่ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญมาใช้และได้นำมาหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด 0.91 ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในหน่วยทางเดินอาหาร โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.87 นอกจากนี้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญยังเป็นแบบประเมินที่บุคคลสามารถประเมินตามความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้อย่างอิสระ และใช้ระยะเวลาในการประเมินเหมาะสม

8. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นสถานการณ์ที่คุกคามความปลอดภัยของผู้ป่วยและก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่ง มาลี และคณะ (Malee et al. 1998) กล่าวว่า ความวิตกกังวลจากการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในระหว่างการทำหัตถการ การไม่ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ เช่น การกลืนน้ำลายขณะใส่ท่อเข้าภายในปาก การนอนขยับตัวหรือกระสับกระส่ายขณะทำการตรวจ จะเป็นอุปสรรคในการทำหัตถการ ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการทำหัตถการมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการตรวจลดลง ทำให้ความต้องการยานอนหลับมีมากขึ้น และทำให้เพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (Yamada. 2002 ; Abuksis. 2001)

ในขั้นตอนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนการส่องกล้อง ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องพักรอการส่องกล้องในห้องเตรียมผู้ป่วยตามลำพัง ไม่สามารถติดต่อกับบุคคลอื่นได้ มีเพียงพยาบาลประจำห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเข้าไปแนะนำตัวเอง และปฏิบัติงานการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำหัตถการผิดคน ผิดหัตถการเท่านั้น หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกนำเข้าห้องส่องกล้องเพื่อส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นทันที ซึ่งทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะได้รับของตนเองและอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การนอนรอในห้องเตรียมผู้ป่วยนั้นนอกจากจะเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลกับการที่ต้องทำหัตถการแล้วสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องทำหัตถการยังเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ทัศนา บุญทอง. 2531)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การส่องกล้องที่จะเกิดขึ้น กลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ กลัวการสูญเสียหน้าที่ของตนเองในสังคมและครอบครัว (Atkinson. 1992) ความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากมีระดับสูงจะมีผลกระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสารแคทีโคลามีนและฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น (Maranets. 1999) มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้สูญเสียการควบคุมตนเองและแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เงียบเฉย ไม่ให้ความร่วมมือ กระสับกระส่าย มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออกมาก ส่งผลทำให้เกิดอุปสรรคในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น รวมทั้งมีผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะใช้ยานอนหลับแทนการใช้ยาชาเฉพาะที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา จนเป็นสาเหตุของการเลื่อนการส่องกล้อง (Graham. 1971 ; Yamada. 2002)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยการให้ความรู้ มีค่าคะแนนความวิกกังวล ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจรต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Deirdre. 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซลมอร์ (Salmore. 2000) ทำการศึกษาโดยการสอนผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวล และค่าความดันซิสโตลิคต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ มาร์จอร์เลนท์ (Marjolein. 2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกโดยอธิบายถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยจะต้องพบในสถานการณ์การส่องกล้อง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญและอัตราการเต้นของชีพจรต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังจากการให้ความรู้ของทั้งสองกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้ศึกษาได้ทราบเกี่ยวกับความหมาย ประเภท ระดับของความวิตกกังวล ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล และการประเมินความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การลดความวิตกกังวลด้วยการเตรียมความพร้อม ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลมีประโยชน์ต่อการกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ศึกษาพิจารณาเลือกแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety : From X-I) ของ Spielberger และคณะ (1967) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโภคาทร และ มาลี นิสสัยสุข (2531) ร่วมกับการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยการวัดความดันเลือด อัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการให้ข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม

การให้ข้อมูลรูปแบบหนึ่งที่มีความเหมาะสมสำหรับการเตรียมผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดจากความเจ็บป่วยได้ คือ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย (concrete–objective information) จอนห์สัน (Johnson. 1999) ได้อธิบายถึงหลักการ กระบวนการ และวิธีการในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยในทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory)

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self–Regulation Theory)

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self–Regulation Theory) ของจอห์นสัน (Johnson. 1999) เป็นทฤษฎีทางความคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการประมวลข้อมูล (Information Processing Theory) ของลีเวลทาล และจอห์นสัน (Johnson and Leventhal. 1983) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ โดยอธิบายถึงกระบวนการของความคิดความเข้าใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประมวลข้อมูลจาก

สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ผสมผสานข้อมูลนั้นเข้ากับข้อมูลที่เก็บไว้ในความทรงจำ (Memory) กลายเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Cognitive Structure) และใช้แบบแผนความคิดความเข้าใจนี้ในการควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมของตนเอง จอห์นสัน (Johnson. 1999) ได้เสนอแนวคิด ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self–Regulation Theory) ว่ากระบวนการควบคุมตนเองของมนุษย์ในการปรับตัว เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามในการมารับบริการทางสุขภาพนั้น การรับรู้และการจัดการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ

1. **ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี** ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการประมวลข้อมูล ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของทฤษฎีการควบคุมตนเองในการเผชิญกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 บุคคลใช้การรับรู้และการแปลความหมายของประสบการณ์ในการควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมของตน

1.2 ภาพความคิดความเข้าใจ (Schemata) เป็นเสมือนความรู้และการแปลความหมายของบุคคลเกี่ยวกับมโนมติทุกมโนมติที่เก็บไว้ในความจำ ซึ่งรวมถึงความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับวัตถุ สถานการณ์ทางสังคม เหตุการณ์ ลำดับของเหตุการณ์ การกระทำและลำดับของการกระทำ ภาพความคิดความเข้าใจช่วยให้บุคคลคาดการณ์ว่าอะไรจะเกิดขึ้น และวางแผนว่าจะจัดการประสบการณ์นั้นอย่างไร ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะให้ความสนใจกับลักษณะใดลักษณะหนึ่งของประสบการณ์และได้รับข้อมูลเพิ่มมากขึ้นเมื่อประสบการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ไม่สามารถปรับให้สอดคล้องกับภาพความคิดความเข้าใจจะถูกทิ้งไป ถ้าภาพความคิดความเข้าใจของบุคคลสอดคล้องกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะใช้ภาพความคิดความเข้าใจนั้นด้วยความมั่นใจ เพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญกับประสบการณ์ และกำหนดความคาดหวังต่อประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอนาคต คนเรามีภาพความคิดความเข้าใจที่ใช้กันอยู่มากมาย เช่น “การเดินทางกลับบ้าน” “การรับประทานอาหารในภัตตาคาร” และ “การทำงานในวันหนึ่ง” เราใช้ภาพความคิดความเข้าใจเหล่านี้ ในการคาดการณ์ถึงสิ่งที่เราจะประสบพบเห็น เลือกสิ่งที่เราจะให้ความสนใจ วางแผนว่าเราจะทำอะไร และชี้แนะพฤติกรรมของเรา

1.3 ข้อมูลในภาพความคิดความเข้าใจจะถูกจัดเป็นลำดับชั้น ตั้งแต่ระดับที่เป็นรูปธรรมไปจนถึงระดับที่เป็นนามธรรม ตัวอย่างข้อมูลในระดับที่เป็นนามธรรม ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และวิธีการในการรักษา สำหรับข้อมูลในระดับที่เป็นรูปธรรมจะครอบคลุมความรู้สึกที่รับรู้ได้ทางประสาทสัมผัสและปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ข้อมูลในระดับที่เป็นรูปธรรมมีความสำคัญต่อการเชื่อมโยงแนวคิดในระดับที่เป็นนามธรรมกับประสบการณ์ในอดีต คาดการณ์ถึงลักษณะเฉพาะที่จะเผชิญ และวางแผนว่าจะตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร แนวคิดในระดับที่เป็นนามธรรมจะผสมผสานกับเนื้อหาในระดับที่เป็นรูปธรรมเข้าเป็นภาพความคิดรวมที่ครอบคลุม ซึ่งเอื้อต่อการให้ความหมายและความสำคัญที่มีต่อความผาสุกของบุคคล เนื่องจากข้อมูลในระดับต่าง ๆ ของการรับรู้ความเป็นจริง (Representation) จะผสมผสานกันอยู่แล้ว บุคคลจึงไม่

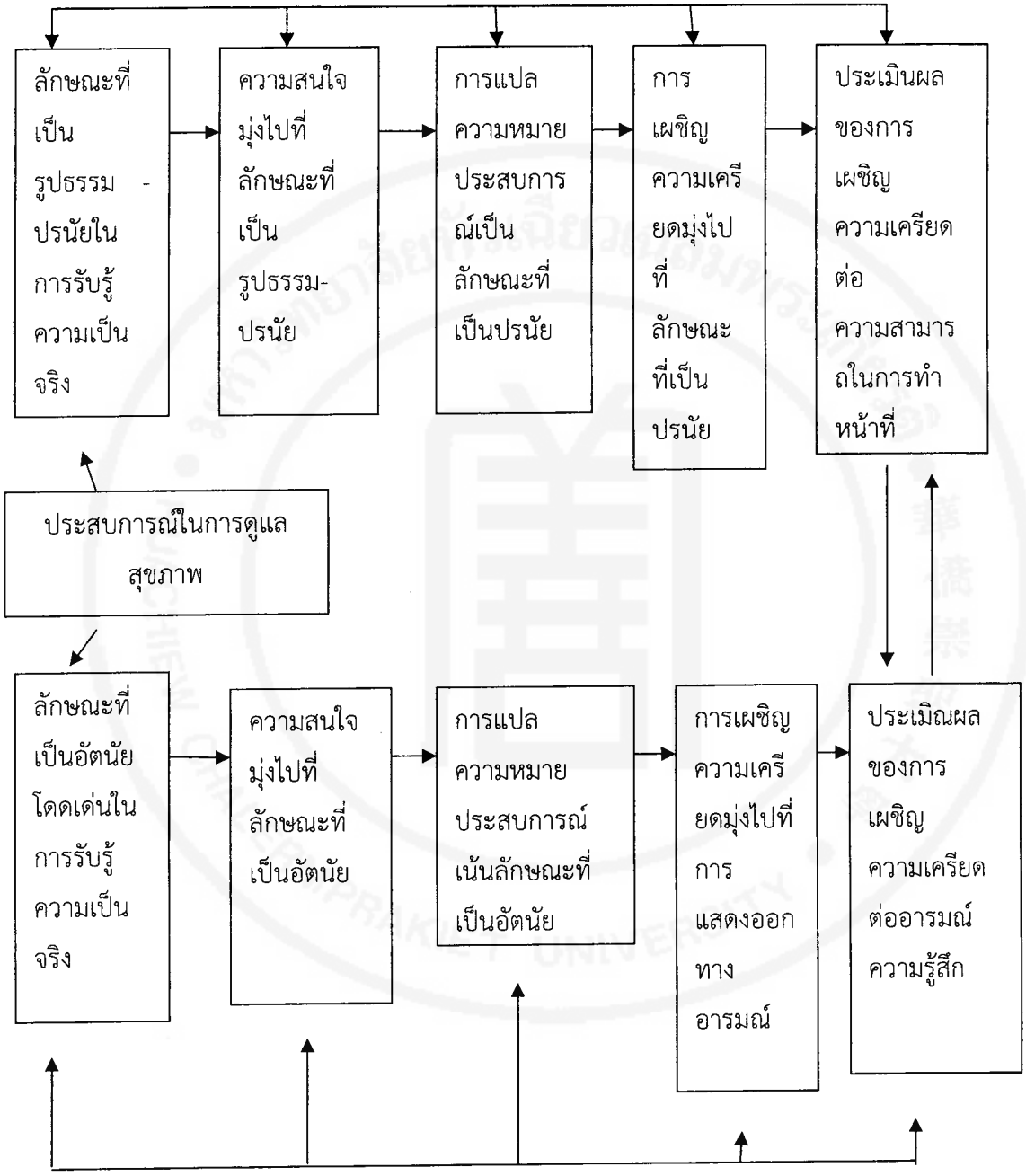
ต้องมุ่งความสนใจไปที่ระดับใดระดับหนึ่งแยกจากกันในการเผชิญกับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลจะเปรียบเทียบสภาพการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เป้าหมายก็จะถูกจัดลำดับเช่นเดียวกับการรับรู้ความเป็นจริงของประสบการณ์ เป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันจะผสมผสานกันและเกี่ยวข้องกัน โดยจะต้องบรรลุเป้าหมายในระดับต่ำกว่า ก่อนที่จะบรรลุเป้าหมายในระดับสูงกว่าได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าเป้าหมายที่เป็นนามธรรมสูงสุด คือ การมีชีวิตที่ดี เป้าหมายที่เป็นนามธรรมรองลงมา ก็คือ การมีรายได้ที่เพียงพอ สามารถทำงานได้ และมีผลงาน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ในขณะที่เป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ก็คือสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้และมีสภาวะอารมณ์ที่สุขสบาย

1.4 ถ้าเป้าหมายของบุคคลหรือผลลัพธ์ที่คาดไว้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อลดความไม่สอดคล้องนั้น ข้อมูลป้อนกลับที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องกันจะกระตุ้นให้บุคคลให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า และพยายามที่จะหาทางลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน

2. กระบวนการในการควบคุมตนเอง

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ (2553) ได้อธิบายกระบวนการในการเผชิญความเครียดตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson. 1999) ว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ บุคคลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ (regulation of functional responses) และการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ (regulation of emotional responses) (แผนภูมิที่ 2) เป้าหมายของการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ คือ อารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย ในขณะที่เป้าหมายของการควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ คือ การลดความยุ่งยากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผลลัพธ์เหล่านี้มีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงกว่า เช่น คุณภาพชีวิตที่ดี กระบวนการของการปรับตัวทั้งสองแนวทางนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะที่เป็นคู่ขนานกันและเป็นอิสระต่อกัน แม้ว่าบุคคลอาจใช้การปรับตัวทั้งสองแนวทางในขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคาม แต่บุคคลสามารถเลือกที่จะมุ่งความสนใจไปที่การปรับตัวแนวทางใดแนวทางหนึ่งในขณะนั้น และอาจจะเปลี่ยนกลับไปมาในระหว่างการปรับตัวสองแนวทางนี้ การป้อนข้อมูลย้อนกลับระหว่างการปรับตัว ในสองแนวทางอาจมีผลต่อกระบวนการในการควบคุมตนเองด้วย ดังนั้น ทฤษฎีการควบคุมตนเอง จึงเป็นกระบวนการของการเผชิญความเครียดที่เป็นพลวัตร โดยบุคคลจะเลือกวิธีการในการเผชิญกับความเครียดตามความเข้าใจของตนที่มีต่อประสบการณ์นั้น และเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดที่ตนรู้สึกว่าใช้ได้ผลดี ซึ่งอาจเป็นกลวิธีที่เรียนรู้ใหม่หรือกลวิธีที่เคยใช้ในอดีต ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลา แนวทางการปรับตัว 2 แนวทาง เป็นดังนี้ (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน. 2553 ; Johnson. 1999)

แผนภูมิที่ 3 กระบวนการในการเผชิญความเครียดในทฤษฎีการควบคุมตนเอง



ที่มา : วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553

2.1 การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ (Regulation of Functional Responses)

การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ เป็นกระบวนการที่ควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ของบุคคล (Johnson. 1999) ตามแผนภูมิที่ 2 จะเป็นแนวทางการปรับตัวที่อยู่ส่วนบน กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อการรับรู้ความเป็นจริง (Representation) ของเหตุการณ์มีลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์ ลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของเหตุการณ์ในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (Physical sensations and symptoms that occur) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Temporal Features) ลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) และสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์ (Cause of sensation symptoms and experience)

การให้ข้อมูลแบบรูปธรร–ปรนัยของเหตุการณ์ในการดูแลสุขภาพแก่บุคคลจะช่วยขจัดความคลุมเครือว่าบุคคลจะต้องพบกับอะไรบ้าง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดึงเอาข้อมูลที่สำคัญที่ได้รับจากความทรงจำ วางแผนว่าจะจัดการกับประสบการณ์นั้นอย่างไร และรวบรวมความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่จำเป็น เมื่อลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์โดดเด่นในการรับรู้ความเป็นจริงของเหตุการณ์ ความสนใจของบุคคลจะมุ่งไปที่ลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยในระหว่างที่ประสบกับเหตุการณ์นั้น ถ้าประสบการณ์นั้นมีลักษณะตรงตามที่บุคคลคาดหวังไว้ จะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการรับรู้ความเป็นจริงนั้นมากยิ่งขึ้น และจะปฏิบัติตามแผนการเดิมที่วางไว้ว่าจะจัดการกับประสบการณ์นั้นอย่างไร

การรับรู้ความเป็นจริงของบุคคลอาจปรับเปลี่ยนได้เมื่อเหตุการณ์จริงเกิดขึ้น ถ้าลักษณะที่คาดหวังไว้ไม่ปรากฏ หรือบุคคลเผชิญกับลักษณะที่ไม่คาดคิด บุคคลจะใช้ข้อมูลป้อนกลับนี้ในการเพิ่มหรือขจัดลักษณะนั้นออกจากการรับรู้ความเป็นจริงของเหตุการณ์ เพื่อให้การรับรู้ความเป็นจริงนั้นคล้ายคลึงกับประสบการณ์จริง กระบวนการที่มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับนี้ช่วยให้การรับรู้ความเป็นจริงสามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งสำคัญมาก เพราะเป็นไปไม่ได้ที่การรับรู้ความเป็นจริงของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น จะมีลักษณะทุกอย่างครบ หรือมีลักษณะเฉพาะที่บุคคลจะประสบเท่านั้น (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553)

เมื่อลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์โดดเด่นในการรับรู้ความเป็นจริง บุคคลก็จะอาศัยลักษณะดังกล่าวในการแปลความหมายหรือทำความเข้าใจประสบการณ์นั้น (Johnson. 1999) ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์นั้น เมื่อการรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์นั้นเป็นแบบรูปธรรม-ปรนัย การเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยจะมุ่งไปที่ลักษณที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยดังกล่าว ซึ่งได้แก่ การวางแผนและการกระทำเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงความรู้สึกหรือการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันที่จะเกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบจากอาการแสดงนั้น ผู้ป่วยจะประเมินประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดของตนจากการพิจารณาว่าตนสามารถบรรลุ

ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ดีเพียงใด (Johnson. 1999) ถ้าประสบการณ์นั้นรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจนกระทั่งก่อให้เกิดความยุ่งยาก ข้อมูลนี้จะป้อนกลับไปที่กระบวนการในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ผลที่ตามมาคือ อาจมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเป็นจริง การแปลความหมาย หรือกลวิธีในการเผชิญความเครียด เพื่อที่จะบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ให้ได้มากกว่าเดิม

2.2 การควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ (Regulation of Emotional Response)

การควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ แสดงอยู่ในแนวทางการปรับตัวส่วนล่างของแผนภูมิที่ 2 ลักษณะที่โดดเด่นของประสบการณ์ (Experiential Level) ในการรับรู้ความเป็นจริงในการปรับตัวแนวทางนี้ คือ อารมณ์ความรู้สึกที่อาจถูกกระตุ้นให้เกิด และเป็นการประเมินแบบอัตนัย (Subjective Evaluations) เช่น ประสบการณ์นี้ไม่ดีหรือไม่น่าพึงพอใจเพียงใดสำหรับผู้ป่วย ปฏิกิริยาการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อประสบการณ์หนึ่ง อาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยอาจมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับลักษณะดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกโกรธ บางคนอาจรู้สึกวิตกกังวล ในขณะที่บางคนอาจไม่รู้สึกอะไรเลย ดังนั้น ผู้ป่วยอาจมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันเมื่อให้ประเมินลักษณะทางด้านบวก-ลบของประสบการณ์เดียวกัน (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553)

เมื่อลักษณะที่เป็นอัตนัยโดดเด่นในการรับรู้ความเป็นจริง ผู้ป่วยจะมุ่งความสนใจไปที่การตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อเหตุการณ์นั้น มีการกระตุ้นอารมณ์ที่อยู่ในความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะแบบอัตนัยของประสบการณ์ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแปลความหมายของประสบการณ์นั้นในแง่ความรู้สึกอ่อนแอของตน (Vulnerability) และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ถ้าผู้ป่วยยังคงมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะอารมณ์ความรู้สึกและการประเมินแบบอัตนัยของตน และมีการป้อนกลับการตอบสนองดังกล่าวไปที่การรับรู้ความเป็นจริง อาจทำให้ผู้ป่วยให้ความหมายและเข้าใจประสบการณ์ของตนว่า เป็นสิ่งตึงเครียด ไม่น่าพึงพอใจ การแปลความหมายนี้ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกที่อ่อนแอของตน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเผชิญความเครียด คือ มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553)

ผู้ป่วยจะประเมินประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดของตน จากผลกระทบที่มีต่ออารมณ์ความรู้สึก ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายข้อมูลนี้จะถูกป้อนกลับไปที่แนวทางการปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ ผู้ป่วยก็จะให้ความสนใจกับการควบคุมการตอบสนองดังกล่าว แต่ถ้าความพยายามในการเผชิญความเครียดไม่สามารถทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายได้ ข้อมูลนี้จะป้อนกลับไปที่ขั้นตอนที่ผ่านมาของการปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ ซึ่งจะกระตุ้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลองพยายามใหม่อีกครั้ง โดยยังคงมีการติดตามประเมินอารมณ์ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองแบบอัตนัย และมีความพยายามที่จะทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายต่อไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกวิตกกังวลหลังการผ่าตัด

และพยายามที่จะเบี่ยงเบนความสนใจตัวเองด้วยการดูโทรทัศน์ แต่เมื่อพบว่าความวิตกกังวลไม่ลดลง ก็อาจเลือกใช้วิธีการอื่นเพื่อลดความวิตกกังวล และใช้ระดับความวิตกกังวลในการประเมินว่า วิธีการนั้นใช้ได้ผลหรือไม่ กระบวนการนี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553)

แผนภูมิแสดงกระบวนการในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นความเครียดในทฤษฎีการควบคุมตนเอง แสดงให้เห็นพลวัตรของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยบุคคลจะเลือกแนวการทางปรับตัวของตนเองที่สอดคล้องกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากความเข้าใจเดิม นั่นคือถ้าบุคคลรู้สึกว่าใช้วิธีการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในอดีตได้ผลสำเร็จ เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์นั้นอีกก็จะนำวิธีการเผชิญสถานการณ์นั้น ๆ มาใช้ การส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นสถานการณ์หนึ่งซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล และถือว่าเป็นภาวะคุกคามของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งไม่เคยรับรู้และประสบมาก่อนอย่างชัดเจนตรงไปตรงมา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่กำลังจะประสบและเตรียมเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม

2.3 การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เป็นการบอกข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของคนส่วนใหญ่ (Typical Experience) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยใช้คำพูดบอกเล่าประสบการณ์นั้นอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน และตรงไปตรงมา และไม่รวมเอาคำพูดที่บอกถึงอารมณ์ความรู้สึกและการประเมินเชิงอัตนัยไปด้วย เช่น เจ็บปวดมาก รู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด หรือรุนแรง เป็นต้น (Johnson. 1999 ; Johnson et al. 1997 อ้างใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553) การกำหนดเนื้อหาของข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในงานวิจัย สามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยนั้น และใช้ลักษณะที่เด่นชัด (Typical Features) ของประสบการณ์ที่กลุ่มผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (50%) รายงานเหมือนกัน ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้สูงที่การรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วย จะประกอบด้วยลักษณะบางอย่างที่ผู้ป่วยจะพบในสถานการณ์จริง หลักฐานจากงานวิจัยบ่งชี้ว่า การให้ข้อมูลเพียงบางส่วนที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ช่วยให้มีการกำหนดการรับรู้ความเป็นจริงที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญกับประสบการณ์นั้น (Johnson. 1999 อ้างใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553) การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย จะครอบคลุมเนื้อหาใน 4 มิติ (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553) ดังนี้

1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (The physical sensation and symptoms that occur) ได้แก่ ข้อมูลที่อธิบายความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น เช่นการได้พบเห็น ได้กลิ่น ได้ยิน รู้สึกสัมผัสและลิ้มรสรวมถึงอาการ

ทางกายที่เกิดขึ้น ตัวอย่างคำพูดที่บรรยายความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ รสหวาน รู้สึกปวดเมื่อย เห็นคนใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก ได้ยินเสียงดังคลิ๊ก ๆ และได้กลิ่นของน้ำยาฆ่าเชื้อ

2) ข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับ (Temporal Features) ได้แก่ ข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด

3) ข้อมูลลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) ได้แก่ข้อมูลที่บรรยายถึงสภาพแวดล้อม ลักษณะของสถานที่ที่ผู้ป่วยพบและการถูกเคลื่อนย้าย อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ และบุคคลากรต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องพบเห็น

4) ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์ (Cause of sensation symptoms and experience) ได้แก่ ข้อมูลที่อธิบายและเป็นข้อมูลอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการตรวจรักษา แหล่งที่มาของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส เช่น อะไรที่ทำให้เกิดเสียงดัง การระบุอาการที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจผิดว่าเป็นอาการแสดงของโรค อย่างไรก็ตามไม่ควรรวมเอาข้อมูลที่บอกถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนของการรักษา หรือหัตถการที่ไม่ค่อยพบไว้ในเนื้อหาของข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เนื่องจากหลักฐานจากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่มากเกินไปหรือครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างนั้นก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่า (Johnson. 1999 อ้างใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553)

ในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ควรเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม และไม่ทำลายความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ไม่ควรใช้คำพูดที่บอกว่า “ประสบการณ์นี้จะแตกต่างไปจากประสบการณ์เดิมที่คุณเคยมีมาก่อน” หรือ “ไม่ต้องกังวลว่าคุณจะดูแลตนเองอย่างไร ฉันจะเป็นคนบอกว่า คุณจำเป็นต้องรู้อะไรบ้าง” พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยที่บอกว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอะไรบ้าง เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจบริบทที่จะนำคำแนะนำดังกล่าวไปใช้และตัดสินใจได้ว่าอะไรเหมาะสมที่สุดสำหรับตน (Johnson. 1997 อ้างใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553) การนำเสนอข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ควรทำอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสร้างภาพความคิดความเข้าใจของประสบการณ์ที่สอดประสานกัน โดยทั่วไปมักจะจัดเรียงข้อมูลตามลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลา นอกจากนี้ควรบอกวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยให้ชัดเจน หรือบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะสามารถใช้ข้อมูลนี้ได้อย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย พบว่า มีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อม ในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ดังนี้

จอห์นสัน เฟลเลอร์ วาโซวิค มิชเชลล และ โจนน์ (Johnson, Fieler, Wlasowicz, Mitchell and Jones. 1997) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 226 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีควบคุมตนเองมีประสบการณ์ความยุ่งยากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ช่วงระยะการให้รังสีน้อย

กว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้มมองโลกในแง่ร้ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson. 1996) ที่ศึกษาทัศนคติในการมองโลกและผลการให้ข้อมูลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 62 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย จะใช้เวลาพักฟื้นและรบกวนการใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมองผลข้างเคียงของการเข้ารับรังสีรักษาในทางที่ดี

คิม การ์วิน และ มอเซอร์ (Kim, Garvin and Moser. 1999) ศึกษาถึงภาวะเครียดในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนวันผ่าตัด มีความวิตกกังวล มีอารมณ์ต่อต้านในช่วงระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีความยากลำบากในสื่อสารน้อยกว่า ตลอดจนมีระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยข้างต้นเป็นการศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่แล้วพบว่าได้ผลดี การศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาก็ได้รับผลดีเช่นกัน เมลนิค (Melnic. 1994) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูล 2 ชนิด ต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล 2 แห่ง จำนวน 108 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ทุกกลุ่มได้รับข้อมูลทางเทปบันทึกเสียงและเอกสาร กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลที่บอกถึงพฤติกรรมที่บุตรจะแสดงออกในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่าย กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลที่บอกว่า มารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรและจะสามารถช่วยบุตรในการเผชิญกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างไร กลุ่มที่ 3 ได้รับทั้งข้อมูลที่อธิบายถึงพฤติกรรมของบุตร และบทบาทของมารดาในการดูแลและช่วยเหลือให้กำลังใจแก่บุตร กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุม ได้รับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลและนโยบายของโรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล มารดากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีความวิตกกังวลน้อยกว่า มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่า และให้กำลังใจแก่บุตรในระหว่างการทำหัตถการมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการจำหน่าย มารดากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และบุตรของมารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลที่อธิบายถึงพฤติกรรมของบุตร (กลุ่มที่ 1) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทั้ง 2 ชนิด (กลุ่มที่ 3) แสดงพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางลบน้อยกว่าบุตรของมารดากลุ่มควบคุม

โสภา พิศจาร (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจเพื่อการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกจำนวน 54 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการเตรียมก่อนการสวนหัวใจตามปกติเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ครอบคลุมเหตุการณ์ของมารดาที่ต้องพบเห็นทั้งก่อนและหลังการสวนหัวใจ ผลการวิจัย พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระดับความวิตก

กังวลก่อนการสวนหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหัวใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ปณัฐชิกา เหล็กแท้ (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยระดับการศึกษาและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ก่อนการเยี่ยมบุตรครั้งแรกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องพบเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมารดามาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

นาตยา พึ่งสว่าง (2547) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง จำนวน 32 คน จับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดตามปกติเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบ ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกการ์ตูนประกอบการเล่าเรื่องนาน 20 นาที เริ่มเหตุการณ์ตั้งแต่การ์ตูนตัวแบบเข้าโรงพยาบาล รับรู้ว่าตนเองต้องทำผ่าตัดไส้ติ่งพบเหตุการณ์ที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัยทั้ง 4 มิติ การ์ตูนตัวแบบให้ความสนใจกับลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย สามารถเผชิญเหตุการณ์การผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ไม่มีความกลัววิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด จนกระทั่งสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนได้รับการทำหัตถการจะต้องเผชิญกับความวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นและยังไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสถานการณ์คุกคาม ซึ่งแนวทางในการลดความวิตกกังวลมีหลากหลาย เช่น การสอนหรือการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ซึ่งการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น มารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อนเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง ผู้ป่วยมะเร็งและที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มการให้ความร่วมมือได้ แม้ว่ามีการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยหลายกลุ่ม แต่ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัยทั้ง 4 มิติในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

การศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นยังมีไม่มากนักและเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและการปฏิบัติตน หรือการให้ข้อมูลด้านความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ดังการศึกษาของ จอนห์สัน มอริสเซย์ และลีเวนทาล (Johnson, Morrissey and Leventhal. 1973) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร (Gastroscopy) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35คน ซึ่งไม่ได้รับข้อมูล กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 30 คน ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 34 คน ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ให้ข้อมูลโดยผู้ป่วยฟังเทปบันทึกเสียง พร้อมดูภาพประกอบ จำนวน 11 ภาพ ในเวลา 7.5 นาที ก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีปริมาณการใช้ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและจากการสังเกตพฤติกรรมความทุกข์ทรมาน เช่น การเกร็งแขน อาการกระสับกระส่ายในระหว่างใส่ท่อพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก มีอาการกระสับกระส่ายน้อยกว่ากลุ่มอื่นและมีความทุกข์ทรมานต่ำลงในแต่ละขั้นตอนของการตรวจ ต่อมา จอนห์สัน และคณะ (Johnson, et al. 1973) ได้เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูล กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ กลุ่มที่ 3 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบ่งบอกความรู้สึก กลุ่มที่ 4 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบ่งบอกความรู้สึกร่วมกับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบ่งบอกความรู้สึกและกลุ่ม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบ่งบอกความรู้สึกร่วมกับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ (กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4) ใช้ยากล่อมประสาทน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ (กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2) และกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4) มีอัตราการเต้นของหัวใจลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งมีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง 10 ครั้งต่อนาที ก่อนและหลังการใส่ท่อตรวจกระเพาะอาหาร

การศึกษาของมาลี และคณะ (Maree et al. 1998) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านความคิดและพฤติกรรมและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องโดยวิธีการสอน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์ในการส่องกล้องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญและการศึกษาของเซลมอร์ (Salmore. 2000) ทำการศึกษาโดยการสอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวล และค่าความดันซิสโตลิค (Systolic) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของ เฟอร์ริช และคณะ (Froehrich et al. 1995) ทำการศึกษาเกี่ยวกับให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความอดทนต่อการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ค่ากลางของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจรน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และค่าคะแนนความอดทนของกลุ่มทดลองขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของลูซิโอ (Lucio. 2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ระยะเวลาในการส่องกล้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และค่าคะแนนความอดทนของกลุ่มทดลองขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ายังมีไม่มากนัก ผู้ศึกษาพบว่ามีเพียงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ข้อมูลด้านความคิดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบ่งบอกความรู้สึก และพฤติกรรมและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายซึ่งพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้และผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์ในการส่องกล้องมากขึ้น แต่ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัยทั้ง 4 มิติในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและยังไม่มีการติดตามผลของการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยขณะส่องกล้องและระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้อง

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ดังนั้น การนำทฤษฎีควบคุมตนเอง (Self–Regulation Theory) โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อวิดีทัศน์เรื่องการเตียมตัวก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาโดยการแสดงออกทางบทบาทที่เพิ่มขึ้น ซึ่งก็คือมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง คือมีความวิตกกังวลลดลง

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การให้ข้อมูลโดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนการส่องกล้อง เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไข การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่เพียงพอ และข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ เป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ช่อลดา พันธุเสนา. 2536) เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแปลความหมายต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาหาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเองเป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือความวิตกกังวลก็จะลดลง (Milleretal. 1990)

สำหรับการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยพยาบาลแผนกส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยจะต้องประสบเมื่อมาเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จึงเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการอธิบายข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัย อย่างชัดเจน และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมจิตใจนี้จะทำให้บุคคลนั้นมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (McHugh, Christman and Johnson. 1982)

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เริ่มจากการแนะนำตัวของพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องประสบ เมื่อมาเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ด้วยคำบรรยายแบบรูปธรรม-ปรนัย โดยมีภาพเคลื่อนไหวเป็นสื่อประกอบ ซึ่งข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เนื้อหาของข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (The physical sensation and symptoms that occur) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึก การได้รับรส การมองเห็น การได้ยิน และการได้กลิ่น เมื่ออยู่ในห้องส่องกล้อง เช่น การเห็นการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เสียงมอนิเตอร์ต่าง ๆ ภายในห้องส่องกล้อง ความรู้สึกเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ความรู้สึกของการกลืนน้ำลายไม่ได้หรืออาการแน่นบริเวณลำคอ ความรู้สึกเมื่อกล้องผ่านเข้าไปในลำคอความรู้สึกแน่นตึงที่แขนขณะวัดความดันโลหิต

2. ข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับ (Temporal Features) เนื้อหาครอบคลุมเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบตามลำดับ ดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และ ระยะเวลาในการส่องกล้อง การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวและยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด การตรวจร่างกาย การให้คำแนะนำ การงดน้ำและอาหารทางปาก การเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องเตรียมผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องส่องกล้อง

2.2 การเตรียมความพร้อมขณะส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การพ่นยาชาเฉพาะที่ การติดมอนิเตอร์ต่าง ๆ การใส่ที่กันกัดไว้ในปาก (Mouth guard)

2.3 วิธีการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยละเอียด

2.4 การปฏิบัติหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยจากห้องส่องกล้องมายังห้องเตรียมคนไข้ การทดสอบการกลืนของผู้ป่วยหลังการส่องกล้อง 15 นาที และการบอกผลการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

3. ข้อมูลลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่ว ๆ ไปในแผนกส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น สภาพแวดล้อมของแต่ละส่วนที่ผู้ป่วยต้องพบเห็น ได้แก่ ลักษณะห้องเตรียมผู้ป่วย ห้องส่องกล้อง บุคลากรและการทำงานของบุคลากรแต่ละประเภทในแผนกส่องกล้อง รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องพบเห็นในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึก อาการ และประสบการณ์ (Cause of sensation, symptoms and experience) ทั้งในการส่องกล้องและหลังการส่องกล้องอาการไม่พึงประสงค์จากการส่องกล้องและวิธีการแก้ไขอาการเหล่านั้นให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งได้แก่

4.1 ความรู้สึกแน่นตึงที่แขนขณะวัดความดันโลหิต แก้ไขโดยปล่อยแขนตามสบาย ไม่เกร็งแขนข้างที่วัดความดันโลหิต

4.2 ความรู้สึกของการกลืนน้ำลายไม่ได้หรืออาการแน่นบริเวณลำคอ เกิดจากยาชาที่พ่นให้ผู้ป่วย แก้ไขโดยการผ่อนคลายหายใจเข้าออกลึก ๆ การบ้วนน้ำลายทิ้ง และอาการที่เกิดขึ้นจะหายภายหลังจากการส่องกล้อง 15 นาที

4.3 ความรู้สึกแน่นอึดอัดขณะกล้องอยู่ภายในลำคอ วิธีการแก้ไขโดยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายเมื่อกล้องผ่านเข้าไปในลำคอให้กลืนน้ำลาย 1 ครั้ง เพื่อให้กล้องลงไปยังบริเวณหลอดอาหาร และเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่แพทย์ทำการส่องกล้อง ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่โดยการยกมือด้านขวาเพื่อขอความช่วยเหลือ

ข้อมูลลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นชัดเจนใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีความใกล้เคียง หรือเหมือนกับเหตุการณ์ที่ได้รับข้อมูลมา ผู้ป่วยจะให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์นั้นและแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นในลักษณะที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการคิดในลักษณะแก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญปัญหา เกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ ทำให้สามารถปฏิบัติตนตามที่วางแผนไว้ล่วงหน้าได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินส่วนต้น ลดความสนใจและลดการให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ ดังนั้น ผู้ป่วยจะประเมินสถานการณ์เป็นสถานการณ์ที่คุกคามตนเองน้อยลง ความวิตกกังวลจึงลดลงเช่นกัน (Johnson. 1999)

แม้การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยประกอบภาพเคลื่อนไหว จะมีความชัดเจน กระชับ ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย แต่พื้นฐานความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละคนย่อมไม่เท่ากัน ดังนั้น หลังจากการ

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พยาบาลจะตอบข้อซักถามพร้อมทั้งประเมินแบบแผนความคิดของผู้ป่วยในลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์จริงในห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้ทำให้ความวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเพิ่มขึ้น

การให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ความร่วมมือ คือ กระบวนการทางสังคมที่ทำให้เกิดการติดต่อกันและชี้บ่งลักษณะความเพียงพอซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกันในกลุ่ม เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2 คนขึ้นไป ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์จะเป็นไปในทางบวก คือ เมื่อคนหนึ่งสามารถบรรลุถึงเป้าหมายของตนเองได้ ก็จะทำให้อีกคนหนึ่งสามารถบรรลุเป้าหายได้ง่ายเช่นกัน หรือทั้ง 2 คนสามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ (Raven and Rubin. 1983) ความร่วมมือกันจะเกิดขึ้นเมื่อคนมีวัตถุประสงค์เดียวกัน มีความต้องการเหมือนกันมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการนั้น (Bernard. 1968 อ้างใน นัยนา เตโชฬาร. 2542)

พฤติกรรมการร่วมมือเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมที่อาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependence) ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่านั้น ซึ่งบุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) ใช้ปฏิบัติการทางความคิด (Mental Operations) ในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ร่วมแสดงพฤติกรรมความร่วมมือ และมีความคาดหวังถึงบทบาทของผู้ร่วมแสดงและคาดหวังถึงผลการกระทำที่ตนจะได้รับ (Derlega and Grzelak. 1982)

ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นนั้น หัตถการดังกล่าวจัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามกับความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นแรงกระตุ้นสำคัญทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรือต่อสู้กับภาวะการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความวิตกกังวล ซึ่งมีผลกับการปรับตัวของผู้ป่วย การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจึงเป็นหัตถการหนึ่งที่ประสบปัญหาการให้ความร่วมมือจากผู้ป่วย พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การปฏิเสธการทำหัตถการ การใช้มือคว้าดึงขณะกล้องอยู่ภายในปาก และการขยับตัวไปมาขณะแพทย์ทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้ใช้ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารนานขึ้น และเกิดผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่จะให้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแพทย์และพยาบาลฝ่ายเดียว แต่จะต้องได้รับการสนับสนุนและร่วมมือจากผู้ป่วย การได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยนั้นเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล (Subject's Role) มีความสำคัญอย่างมากในการเลือกแสดงการให้ความร่วมมือ เพราะบุคคลจะใช้ความรู้สึก

ความคิดเห็นในการตีความ อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญคือ บทบาทของผู้ร่วมมือ (Partner's Role) ซึ่งหมายถึงทีมสุขภาพ (ชนาทิพ ละม่อม. 2535) ซึ่งผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ ทีมสุขภาพและผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ การทำหัตถการเป็นไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยสุขสบายและปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และการเห็นพ้องต้องกัน ทำให้การทำหัตถการเป็นไปอย่างราบรื่น ทำให้ใช้เวลาน้อย ประหยัดค่าใช้จ่ายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง (Yamada. 2002; Shapira and Tamir. 1996)

การศึกษาเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ เช่น โรบินสัน (Robinson. 1979) ได้จัดโปรแกรมการเตรียมเด็กและผู้ปกครองก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด โดยเตรียมเด็กและผู้ปกครองให้มีประสบการณ์และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เด็กจะพบขณะการเตรียมก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ช่วยให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับโรงพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ศิริกุล อำพันแสง (2532) ได้ทำการศึกษาโดยการใช้เทปโทรทัศน์เตรียมเด็กเข้ารับการถอนฟัน พบว่าเด็กมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือมากขึ้น รพีพร ธรรมสาโรรัชต์ (2542) ทำการเตรียมผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการฉีดยาโดยการใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบ พบว่าเด็กให้ความร่วมมือมากขึ้นและจากการศึกษาของ นาตยา พึ่งสว่าง (2545) ได้ทำการเตรียมผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านตัวการ์ตูนซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น มิลล์เลอร์ วิคคอฟ และเฮลท์ (Miller, Wikkoff and Hialt. 1992) ศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล พบว่า ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมซึ่งสนับสนุนรูปแบบการกระทำด้วยเหตุผล การศึกษาของ ริช และ คริสเทนเซ่น (Rich and Chistensen. 1998) ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยหญิงที่รักษาโรคระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ พบว่า ความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถทำนายพฤติรรมการให้ความร่วมมือในการรักษามีขนาดเท่ากับ 0.27 การศึกษาของ อเซลรอน และ วอลลเลอร์ (Axelrod and Waller. 1989) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่า กลุ่มที่มีญาติดูแลดีและกลุ่มที่ญาติดูแลไม่ดีมีการให้ความร่วมมือแตกต่างกัน และสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ทัศนคติของครอบครัวต่อความเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องการดูแลตัวเอง และผู้ป่วยไม่มีเงินค่ารักษา

จากผลการศึกษาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมกรรมใดก็ตาม ต้องเกิดจากความตั้งใจและการเข้าใจต่อเหตุการณ์นั้น บุคคลจะใช้ความรู้สึก
ความคิดเห็นในการตีความ ทีมสุขภาพและผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย โดยมีจุดมุ่งหมาย

ร่วมกัน ซึ่งการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยเป็นการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและให้ความร่วมมือได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

ดังนั้น จากการรวบรวมพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในงานวิจัยนั้น พบว่า สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้ เนื่องจากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามกับความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกการประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การอมยาชานาน 1 นาทีแล้วกลืน การอ้าปากให้กว้างเพียงพอสำหรับการสอดใส่ที่กันกัดและการสอดใส่กล้อง การกัดที่กันกัดไว้ได้ตลอดระยะเวลาส่องกล้อง การกลืนกล้องตามคำบอก การนอนนิ่ง ๆ ขณะที่กล้องอยู่ภายในลำคอ และไม่มีพฤติกรรมการส่งเสียงร้องขณะทำการตรวจ หรือใช้มือคว้า ดึง กล้องออกจากปากขณะทำหัตถการ จำนวนครั้งของการใส่กล้องโดยแพทย์ และบันทึกระยะเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

บทที่ 3
ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent control group pretest-posttest Design) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้ (Burn and Grove. 2005)

กลุ่มทดลอง	O1	O2	X	O3	O4	O5	O6
กลุ่มควบคุม	O7	O8		O9	O10	O11	O12

X หมายถึง สิ่งทดลอง ซึ่งคือการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม –ปรนัย

O1 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม –ปรนัย

O2 หมายถึง การประเมินความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย

O3 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม –ปรนัย

O4 หมายถึง การประเมินความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย

O5 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยขณะทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มทดลอง

O6 หมายถึง ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลอง

O7 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมก่อนการให้ข้อมูลแบบปกติ

O8 หมายถึง การประเมินความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมก่อนการให้ข้อมูลแบบปกติ

O9 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมหลังการให้ข้อมูลแบบปกติ

O10 หมายถึง การประเมินความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจร ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมหลังการให้ข้อมูลแบบปกติ

O11 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มควบคุม

O12 หมายถึง ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มารับการรักษาที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

2. **กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน มกราคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2556 จำนวน 90 คน

2.1 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลซึ่งคำนวณจากสูตรของกลาส (Glass.1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2550) และได้นำค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลและการฝึกพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลีนิคของผู้ป่วยที่มาส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของดีเออร์เดรและคณะ (Deirdre. 2004) ซึ่งเป็นการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ซึ่งมีวิธีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลดังนี้

$$d = \frac{\overline{X}_e - \overline{X}_c}{SDc}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

$\overline{X}_e$ คือ ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง

$\overline{X}_c$ คือ ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม

SDc คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$$d = \frac{23.87 - 31.33}{11.01}$$

$$= 0.67$$

นำค่าขนาดอิทธิพล d = 0.67 มาประมาณขนาดตัวอย่างในตารางที่ α = 0.05, Power = 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2550) ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 45 คน

2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

2.2.1 เป็นผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยใช้ยาชาเฉพาะที่เป็นครั้งแรก

2.2.2 อายุ 18 ปี ขึ้นไป

2.2.3 ไม่มีอาการที่อยู่ในระยะวิกฤติและหรือภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

2.2.4 สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

2.2.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เมื่อผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เข้ามารับการรักษาโดยการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการจับสลากสุ่มผู้ป่วยรายแรกเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Random Assignment) และเมื่อมีผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์เข้ามารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นอีก จะพิจารณาผู้ป่วยรายนั้น ๆ ว่ามีลักษณะตรงกับผู้ป่วยที่ได้รับการจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุมไว้แล้วหรือไม่ ซึ่งต้องมีคุณสมบัติตรงกันใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ 3) มีระดับการศึกษาในระดับเดียวกัน ก็จะจัดเข้าคู่กัน (Match pair) เพื่อให้มีลักษณะเท่าเทียมกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่ถ้าลักษณะไม่ตรงกันก็จะจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม ไว้คอยผู้ป่วยรายต่อไป และกระทำเช่นนี้เรื่อยไปจนได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์จนเข้าใจ

อย่างชัดเจน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ จอห์นสัน (Johnson. 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ จอห์นสัน (Johnson. 1999) การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 30 ราย

3) นำข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึกและอาการที่ได้รับการส่องกล้องที่ได้จากข้อ 2. ที่เป็นข้อมูลที่พบบ่อยหรือประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงานตรงกัน (Johnson. 1999) ซึ่งได้แก่ รู้สึกกลืนน้ำลายไม่ได้ แน่นอึดอัดขณะที่กล้องผ่านเข้าไปในลำคอ แน่นตึงที่แขนขณะวัดความดันโลหิต อาการแน่นอึดอัดท้อง และอาการเจ็บคอหลังจากการส่องกล้อง มาปรับคำพูดให้กระชับ เข้าใจง่าย และสร้างเป็นชุดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

4) สร้างแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยใช้คำพูดอธิบายข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย และใช้ภาพเคลื่อนไหวเป็นสื่อประกอบในทุกหัวข้อ ให้ข้อมูลก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น 1 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที กำหนดลักษณะข้อมูลให้ครอบคลุม ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น ข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับ ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์ โดยมีขั้นตอนการสร้างแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ดังนี้

4.1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (The physical sensation and symptoms that occur) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึก การได้รับรส การมองเห็น การได้ยินและการได้กลิ่น กล่าวคือ ความรู้สึกเมื่ออยู่ในห้องส่องกล้อง เช่น การเห็นการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เสียงมอนิเตอร์ต่าง ๆ ภายในห้องส่องกล้อง ความรู้สึกเมื่อ

ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ความรู้สึกเมื่อกล้องผ่านเข้าไปในลำคอ ความรู้สึกเมื่อมองเห็นผลการส่องกล้องที่จอแสดงรูปภาพ ความรู้สึกขณะเคลื่อนไหวและการสำลักน้ำลาย

4.2) ข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับ (Temporal Features) เนื้อหาครอบคลุมเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบตามลำดับ ดังนี้

4.2.1) การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและระยะเวลาในการส่องกล้อง การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวและยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด การตรวจร่างกาย การให้คำแนะนำ การงดน้ำและอาหารทางปาก การเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องเตรียมผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องส่องกล้อง

4.2.2) การเตรียมความพร้อมขณะส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การพ่นยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ การติดมอนิเตอร์ต่าง ๆ การใส่ที่กันกัดไว้ในปาก (Mouth Guard)

4.2.3) วิธีการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยละเอียด

4.2.4) การปฏิบัติหลังการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ การย้ายผู้ป่วยจากห้องส่องกล้องมายังห้องเตรียมคนไข้ การทดสอบการกลืนของผู้ป่วยหลังการส่องกล้อง 15 นาที และการบอกผลการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

4.3) ข้อมูลลักษณะของสภาพแวดล้อม (environmental features) อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วๆไปในแผนกส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น สภาพแวดล้อมของแต่ละส่วนที่ผู้ป่วยต้องพบเห็น ได้แก่ ลักษณะห้องเตรียมผู้ป่วย ห้องส่องกล้อง บุคลากรและการทำงานของบุคลากรแต่ละประเภทในแผนกส่องกล้อง รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องพบเห็นในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

4.4) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์ (cause of sensation, symptoms and experience) ในขณะส่องกล้องและหลังการส่องกล้อง และวิธีการแก้ไขอาการเหล่านั้น และบอกถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการส่องกล้องให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งได้แก่

4.4.1) ความรู้สึกแน่นตึงที่แขนขณะวัดความดันเลือด แก้ไขโดยปล่อยแขนตามสบาย ไม่เกร็งแขนข้างที่วัดความเลือด

4.4.2) ความรู้สึกของการกลืนน้ำลายไม่ได้หรืออาการแน่นบริเวณลำคอ เกิดจากยาชาที่พ่นให้ผู้ป่วย แก้ไขโดยการผ่อนคลายหายใจเข้าออกลึก ๆ การบ้วนน้ำลายทิ้งและอาการที่เกิดขึ้นจะหายภายหลังจากการส่องกล้อง 15 นาที

4.4.3) ความรู้สึกแน่นอึดอัดขณะกล้องอยู่ภายในลำคอ แก้ไขโดยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายเมื่อกล้องผ่านเข้าไปในลำคอ ให้กลืนน้ำลาย 1 ครั้งเพื่อให้กล้องลงไปยังบริเวณหลอดอาหาร และใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่แพทย์ทำการส่องกล้อง ตลอดจนวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่โดยการยกมือด้านขวาขึ้นเพื่อขอความช่วยเหลือ

5) สร้างภาษาคำบรรยายและคำอธิบายข้อมูลให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่กำหนดและมีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัย ครอบคลุม ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ทั้งด้านการได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส เมื่อผู้ป่วยมาส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พร้อมบอกถึงสาเหตุของการรับรู้นั้น รวมถึงลักษณะของสภาพแวดล้อมและบุคคลในแผนกส่องกล้องทางเดินอาหาร โดยให้เรียงตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

6) จัดทำภาพเคลื่อนไหว (วิดีทัศน์) เพื่อใช้ประกอบคำอธิบายข้อมูล โดยจัดรูปแบบและคำบรรยายให้มีความสอดคล้อง เหมาะสม และสวยงาม (ดังภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น สัญญาณชีพก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยและแบบปกติ (ดังภาคผนวก ข)

2) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State–anxiety: Form X–1) ของ Spielberger และคณะ (1967) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคาทร และมาลี นิสัยสุข (2531) แบบวัดความวิตกกังวลนี้ ประกอบด้วยคำถามที่แสดงถึง ความรู้สึกที่เกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวล แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 และเป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ตามลำดับ (ดังภาคผนวก ข) การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
มีบ้าง	ให้	2	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	2	คะแนน
มีบ้าง	ให้	3	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	4	คะแนน

คะแนนความวิตกกังวล เป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุดคือ 20 คะแนน และสูงสุดคือ 80 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับความวิตกกังวลดังนี้

คะแนน 20-40 หมายถึง ความวิตกกังวลระดับต่ำ

คะแนน 41-60 หมายถึง ความวิตกกังวลระดับปานกลาง

คะแนน 61-80 หมายถึง ความวิตกกังวลระดับสูง

3) แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ ประกอบด้วยระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 8 ข้อ ผู้สังเกตจะให้คะแนนพฤติกรรมที่สังเกตพบตามความเป็นจริง (ดังภาคผนวก ข) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการให้ความร่วมมือ

คะแนนรวมของพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีค่าระหว่าง 0-8 ถ้าคะแนนรวมที่ได้มีค่ามาก แสดงให้ว่าให้ความร่วมมือมาก ถ้าคะแนนรวมที่ได้มีค่าน้อย แสดงว่าให้ความร่วมมือน้อย

4) เครื่องวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจรแบบดิจิตอลยี่ห้อ Dash รุ่น 2000

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1) เครื่องมือแบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหารและตับ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 คน พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในแผนกส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบ

ทางเดินอาหาร 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีควบคุมตนเอง 1 คน ต่อจากนั้นได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาดังนี้

ขั้นที่ 1 นำเสนอเครื่องมือวิจัยพร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อซึ่งมีคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ศึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญตามที่ผู้วิจัยได้เรียนเชิญเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิการของตัวแปรซึ่งกำหนดระดับของการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 โดยในแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง จำเป็นต้องพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีคสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง จำเป็นต้องพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4

ขั้นที่ 3 รวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4

ขั้นที่ 4 หาค่าความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแบบบันทึกพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีค่าเท่ากับ 1

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เรื่อง การเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทั้งส่วนที่เป็นเนื้อหาและวิดีทัศน์ที่ใช้เป็นสื่อในการให้ข้อมูล นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ภาพและรูปแบบของวิดิทัศน์โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหารและตับ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 คน พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในแผนกส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มี

ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีควบคุมตนเอง 1 คน

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งส่วนใหญ่เป็นการปรับเปลี่ยนลักษณะของภาษาที่ใช้ โดยปรับให้มีความเป็นรูปธรรม-ปรนัย คือ มีความชัดเจนตรงไปตรงมา ไม่ใส่อารมณ์หรือความรู้สึก และปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับการลำดับเหตุการณ์ให้ต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 10 คน ซึ่งพบว่า สามารถสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดี ผู้ป่วยมีความสนใจและประเมินว่ามีความเข้าใจในเนื้อหาดี

2. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือที่ทดสอบความเชื่อมั่นมีดังนี้

1) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State–anxiety: Form X–1) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.87 และเมื่อนำแบบวัดความวิตกกังวลไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คนได้ค่าความความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88

2) ผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ปรับปรุงแล้วจากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาทดลองใช้ โดยให้ผู้ช่วยวิจัย 1 คน ร่วมกับผู้วิจัยทำการสังเกตผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตผู้ป่วยคนเดียวกันพร้อม ๆ กันแต่แยกกันประเมินผู้ป่วยจำนวน 20 คน แล้วนำผลที่ได้ มาหาค่าความเที่ยง โดยนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่า Interrater Reliability โดยคำนวณหาความสอดคล้องของผู้สังเกต 2 คน (Pilot and Hungler. 1999) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ซึ่งจากการคำนวณหาค่าความเที่ยงจากการสังเกตของแบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ค่าเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่ เดือน มกราคม 2556 ถึง เดือน มีนาคม 2556 โดยมี ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม-พระเกียรติ ถึงรองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) หลังจากได้รับอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดย

3.1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น 5 ปีขึ้นไป บทบาทของผู้ช่วยวิจัยในครั้งนี้ คือ สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นขณะที่ผู้ป่วยได้รับส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

3.2) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแจ้งรายละเอียดในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย

3.3) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย การดำเนินการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นทดลอง

1) ในเวลา 8.00 น.ผู้วิจัยจะไปที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวิธีการที่ได้อธิบายไว้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่คัดเลือกไว้แล้ว ผู้วิจัยมีการดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (ดังแผนภูมิที่ 4) ดังนี้

2.1) กลุ่มควบคุม

2.1.1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการบริการที่ได้รับ

2.1.2) เมื่อผู้ป่วยยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยลงนามแสดงความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ในใบยินยอมของตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed

ศูนย์บรรณสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

consent form) จากนั้นวัดสัญญาณชีพและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Pre-test) โดยผู้วิจัยใช้เวลา 10 นาที

2.1.3) พยาบาลแผนกทางเดินอาหารและตับให้ข้อมูล**แบบปกติ**โดยการสอบถามข้อมูลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย การงดน้ำและอาหารทางปาก โรคประจำตัว ยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด และการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2.1.4) ให้ผู้ป่วยนั่งพัก 10 นาทีจากนั้นวัดสัญญาณชีพและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยผู้วิจัย (Post-test) ใช้เวลา 10 นาที

2.2) กลุ่มทดลอง

2.2.1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆการบริการที่ได้รับ

2.2.2) เมื่อผู้ป่วยยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมของตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) จากนั้นวัดสัญญาณชีพและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยผู้วิจัย (Pre-test) ใช้เวลา 10 นาที

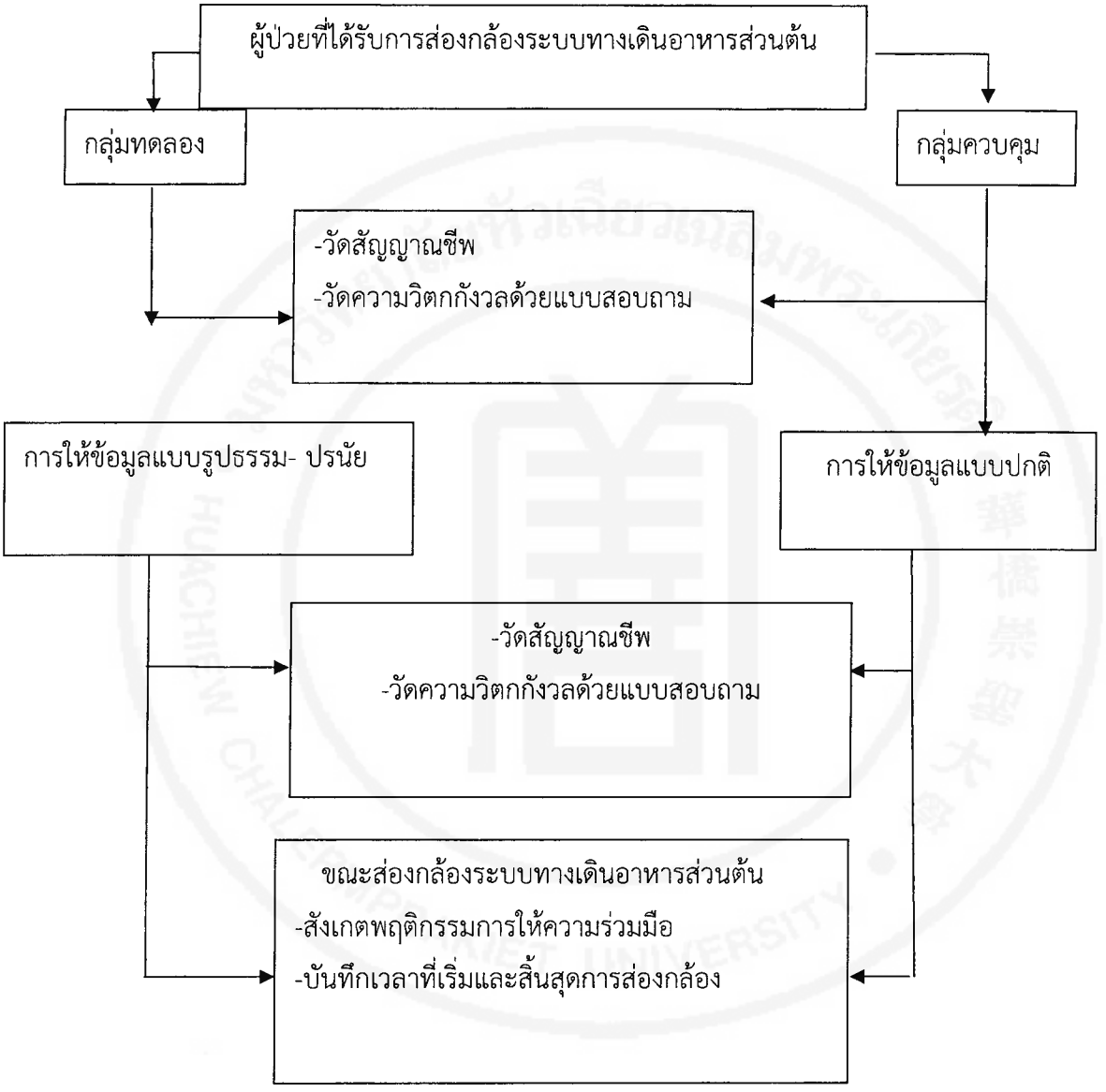
2.2.3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยโดยให้ผู้ป่วยดูวิดีทัศน์ เรื่องการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแก่ผู้ป่วยโดยการให้ความรู้แบบกลุ่มย่อย จำนวน 3-5 คน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น โดยใช้เวลา 20 นาที หลังดูวิดีทัศน์จบผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัยพร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมโดยผู้วิจัย

2.2.4) ให้ผู้ป่วยนั่งพัก 10 นาที จากนั้นวัดสัญญาณชีพและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Post-test) โดยผู้วิจัย ใช้เวลา 10 นาที

3) ขณะทำการส่องกล้องผู้ช่วยวิจัยหรือผู้วิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4) ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยว่าสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ (chi -square)

2) คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญอัตราการเต้นของชีพจร คะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในารส่องกล้องระบบทางเดินส่วนต้นและระยะเวลาที่ใช้เป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติจากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Z test นำมาวิเคราะห์โดยหาค่า ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย

ควอไทล์ ส่วนระดับความดันเลือดเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติจากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Z test นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ และอัตราการเต้นของชีพจรระหว่างก่อนและหลังการได้รับข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Wilcoxon signed-ranks test

4) เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ และอัตราการเต้นของชีพจรภายหลังการได้รับข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann Whitney Utest

5) เปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิค (Systolic Blood Pressure) ระดับความดันไดแอสโตลิค (Diastolic Blood Pressure) และความดันเลือดเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) ระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Dependent t-test

6) เปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิค ระดับความดันไดแอสโตลิค และค่าเฉลี่ยความดันเลือด หลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t- test

7) เปรียบเทียบคะแนนการให้ความร่วมมือในการส่งกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม –ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน มกราคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2556 จำนวน 90 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลความวิตกกังวล ความดันเลือด อัตราการเต้นของชีพจร พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง และระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 45 คน และกลุ่มทดลอง 45 คน ลักษณะทั่วไปและการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เป็นดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา สถานภาพ อาชีพ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคและแพทย์ผู้ทำการตรวจ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=45)		กลุ่มทดลอง (n=45)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000	1.00
ชาย	22	48.89	22	48.89		
หญิง	23	51.11	23	51.11		
อายุ					1.05	.789
21 - 30 ปี	5	11.11	6	13.33		
31 - 40 ปี	19	42.22	18	40.00		
41 - 50 ปี	15	33.33	12	26.67		
51 - 60 ปี	6	13.33	9	20.00		
	$\overline{X}$ = 41.36	SD = 7.92	$\overline{X}$ = 41.40	SD= 9.74		
	min-max	25 - 58	minmax	22 - 60		
ระดับการศึกษา					.000	1.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	28.89	13	28.89		
ปริญญาตรี	32	71.11	32	71.11		
รายได้ (บาท/เดือน)					6.323	.097
น้อยกว่า 10,000	3	6.67	2	4.44		
10,000 - 20,000	27	60.00	21	46.67		
20,001- 30,000	13	28.89	12	26.67		
30,001- 40,000	2	4.44	10	22.22		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=45)		กลุ่มทดลอง (n=45)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					.156	.925
พุทธ	37	82.22	38	84.44		
อิสลาม	4	8.89	3	6.67		
คริสต์	4	8.89	4	8.89		
สถานภาพ					5.079	.070
โสด	25	55.56	17	37.78		
คู่	20	44.44	25	55.56		
หม้าย	-	-	3	6.67		
อาชีพ					1.803	.614
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	8.89	6	13.33		
รับจ้าง	8	17.78	12	26.67		
ค้าขาย	10	22.22	8	17.78		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	23	51.11	19	42.22		
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล					1.678	.432
จ่ายเอง	9	20.00	13	28.89		
ประกันสังคม	20	44.44	21	46.67		
สุขภาพดีถ้วนหน้า	16	35.56	11	24.44		
การวินิจฉัยโรค					9.39	.052
GERD	8	17.78	5	11.11		
Abdominal pain	27	60.00	18	40.00		
dyspepsia	5	11.11	16	35.56		
dysphagia	1	2.22	3	6.67		
gastritis	4	8.89	3	6.67		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=45)		กลุ่มทดลอง (n=45)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แพทย์ผู้ทำการตรวจ					0.456	0.796
อาจารย์แพทย์	37	82.22	35	77.78		
แพทย์เฉพาะทาง	7	15.56	8	17.78		
แพทย์ประจำบ้าน	1	2.22	2	4.44		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 48.89 และ 51.11 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 31 ถึง 40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.22 และ 40 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.11 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 – 20,000 ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 82.22 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55.56 อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 51.11 จ่ายค่ารักษาโดยใช้สิทธิประกันสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.44 และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Abdominal pain คิดเป็นร้อยละ 66 แพทย์ผู้ทำการตรวจส่วนใหญ่เป็นอาจารย์แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 82.22 ส่วนกลุ่มทดลองมีรายได้ 10,000 – 20,000 ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 84.44 และมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.22 จ่ายค่ารักษาโดยใช้สิทธิประกันสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Abdominal pain คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ Dyspepsia คิดเป็นร้อยละ 35.56 แพทย์ผู้ทำการตรวจส่วนใหญ่เป็นอาจารย์แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 77.78

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตอนที่ 2 ข้อมูลความวิตกกังวล ความดันเลือด อัตราการเต้นของชีพจร พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง และระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ของคะแนนความวิตกกังวล อัตราการเต้นของชีพจร พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=45)			กลุ่มทดลอง (n=45)		
	min-max	Median	Interquartile Range	min-max	Median	Interquartile Range
ความวิตกกังวล						
ก่อนให้ข้อมูล	57 - 80	76	7.5	51 - 80	75	6.0
หลังให้ข้อมูล	68 - 77	74	2	26 - 33	30	3.5
อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้ง/นาที)						
ก่อนให้ข้อมูล	52- 120	68	30	52- 128	72	36
หลังให้ข้อมูล	54- 115	70	26	50 - 94	70	29
พฤติกรรมการให้ความร่วมมือ	0 - 4	1	2	7 - 8	8	0
ระยะเวลาที่ใช้ (นาที)	10 - 35	20	10	5 - 30	10	5

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 57 ถึง 80 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 68 ถึง 77 คะแนน ทั้งก่อนและหลังการให้ข้อมูล กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง คือ เท่ากับ 76 และ 74 คะแนน ตามลำดับ มีอัตราการเต้นของชีพจรก่อนการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 52 ถึง 120 ครั้งต่อนาที ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 68 ครั้งต่อนาที ส่วนหลังการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 54 ถึง 115 ครั้งต่อนาที ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 70 ครั้งต่อนาที มีคะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินส่วนต้นอยู่ระหว่าง 0 ถึง 4 คะแนน ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 1 และมีระยะเวลาในการส่องกล้องอยู่ระหว่าง 10 ถึง 35 นาที ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 20 นาที

สำหรับกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 51 ถึง 80 คะแนน ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 26 ถึง 33 คะแนน ก่อนการให้ข้อมูลค่ามัธยฐานของความ

วิตกกังวลอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 75 คะแนน ส่วนหลังการให้ข้อมูลค่ามัธยฐานของความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 30 คะแนน มีอัตราการเต้นของชีพจรก่อนการทดลองอยู่ระหว่าง 52 ถึง 128 ครั้งต่อนาที ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 72 ครั้งต่อนาที ส่วนหลังการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 50 ถึง 94 ครั้งต่อนาที ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 70 ครั้งต่อนาที มีคะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นอยู่ระหว่าง 7 ถึง 8 คะแนน ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8 คะแนน และมีระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องอยู่ระหว่าง 5 ถึง 30 นาที ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 10 นาที

ตารางที่ 3 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และค่าเฉลี่ยความดันเลือด ก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=45)			กลุ่มทดลอง (n=45)		
	min-max	$\overline{X}$	SD	min-max	$\overline{X}$	SD
ความดันซิสโตลิค						
ก่อนให้ข้อมูล	100 - 175	130.90	18.70	96 - 180	129.60	17.60
หลังให้ข้อมูล	110 - 180	135.80	15.70	96 - 150	114.60	12.10
ความดันไดแอสโตลิค						
ก่อนให้ข้อมูล	50 - 100	84.40	12.10	50 - 108	83.90	11.20
หลังให้ข้อมูล	56 - 100	89.00	10.90	50 - 96	72.10	10.40
ค่าเฉลี่ยความดันเลือด						
ก่อนให้ข้อมูล	66 -123	99.90	13.50	66 - 122	99.10	12.49
หลังให้ข้อมูล	77 - 126	104.60	11.40	66 - 107	86.20	9.90

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนการให้ข้อมูลมีความดันซิสโตลิคอยู่ระหว่าง 100 ถึง 175 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 130.90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีความดันซิสโตลิคอยู่ระหว่าง 110 ถึง 180 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 135.80 มิลลิเมตรปรอท มีความดันไดแอสโตลิคอยู่ระหว่าง 50 ถึง 100 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.40 มิลลิเมตรปรอท ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีความดันไดแอสโตลิคอยู่ระหว่าง 56 ถึง 100 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89 มิลลิเมตรปรอท มีความดันเลือดเฉลี่ยก่อนการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 66 ถึง 123 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีความดันเลือดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 77 ถึง 126 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.60 มิลลิเมตรปรอท

ในขณะที่กลุ่มทดลองก่อนให้ข้อมูลมีความดันซิสโตลิคอยู่ระหว่าง 96 ถึง 180 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.60 มิลลิเมตรปรอท ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีความดันซิสโตลิคอยู่ระหว่าง

96 ถึง 150 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 114.60 มิลลิเมตรปรอท มีความดันไดแอสโตลิคอยู่ระหว่าง 50 ถึง 108 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีความดันไดแอสโตลิคอยู่ระหว่าง 50 ถึง 96 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.10 มิลลิเมตรปรอท มีความดันเลือดเฉลี่ยก่อนการให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 66 ถึง 122 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.10 มิลลิเมตรปรอท ส่วนหลังการให้ข้อมูลมีความดันเลือดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 66 ถึง 107 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.20 มิลลิเมตรปรอท

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ Wilcoxon signed-ranks test

	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม					
Negative Ranks	26(a)	19.33	502.50	-.63	.52
Positive Ranks	16(b)	25.03	400.50		
Ties	3(c)				
Total	45				
กลุ่มทดลอง					
Negative Ranks	45(a)	23.00	1035.00	-5.84	<.001
Positive Ranks	0(b)	.00	.00		
Ties	0(c)				
Total	45				

(a) ความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูล < ก่อนให้ข้อมูล

(b) ความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูล > ก่อนให้ข้อมูล

(c) ความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูล = ก่อนให้ข้อมูล

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการให้ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการให้ข้อมูลมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับก่อนการให้ข้อมูล

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Mann-Whitney U test

กลุ่ม	Median	Interquartile Range	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
ก่อนการให้ข้อมูล						
กลุ่มควบคุม (45)	76	7.5	46.40	795.5	-1.816	.069
กลุ่มทดลอง (45)	75	6	44.60			
หลังการให้ข้อมูล						
กลุ่มควบคุม (45)	74	2	64.07	177	-6.80	<.001
กลุ่มทดลอง (45)	30	3.5	26.93			

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการให้ข้อมูลมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังการให้ข้อมูลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Dependent t-test

		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
ตัวแปร	n	Mean	SD	Mean	SD	t	p-value
ความดันซิสโตลิค							
กลุ่มควบคุม	45	130.95	18.75	135.88	15.17	-4.31	<.001
กลุ่มทดลอง	45	129.68	17.62	114.60	12.12	6.94	<.001
ความดันไดแอสโตลิค							
กลุ่มควบคุม	45	84.42	12.19	89.02	10.99	-2.91	.006
กลุ่มทดลอง	45	83.91	11.27	72.13	10.49	6.60	<.001
ความดันเลือดเฉลี่ย							
กลุ่มควบคุม	45	99.93	13.54	104.64	11.44	-3.58	.001
กลุ่มทดลอง	45	99.17	12.49	86.28	9.95	7.61	<.001

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ย หลังการให้ข้อมูลแบบปกติสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .01 ตามลำดับ โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคเท่ากับ 130.95 มิลลิเมตรปรอท (SD = 18.75) มีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 84.42 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.19) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 99.93 มิลลิเมตรปรอท (SD = 13.55) หลังการให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค เท่ากับ 135.89 มิลลิเมตรปรอท (SD = 15.72) มีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 89.02 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.99) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 104.64 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.44)

ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยหลังการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค เท่ากับ 129.69 มิลลิเมตรปรอท (SD = 17.62) มีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 83.91 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.27) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 99.17 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.50) หลังการทดลองพบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค เท่ากับ 114.60 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.12) มีค่าเฉลี่ยความดัน

ไดแอสโตลิค เท่ากับ 72.13 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.50) และความดันเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 86.29 มิลลิเมตรปรอท (SD = 9.96)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยหลังการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

การทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 45)		กลุ่มทดลอง (n = 45)		t	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ก่อนการให้ข้อมูล						
ความดันซิสโตลิค	130.96	18.75	129.69	17.62	0.33	0.74
ความดันไดแอสโตลิค	84.42	12.19	83.91	11.27	0.21	0.84
ความดันเลือดเฉลี่ย	99.93	13.55	99.17	12.50	0.28	0.78
หลังการให้ข้อมูล						
ความดันซิสโตลิค	135.89	15.72	114.60	12.12	7.19	<.001
ความดันไดแอสโตลิค	89.02	10.99	72.13	10.50	7.45	<.001
ความดันเลือดเฉลี่ย	104.64	11.44	86.29	9.96	8.11	<.001

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค เท่ากับ 130.96 มิลลิเมตรปรอท (SD = 18.75) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 84.42 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.19) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 99.93 มิลลิเมตรปรอท (SD = 13.55) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค เท่ากับ 129.69 มิลลิเมตรปรอท (SD = 17.62) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 83.91 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.27) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 99.17 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.50) การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p>.05)

หลังการให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค เท่ากับ 135.89 มิลลิเมตรปรอท (SD = 15.72) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 89.02 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.99) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 104.64 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.44) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ความดัน

ซิสโตลิค เท่ากับ 114.60 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.12) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค เท่ากับ 72.13 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.50) และความดันเลือดเฉลี่ย เท่ากับ 86.29 มิลลิเมตรปรอท (SD = 9.96) การทดสอบความแตกต่างของพบว่า ค่าเฉลี่ยของ ความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยหลังการให้ข้อมูล ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจร ก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ Wilcoxon signed-ranks test

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม					
Negative Ranks	4(a)	22.13	88.5	-4.352	<.001
Positive Ranks	36(b)	20.32	731.5		
Ties	5(c)				
Total	45				
กลุ่มทดลอง					
Negative Ranks	45(a)	23	1035	-5.882	<.001
Positive Ranks	0(b)	0	0		
Ties	0(c)				
Total	45				

(a) อัตราการเต้นของชีพจร หลังการให้ข้อมูล < ก่อนให้ข้อมูล

(b) อัตราการเต้นของชีพจร หลังการให้ข้อมูล > ก่อนให้ข้อมูล

(c) อัตราการเต้นของชีพจร หลังการให้ข้อมูล = ก่อนให้ข้อมูล

จากตารางที่ 8 การทดสอบความแตกต่างของอัตราการเต้นของชีพจร พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการให้ข้อมูลมีอัตราการเต้นของชีพจรสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z = -4.35) ส่วนกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีอัตราการเต้นของชีพจรน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z = -5.88)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจรภายหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ Mann-Whitney U test

กลุ่ม (n)	Median	Interquartile Range	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
ก่อนการให้ข้อมูล						
กลุ่มควบคุม (45)	68	30.5	42.72	887.5	-1.011	.312
กลุ่มทดลอง (45)	72	36	48.28			
หลังการให้ข้อมูล						
กลุ่มควบคุม (45)	70	26	50.52	786.5	-1.827	.068
กลุ่มทดลอง (45)	70	29	40.48			

จากตารางที่ 9 การทดสอบความแตกต่างของอัตราการเต้นของชีพจร พบว่า อัตราการเต้นของชีพจรก่อนการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p>.05) และอัตราการเต้นของชีพจรภายหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p>.05)

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

กลุ่ม (n)	Median	Interquartile Range	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
กลุ่มควบคุม (45)	1	2	23	.00	8.732	<.001
กลุ่มทดลอง (45)	8	0	68			

จากตารางที่ 10 การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า กลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

กลุ่ม (n)	Median	Interquartile Range	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
กลุ่มควบคุม (45)	20	10	65.16	128	7.337	<.001
กลุ่มทดลอง (45)	10	5	25.84			

จากตารางที่ 11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เป็นครั้งแรก อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการที่อยู่ในระยะวิกฤติและหรือภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย 45 ราย กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้ข้อมูลแบบปกติ 45 ราย ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึงมีนาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson. 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-anxiety: Form X-1) ของ Spielberger และคณะ (1967) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี ; สายฤดี วรกิจโภคาทร และมาลี นิสัยสุข (2531) แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และเครื่องวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจร เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและแบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวล (State-anxiety : Form X-1) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วหาความเที่ยงโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.87 และเมื่อนำแบบวัดความวิตกกังวลไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน ได้ค่าความความเที่ยง เท่ากับ 0.88 ส่วนแบบบันทึกพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ปรับปรุงแล้วจากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาทดสอบหาความเที่ยงจากการสังเกต (Interater Reliability) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ทำการสังเกตผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างพร้อม ๆ กัน แต่แยกกันประเมินจำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.98 ส่วนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบ

ทางเดินอาหารส่วนต้นมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 10 คน ซึ่งพบว่าสามารถสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดี ผู้ป่วยมีความสนใจและประเมินว่ามีความเข้าใจในเนื้อหาดี

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) คะแนนความวิตกกังวล อัตราการเต้นของชีพจร คะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นำมาวิเคราะห์โดยหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ส่วนระดับความดันเลือด นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของชีพจร ระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Wilcoxon signed-ranks test เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของชีพจร ภายหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Mann Whitney U test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ระดับความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ระดับความดันไดแอสโตลิค และความดันเลือดเฉลี่ยหลังการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนและหลังให้ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูลน้อยกว่าก่อนการให้ข้อมูลแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูลไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหลังการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. การเปรียบเทียบค่าความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจรของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนและหลังให้ข้อมูล พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค ความดันเลือดเฉลี่ย และอัตราการเต้นของชีพจร หลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค ค่าเฉลี่ยความดันเลือด

และอัตราการเต้นของชีพจร หลังการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. การเปรียบเทียบค่าความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจรหลังการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค ความดันเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนอัตราการเต้นของชีพจรหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองข้อมูลมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. การเปรียบเทียบระยะเวลาในการส่องกล้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานข้อที่ 1

ผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหลังได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าก่อนการได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีความวิตกกังวลระดับสูง มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 51-80 คะแนน (Median = 75) หลังการทดลองมีความวิตกกังวลระดับต่ำ มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 26-33 คะแนน (Median = 30) โดยกลุ่มทดลองหลังการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4.4)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำหลังจากการได้รับข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) คือ การเลือกใช้คำพูดแบบเป็นรูปธรรม ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไปด้วย เนื้อหาของข้อมูลประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น (the physical sensation and symptoms that occur) คือ ความรู้สึกประสาทสัมผัสที่เกิดขึ้น เช่น สิ่งที่ได้พบเห็น ได้กลิ่น ได้ยิน รู้สึกสัมผัส และลิ้มรส รวมถึงอาการทางกายที่เกิดขึ้น 2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา (Temporal Features) คือ ข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด 3) ลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental Features) คือ ลักษณะของสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ

ที่ผู้ป่วยพบ และ 4) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์ (Cause of Sensation Symptoms and Experience) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่มาของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และอาการที่เป็นผลของการรักษา

ตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลเผชิญในสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียด บุคคลจะปรับตัวใน 2 แนวทาง คือ เกิดการควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นควบคู่ในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน บุคคลสามารถที่จะเลือกแนวทางในการเผชิญสถานการณ์ในแนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ บุคคลจะเลือกควบคุมตนเองแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญล่วงหน้า ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม–ปรนัย บุคคลจะให้ความสำคัญและแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นในลักษณะที่ชัดเจนมากขึ้น บุคคลจะเกิดความคิดในการแก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะเดียวกันบุคคลมีการตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น การควบคุมด้านตอบสนองทางด้านอารมณ์ก็จะลดลง เนื่องจากบุคคลให้ความสนใจในข้อมูลที่เป็นจริง ทำให้ข้อมูลความรู้สึกเกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์จึงน้อยลง การตอบสนองด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวลจึงลดลง (Johnson. 1997 อ้างถึงใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2553)

สมมุติฐานข้อที่ 2

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมหลังการได้รับความรู้แบบปกติมีความวิตกกังวลระดับสูง มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 68-77 คะแนน (Median = 74.1) ส่วนกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีความวิตกกังวลระดับต่ำ มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 26-33 คะแนน (Median = 30) โดยกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4.5)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการนำทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของจอห์นสัน (Johnson. 1999) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการกับตนเองในขณะที่เจ็บป่วยหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามมาใช้ ในการเตรียมก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้หรือสนใจกับลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยมากกว่า ผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการคิดและการเรียนรู้ประสบการณ์แบบรูปธรรม-ปรนัย เกิดการวางแผนการเผชิญกับปัญหา เมื่อเผชิญกับปัญหาผู้ป่วยจะใช้ประสบการณ์นั้นในการแก้ปัญหา ซึ่งจะแสดงออกทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง คือมีความวิตกกังวลน้อยลง แต่การให้ข้อมูลแบบปกตินั้นเป็นการสอบถามข้อมูลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการงดน้ำและอาหารทางปาก โรคประจำตัว สิทธิเกี่ยวกับการรักษาและเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดิน

อาหารเท่านั้น ซึ่งการให้ข้อมูลแบบปกตินั้นเนื้อหายังไม่ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบอย่างเป็นรูปธรรม จึงทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลระดับสูง ซึ่งการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม ไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การส่องกล้องที่จะเกิดขึ้น กลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ ในขณะที่รอการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ทำการเตรียมผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ ได้แก่ คิม การ์วิน และมอเซอร์ (Kim Garvin and Moser. 1999) ศึกษาถึงภาวะเครียดในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยก่อนวันผ่าตัด มีความวิตกกังวล มีอารมณ์ต่อต้านในช่วงระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีความยากลำบากในสื่อสารน้อยกว่า ตลอดจนมีระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยในกลุ่มที่ผู้ปกครองที่มีบุตรเจ็บป่วยหรือผู้ป่วยวัยเด็กเข้ารับการรักษาที่มีการเตรียมก่อนผ่าตัดหรือก่อนเข้ารับการรักษาโดยการให้ข้อมูล ซึ่งสามารถทำให้ลดความวิตกกังวลได้ ได้แก่ การศึกษาของ โสภา พิศจาร (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหัวใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม การศึกษาของ ปณัฐฑิกา เหล็กแท้ (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และการศึกษาของ นาตยา พึ่งสว่าง (2547) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวล และการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

สมมุติฐานข้อที่ 3 และ 4

ค่าความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจรของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้ข้อมูลแบบปกติ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค ความดันเลือดเฉลี่ย และอัตราการเต้นของชีพจรหลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค ความดันเลือดเฉลี่ยและอัตราการเต้นของชีพจรหลังการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 (ตารางที่ 6 และตารางที่ 8) และหลังการให้ข้อมูลค่าเฉลี่ย ความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค และความดัน

เลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนอัตราการเต้นของชีพจรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันแต่มีแนวโน้มจะแตกต่างกัน (ตารางที่ 7 และตารางที่ 9)

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยทำให้การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของเหตุการณ์ที่บุคคลจะประสบเป็นสิ่งที่ระบุไว้อย่างชัดเจนแล้ว เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้นบุคคลจะสนใจข้อมูลในข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัย ที่มีความชัดเจนตรงกับความเป็นจริง ประสบการณ์ดังกล่าวจึงเป็นเหมือนสิ่งที่สามารถคาดการณ์ได้และไม่คลุมเครือ ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามตนเองน้อยลง ทำให้การตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง จึงทำให้มีความวิตกกังวลลดลง เมื่อความวิตกกังวลลดลงทำให้สมองมีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น และมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติค และเพิ่มการทำงานของระบบพาราซิมพาเธติค โดยทำให้หลอดเลือดขยายตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิคและความดันเลือดเฉลี่ยลดลง (ช่อลดา พันธุเสนา. 2536 ; French. 1994 ; Green. 1997 ; Kneisl. 1996 ; Synder. 1998) แต่การให้ข้อมูลแบบปกตินั้นเป็นการสอบถามข้อมูลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการงดน้ำและอาหารทางปาก โรคประจำตัว สิทธิเกี่ยวกับการรักษาและเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเท่านั้น ซึ่งการให้ข้อมูลแบบปกตินั้นเนื้อหายังไม่ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบอย่างเป็นรูปธรรม และมีความชัดเจนตรงกับความเป็นจริงน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น จึงทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เมื่อมีความวิตกกังวลร่างกายจะไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติค โดยไปยับยั้งการทำงานของระบบพาราซิมพาเธติค โดยทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้ระดับความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจรสูงขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ดีเออร์เดร และวอลแลช (Deirdre and Wallash. 2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวล ค่าความดันเลือด อัตราการเต้นของชีพจร ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เซลมอร์ (Salmore. 2000) ทำการศึกษาโดยการสอนผู้ป่วยใช้การใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวล และค่าความดันซิสโตลิคต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ มาร์จอร์เลนท์ (Marjolein. 2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องโดยการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของชีพจรต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังจากการให้ความรู้ของทั้งสองกลุ่ม

ดังนั้น การให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงแล้ว ยังทำให้ระดับความดันเลือดและอัตราการเต้นของชีพจรลดต่ำลงด้วย

สมมุติฐานข้อที่ 5

พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม –ปรนัยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 10)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคะแนนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม มีเหตุผลเช่นเดียวกับที่อภิปรายไว้ข้างต้น คือ เนื่องจากการนำทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ จอห์นสัน (Johnson. 1999) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการกับตนเองในขณะที่เจ็บป่วยหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามมาใช้ ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กล่าวได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่จะเผชิญล่วงหน้า ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม–ปรนัย ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญและแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นในลักษณะที่ชัดเจนตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดกระบวนการคิดและเรียนรู้การแก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญปัญหา และวางแผนจัดการกับประสบการณ์นั้น เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับการส่องกล้องจริง ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ล่วงหน้าได้ จึงเกิดเป็นพฤติกรรมความร่วมมือในส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ทำการเตรียมผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการให้ความร่วมมือในการทำหัตถการแต่พบในผู้ป่วยเด็กทั้งหมด ได้แก่ โรบินสัน (Robinson. 1979) ได้จัดโปรแกรมการเตรียมเด็กและผู้ปกครองก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด โดยเตรียมเด็กและผู้ปกครองให้มีประสบการณ์และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เด็กจะพบขณะการเตรียมก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ช่วยให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับโรงพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ศิริกุล อำพันแสง (2532) ได้ทำการศึกษาโดยการใช้เทปโทรทัศน์เตรียมเด็กเข้ารับการถอนฟัน พบว่าเด็กมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือมากขึ้น รพีพร ธรรมสาโรรัชต์ (2542) ทำการเตรียมผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการฉีดยาโดยการใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบ พบว่าเด็กให้ความร่วมมือมากขึ้นและจากการศึกษาของ นาตยา พึ่งสว่าง (2545) ได้ทำการเตรียมผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านตัวการ์ตูนซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี การวิจัยดังกล่าวแม้ว่าจะไม่ได้เป็นการเตรียมผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-

ปรนัยทั้งหมด แต่พบว่าเป็นการเตรียมผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องพบเห็น และมีการใช้สื่อที่ทำให้ข้อมูลเป็นรูปธรรมมากขึ้น ลักษณะของข้อมูลเหล่านี้จึงคล้ายคลึงกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย

สมมุติฐานข้อที่ 6

ระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม–ปรนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 11)

ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยใช้เวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นน้อยกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ การให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม-ปรนัย เป็นการช่วยให้บุคคลควบคุมการตอบสนองของตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม กล่าวคือ การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

เมื่อเผชิญปัญหานั้น ผู้ป่วยจะสนใจกับประสบการณ์นั้น ๆ ตามที่ได้เรียนรู้และเตรียมพร้อมที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามแผนการที่เตรียมไว้ ซึ่งจะแสดงออกในด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น คือ การให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ส่งผลทำให้ลดระยะเวลาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูซิโอ (Lucio. 2004) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ระยะเวลาในการส่องกล้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และค่าคะแนนความอดทนของกลุ่มทดลองขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม

ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่จะให้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแพทย์และพยาบาลฝ่ายเดียว แต่จะต้องได้รับการสนับสนุนและร่วมมือจากผู้ป่วย ทีมสุขภาพและผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ การทำหัตถการเป็นไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยสุขสบายและปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจวิธีการส่องกล้องชัดเจนตรงความเป็นจริงมากขึ้น มีการเตรียมตัวโดยวางแผนการปฏิบัติขณะได้รับการส่องกล้อง ความสนใจที่มุ่งไปที่เหตุการณ์และการปฏิบัติของตนในการรับเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง และเกิดเป็นพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมากขึ้น ทำให้การทำหัตถการเป็นไปอย่างราบรื่นและใช้เวลาน้อยลง (Yamada. 2002 ; Shapira and Tamir. 1996)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1) พยาบาลประจำหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร ควรมีการพิจารณาร่วมกันเพื่อนำการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมาใช้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่ต้องได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและ หรือการรักษาที่มีลักษณะการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน

2) การนำแผนการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัย ไปใช้ในหน่วยงานอื่นควรดัดแปลงให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของหน่วยงานนั้น เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกันในเรื่องสภาพแวดล้อม ทั้งในด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ การจัดรูปแบบหน่วยงาน ลักษณะบุคลากร รวมไปถึงข้อปฏิบัติต่าง ๆ ภายในหน่วยงาน จึงควรมีการปรับวิธีการและสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อม

3) สถาบันการศึกษา สามารถนำการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาสามารถเตรียมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้แบบรูปธรรม-ปรนัย ในผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการต่าง ๆ ของหน่วยทางเดินอาหาร เช่น การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การส่องกล้องทางเดินน้ำดี และการส่องกล้องลำไส้เล็ก

2) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการเผชิญปัญหา ความทุกข์ทรมาน และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

3) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่ฉีดยานอนหลับ

4) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบในกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่กับกลุ่มที่ฉีดยานอนหลับ

5) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น การเจาะหลัง การคลอด เป็นต้น

บรรณานุกรม

เกศินี สมศรี. (2547) **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใน และใช้เครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. (2533) **การพยาบาลจิตเวช : แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน.** ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนาทิพ ละม่อม. (2535) **การเปรียบเทียบผลการใช้ตัวแบบที่มีต่อการเพิ่มพฤติกรรมร่วมมือของเด็กที่มีความร่วมมือต่ำในระดับอายุต่างกัน.** วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลลดา จงสมจิตต์. (2551) **ผลของการเตรียมมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดครั้งแรก โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดา.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2536) **การพยาบาลจิตสังคมในภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร : โอ เอ พริ้นติ้งเฮาส์.

ทัศนา บุญทอง. (2531) **การพยาบาลกับการป้องกันทางจิต: เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพยากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารก และการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10 -15.** พิมพ์ครั้งที่ 4. (สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ) สุโขทัย : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นงนาฏ จงธรรมานุรักษ์. (2526) **การเปรียบเทียบความคาดหวังและการปฏิบัติของครูพยาบาลและผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเกี่ยวกับความร่วมมือในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้บนหอผู้ป่วยให้นักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัยนา เตโชฬาร. (2542) **การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโภคาทร และ มาลี นิสสัยสุข. (2531) **แบบประเมินความวิตกกังวล** (อัดสำเนา).

นาตยา พึ่งสว่าง. (2545) **ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบ ต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุสนธ์ กลัดเจริญ. (2554) **รู้ทันโรคกระเพาะอาหาร.** กรุงเทพมหานคร : อักษราพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ประชิต เตมียะเสน. (2550) **การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น**. กรุงเทพมหานคร : NP การพิมพ์.

ปณัฐฑิกา เหล็กแท้. (2551) **ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550) **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

รพีพร ธรรมสาโรรัชต์. (2542) **ผลการใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กก่อนวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ ส.ม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร. (2547) **ความรู้เบื้องต้นของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Basic knowledge of GI endoscopes)**. Practical GI Endoscopy. กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์.

รังสิมา ชัยวัฒน์. (2547) **การเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะและหลังทำหัตถการ. ตำราการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการส่องกล้องทางเดินอาหาร (Gastrointestinal EndoscopyFor Endoscopy Nurses)**. กรุงเทพมหานคร : KR การพิมพ์.

ศิริกุล อำพันแสง. (2532) **ประสิทธิผลของการใช้เทปโทรทัศน์ในเด็กวัยเรียนต่อการลดความกลัวและเพิ่มพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการถอนฟัน**. วิทยานิพนธ์ ส.ม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร รัตนเลิศ. (2547) **การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหาร.** ตำราการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการส่องกล้องทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Endoscopy For Endoscopy Nurses). กรุงเทพมหานคร : KR การพิมพ์.

สุรศักดิ์ พุฒิวนิชย์. (2545) **การวิเคราะห์เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.** เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โสภา พิศจาร. (2550) **ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการสวนหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. นครปฐม : มหวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี ชนะกุล. (2528) **ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดทอลซิลต่อความกลัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Axelrod S. and Wetzler, S. (1989) **Factor Associated with Better Compliance with Psychiatric Aftercare**. Hospital and Community Psychiatry.

Abuksis G, Mor M, Segal N, et al. (2010) **A patient Education Program is Cost-Effective for Preventing Failure of Endoscopic Procedures in a Gastroenterology Department**. Am J Gastroentero 2001 ; 97 ; 1786-90. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy BMJ.

Atkinson. (1992) "**Effect of Preparatory Information Prior to Endoscopy on Post – operative Physical Coping Outcome**. International nursing studies. 33 (6) pp. 558-604.

Axon ATR, Jones RH, Quine MA, et al. (1995) **Guidelines on Appropriate Indications for Upper Gastrointestinal Endoscopy**. BMJ ; 310 pp. 853-6.

Bear G., Myers L. (1994) **Principle and Practice of Adult Health Nursing.St Louis**: Mosby Year Book.

Cassmemeyer L., Mitchel P. & Betrus, A.P. (1995) **Stress Stressors and Stress Management**. Medical surgical nursing. St Louis : Mosby Year Book.

Classen Meinhard, Tytgat, Guido N.J. and Lightdale, Charles J. (2002) **Gastroenterological Endoscopy**. New York : Thieme New York.

Cooper T. (1994) **Gastroenterlogical Endoscopy**. New York : Thiem New York.

Cormack, D.F. (1985) **Anxiety Geriatric Nursing**. Oxford : Blackwell Scientific publication.

De Jong-Watt WJ, Arthur HM. (2004) **Anxiety and Health-relatedquality of Life in Patients Awaiting Elective Endoscopy.** New York : (no publisher)

Deirdre Maguire C. Walsh a. (2004) **The Effect of Information and Behavioural Training on Endoscopy Patients' Clinical Outcomes**. Blackwell Scientific publication.

Derlega .J. and Gazelah,J. (1982) **Cooperation and Helping Behavior : Theories and Reseach**. New York : (no publisher)

Freeman A. &Yales J. (1998) **Cognitive therapy in advance in nursing practice. Advancepractice:Psychiatric nursing**. Page 213-238. Stamford : Appleton & Lange.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Fuller. S., Endress, M.P. and Johnson JE. (1978) **The effect of cognitive and behavioral control on coping with an aversive health examination.** Journal of Human stress.

Garberson B. (1999) **The effect of numerous distractions on operation anxiety.** AORN Journal.

Grabow J. (1990) Preparative **Anxiety: Anxiety about the operation.** Psychoterapy medicine in Psychology.

Graham LE, Conley EM. **Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients.** NURS RES 1971; 20 pp. 113-20.

Green .J. (1997) Anxiety Disorder. **Adaptation and growth phychiatic – mental health nursing.**philadelphia:J.B.Lippincott.

Johnson B. (1993) **Phychaiatic – mental health nursing: Adaptation and growth.** Philadelphia: J.B.Lippincott.

Johnson JE. (1973) **Effect of accurate expectation on the sensory and distress component of pain.** Journal of personality and social Psychology.

Johnson JE. (1996) Coping with radiation therapy: Optimism and the effects of preparatory intervention. Research in Nursing Health .

Johnson JE. (1999) **Self-regulation theory and coping with physical illness.** Research in Nursing Health .

Johnson JE, Fieler VK, Jones LS, Wlasowicz GS, Mitchell ML. (1997) **Self-regulation theory: Applying theory to your practice.** Pittsburgh (PA) : Oncology Nursing Press.

Johnson JE. (1972) "Effect of structuring patient.Expectations on their reaction to threatening event" **Nursing Research.**

Johnson JE. (1987) **Coping with elective surgery. Annual of review nursing research.** NewYork : Spinger Publishing Co.

Kim, Garvin and Mondser. (1999) **Stress during mechanical ventilation benefit of having concreat objective information before cardiac surgery.** American journal critical care.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Kincey J. (1995) **Surgery in broome. Health psychology: Process application** .London : Chapman & Hall.

Kneisl R. (1996) **Stress, anxiety and coping Psychiatric nursing**. California.Comings publishing.

Lasarus .S. & Folkman. (1984) **Stress and coping**. New York : Spring.

Leske M. (1993) "Anxiety and elective surgical patient" **AORN.** 57(5) pp. 1019-1092.

Leventhal H., Johnson JE. (1989) **Laboratory and field experimentation: Development of a theory of selfregulation**. Behavioral science and nursing theory. St. Louis : CV Mosbyp.

Maranets, Kain ZN. **Preoperative anxiety and Intraoperative anesthetic requirements**. Anesth Analg 1999 p. 89, pp. 1346-51.

Maree et al. (1998) **Upper gastrointestinal endoscopy: Are preparatory interventionsor conscious sedation effective**. New York : Spinger Publishing Co.

Marjolein J. van Vlieta and Mieke Grypdoncka, Florence J. (2002) "Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: the influence of information in medical situations" **Nursing Research.**

MC Hugh, Chiristman, N.J.and Johnson JE. (1982) "Preparatory information : what help and why" **American Journal of Nursing.**

Melnyk BM. (1994) "Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational intervention mothers and children" **Nursing Research.**

Miller, Wikoff and Hiatt. (1992) "Fishbein's model of resoned action and compliance behavior of hypertensive patients" **Nursing Research.**

Narrow & Buschle. (1987) **Fundamental Nursing Practice**. New York : John Wiley Son.

Panting. (1998) "Preparation for upper gastrointestinal endoscopy: opportunity or inconvenience? Gastrointestinal Endoscopy" **Nursing Research.**

Patrick et al. (1991) **Medical Surgical Nursing Pathological**. Philadelphia : J.B.Lippincott

บรรณานุกรม (ต่อ)

Pissajarn S. (2007) **The effect of concrete-objective information on maternal anxiety of children undergoing cardiac catheterization**. Unpublished master's thesis, Nakhon Pathom : Mahidol University.

Robinson .J. (1979) "Nurse's role in preparing for surgery" **AORN Journal.**

Ried, M.and Christensen, D.B. (1988) "A psychosocial perspective in the explanation of patients drug-taking behavior" **Social Science.**

Salmore, Nelson JP. (2000) "The effect of pre procedure teaching, relaxation instruction and music on anxiety as measured by blood pressures in an outpatient gastrointestinal endoscopy laboratory" **Gastroenterology Nursing.**

Shapira ,Tamir A. **Presence of family member during upperendoscopy**. J Clin Gastroenterol 1996 22 pp. 272-4.

Spielberger. (1966) **Anxiety and Behavior**. New York : Academic Press.

Spielberger, Gorsuch, Lushene. (1970) **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo-Alto : Consulting Psychologists Press.

Spielberger CD, Gorush RL, Lusshene R. (1983) **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1989) **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**. Manualsdiistruzioni. Organizzazioni Specialist.

Spielberger CD, Sydeman SL. (1994) "Stat –Trait Anxiety Inventory and Stat – Trait Anger Expression Inventory" **Saint Lous.**

Stuart GN. And SUNDEE. (1979) Principle and practice of psychiatric nursing. The Mosey CO.

Will. (2010) **Upper Gastrointestinal Endoscopy**. Malawi Medical Journal.

Yamada T. (2002) Endoscopy. **Handbook of Gastroenterology**. USA : Lippincott Williams &Wilkins.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ยุทธนา ศตวรรษธำรง
   อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์
   อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางปัทมา อภิสุนทรางกูร
   ผู้อำนวยการศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ
   โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพิน สีขาว
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
   มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
5. นางวชิรา จันทขันธ์
   หัวหน้าพยาบาลหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ข

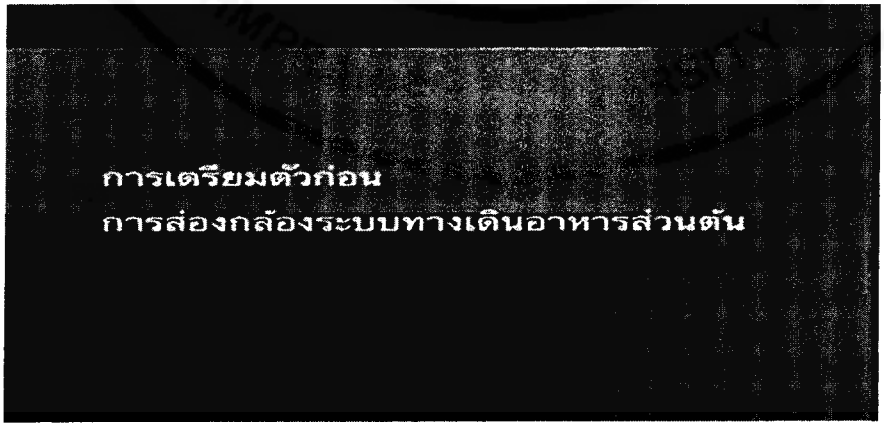
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ตัวอย่าง เนื้อหาของวิดิทัศน์เรื่อง การเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่แผนกส่องกล้องที่ท่านมารับการรักษา ดิฉันทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ท่านจะได้พบและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ข้อมูลที่ให้จะเริ่มตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องจนกระทั่งการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเสร็จสิ้นลง ถ้าท่านมีข้อสงสัยสามารถซักถามดิฉันได้ตลอดเวลา ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถามคุณค่ะ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้ชม ท่านเป็นผู้หนึ่งที่เคยประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ใช่มั้ยคะ ท่านคงจำได้ว่าท่านเคยรู้สึกเช่นไร เมื่อครั้งที่แพทย์บอกกับท่านว่า จะต้องทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ท่านมีความรู้สึกกลัวการตรวจใช่มั้ยคะ ความรู้สึกเช่นนี้ มิใช่เกิดขึ้นกับท่านเพียงคนเดียวหรอกค่ะ ยังมีผู้ป่วยอื่นๆอีกเป็นจำนวนมากที่รู้สึกเช่นเดียวกับท่าน ภาพที่ท่านจะได้รับชมต่อไปนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการเตรียมตัวในการเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ดังภาพ

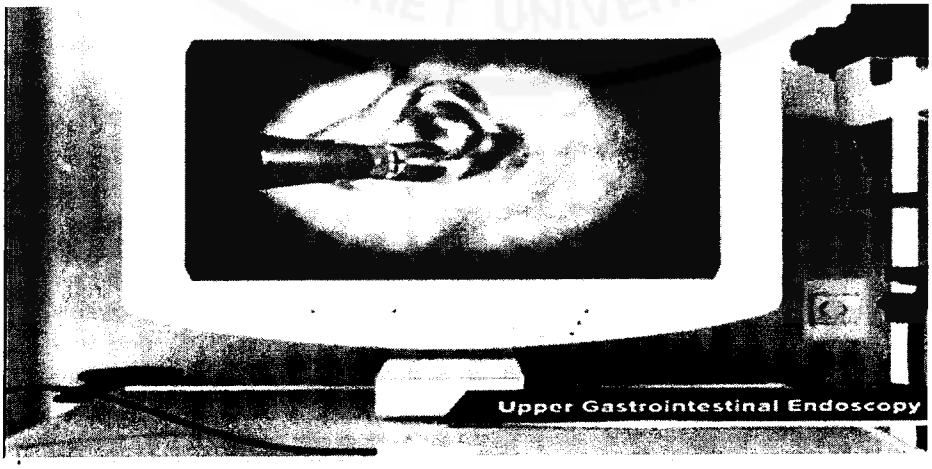


การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นคืออะไร

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นการใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็ก ปรับโค้งงอได้ มีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ที่ปลายกล้องจะมีเลนส์ขยายภาพ ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งจะต่อเข้ากับเครื่องกำเนิดแสงและส่งภาพมายังจอรับภาพ ส่องเข้าไปในปากผ่านหลอดอาหารลงไปในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นดังภาพ

Upper Gastrointestinal Endoscopy

Upper Gastrointestinal Endoscopy


Upper Gastrointestinal Endoscopy

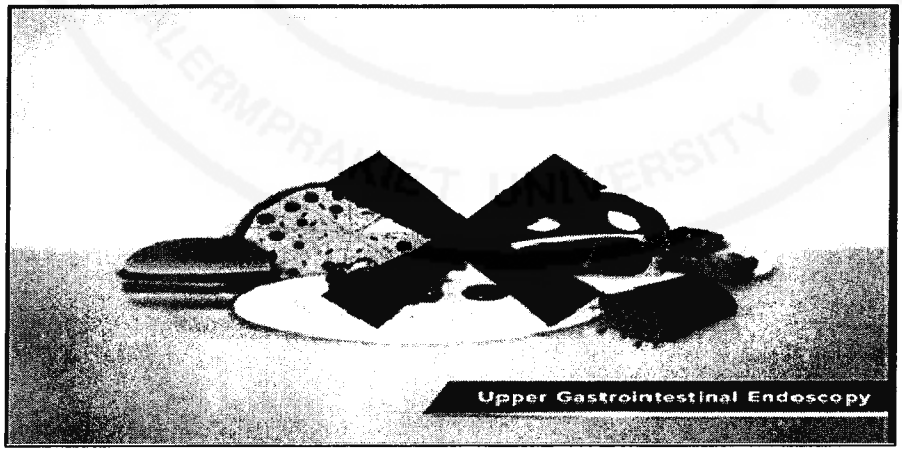
การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจะมีวัตุประสงค์ เพื่อ

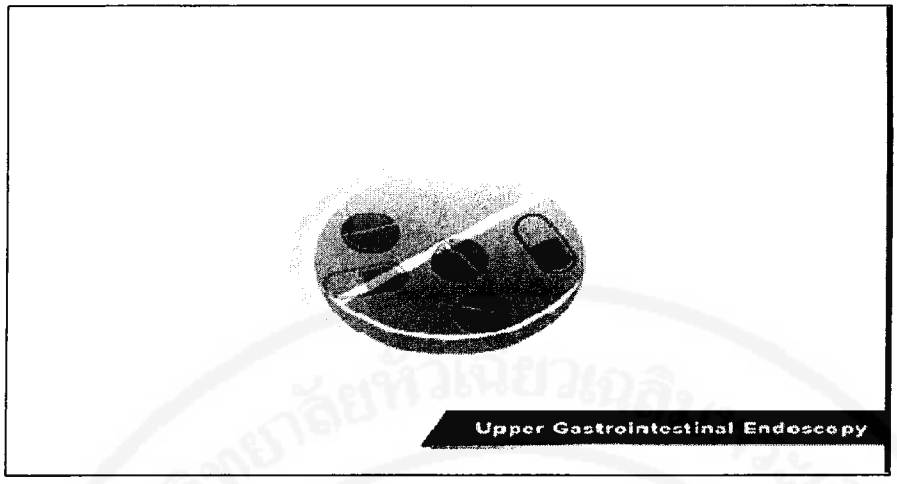
1. เพื่อการวินิจฉัยโรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เช่น การอักเสบเป็นแผล เนื้องอก ภาวะกรดไหลย้อน เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หรือมีการตีบตันของอวัยวะต่างๆเหล่านี้

2. เพื่อการรักษา โดยการใส่เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ผ่านทางกล้องส่องตรวจ เช่น เครื่องมือขยายหลอดอาหาร อุปกรณ์ฉีดยา หรือรัดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร รวมถึงสามารถเอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในระบบทางเดินอาหารออกและแพทย์สามารถตัดชิ้นเนื้อที่ผิดปกติได้ในขณะส่องกล้องโดยไม่เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ดังภาพ

การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

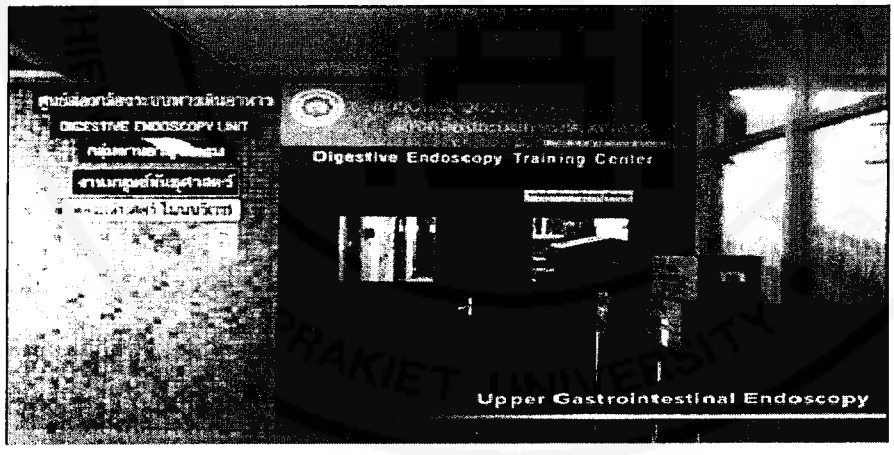
ก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นควรงดรับประทานอาหารและครื่องดื่มเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบในกรณีที่มีโรคประจำตัว โรคหัวใจและปอด โรคเบาหวาน และอาการภูมิแพ้ต่าง ๆ รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาและอาหารเสริมต่าง ๆ เป็นประจำ ผู้ป่วยควรงดการรับประทานยาที่เกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เช่น ยาแอสไพริน ยาลดความเข้มข้นของเลือด ควรงด 3-7วันและ ยารักษาความดันโลหิต ยารักษาโรคเบาหวาน ยาต้านอาการซึมเศร้า อาหารเสริมต่าง ๆ ควรงด 1วัน ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ผู้ป่วยควรวางแผนให้มีญาติมารับกลับบ้าน ดังภาพ

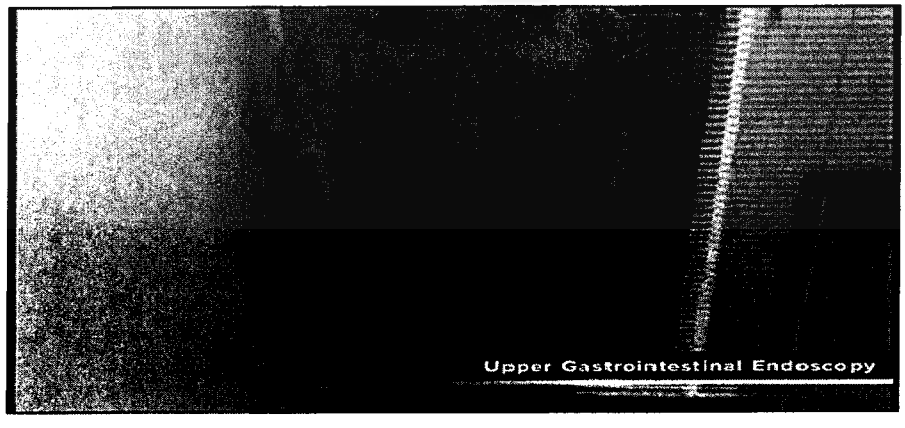




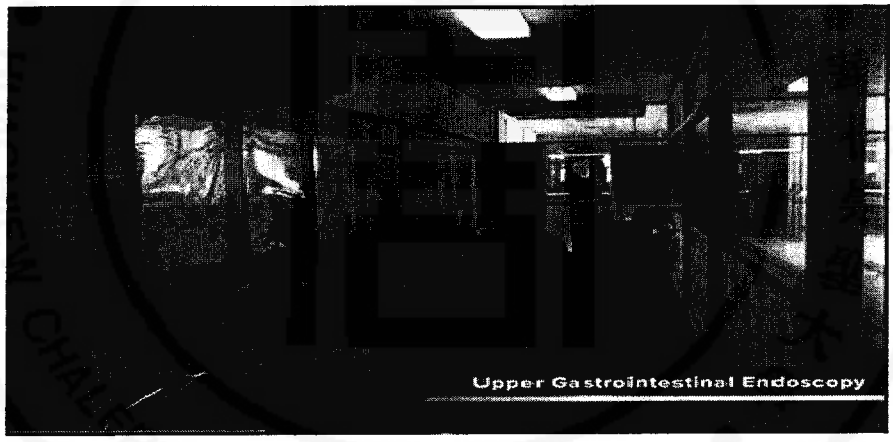
การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีขั้นตอนอย่างไร

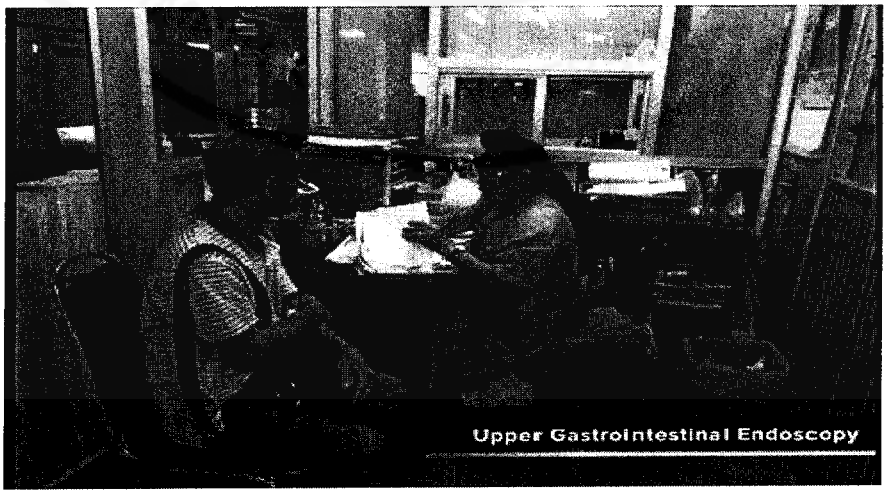
ผู้ป่วยต้องมาติดต่อที่หน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ตึกสิรินธร ชั้น 10 ก่อนเวลานัด 1 ชั่วโมง และยื่นเอกสารการนัดไว้ที่บริเวณโต๊ะด้านหน้าของห้องเตรียมผู้ป่วย พร้อมทั้งเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดผู้ป่วยที่ทางเจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ให้ โดยสวมเสื้อคลุมสีชมพูทับเสื้อผ้าของผู้ป่วย ทางหน่วยส่องกล้องจะมีตู้เก็บสิ่งของให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถนำสิ่งของเก็บไว้ได้ ดังภาพ

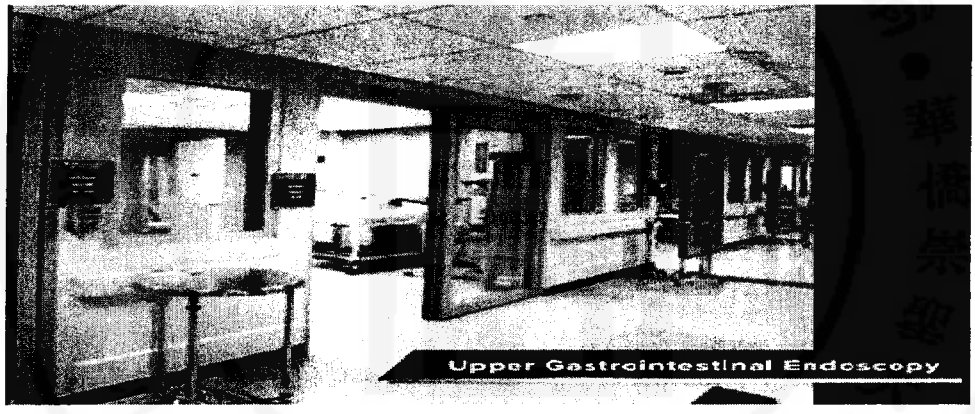




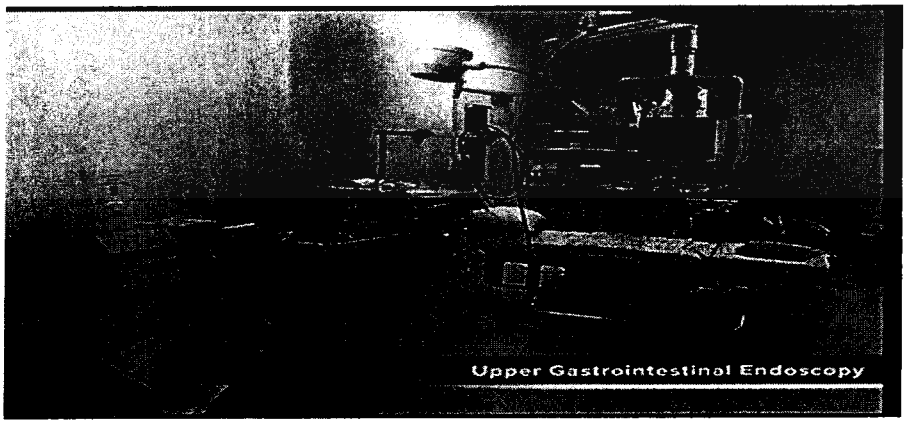
บรรยากาศภายในของห้องเตรียมผู้ป่วยนั้นเป็นห้องกระจกใส มีเก้าอี้จัดวางไว้เป็นแถว ๆ สำหรับให้ผู้ป่วยนั่งรอการซักประวัติจากเจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะขึ้นปฏิบัติงานจำนวน 2 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่พยาบาลจะใส่เสื้อสีฟ้าและกางเกงสีขาว คอยดูแลและเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ห้องเตรียมตรวจเรียบร้อยแล้ว เมื่อถึงเวลาส่องกล้องจะมีเจ้าหน้าที่จากห้องส่องกล้องมารับผู้ป่วยที่ห้องเตรียมคนไข้มานั่งรอที่บริเวณหน้าห้องส่องกล้อง ซึ่งภายในจะถูกแบ่งออกเป็นห้องๆและมีฝาผนังกั้นอย่างมิดชิดและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ท่านจะรู้สึกว่าบรรยากาศภายในห้องส่องกล้องนั้นจะสว่างและเย็นกว่าภายนอก เนื่องจากการเปิดไฟและติดเครื่องปรับอากาศเป็นจำนวนมาก เพื่อต้องการให้มีแสงสว่างที่เพียงพอทำให้มองเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ดังภาพ



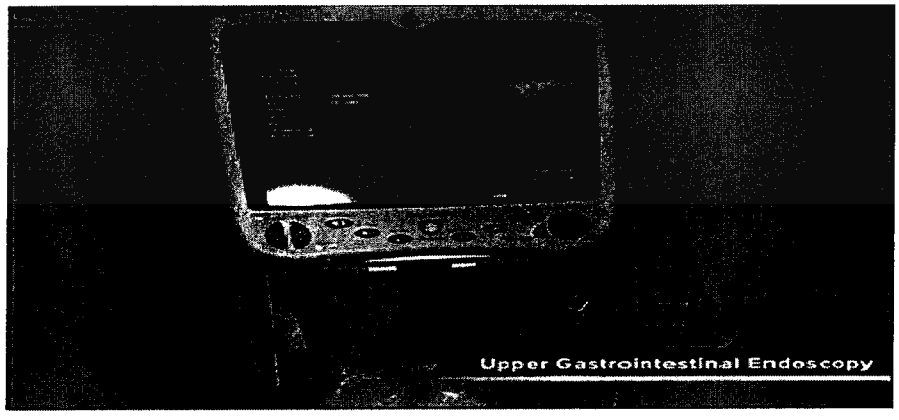




ภายในห้องส่องกล้องเป็นห้องที่สะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการปนเปื้อนเชื้อโรค อุปกรณ์และเครื่องมือทุกชิ้น จะได้รับการทำความสะอาดเป็นอย่างดี แพทย์ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนจะใส่เสื้อคลุมสีฟ้า สวมหมวกคลุมผมและใส่หน้ากากอนามัยสีเขียวทุกคน ดังภาพ

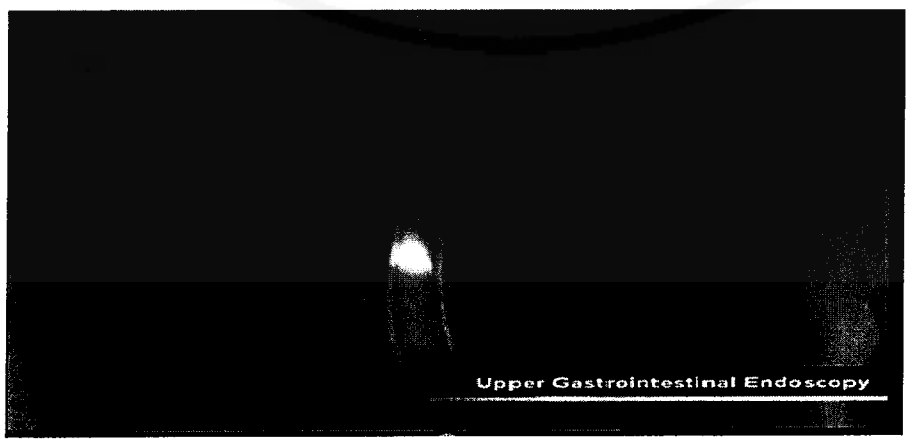


ผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคงซ้าย แพทย์จะใส่ที่กันกัด (Mouth Guard) เพื่อช่วยอ้าปากของผู้ป่วยระหว่างทำการส่องกล้อง เพื่อกันการกระแทกฟัน หรือการกัดฟันโดนกล้องส่อง ระหว่างนี้แพทย์และพยาบาลจะตรวจดูชีพจร ความดันโลหิต และระดับออกซิเจนของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการส่องกล้อง ขณะที่วัดความดันโลหิตผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นตึง หรือชาบริเวณแขนข้างที่พันผ้าไว้ หลังติดอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร จะมีเสียงดัง “คลิ๊ก ๆ” ตลอดเวลาการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ดังภาพ



แพทย์อาจให้ผู้ป่วยกลั้วปากด้วยยาชา หรืออาจพ่นสเปรย์ยาชาเข้าไปในคอ ซึ่งจะทำให้คอผู้ป่วยเริ่มชาและไม่รู้สึกเจ็บขณะส่องกล้อง

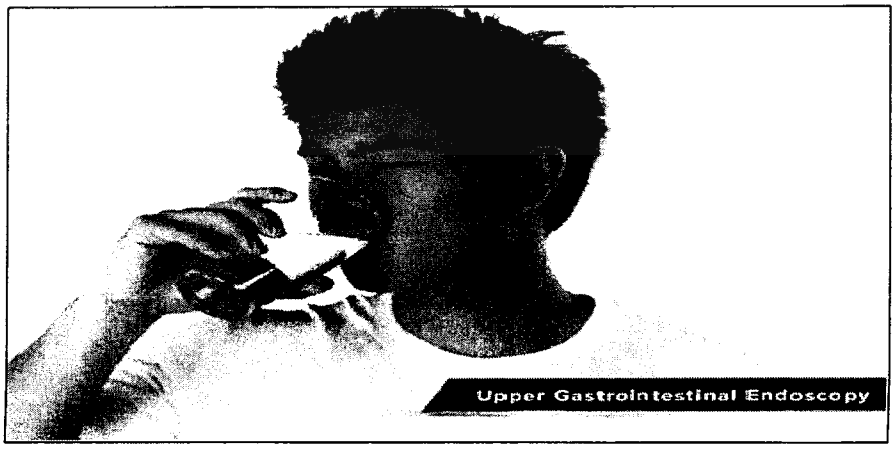
แพทย์จะทำการสอดกล้องช้า ๆ เข้าไปทางปาก และให้ผู้ป่วยช่วยกลืนน้ำลายเพื่อกลืนกล้องลงไปยังหลอดอาหารจนไปถึงกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ขณะที่กล้องอยู่ภายในลำคอนั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกจุกแน่นบริเวณท้อง ผู้ป่วยสามารถหายใจเข้าออกทางจมูกได้ตามปกติ หากมีน้ำลายควรปล่อยให้ออกมาทางปาก ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลดูดน้ำลายให้ตลอดเวลา ขณะที่ทำการตรวจผู้ป่วยควรนอนนิ่ง ๆ ไม่ขยับตัวไปมาและไม่นำมือมาคว้าดึงกล้อง ผ่อนลมหายใจเข้าออก ปล่อยตัวตามสบาย แพทย์สามารถเห็นภาพและรายละเอียดของทางเดินอาหารส่วนต้นได้จากกล้องวีดีโอ ซึ่งจะปรากฏภาพทางหน้าจอโทรทัศน์ จากนั้นแพทย์จะทำการเป่าลมเข้า เพื่อขยายกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถใส่เครื่องมือพิเศษ เพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจการห้ามเลือดในกรณีที่มีเลือดออก และตัดติ่งเนื้อที่ผิดปกติได้ ดังภาพ



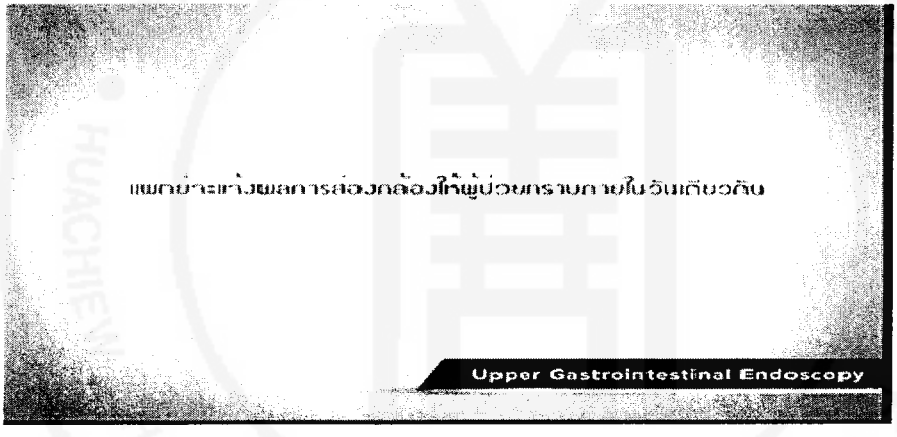
การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ภายหลังจากการได้รับการตรวจผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง จนกว่ายาต่าง ๆ จะหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนมีเสมหะติดอยู่ในลำคอ กลืนน้ำลายลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาชา ความรู้สึกเช่นนี้จะยังอยู่ประมาณ 10-15 นาที หลังจากหมดฤทธิ์ยาชาแล้ว อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไป เป็นปกติเช่นเดิม ระหว่างที่คอยังชาอยู่ ให้บ้วนน้ำล้างปากได้ เพียงแต่อย่ารีบร้อนดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารเพื่อป้องกันอาการสำลัก

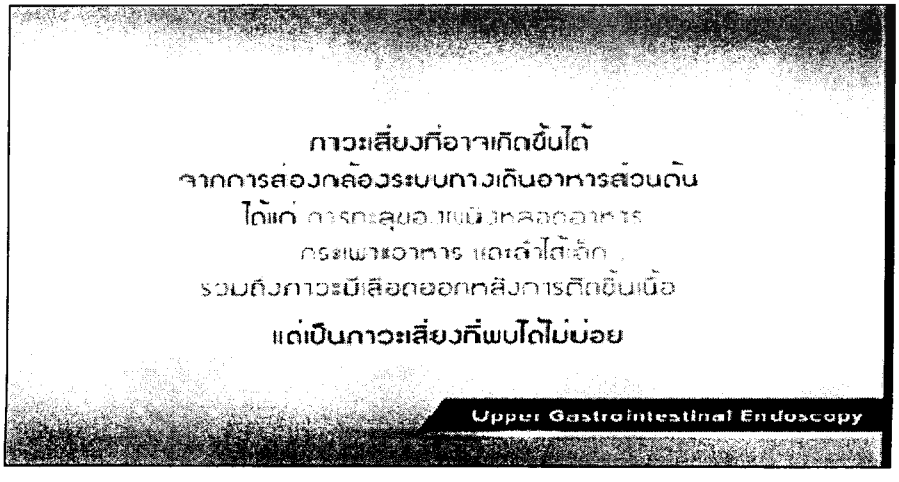
หลังจากคอผู้ป่วยหายชาให้เริ่มจิบน้ำก่อน เพื่อทดสอบระบบการกลืนว่าเป็นปกติแล้วจึงสามารถรับประทานอาหารได้ อาหารมื้อแรกหลังการส่องกล้องควรเป็นอาหารอ่อน ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัดตลอดจนดื่ม ชา กาแฟ และน้ำอัดลม ในบางรายผู้ป่วยอาจเกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้ หรืออาจมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปเองภายใน 24 ชม. หรือน้อยกว่านั้น



แพทย์จะแจ้งผลให้ทราบภายในวันเดียวกัน ดังภาพ



ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การทะลุของผนังหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก รวมถึงมีภาวะเลือดออกหลังการตัดชิ้นเนื้อ แต่เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ให้มาติดต่อที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ดังภาพ



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล **หมายเลข.....**

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสัณญาณชีพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ในวงเล็บหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ใจความที่สมบูรณ์เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม
   ( ) คริสต์ ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่
   ( ) หม้าย ( ) แยกกันอยู่/หย่าร้าง
5. ระดับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
   ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) ปริญญาตรี
   ( ) ประกาศนียบัตร ปวช./ปวส. ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับจ้าง
   ( ) ค้าขาย ( ) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
   ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
   ( ) น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ( ) 10,000 - 20,000 บาท/เดือน
   ( ) 20,001- 30,000 บาท/เดือน ( ) 30,001- 40,000 บาท/เดือน
   ( ) มากกว่า 40,000 บาท/เดือน
8. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ( ) จ่ายเอง ( ) ประกันสังคม
   ( ) สุขภาพดีถ้วนหน้า ( ) อื่นๆ โปรดระบุ
9. การวินิจฉัยโรค
   .....
10. โรคประจำตัวอื่น ๆ
    .....
11. สัญญาณชีพก่อน และหลังการให้ข้อมูล

ก่อนการให้ความรู้		หลังการให้ความรู้	
ความดันโลหิต	mmHg	ความดันโลหิต	mmHg
อัตราการเต้นของหัวใจ	/min	อัตราการเต้นของหัวใจ	/min

แบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ซึ่งอยู่ทางด้านขวามือของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้

รายการ	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัด				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกร่าเริงเบิกบาน				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

1.ระยะเวลาในการส่องกล้อง

เวลาเริ่ม..... เวลาที่สิ้นสุด.....

2. ลักษณะพฤติกรรมการให้ความร่วมมือขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

1. การอมยาชานาน 1 นาทีแล้วกลืน

( ) ผู้ป่วยสามารถทำได้ดี ( ) ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น กลืนก่อนเวลา หรือคายยาชาทิ้ง

2. การอ้าปากให้กว้างเพียงพอสำหรับการสอดใส่ที่กันกัด (mouth guard) และการสอดใส่กล้อง

( ) ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ( ) ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้หรือได้ไม่ดี เช่น อ้าปากไม่กว้างพอ

3.การกัดที่กันกัด (mouth guard) ไว้ได้ตลอดระยะเวลาส่องกล้อง

( ) ผู้ป่วยสามารถทำได้ดี ( ) ผู้ป่วยไม่สามารถกัดที่กันกัดไว้ได้ตลอดระยะเวลาส่องกล้อง

4. การกลืนกล้องตามคำบอก

( ) กลืนตามที่บอกได้ ไม่เกิดการขย้อน ( ) กลืนลำบาก เกิดการขย้อน

5. การนอนนิ่งๆขณะที่กล้องอยู่ภายในลำคอ

( ) ผู้ป่วยสามารถนอนนิ่ง ๆ ได้

( ) ผู้ป่วยขยับตัวหรือกระสับกระส่ายขณะที่กล้องอยู่ภายในลำคอ

6. การส่งเสียงร้องขณะทำการตรวจ

( ) ไม่ส่งเสียงร้อง อืออา ภายในลำคอขณะกล้องอยู่ภายในปาก

( ) ส่งเสียงร้อง อืออา ภายในลำคอขณะกล้องอยู่ภายในปาก

7. พฤติกรรมใช้มือคว้า ดึง กล้องออกจากปากขณะทำหัตถการ

( ) ไม่มีพฤติกรรมใช้มือคว้า ดึง กล้องออกจากปากขณะทำหัตถการ

( ) มีพฤติกรรมใช้มือคว้า ดึง กล้องออกจากปากขณะทำหัตถการ

8. จำนวนครั้งของการใส่กล้องโดยแพทย์

( ) ใส่กล้องเพียงครั้งเดียว

( ) แพทย์ต้องใส่กล้องใหม่หรือต้องถอยกล้องออกมาแล้วใส่ใหม่ มากกว่า 1 ครั้ง

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยเชิงปริมาณ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ดิฉัน นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ท่านจะถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยไม่ได้แจ้งท่านล่วงหน้า หากท่านเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ดิฉันจะขออนุญาตสอบถามความคิดเห็นของท่านต่อการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย โดยการฟังการบรรยายและทำแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดิฉันยินดีที่จะตอบคำถามหรือข้อสงสัยใด ๆ ของท่านที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา

ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ได้ตามความสมัครใจ หากท่านตอบรับแล้วท่านจะปฏิเสธภายหลังก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล)
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ .....

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

(INFORMED CONSENT FORM)

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว ..... ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการให้ความร่วมมือในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งผู้วิจัยคือ นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว (ตามรายละเอียดที่แนบมากับหนังสือยินยอมนี้) ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ รวมทั้งไม่ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของข้าพเจ้าตลอดการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยความสมัครใจ และสามารถที่จะขอถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบในด้านลบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า ในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล ได้ที่แผนกส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน 026672240 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-980119

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิ์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีทางกฎหมาย

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย..... วัน-เดือน-ปี

(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการวิจัย ..... วัน-เดือน-ปี

(นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล)

พยาน ..... วัน-เดือน-ปี

(.....)

พยาน..... วัน-เดือน-ปี

(.....)

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ที่ อว [illegible]

เอกสารรับรอง

เพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ [illegible]

ชื่อเรื่อง [illegible]

ชื่อนักวิจัยหัวหน้าโครงการ [illegible]

คณะวิชา/หลักสูตร [illegible]

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรอง [illegible]

ลงนาม [illegible]

[illegible]

วันที่รับรอง วันที่ 29 [illegible]

เลขที่รับรอง [illegible]

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวสุเธียรนุช ศิรินันติกุล
วัน เดือน ปีเกิด	7 กันยายน 2528
ที่อยู่ปัจจุบัน	199 หมู่ 9 ตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2551	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสระบุรี
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ (ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY