

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่อง
กล้องทางเดินอาหารส่วนบน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION AND DISTRACTION PROGRAM ON
ANXIETY OF PATIENTS UNDERGOING ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY

Mr. Trin Saothonglang



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ
ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดิน
อาหารส่วนบน
โดย นายตฤณ เสาทองกลาง
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

ตฤณ เสาทองกลาง : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION AND DISTRACTION PROGRAM ON ANXIETY OF PATIENTS UNDERGOING ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ, 165 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ และเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจใช้แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ร่วมกับแนวคิดการเบี่ยงเบนความสนใจของ Taylor et al. (2001) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก และได้รับยาชาเฉพาะที่ฟันในช่องปาก ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 25 เมษายน 2559 – 24 มิถุนายน 2559 จำนวน 60 คน ซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1990) ผ่านการชมวิดีโอ ความยาว 12 นาที และได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการปีนลูกบอลคลายเครียด ขณะรอส่องกล้องและในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test)

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577217536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY / ANXIETY / INFORMATION PROVIDING / DISTRACTION

TRIN SAOTHONGLANG: THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION AND DISTRACTION PROGRAM ON ANXIETY OF PATIENTS UNDERGOING ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY. ADVISOR: ASST. PROF. RUNGRAWEE NAVICHARERN, Ph.D., 165 pp.

This study utilized a quasi-experimental design that aimed to: Compare the anxiety of patients before and after receiving the providing information and distraction program. Compare mean anxiety score of patients between the groups receiving the providing information and distraction program and those receiving routine nursing care. The providing information and distraction program was based on Johnson's theory of self-regulation and distraction concept. The sample comprised 60 outpatients undergoing esophagogastroduodenoscopy with local anesthesia at Priest Hospital Bangkok during April 25 - June 24, 2016. The researchers recruited participants by purposive sampling and were divided into the experimental group and control group with 30 participants in each group. The control group received routine nursing care and the experimental group were provided the information and distraction program. The experimental tools included multimedia video preparation for the esophagogastroduodenoscopy and distraction with squeeze balls. Data collection included the demographic data and state anxiety inventory. Data were analyzed by descriptive statistics, frequency, percentages, means and standard deviation and independent t-test.

The results of this study showed:-

1. The patients after receiving the information and distraction program had lower anxiety than those before receiving the program at a statistical significance level of .05

2. The patient group that received the information and distraction program had lower anxiety than the control group at a statistical significance level of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสถาบันการศึกษาอันทรงเกียรติและยิ่งใหญ่นามว่า จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เอาใจใส่ แก่ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม ที่เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ จอนพะจง เพ็งจาด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย อาจารย์รังสิมา ชัยวัฒน์ หัวหน้าหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช อาจารย์นายแพทย์ทวี รัตนชูเอก และแพทย์หญิงณัฐพร นรเศรษฐวณิชช์ ที่ได้ให้คำแนะนำและเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ให้แนวคิด ให้คำแนะนำปรึกษาต่าง ๆ ที่มีประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แห่งนี้ ขอกราบขอบพระคุณพระเจ้าที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมืออย่างดีเยี่ยมตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณพี่น้อง ๆ ห้องผ่าตัดศัลยกรรมโรงพยาบาลสงฆ์ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นทุกท่านกับมิตรภาพที่ดีต่อกันตลอดมาและจะดีต่อกันตลอดไป

จากนี้หากมีสิ่งใดที่ผู้วิจัยจะสามารถตอบแทนบุญคุณของทุกท่านในครั้งนี้ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยยินดีและเต็มใจอย่างยิ่ง และจะทำการเต็มความสามารถ

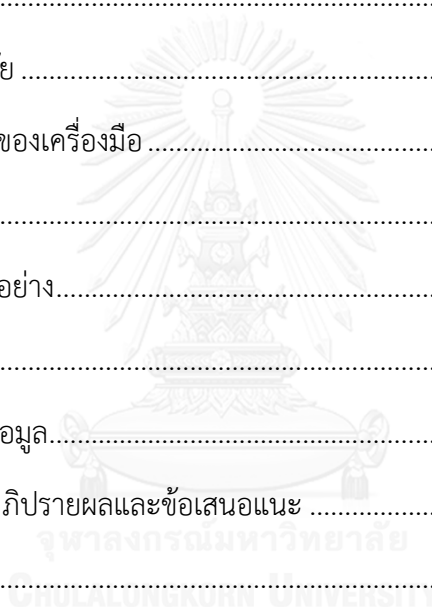
ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่แวน เสาทองกลาง ที่รักและเป็นห่วงลูกชายคนนี้อย่างสุดมา ขอขอบคุณภรรยาสุดที่รัก และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขออุทิศแต่ความฝันของครูใหญ่บ้านนอกคนหนึ่งคือ คุณครูมงคล เสาทองกลาง ที่ฝันอยากให้ลูก ๆ ของคุณพ่อจบปริญญาโทครบทุกคน แม้วันนี้ท่านได้จากโลกนี้ไปแล้ว ท่านไม่ได้เห็นด้วยตาของท่านเอง ท่านไม่ได้มาร่วมยินดีด้วยตัวของท่านเอง ขอให้ท่านโปรดรับรู้ด้วยญาณใดก็ตาม ขอขอบคุณ ขอขอบคุณ และขอบคุณครับ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานงานวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	12
2. บทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	20
3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	24
4. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง(Self-regulation Theory).....	36
5. แนวคิดการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	43

6. โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการ ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49
กรอบแนวคิดการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	54
ประชากร.....	54
กลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	64
การดำเนินการวิจัย	65
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย.....	83
อภิปรายผล.....	83
ข้อเสนอแนะ	86
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	98
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	100



ภาคผนวก ค หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัย หนังสือรับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ หนังสือขอ ความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองเครื่องมือวิจัย เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ เกี่ยวกับการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี หนังสืออนุมัติให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลสงฆ์ หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	105
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	116
ภาคผนวก จ ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา.....	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	165



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะคุณสมบัติ อายุ และระดับความวิตกกังวลแฝง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาการบวช รายได้ ระดับการศึกษา	58
ตารางที่ 3	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	65
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลิ้งทางเดินอาหารส่วนบนกลุ่มทดลองก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ	74
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลิ้งทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	75

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 Model of Self-regulation theory of coping with stressful experiences.....	39
แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	71



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารส่วนบนและต้องได้รับการส่องตรวจกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การส่องกล้องส่องกล้องทางเดินอาหารทางเดินอาหารส่วนบนเป็นหัตถการที่มีความสำคัญใช้สำหรับการตรวจวินิจฉัยอวัยวะภายในของระบบทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนบน ซึ่งความผิดปกติที่ต้องเข้ารับการตรวจได้แก่ ปัญหาเรื่องกลืนลำบากหรือเจ็บคอขณะกลืนอาหาร อาการปวดในกระเพาะอาหารหรือมีอาการปวดภายในช่องท้อง มีแผลในทางเดินอาหาร ภาวะมีเลือดออกในทางเดินอาหาร และก้อนเนื้ออกภายในทางเดินอาหารส่วนบน เป็นต้น (The American Gastroenterological Association., 2013)

อุบัติการณ์การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบว่าเป็นหัตถการที่ทำกันอย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย รายงานการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่ามีผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เท่ากับ 8.7 คนต่อประชากร 1,000 คน (Aljebreen, 2010) และสำหรับในประเทศไทยจากสถิติของศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช ปี 2551 พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมากที่สุด 4,673 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 จากผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร จำนวน 8,904 ราย ในประเทศไทยข้อบ่งชี้สำหรับการได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดในกระเพาะอาหารหรืออาการปวดในช่องท้อง มีอาการกลืนลำบากหรืออาการเจ็บคอขณะกลืนอาหาร สงสัยว่ามีภาวะเลือดออก มีแผลในทางเดินอาหารส่วนบน และก้อนเนื้ออกของทางเดินอาหารส่วนบน เป็นต้น ผู้ป่วยมักได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มความวิตกกังวลระดับสูงจากรายงานการศึกษาของ ปันฐิตา ซาติสุวรรณ (2553) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 69 และ Trevisani et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางเท่ากับ 50.49 และความวิตกกังวลมักจะเพิ่มขึ้นถึงขั้นระดับรุนแรงในขั้นตอนระหว่างการส่องกล้องสอดคลองกับการศึกษาของ Hakan et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยจำนวน 19 ราย ในผู้ป่วยทั้งหมด 346 รายที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงในระหว่างการส่องกล้อง

ความเจ็บป่วยและต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นสถานการณ์คุกคาม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรกจะสิ่งเร้ากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูง จากการที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญจากการที่ไม่มีประสบการณ์

เกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหารมาก่อน ทำให้ไม่สามารถตั้งโปรแกรมเดิมมาประเมินสถานการณ์ได้ ผู้ป่วยจึงประเมินว่าเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง มีความตึงเครียด และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความเป็นทุกข์ หวาดหวั่น (Spielberger & Sydeman, 1994) และเมื่อเข้าห้องผ่าตัดเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ผู้ป่วยก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ใหม่ อีกครั้ง ผู้ป่วยต้องปรับตัวให้เข้ากับอากาศที่หนาวเย็น 22-25 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่แตกต่างไปจากเดิม ลักษณะภายในห้องส่องกล้องมีอุปกรณ์แปลกๆ จำนวนมาก อีกทั้งแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่แต่งกายต่างไปจากบุคลากรในโรงพยาบาลแผนกต่างๆ ไปที่ผู้ป่วยเคยพบเห็น มีการสวมหมวก มีผ้าปิดปากปิดจมูก สิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวและความวิตกกังวลได้อย่างมาก (Haugen et al., 2009) และในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ส่วนใหญ่ใช้วิธีระงับความรู้สึกเฉพาะที่โดยใช้ Lidocain ชนิดรูปแบบพ่น โดยพ่นบริเวณ Oropharynx ทำให้ผู้ป่วยเกิดสูญเสียความรู้สึกบริเวณดังกล่าวทำให้กลไกการขย้อนเสียไป (Amornyotin et al., 2009) อีกทั้งในระหว่างการส่องกล้องผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลา ทำให้พบเห็นอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ตลอดจนการได้ยินเสียงการทำงานของเครื่องมือที่ใช้ในการส่องกล้อง การได้กลิ่นน้ำยาฆ่าเชื้อในห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริงในระหว่างการส่องกล้องทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง (Bailey, 2010; Hudson et al., 2015; Tsiou et al., 2008) แม้ว่าการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นหัตถการที่นัดหมายล่วงหน้า ผู้ป่วยมีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้าและมีความต้องการที่จะรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย แต่ในระหว่างที่ยังไม่เข้ารับการตรวจผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อผลของการตรวจทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล (Arbul et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาจากรายงานการศึกษาของ ปันฐดาชาติสุวรรณ (2553) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 69 และในการศึกษาของ Hakan et al. (2012) พบว่าผู้ป่วย 19 ใน 346 รายที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงในระหว่างการส่องกล้อง

ผลกระทบของความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลผู้ป่วยป่วยต่อการผ่าตัดหรือการทำหัตถการจะทำให้การทำงานระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีความผิดปกติ อารมณ์ ความคิด ความจำ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนอาจจะมีอาการเพียงระบบใดระบบหนึ่งขณะที่บางคนอาจมีอาการในหลายๆ ระบบพร้อมกัน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะแสดงอาการของความวิตกกังวลด้วยการแสดงออกทางบุคลิกภาพ ได้แก่ การพูดเร็ว ๆ หรืออะอะโวยวาย กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ

ลึ้มง่าย ไม่แน่นใจ ความจำลดลง มีการสูญเสียความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง สำหรับในผู้ป่วยบางรายอาจมีลักษณะเจ็บเฉยเหมือนไม่วิตกกังวล เมื่อพยาบาลสอบถามอะไรมักจะไม่ตอบแต่ในระหว่างส่องกล้องกลับมีอาการกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ การรับรู้ลดลง ซึ่งทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหาร (Trevisani et al., 2004) จากอาการและการแสดงออกทางพฤติกรรมดังที่ได้กล่าว ทำให้แพทย์ต้องใช้ความระมัดระวังส่งผลให้ระยะเวลาการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนนานขึ้น ซึ่งบางครั้งแพทย์ส่องกล้องอาจพิจารณาให้ยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ทำหัตถการได้ง่ายขึ้น(สมชาย อมรโยธิน, 2555)ซึ่งการได้รับยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหารเข้าปอดเพิ่มขึ้นรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ในร่างกายที่เป็นผลจากการได้รับยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำ(Glenn et al., 2002; Green, 2006; Menachem et al., 2012) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Arrowsmith et al. (1991) ที่พบว่าผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 200 ราย ที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไหลเวียนและระบบทางเดินหายใจที่มีสาเหตุโดยตรงจากการให้ยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำ

นอกจากผลกระทบบ้างกายและจิตใจและยังส่งผลให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็นจากการที่ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล(Amomyotin et al., 2009) จากการใช้บริการวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ทำให้การค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 500-1,400 บาท คิดเป็นร้อยละ 25-70 ของค่าหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ค่าใช้จ่ายนี้ไม่รวมค่าบริการห้องพักรฟื้นและค่ายาคิดตามขนาดและปริมาณยาที่ให้(โรงพยาบาลสงฆ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aljebreen (2010) ซึ่งพบว่าการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนรวมกับการให้ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับเข้าหลอดเลือดดำ มีผลทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-50 เนื่องจากต้องสิ้นเปลืองวัสดุสิ่งของและการใช้บุคลากรที่เพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามหากสามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อย จะทำให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว มีการรับรู้เพิ่มขึ้น การเรียนรู้ที่ดีขึ้น รู้จักหาวิธีในการแก้ปัญหาและลดความวิตกกังวลผู้ป่วยจะสามารถควบคุมตนเองได้เพิ่มขึ้นและส่งผลให้การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนดำเนินไปอย่างราบรื่น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นได้อีกด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่จะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ปัจจุบันการพยาบาลตามปกติในห้องผ่าตัดที่ให้บริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลแบบทางเดียวเกี่ยวกับการเตรียมตัวร่างกายแก่ผู้ป่วยรวมทั้ง

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพร้อมแจกแผ่นพับหรือเอกสารคำแนะนำ(The American Gastroenterological Association., 2013) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการบรรยายทั่วไป ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การส่องกล้องมาก่อนจะไม่สามารถจินตนาการสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างชัดเจนซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวไม่ใช่ลักษณะข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์เมื่อต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่ผลการวิจัยสรุปว่าหลังจากการให้ข้อมูลแล้วความวิตกกังวลของผู้ป่วยไม่ลดลง หรือผู้ป่วยกลับมีความวิตกกังวลสูงขึ้น หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Callaghan & Chan, 2001) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวเพื่อลดความวิตกกังวลจะเกิดประสิทธิภาพที่ด้นั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูลและเนื้อหาของข้อมูลด้วย(Johnson et al., 1973)

การให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีของ Johnson (1999) เป็นการให้ข้อมูลที่มีลักษณะของข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น 2) ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส 3) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้นและ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นโดยการเลือกใช้คำพูดที่เป็นรูปธรรม ข้อมูลที่ให้เป็นไปตามความเป็นจริงโดยไม่มีการเพิ่มหรือเติมอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเหตุการณ์ซึ่ง Johnson (1999) อธิบายว่าการให้ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมการตอบสนองของตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือความตึงเครียดโดยทั่วไป เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัว 2 แนวทาง คือ 1) การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) และ 2) การควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) ซึ่งแนวทางทั้ง 2 แนวทางจะเกิดควบคู่กันไปในรูปแบบเป็นคู่ขนานและมีความเป็นอิสระต่อกัน ผู้ป่วยอาจเลือกใช้แนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์เพียงแนวทางใดแนวทางหนึ่งได้

กลไกของผู้ป่วยที่จะเลือกควบคุมตนเองแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับหรือประสบการณ์ที่เคยประสบกล่าวคือ การควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะปรับตัวโดยการละทิ้งจากสถานการณ์ที่เกิดความตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม โดยการให้ความสนใจอย่างอื่นแทนและการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญปัญหาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) สามารถเพิ่มการควบคุมตอบสนองทางด้านหน้าที่เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีลักษณะตรงไปตรงมาชัดเจน ไม่มีความคลุมเครือ ไม่มีการเพิ่มหรือเติมอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เข้าไปทำให้ผู้ป่วยสร้างประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญชัดเจนใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาก

ที่สุด การที่ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสและสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญและแปลความหมายของเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในลักษณะแก้ไขปัญหาและแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์ที่มีความสอดคล้องกับสิ่งที่คาดคิดตามข้อมูลที่ได้รับผู้ป่วยก็จะเกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ สามารถปฏิบัติตัวตามที่วางแผนผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าและประเมินระดับความรุนแรงของสถานการณ์คุกคามที่กำลังจะเผชิญลดลงจึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้แนวคิดของ Johnson (1999) สามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้แก่การศึกษาของ Pissajarn (2007) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 54 ราย โดยให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) แก่มารดา 1 วันก่อนบุตรเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบว่าความวิตกกังวลของมารดาที่ได้รับข้อมูล 1-2 ชั่วโมงก่อนการตรวจสวนหัวใจต่ำกว่าความวิตกกังวลของมารดาที่ควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kutluturkan et al. (2010) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร จำนวน 140 คน โดยการให้ข้อมูลด้วยสื่อแผ่นพับร่วมกับการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ก่อนเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ข้อมูลที่บอกถึง สภาพแวดล้อม ลำดับเหตุการณ์ การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยสื่อแผ่นพับร่วมกับการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยสื่อแผ่นพับตามปกติ ($p < .05$) จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าเป็นการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) เพียงครั้งเดียวแต่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลลดลงได้ดี

ในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน การที่ผู้ป่วยได้รับการใส่กล้องส่องตรวจเข้าสู่ภายในร่างกายเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลร่วมการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นอีกวิธีที่มีการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยใช้หลักในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดด้วยการหันเหความสนใจของผู้ป่วยให้ไปสู่การกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจและสร้างความรู้สึกพึงพอใจมากกว่า (Vessey et al., 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีประสิทธิผลหรือให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ 2) การใช้หลายวิธีคือตั้งแต่สองวิธีขึ้นไป เช่น การให้ข้อมูล การฝึกผ่อนคลาย การสัมผัสและการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย 3) การใช้เทคนิคการสัมผัส 4) การใช้กระบวนการกลุ่ม และ 5) การสอนหรือการให้ข้อมูล(ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ, 2553) การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีการที่ดีที่สุดอันดับแรกในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและการเบี่ยงเบนความสนใจมีอย่างหลาย

รูปแบบนั้นก็ขึ้นอยู่กับทางเลือกนำไปใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเหมาะสมกับวัย ระยะเวลาสถานการณ์ และระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล จึงทำให้การเบี่ยงเบนความสนใจเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ต่อผู้ป่วย ซึ่งวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจตามแนวคิดของ Taylor et al. (2001) ประกอบด้วย การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการดู (Visual distraction) การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟัง (Auditory distraction) การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัส (Tactile kinesthetic distraction) การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการแสดงออก (Project distraction)

การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัสด้วยการบีบลูกบอลคลายเครียดจากการศึกษาของ (พัทธวรรณ ศิริเจริญกิจ, 2552) โดยการใช้ลูกบอลคลายเครียดมาช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของ กล้ามเนื้อและจิตใจสามารถช่วยเบี่ยงเบนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่อง กล้องทางเดินอาหารส่วนบนยังไม่พบว่ามีศึกษาการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการบีบลูกบอล คลายเครียดในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อีกทั้งการใช้เบี่ยงเบนความสนใจยังเป็นการควบคุมการตอบสนอง ทางด้านอารมณ์ ตามแนวคิดของ Johnson (1999) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้ลูกบอลคลายเครียด มา ช่วยลดความวิตกกังวลระหว่างการส่องกล้องเนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ง่าย ไม่มีการเชื่อมต่อกับ อุปกรณ์อื่น อีกทั้งไม่เกิดขวางบริเวณที่จะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ดังนั้นจากทั้ง 2 แนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความ สนใจมาช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จึงได้นำมาสร้าง โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลและเป็น แนวทางสำหรับพยาบาลห้องส่องกล้องทางเดินอาหารในการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ก่อนและระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง ของ Johnson (1999) ได้อธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 แนวทาง กระบวนการของการปรับตัวทั้งสองแนวทางนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะที่เป็นคู่ขนานกันและมีความเป็นอิสระต่อกัน ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะมุ่งความสนใจไปที่การปรับตัวแนวทางใดแนวทางหนึ่งในขณะนั้นได้ คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ ซึ่ง Johnson (1999) เสนอให้ใช้วิธีการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมใช้ในการควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ซึ่งเป็นข้อมูลที่ประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสและ สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น ส่วนใช้กระบวนการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ โดยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและลดความวิตกกังวลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานนำทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ ได้แก่การศึกษาของ Pissajarn (2007) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจและปัลลิวทิก้า เหล็กแท้ (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ผลการวิจัยพบว่าได้รับการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) สามารถลดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ, 2553) การบิบลูกบอลคลายเครียดตามแนวคิดของ Taylor et al. (2001) สามารถช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ดีและเหมาะสมกับที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ดังเช่นการศึกษาของ พัทธวรรณ ศิริเจริญกิจ (2552) ได้ทำการศึกษาการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยลูกบอลคลายเครียดเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง พบว่าการใช้ลูกบอลคลายเครียดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นทำให้ความกลัวลดลงความนุ่มสบายช่วยลดความตื่นเต้นลง

ไม่เคว้จ้ว้าง ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายตลอดจนผู้ป่วยรู้สึว่ามีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัดได้ และปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จากทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงนำไปสู่การตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานงานวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ดำเนินการศึกษาเป็นสองกลุ่มวัดภายหลังการทดลอง (Two group with pretest and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ปัญหาาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ปัญหาาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน หมายถึง ระดับความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายใจ มีความกลัว หวาดหวั่น กระสับกระส่าย ตื่นเต้นและกระวนกระวายใจของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งในระยะก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และระหว่างได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (STAI Form X-1) ที่สร้างและพัฒนาโดย Spielberger et al. (1983) ของ ดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2528) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้

2. โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งประกอบด้วย 2 ครั้ง คือ การให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีของ Johnson (1999) และการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัสโดยใช้วิธีการบีบลูกบอลคลายเครียด ตามแนวคิดการเบี่ยงเบนความสนใจของ Taylor et al. (2001)

ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีของ Johnson (1999) โดยผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก เป็นประมาณ 30 นาที ด้วยการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำขั้นตอนต่างๆ ด้วยการให้ผู้ป่วยชมวิดีโอที่ชื่อเรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนและข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ที่ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็นตั้งแต่เข้ามาที่แผนกผู้ป่วยนอกจนเสร็จสิ้นการส่องกล้อง ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์และขั้นตอนที่จะเกิดขึ้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น

การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) นี้ผู้วิจัยจัดทำเป็นสื่อวิดีโอที่ชื่อเรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” ประกอบด้วยภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว มีข้อความบรรยายด้านล่างและเสียงบรรยายตามข้อความที่ปรากฏ มีความยาว 12 นาที ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับชมวิดีโอที่ชื่อเรื่องนี้ได้เปิดโอกาสและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ และนัดกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะพบกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่เข้ารับการส่องกล้อง

ครั้งที่ 2 การเบี่ยงเบนความสนใจตามแนวคิดของ Taylor et al. (2001) โดยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยวิธีบีบลูกบอลคลายเครียด เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยในวันที่ได้รับการตรวจขณะรอส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ด้วยการใช้ลูกบอลคลายเครียดเป็นลูกบอลพลาสติกทรงกลมเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 7 เซนติเมตร มีลักษณะนุ่มมือเมื่อสัมผัส สามารถบีบให้แบนลงได้โดยใช้แรงเพียงเล็กน้อย โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยใช้มือกำลูกบอลคลายเครียดสลับกับคลายมือออกให้ลูกบอลคืนกลับสภาพเดิม โดยจัดให้ผู้ป่วยบีบลูกบอลคลายเครียดระหว่างรอเข้ารับการส่งกล้องโดยเริ่มให้บีบก่อนเข้ารับการส่งกล้องเป็นระยะเวลา 10 นาที ก่อนเข้ารับการส่งกล้องและให้ผู้ป่วยบีบลูกบอลคลายเครียดต่อเนื่องในระหว่างการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนเสร็จสิ้นการทำหัตถการ

กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 2 ครั้ง มีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและระหว่างการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนเสร็จสิ้นการทำหัตถการ

3. **การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจศัลยกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลวิชาชีพประจำห้องส่งกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ได้ให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งประกอบด้วย 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจศัลยกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลผู้ป่วยด้วยสื่อแผ่นพับเรื่องการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับให้คำแนะนำตามรายละเอียดในแผ่นพับที่อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก ขั้นตอนการมารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพร้อมทั้งตอบคำถามข้อสงสัยหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลา 10 นาที

ครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ขณะรอเข้ารับการส่งกล้องจนกระทั่งเสร็จสิ้นการส่งกล้อง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องส่งกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมเป็นให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และภายในห้องส่งกล้องผู้ป่วยได้รับการอธิบายขั้นตอนการส่งกล้อง เริ่มตั้งแต่วัดสัญญาณชีพ การพ่นยาชา และการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการส่งกล้อง โดยการบอกขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในแต่ละขั้นตอนจนเสร็จสิ้นการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนและระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องส่องกล้องทางเดินอาหารและพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสรุปสาระสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
2. บทบาทของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
4. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation Theory)
5. แนวคิดการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
6. โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารส่วนบนและได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน(Esophagogastroduodenoscopy: EGD) เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางเดินอาหารส่วนบน โดยสายของกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนจะมีกล้องวิดีโอที่ขนาดเล็กติดอยู่ที่ปลายสายของท่อพลาสติกที่มีลักษณะโค้งงอได้ ใช้สำหรับตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนบน หัตถการนี้ต้องทำโดยแพทย์เฉพาะทางด้านส่องกล้องทางเดินอาหาร หากต้องทำหัตถการเพื่อรักษาแพทย์เฉพาะทางด้านส่องกล้องทางเดินอาหารจำเป็นต้องที่มีประสบการณ์และมีความชำนาญเป็นอย่างมาก (Classen et al., 2010)

1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นหัตถการที่ทำกันอย่างแพร่หลายมีรายงานการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เท่ากับ 8.7 คนต่อประชากร 1,000 คน(Aljebreen, 2010) จากสถิติของศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช ในปี 2551 พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมากที่สุด 4,673 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารทั้งหมด 8,904 ราย

1.3 กายวิภาคของระบบทางเดินอาหารส่วนบน

ทางเดินอาหารส่วนบน (Upper GI tract) หมายถึง ทางเดินอาหารตั้งแต่ ปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึง ลำไส้เล็กส่วนบน ซึ่งทางเดินอาหารแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน ดังนี้

1.3.1 ปาก (Mouth) ประกอบด้วย ฟัน ทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดถือเป็นการย่อยเชิงกลด่านแรกในระบบทางเดินอาหาร ต่อมน้ำลายทำหน้าที่ผลิตเอนไซม์ในน้ำลายคือ amylase ทำหน้าที่ย่อยแป้งให้เป็นน้ำตาลมอลโทส

1.3.2 หลอดคอ (Pharynx) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ Nasopharynx, Oropharynx และ Larynxgopharynx ทำหน้าที่ช่วยในการกลืนอาหารลงไปยังหลอดอาหาร

1.3.3 หลอดอาหาร (Esophagus) ภายในหลอดอาหารจะมีลักษณะเป็นหลอดหรือท่อมียาวประมาณ 25-30 เซนติเมตร ทำหน้าที่รับอาหารจากหลอดคอผ่านเข้าสู่หลอดอาหารและส่งต่อไปยังกระเพาะอาหาร โดยใช้การบีบตัวของผนังหลอดอาหารเป็นการเคลื่อนไหวบีบรัดตัวเป็นปล้องๆ ไหลลงไปเป็นจังหวะที่เรียกว่า เพอริสตัลสิส มูฟเมนต์ (Peristalsis movement)

1.3.3.1 กระเพาะอาหาร (Stomach) แบ่งออกได้เป็น 4 ส่วน คือ คาร์เดีย (Cardia) ฟันดัส(Fundus) บอดี้(Body) และไพโลรัส(Pylorus) กระเพาะอาหารมีทำหน้าที่เป็นที่พักอาหาร ช่วยขับน้ำย่อยโปรตีน และช่วยในการดูดซึมวิตามินบี 12

1.3.4 ลำไส้เล็กส่วนบนหรือดูโอดินัม (Duodenum) ลำไส้เล็กส่วนบนนี้จะมีท่อน้ำดีและท่อน้ำย่อยจากตับอ่อนมารวมด้วย หน้าที่ของลำไส้เล็กคือการย่อยและดูดซึมอาหารเข้าสู่กระแสโลหิต

1.3.5 ระบบประสาทควบคุมระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 Vagus nerve (CN X) หน้าที่ควบคุมและรับรู้ความรู้สึกจาก อวัยวะต่างๆเช่น หลอดคอ (Pharynx) หลอดลมอวัยวะในช่องอกและช่องท้อง ได้แก่ หัวใจ ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ถุงน้ำดี และทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ หากถูกกระตุ้นทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง

1.4 ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ข้อบ่งชี้ของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สามารถแบ่งได้ดังนี้

1.4.1 ตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องด้านบนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น คลื่นไส้ ถ่ายดำ มีภาวะเลือดจาง และน้ำหนักตัวลด อาการกลืนลำบาก หรือ อาการเจ็บเวลากลืน อาการจุกเสียดบริเวณลิ้นปี่ จากอาการของกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาเจียนเรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง ที่ไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

1.4.2 เพื่อการวินิจฉัยและติดตามการดำเนินโรค มีดังนี้

1.4.2.1 ยืนยันการวินิจฉัยโรคจากการซักประวัติและอาการของผู้ป่วย เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน(Upper GI bleeding) การโป่งเป็นถุงของกระเพาะอาหาร ชี้นมาเหนือกระบังลม(Sliding hernia) และโรคระเพาะอาหารโป่งพอง(Gastric volvulus)

1.4.2.2 ยืนยันการวินิจฉัยจากความผิดปกติของภาพถ่ายทางรังสีที่ สงสัยว่า เป็นเนื้องอกในกระเพาะอาหาร(Gastric tumor) แผลในกระเพาะอาหาร(Gastric ulcer) การตีบหรือ ตันของทางเดินอาหารส่วนบน(Upper tract stricture or obstruction) เป็นต้น

1.4.2.3 การตัดชิ้นเนื้อหรือการดูดเอาเนื้อเยื่อในลำไส้เล็ก เพื่อส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ

1.4.2.4 การค้นหาและตรวจติดตามโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดโป่งพองใน ทางเดินอาหาร(Surveillance for early esophageal varices) ในผู้ป่วยตับแข็ง และผู้ป่วยที่มีภาวะ เซลล์เยื่อบุหลอดอาหารปกติที่สงสัยเป็นมะเร็งหลอดอาหารให้ทำทุก 1-2 ปี ติดตามการหายของแผล ในกระเพาะอาหารที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 1 เซนติเมตร

1.4.3 เพื่อการรักษา ในปัจจุบันมีการทำหัตถการเพื่อรักษาได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความชำนาญของแพทย์ หัตถการเพื่อรักษามีดังนี้

1.4.3.1 เป็นวิธีมาตรฐานการรักษาภาวะเลือดออกของทางเดินอาหารส่วนบน

1.4.3.2 การรักษาเพื่อประคับประคองอาการ เช่น ถ่างขยายหลอดอาหาร (Esophageal stent) ด้วยการใส่ท่อ Endoprosthesis เป็นต้น

1.4.3.3 การผ่าตัด เช่น ผ่าตัดใส่สายยางให้อาหารทางลำไส้เล็กผ่านทางผิวหนัง หน้าท้อง (Percutaneous endoscopic Jejunostomy) เพื่อให้อาหารทางสายยาง การทำผ่าตัดใส่ สายยางให้อาหารทางกระเพาะอาหารผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) เพื่อรักษาภาวะกรดไหลย้อน และการผ่าตัดเนื้องอกเพื่อรักษามะเร็งในระบบ ทางเดินอาหารระยะแรกโดยใช้เครื่องมือจี้ไฟฟ้า (Endoscopic mucosa resection; EMR) การผ่าตัด รักษาผู้ป่วยกระเพาะที่ยื่นออกจากหลอดอาหารส่วนบน (Zenker's diverticulum) ที่มีปัญหากลืน ลำบาก

1.4.3.4 การทำหัตถการขยายส่วนต้นของท่อทางเดินอาหาร เช่น การขยาย ส่วนที่ตีบของหลอดอาหาร หรือการตีบของทางเดินอาหารส่วน Pylorus

1.4.3.5 นำเอาของแปลกปลอมที่กลืนเข้าไปออก

1.5 ข้อห้ามในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแก่ผู้ป่วย

แม้ว่าการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจะเป็นหัตถการที่เป็นประโยชน์ต่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคของระบบทางเดินอาหารส่วนบนดังที่ได้กล่าวไปแล้ว มีข้อห้ามในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนดังนี้ (Classen et al., 2010)

1.5.1 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาอย่างเพียงพอ เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

1.5.2 ผู้ป่วยที่มีการทะลุหรือสงสัยว่ามีการทะลุของทางเดินอาหาร

1.5.3 การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรืออันตรายถึงชีวิตมากกว่าประโยชน์ของการทำหัตถการ

1.6 ข้อพึงระวังในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

สำหรับในขั้นตอนการใส่กล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนผ่าน Oropharynx เข้าสู่หลอดอาหารส่วนบนโดยเฉพาะการใส่กล้องแบบ Blind Technic ในผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยพยาธิสภาพดังต่อไปนี้ เพราะอาจทำให้หลอดอาหารทะลุได้ (Classen et al., 2010)

1.6.1 ผู้ป่วยที่มีกระเปาะที่ยื่นออกจากหลอดอาหารส่วนบน

1.6.2 ผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อหลอดอาหารส่วนบนหรือด้านหลังช่องปากและโพรงจมูก

1.6.3 ผู้ป่วยที่มีประวัติการกลืนกรดหรือต่าง

1.6.4 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังส่วนคอผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองและกดทับหลอดอาหาร

1.7 ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจรักษาด้วยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน

1.7.1 ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

1.7.1.1 เกิดการฉีกขาดหรือทะลุของทางเดินอาหาร ซึ่งมีสาเหตุจาก

1) การส่องกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัย โดยสาเหตุของการทะลุหลอดอาหารจากการส่องกล้องทางเดินอาหารนั้นมีสาเหตุมาจากใส่กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารแบบ Blindly technic ทำให้เกิดการทะลุได้หากโดนส่วนที่เป็นรอยโรค การตัดชิ้นเนื้อมะเร็งส่งตรวจ ประสิทธิภาพของแพทย์ผู้ตรวจ และในผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบจะเพิ่มอัตราการฉีกขาดหรือทะลุได้ พบได้ประมาณ 0.03% และมีอัตราการตาย 0.001% (Green, 2006; The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2012)

2) การทำหัตถการด้วยการจี้ไฟฟ้าเพื่อการห้ามเลือด สำหรับการจี้ห้ามเลือดด้วยเครื่องไบโพลาร์(Bipolar electric surgery Unit) และจะเพิ่มขึ้นอีก รวมถึงการใช้คลิป

หนีบเส้นเลือด(Endoclip) เพื่อการทำการห้ามเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร พบได้ประมาณ 0-2% (Green, 2006; The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2012)

1.7.1.2 ภาวะเลือดออก พบได้ในรายที่ทำให้เกิดการด้วยการตัดเนื้อหรือตัดเนื้อเยื่อเพื่อการทำการส่องตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาหลายๆ ตำแหน่ง ซึ่งสาเหตุดังกล่าวพบจำนวนน้อยมากที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดหรือการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะเลือดออก (Classen et al., 2010; The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2012)

1.7.1.3 การสูดสำลักน้ำลาย เศษอาหารหรือสารคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารจากการได้รับยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำร่วมกับการใช้ยาชาเฉพาะที่เพิ่มอัตราการเกิด Aspiration pneumonia (Glenn et al., 2002; Green, 2006; Menachem et al., 2012)

1.7.2 ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงแต่พบได้บ่อย มักทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ได้แก่

1.7.2.1 อาการเจ็บคอ อาการไม่สุขสบาย อึดอัด แน่นท้อง

1.7.2.2 อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อาจมีสาเหตุจาก Vagus Nerve ถูกกระตุ้น(Menachem et al., 2012)

1.7.2.3 ผู้ป่วยมีโอกาสภาวะพร่องออกซิเจน คือ O₂ Saturation ต่ำกว่า 90% โดยเฉพาะนาทีแรกของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบได้ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด(กำธร ต้นศิริวิทยาทันท์, 2547)

1.8 การให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแก่ผู้ป่วย

ปัจจุบันเนื่องจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นหัตถการที่ทำกันอย่างแพร่หลาย มีความก้าวหน้าที่สามารถจะตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องผ่าตัดหรือช่วยให้การผ่าตัดทำได้สะดวกขึ้นด้วย การทำหัตถการมีความซับซ้อนมากขึ้นและใช้เวลานานขึ้น การที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและต้องกลืนกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการทำหัตถการได้ จึงจำเป็นต้องให้ยาระงับความรู้สึก สำหรับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด (Amornyotin et al., 2009; The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2008; สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2555) ดังนี้

1.8.1 การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Topical Anesthesia) เป็นวิธีการทำให้มีความรู้สึกชาและเจ็บปวดลดลงเฉพาะบริเวณโคนลิ้น(Oropharynx Supraglottic area) และหลอดอาหาร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดอาการขย้อน(Gag reflex) ระหว่างการใส่กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนลงไป ใน Oropharynx โดยมีระยะเวลาออกฤทธิ์ที่สามารถระงับความรู้สึก คือ ประมาณ 4-5 นาที ระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุดประมาณ 10-15 นาที และคงระยะเวลาการออกฤทธิ์

ประมาณ 30-60 นาที การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่นี้จึงเหมาะกับผู้ป่วยที่ใช้เวลาทำหัตถการไม่นาน ไม่มีความเจ็บปวดรุนแรงและผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือได้ดีและมีข้อควรระวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการสูดสำลักทั้งในระหว่างการทำหัตถการและหลังทำ เนื่องจากเป็นการกำจัด Gag reflex ในช่วงที่ Lidocain ยังคงออกฤทธิ์อยู่โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยากล่อมประสาทร่วมด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการสูญเสีย Protective reflex ในการป้องกันการสำลักไป หลังการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนควรรอให้ผู้ป่วยตื่นดีและหายจากอาการชาภายในบริเวณลำคอ และควรทดสอบโดยให้ลองจิบน้ำสะอาดเพื่อทดสอบว่าผู้ป่วยมีการกลืนกลับมาเป็นปกติแล้ว นอกจากนี้ควรระวังจากการให้ยา Lidocain ที่มากเกินไป ผู้ป่วยอาจมีอาการมึนศีรษะ ง่วงซึมและชาบริเวณลิ้นและริมฝีปาก หูอื้อ ตาพร่า ชักหมดสติและหัวใจหยุดเต้นได้ (The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2008)

1.8.2 ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ที่ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ Lidocain มีหลายรูปแบบ (Amornyotin et al., 2009) ดังนี้

1.8.2.1 ยาชาเฉพาะที่รูปแบบเจล 2% Lidocain viscous โดย 1 มิลลิลิตรของ 2% Lidocain viscous มีปริมาณยา 20 มิลลิกรัม ขนาดยาที่ให้ได้สูงสุดคือ 5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ดังนั้นหากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม สามารถให้ยาได้สูงสุด 250 มิลลิกรัม หรือสามารถให้ยา 2% Lidocain viscous ได้สูงสุดเท่ากับ 12.5 มิลลิลิตร

1.8.2.2 ยาชาเฉพาะที่ชนิดรูปแบบพ่น 10% Lidocain Spray โดย 1 Puff ของ 10% Lidocain Spray มีปริมาณยา 10 มิลลิกรัม ขนาดยาที่ให้ได้สูงสุดคือ 5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ดังนั้นหากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม สามารถให้ยาได้สูงสุด 250 มิลลิกรัม หรือสามารถให้ยา 10% Lidocain Spray ได้สูงสุดเท่ากับ 25 Puff

1.8.3 การให้ยากล่อมประสาท (Sedation) สามารถพิจารณาให้ร่วมกับการให้ยาชาเฉพาะที่ได้หรือใช้เป็นวิธีเดียวในการระงับความรู้สึกได้ซึ่งแพทย์ผู้ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม ซึ่งระดับของการให้ยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำตามข้อกำหนดของ American Society of Anesthesiologist (ASA) ได้แบ่งระดับของการให้ยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำออกเป็น 3 ระดับ (Amornyotin et al., 2009) ดังนี้

1.8.3.1 Minimal sedation จุดประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้ร่วมกับ Topical anesthesia ได้ผู้ป่วยยังสามารถตอบสนองและสามารถทำตามคำสั่งได้ตามปกติ มี Cognitive function และ Coordination ลดลงแต่ยังไม่มีเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจและระบบไหลเวียน โดยปกติการให้ยา Sedation หรือยาแก้ปวดให้รับประทานหนึ่งครั้งร่วมกับการให้ Nitrous oxide ในระดับไม่เกินร้อยละ 50

1.8.3.2 Moderate sedation หรือ Conscious sedation ผู้ป่วยมีระดับการรู้สึกตัวลดลงแต่ยังคงตอบสนองต่อคำสั่งหรือการกระตุ้นเบาๆ (Tactile stimuli) ผู้ป่วยยังคงสามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยยังคงปกติ ซึ่ง Moderate sedation เป็นระดับ Sedation ที่ใช้บ่อยสำหรับทำหัตถการผ่านกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน โดยยาที่นิยมใช้ Midazolam และ Fentanyl แต่มีรายงานว่าพบร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับ Moderate sedation ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนกลายเป็น Deep sedation

1.8.3.3 Deep sedation ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงจนปลุกตื่นยาก มีการตอบสนองต่อคำสั่งน้อยลงต้องย่ำๆ หรือมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจต้องการให้ช่วยเปิดทางเดินหายใจ การหายใจอาจไม่พอเพียง ระบบการไหลเวียนของผู้ป่วยยังคงทำงานได้เพียงพอ โดยยาที่นิยมใช้ Midazolam และ Fentanyl โดยให้ในขนาดที่สูงหรืออาจใช้ร่วมกับ Propofol ได้

1.8.3.4 General anesthesia ผู้ป่วยจะไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นถึงแม้จะมีความเจ็บปวด โดยผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเปิดทางเดินหายใจรวมถึงการช่วยหายใจเนื่องจากยาที่ให้การหายใจหรือหย่อนกล้ามเนื้อ โดยมากใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงถ้าใช้การ Sedation เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วน ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการสูดสำลัก วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยนิ่งแพทย์ส่องกล้องสามารถทำหัตถการได้นานตามต้องการ สามารถควบคุมการหายใจและป้องกันการสูดสำลักได้ดี กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารจะทำให้วิสัญญีแพทย์สามารถควบคุมการทำงานของระบบการไหลเวียนได้ดีกว่าการให้ Sedation (Amornyotin et al., 2009; The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2008)

สิ่งที่สำคัญในการเลือกวิธีในการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในแต่ละรายนั้นขึ้นอยู่กับ สภาวะความแข็งแรงของผู้ป่วยก่อนมาทำหัตถการ พฤติกรรมความร่วมมือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนั้น ควรมีการเฝ้าติดตามตามมาตรฐานของ American Society of Anesthesiologist guideline รวมถึงการดูแลหลังทำหัตถการเสร็จการส่งกลับหอผู้ป่วยหรือจำหน่าย

1.9 ภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นหัตถการเพื่อใช้ในการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน ปัจจุบันการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นหัตถการที่ทำทั้งในและนอกห้องผ่าตัด ในปี 2538 มีการสำรวจในประเทศอังกฤษ พบว่า การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน 10,000 ครั้ง มีอัตราการเสียชีวิต 1 ต่อ 2000 ราย ส่วนใหญ่เกิดขณะทำหัตถการ

หัตถการนี้ดูเหมือนไม่น่าจะอันตรายแต่ก็มีความเสี่ยง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25% ทำหัตถการนี้ในสถานที่ที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิต และร้อยละ 30 แพทย์ผู้ทำหัตถการนี้มีประสบการณ์ไม่มาก กล่าวคือ ทำหัตถการนี้น้อยกว่า 200 ครั้งต่อปี อีกทั้งมีข้อบกพร่องของการเฝ้าระวัง การให้ออกซิเจนสุดคม การเปิดเส้นเลือดดำเพื่อการให้ยาช่วยชีวิต(กัธร ตันติวิทยาพันธ์, 2547) ซึ่งในปีพ.ศ.2544 American Society of Anesthesiologist (ASA) ได้ให้แนวปฏิบัติสำหรับสมาคมรังสีวิทยา สมาคมศัลยกรรมช่องปาก และสมาคมส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งสหรัฐอเมริกา สรุปได้ดังนี้ การให้ยาระงับความรู้สึกสามารถกระทำได้ในระดับ Moderate Sedation หรือ Conscious sedation โดยหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจยังปกติ ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบสนองต่อคำสั่งหรือการกระตุ้น มีทางเดินหายใจโล่งหายใจเองได้อย่างเพียงพอ ทั้งนี้แพทย์และผู้ช่วยต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสมาคมส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งสหรัฐอเมริกา ที่มีความรู้ด้านเภสัชวิทยา การประเมินและติดตามอาการหลังได้รับยา การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบและได้จำแนกตามระบบการทำงานของร่างกายได้ (Classen et al., 2010; The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). 2008) ดังนี้

1.9.1 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ

1.9.1.1 ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ(Airway obstruction) พบได้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกลดลงจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนตัวตกลงไปด้านหลังทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจบริเวณ Oropharynx การอุดกั้นทางเดินหายใจในระดับที่ต่ำกว่า Oropharynx พบในบ่อยในผู้ป่วยที่ให้การระงับความรู้สึกแบบ Deep sedation ที่ไม่ลึกพอเมื่อถูกกระตุ้นด้วยการใส่กล้องส่องตรวจทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม (Bronchospasm) และในผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่จัด

1.9.1.2 การกดการหายใจ(Respiratory depression) การให้ยากลุ่ม Opioid, Benzodiazepan และ Propofol ทั้งหมดมีฤทธิ์กดการหายใจเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจน การติด O₂ Saturation เป็นประโยชน์และช่วยให้เราสามารถแก้ไขได้รวดเร็ว

1.9.1.3 การสูดสำลักเข้าปอด (Aspiration) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการสูดสำลัก คือ

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินอาหาร ได้แก่ กลืนลำบาก หลอดอาหารตีบแคบ และลำไส้อุดตัน เป็นต้น
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีสารคัดหลั่งในทางเดินอาหาร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น
- 3) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน เป็นต้น

1.9.1.4 ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียน

1) ความดันโลหิตต่ำ ยาที่ผู้ป่วยได้รับเกือบทุกชนิดที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องสารน้ำจากการงดน้ำและอาหาร ซึ่งภาวะความดันโลหิตต่ำอาจเกิดจากการกระตุ้นเส้นประสาททวารกัส (Vagal stimulation) จากการใส่กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน (Menachem et al., 2012)

2) ภาวะความดันโลหิตสูง พบในผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดี การใส่กล้องส่องตรวจเข้าหลอดอาหารทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง และความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวด

3) ภาวะหัวใจเต้นช้า พบในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Beta blocker ผู้ป่วยที่ได้รับ Fentanyl และผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นรีเฟล็กซ์จากการยืดขยายของเยื่อช่องท้องจากการเป่าลมเข้าในกระเพาะอาหารได้

4) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ สูบบุหรี่จัด ไตวายเรื้อรัง เป็นเบาหวาน มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่แล้ว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดรูปแบบพ่น เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนบน รวมถึงหัตถการดังต่อไปนี้การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจหาเชื้อ Helicobacter pylori และการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ สำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยใช้การระงับความรู้สึกด้วยยาชาเฉพาะที่ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา มีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ และได้รับสิ่งกระตุ้นจากสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

2. บทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นหัตถการที่จัดว่าเป็นภาวะคุกคามทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารนั้นถือเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั่วไป จึงสามารถแบ่งระยะของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ระยะระหว่างส่องกล้องและระยะหลังจากส่องกล้อง(กันยา ออประเสริฐ, 2530) โดยมีกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับในปัจจุบัน(ปณัฐดา ชาตีสวรรณ, 2553) ดังนี้

2.1 ระยะเวลาที่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ระยะเวลาที่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน หมายถึง การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่หลังจากแพทย์นัดหมายกับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนถึงผู้ป่วยเข้ามานอนรอ ณ ห้องรอก่อนส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน การพยาบาลผู้ป่วยในขณะนี้จึงเป็นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการตรวจ ดังนี้

2.1.1 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อนัดหมายเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ในระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับการวินิจฉัยโรค เมื่อได้รับการบอกจากแพทย์ว่าจะต้องเข้ารับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและแพทย์อาจมีเวลาไม่มากพอที่จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอเนื่องจากไม่มีเวลาเนื่องจากมีผู้ป่วยมารอเข้ารับการตรวจมาก จึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารให้กับผู้ป่วย

2.1.1.1 พยาบาลประเมินความวิตกกังวลจากสีหน้าและสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.1.1.2 พยาบาลให้คำแนะนำและอธิบายขั้นตอนการตรวจ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ อาการอึดอัดแน่นท้อง อาการเจ็บคอภายหลังการตรวจ รวมถึงการฉีกขาดหรือทะลุของทางเดินอาหารซึ่งอาการดังกล่าวพบได้น้อย และให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหาร

2.1.1.3 พยาบาลจะสอบถามเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยาของผู้ป่วยจากตัวผู้ป่วยหรือญาติ

2.1.1.4 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการส่งกล้อง เพื่อไม่ให้มีอาหารค้างในกระเพาะ ถ้านัดเข้ารับส่งกล้องในช่วงเช้า ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำตั้งแต่หลังเที่ยงคืน ถ้านัดเข้ารับการส่งกล้องช่วงบ่าย ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังจากทานอาหารมื้อเช้า นำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมาส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนครั้งนี้มาด้วย

2.1.2 วันที่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนผู้ป่วยเข้ามานอนรอ ณ ห้องรอก่อนเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ดังนี้ พยาบาลประเมินความวิตกกังวล ตรวจสอบความพร้อมทางด้านร่างกาย สอบถามการงดน้ำและอาหาร พร้อมทั้งตรวจสอบและดูแลถอดฟันปลอมหรือของมีค่า สอบถามโรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยา ให้อธิบายขั้นตอนการเข้ารับการตรวจอย่างคร่าวๆ และให้ความมั่นใจ เป็นต้น

2.2 ระยะระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ระยะระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน หมายถึง ช่วงเวลาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยย้ายเข้าไปในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนกระทั่งเสร็จสิ้นการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนและย้ายออกจากห้องส่องกล้องทางเดินอาหารในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

2.2.1 ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย และตรวจสอบการถอดฟันปลอมหรือเก็บของมีค่า สอบถามโรคประจำตัวและประวัติการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าสู่ห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร

2.2.2 ให้คำแนะนำบุคลากรเจ้าหน้าที่ของห้องผ่าตัด แนะนำสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ พร้อมทั้งตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจะใช้ในการตรวจและขั้นตอนอย่างคร่าวๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม

2.2.3 อธิบายขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ พร้อมแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย

2.2.4 พยาบาลทำการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 5 นาที รวมทั้งความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด พร้อมลงบันทึกค่าต่างๆของการเฝ้าระวังในระยะก่อน ระหว่างและภายหลังทำหัตถการจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย ซึ่งจะช่วยให้เห็นแนวโน้มของการเกิดผลแทรกซ้อนได้แต่เนิ่นๆ ด้วย(กัธร ตันติวิทยาพันธ์, 2547)

2.2.5 พยาบาลพ่นยาชาเฉพาะที่กับผู้ป่วยด้วย 10 % lidocaine จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้คือ 1)พ่นบริเวณโคนลิ้น ทอนซิล และ Anterior pillar 2 ข้าง รวมทั้งบริเวณคอด้านหลัง Epiglottis และ Vallecula และ 2)ใช้ไม้กดลิ้นช่วยกดโคนลิ้นและพ่นไปที่บริเวณโคนลิ้น ทอนซิล Anterior pillar 2 ข้าง บริเวณคอด้านหลัง Epiglottis และ Vallecula ภายหลังการพ่นยาชาแล้ว พยาบาลบอกให้อมยาชาที่พ่นไว้ไว้ 30 วินาทีแล้วจึงค่อยๆ กลืน โดยทั่วไปยาชาจะออกฤทธิ์หลังจากพ่นยาชา 5 นาที และคงฤทธิ์อยู่ 30-60 นาที (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2555)

2.2.6 พยาบาลประเมินการออกฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยพยาบาลใช้ไม้กดลิ้นแตะที่โคนลิ้นดันเข้าออกเบาๆ หากยาชาออกฤทธิ์เต็มที่แล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการขย้อน

2.2.7 จัดทำเพื่อเข้ารับการตรวจ เมื่อยาชาออกฤทธิ์เต็มที่แล้วพยาบาลแจ้งผู้ป่วยให้นอนในท่านอนตะแคงซ้าย ก้มศีรษะลงเล็กน้อยค้างชิดอกและอยู่ในแนวเดียวกันกับลิ้นปี่ เพื่อเตรียมสำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทบทวนขั้นตอนการตรวจพร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบอีกครั้ง

2.2.8 เมื่อเริ่มการส่องกล้องผู้ป่วยจะได้รับอุปกรณ์ช่วยให้อ้าปาก (Mouth guard) ได้ตลอดการตรวจ โดยพยาบาลจะจัดให้อยู่ระหว่างฟันบนและฟันล่างของผู้ป่วย เมื่อแพทย์ใส่กล้องถึงบริเวณคอ แพทย์จะบอกให้ผู้ป่วยช่วยกลืนให้ผู้ป่วยกลืนตามการนับ “หนึ่ง-สอง-สามกลืน” ให้ผู้ป่วย

กลืนสายกลิ้งส่องตรวจพร้อมกับแพทย์นับ “สามกลืน” เมื่อกลิ้งผ่านเข้าสู่หลอดอาหารให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกช้า ๆ ทางจมูก และหากมีน้ำลายห้ามกลืนเพราะอาจสำลักได้ หลังจากนั้นแพทย์จะเป่าลมเพื่อให้ทางเดินอาหารโป่งออกเพื่อดูพยาธิสภาพได้อย่างชัดเจน แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นท้องและผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้จากจอภาพตลอดการส่องกล้องทางเดินอาหาร

2.2.9 พยาบาลดูแลเรื่องการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาชาเฉพาะที่ เพื่อลดความเจ็บปวดจะมีผลทำให้ความรู้สึกในลำคอลดลงหรือความรู้สึกหายไป ส่งผลทำให้มีข้อบกพร่องในการกลืนชั่วคราว แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายให้ปล่อยน้ำลายไหลออกมาเพื่อป้องกันการสำลัก พยาบาลจะเตรียมเครื่องดูดน้ำลาย(Suction) ดูดเสมหะให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลักและทำให้เกิดภาวะปอดบวม(Society of Gastroenterology Nurses and Associates., 2013)

2.2.10 สังเกตและสอบถามอาการปวดและอาการไม่สบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้ข้อมูลถึงขั้นตอนการตรวจ ให้กำลังใจ ซึ่งหากไม่สามารถทนได้ให้ใช้ภาษากายเพื่อสื่อสารตามที่ได้ตกลงกันไว้ เช่น หากมีความเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่ไหวให้ยกมือขึ้นหรือให้โบกมือหากช่วยเหลือของพยาบาลไม่ถูกต้องหรือทำสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย

2.2.11 การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการแน่นอึดอัด ท้องกรณีผู้ป่วยไม่มีอาการกลัว ผู้ป่วยจะได้ดูภาพภายในช่องทางเดินอาหารโดยฉายภาพแสดงการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน หรือแนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายหรือต่อสู้กับความเจ็บปวด การอึดอัดแน่นท้อง โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายหายใจ การทำสมาธิ การใช้ลูกบอลคลายเครียด เป็นต้น

2.3 ระยะเวลาหลังการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แพทย์จะทำการดูดลมออกจากลำไส้เล็กส่วนบน กระเพาะอาหารและหลอดอาหารเพื่อลดความอึดอัด แน่นไม่สบายท้อง พยาบาลประเมินผู้ป่วยหลังการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ดังนี้

2.3.1 การตรวจสอบสัญญาณชีพอีกครั้งภายหลังการตรวจเสร็จ

2.3.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ได้แก่ ฟันโยก อาการเจ็บคอ อาการแสดงถึงภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร อาการอึดอัดแน่นท้อง

2.3.3 ให้ผู้ป่วยนอนพักและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องทางเดินอาหาร ไม่กลืนน้ำลาย ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารจนกว่าความรู้สึกหายหรืออาการจะหมดไป หากรู้สึกหายขาดแล้วให้ลองจิบน้ำสะอาดก่อน ซึ่งโดยปกติอาการจะหายไปใน 1 ชั่วโมง

2.3.4 อธิบายวิธีการมารับการตรวจตามนัด หรือรับฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อต่าง ๆ

2.3.5 หากมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บคอมาก เจ็บคอเวลากลืนอาหาร ปวดท้อง มีไข้ และหายใจเหนื่อยให้โทรติดต่อหรือกลับมาพบแพทย์

3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ความวิตกกังวลพบได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการต่างๆไปรวมทั้งการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ได้แก่ ความหมาย ลักษณะของความวิตกกังวล ประเภทของความวิตกกังวล กลไกการเกิดความวิตกกังวล การประเมินความวิตกกังวล ผลของความวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนไว้ดังนี้

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Anxious” หมายถึง ความคับแค้นหรือบีบรัด และมีนักวิชาการได้ให้คำจำกัดความหรือความหมายของ “ความวิตกกังวล” ไว้อย่างหลากหลายดังนี้

Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคามปลอดภัยของผู้ป่วย โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ

Alexander and Parsons Annette (1987) กล่าวว่าไว้ว่าความวิตกกังวลคือสภาวะของความตึงเครียดของจิตใจ ความหวาดหวั่นหรือกระวนกระวายใจ ที่การตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นจริงหรือตนเองคิดนึก ความรู้สึกนี้ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นความรู้สึกของค่านิยมของความหวาดกลัว ขาดที่พึ่ง การที่ต้องถูกแยกให้อยู่ตามลำพังและความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและประเมินว่าตนเองถูกคุกคาม

จำลอง ดิษยวณิช (2531) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจและความหวาดหวั่น เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น การมีสิ่งที่ทำให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บเป็นอันตรายหรือถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนทางจิตใจมักเป็นการคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตน(Self-esteem) และคุกคามต่อความผาสุก(Well-being)

ตามที่นักวิชาการได้กล่าวมานั้นพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่คาดการณ์ต่อสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งในระยะก่อนและระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายใจ มีความกลัว หวาดหวั่น กระสับกระส่าย ตื่นเต้นและกระวนกระวายใจ

3.2 ลักษณะของความวิตกกังวล

ลักษณะของความวิตกกังวลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งลักษณะของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

3.2.1 Lader and Mark (1971) ได้อธิบายถึงลักษณะของการแสดงความวิตกกังวลออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

3.2.1.1 ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) เป็นองค์ประกอบของพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีตและสภาพการณ์ปัจจุบันของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ จะมีปฏิสัมพันธ์กันกลายเป็นส่วนหนึ่งของอยู่

3.2.1.2 ความวิตกกังวลในขณะนั้น (State Anxiety) เมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอกเข้าสู่การรับรู้ของบุคคล จะมีการประเมินว่าสิ่งเร้าที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนหรือไม่ ซึ่งการประเมินนี้ได้รับอิทธิพลจากความวิตกกังวลแฝงด้วย ถ้าหากบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้าที่คุกคามต่อตน จะมีการแสดงออกของความวิตกกังวลระบบการทำงานของประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา มีพฤติกรรมแสดงออกโดยใช้กลไกการเผชิญต่อความเครียด (Coping Mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลหรือกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

3.2.2 Spielberger and Sydeman (1994) ได้แบ่งลักษณะของความวิตกกังวล แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

3.2.2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-state) เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว และทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกหวาดหวั่น หงุดหงิดไม่สบายใจ ตื่นเต้นกระสับกระส่าย ความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์และไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ โดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลในแต่ละผู้ป่วยจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละผู้ป่วย กล่าวคือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน เมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น สอดคล้องกับ การที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนทั้งในระยะก่อนและระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สุขสบาย ไม่มั่นใจในผลการรักษา และ อันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น

3.2.2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับผู้ป่วยในสถานการณ์ทั่วไปเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล จะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของผู้ป่วยและจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน คือ ผู้ป่วยที่ความวิตกกังวลแฝงสูง

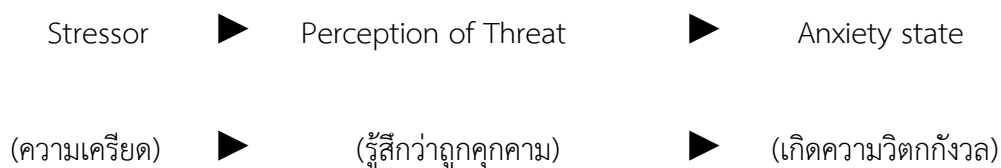
เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงและยาวนาน ในผู้ป่วยที่เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญบ่อยครั้งโดยแต่ละครั้งมีความรุนแรง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นมีความวิตกกังวลแฝงในระดับที่สูงขึ้นได้

พอสรุปได้ว่าลักษณะของความวิตกกังวลมี 2 แบบ ซึ่ง Lader and Mark (1971) ได้แนวคิดจาก Spielberger et al. (1970) ซึ่งความวิตกกังวลทั้ง 2 ลักษณะมีความสัมพันธ์กันคือเมื่อมีผู้ป่วยต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนถือว่าเป็นสิ่งเร้าทำให้ผู้ป่วยกระบวนการเรียนรู้และความวิตกกังวลแฝงคือความวิตกกังวลสถานการณ์ต่างๆ ไปที่ผู้ป่วยเคยประสบมาก่อนนำมาใช้ประเมินสิ่งเร้าที่มากระทบเมื่อผู้ป่วยประเมินได้ว่าสิ่งเร้าจะเข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามตนเองจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ (ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2535)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนถือเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้นคือการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายไม่มั่นใจในผลการรักษา และอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนครั้งแรกเนื่องจากไม่มีประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากกังวลในสิ่งที่ไม่รู้ การคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ผลของการตรวจว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่เป็น ซึ่งความวิตกกังวลสามารถลดลงได้หากผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (Van Vliet et al., 2004)

3.3 กลไกการเกิดความวิตกกังวลเมื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

กลไกของการเกิดความวิตกกังวลตามแนวทฤษฎีของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger & Sydeman, 1994) ได้อธิบายการเกิดความวิตกกังวลว่าเป็นผลของกระบวนการในการเผชิญความเครียด (Coping Mechanism) ที่ประกอบด้วยเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าสามารถทำให้เกิดอันตรายได้ (Stressor) เกิดการรับรู้ว่าสิ่งเร้าคุกคามต่อตนเอง (Perception of Threat) ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety State) กระบวนการดังกล่าวแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้



การเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนนั้นอธิบายได้ว่า สถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการส่องกล้องจัดเป็นสถานการณ์ความเครียด (stressor) ทั้งในระยะก่อนและระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องครั้งแรก กล่าวคือ เมื่อแพทย์ได้นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการส่องกล้องมาก่อนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยในการคาดเดาสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดไม่แน่ใจว่าต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสถานที่ห้องส่องกล้องเป็นอย่างไร การส่องกล้องเป็นอย่างไรและมีขั้นตอนอย่างไร กล้องส่องตรวจจะเข้าไปในกระเพาะอาหารได้อย่างไรจะเกิดความรู้สึกอย่างไรในระหว่างการส่องกล้อง ความรู้สึกนึกคิดคาดเดาหรือความต้องการข้อมูลต่อสถานการณ์การส่องกล้องที่มีความชัดเจนไม่คลุมเครือ ซึ่งสิ่งเร้าดังกล่าวที่ทำการกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และจากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และรู้สึกว่าคุณคึกคาม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การส่องกล้องทางเดินอาหาร

3.4 ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเมื่อต้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละผู้ป่วยมีความรุนแรงไม่เท่ากันขึ้นกับสิ่งกระตุ้นและการประเมินความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของผู้ป่วยนั้น ได้มีการแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ (Peplau, 1991) คือ

ระดับความวิตกกังวล	รายละเอียดถึงการแสดงออกหรือพฤติกรรม
1. .ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety)	เกิดจากความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลในระดับนี้มีผลทำให้ความมีสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว การรับรู้กว้างขึ้น การเรียนรู้ดีขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักหาวิธีในการแก้ปัญหาและการบรรเทาความวิตกกังวล การควบคุมตนเองมีมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเล็กน้อย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวบริเวณใบหน้า ต้นคอ เป็นต้น

ระดับความวิตกกังวล	รายละเอียดถึงการแสดงออกหรือพฤติกรรม
2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety)	ความวิตกกังวลในระดับนี้ มีผลทำให้ความมีสติสัมปชัญญะยังคงมีอยู่แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวมากขึ้นจนเกือบจะ ลุกสี่ลุกกลน การรับรู้แคบลง การรับรู้รับฟัง การทำความเข้าใจและการมองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ ลดลง ความสนใจมีจำกัด จะเลือกสนใจเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือที่จะช่วยให้ตนสบายใจขึ้น ยังคงใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้โดยต้องควบคุมสมาธิมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้น
3. ความวิตกกังวลรุนแรง (Severe Anxiety)	ความวิตกกังวลในระดับนี้ มีผลทำให้ความมีสติสัมปชัญญะลดลง และการรับรู้มากขึ้น การรับรู้รับฟังสิ่งที่เป็นสาระสำคัญมีน้อย หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดปลีกย่อย การคิดการมองสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง เกิดความกลัวสถานที่หรือสิ่งของมีอาการย้ำคิดย้ำทำ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ความจำและสมาธิไม่ดี ความเชื่อมั่นในตนเองลดลงจึงอาจจะพูดมากและเร็ว กระสับกระส่าย ความบกพร่องของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม
4. ความวิตกกังวล ท่วมท้น (Panic)	ความวิตกกังวลในระดับนี้เกิดจากความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง จึงมีการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะทนต่อไปได้ ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะขาดสติสัมปชัญญะ ตื่นตระหนก มึนงง สับสน วุ่นวาย เกียจกราด ควบคุมตนเองได้น้อย การรับรู้น้อยมากและผิดไปจากความเป็นจริง อาจมีอาการแปลสภาพผิด หลงผิด หรือประสาทหลอน ซึมเศร้า รับประทานอาหารไม่ได้ อาจมีอาการอ่อนเปลี้ย ไม่มีแรง จนไม่สามารถขยับแขนขา หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และอาจถึงแก่ความตายได้

ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนนั้นระดับความวิตกกังวลที่เหมาะสมในการเพื่อให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือที่ดี คือ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย เนื่องจากความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จะทำให้ความมีสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว การรับรู้กว้างขึ้น การเรียนรู้ดีขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักหาวิธีในการแก้ปัญหาและบรรเทาความวิตกกังวล สามารถควบคุมตนเองมีมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสัญญาณชีพเพียงเล็กน้อยจากการศึกษา Feyzullah et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนดังกล่าวมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 45.7$) สอดคล้องกับ ปณัฐดา ชาตีสวรรณ (2553) พบว่า มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 69$) ซึ่งเป็นระดับปานกลางถึงสูงเป็นความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีการรับรู้แคบ ควบคุมตัวเองได้น้อย แสดงออกโดยการกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง และไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลดังกล่าวส่งผลทำให้เป็นอุปสรรคต่อการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

3.5 การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Kneisl, 1996) การประเมินความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกต่างกันไปหลายประการ ดังนั้นเพื่อที่จะทราบถึงความวิตกกังวลในแต่ละผู้ป่วย จึงได้มีสามารถประเมินได้ 3 ด้าน คือ การประเมินด้วยการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การประเมินด้วยตนเอง และการประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

3.5.1 การประเมินความวิตกกังวลจากการวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Psychological Measure of Anxiety) เป็นการวัดความเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย (Mitchell & Loustau, 1981) เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออกเป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะใช้เครื่องมือในการวัด เช่น เครื่องมือการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องมือวัดชีพจร เครื่องมือการขยายของรูม่านตา และเครื่องมือวัดเหงื่อออก (Minckley & and Barbara, 1974) การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบากเนื่องจากความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การ เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละผู้ป่วยก็จะมีแบบแผนที่แตกต่างกัน (ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ, 2527)

3.5.2 การประเมินความวิตกกังวลโดยการให้ตอบแบบประเมินตนเอง (Self-Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้หรือผู้ป่วยรับรู้ตนเองประเมินตนเองว่ามีความวิตกกังวล โดยให้ตอบตามความรู้สึกของตนเองแล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลแบบสอบถามประเมินด้วยตนเองที่นิยมใช้ ได้แก่

3.5.2.1 แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory From X) ของ Spielberger et al. (1983) เป็นแบบความวิตกกังวลที่นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ เป็นแบบประเมินของ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) โดยได้นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปทดสอบหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าคงที่ภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.9 และมีการนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งนี้ นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ (2548) ได้ใช้ในการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.87 และปริศนา จิระชีวี (2551) ศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.80 นอกจากนี้ยังมีการนำแบบสอบถามดังกล่าวไปดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้ ธนารวรรณ ศรีกุลวงศ์ (2556) ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยการผ่าตัดต่อกระดูกในวัยผู้ใหญ่ ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.93 ซึ่งแบบสอบถามความวิตกกังวลดังกล่าวจะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory: From X-I) คือ แบบสอบถามที่วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ ข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ การแปลผลค่าของคะแนนความวิตกกังวลจะอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน หากมีคะแนนความวิตกกังวลน้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ และ คะแนนความวิตกกังวลมาก หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

2) แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety : From X-II) แบบสอบถามที่วัดความรู้สึกโดยทั่วไปของผู้ป่วยในทุกสถานการณ์ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบ 7 ข้อ และข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก 13 ข้อ การแปลผล ค่าของคะแนนความวิตกกังวลจะอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน หากมีคะแนนความวิตกกังวลน้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนความวิตกกังวลมาก หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

3.5.2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) ของ Gaberson (1995) เป็นแบบประเมินตนเอง มีลักษณะเป็นเส้นตรงตรงตามแนวนอนที่มียาว 10 เซนติเมตร โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย X ลงบนมาตรวัดที่ตรงกับความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด และความกังวลใจของตนเองที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ โดยด้านซ้ายมือหมายถึงไม่

ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้นเลย และด้านขวาหมายถึงตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับการให้คะแนนตามการวัดความยาวจากแนวเส้นด้านซ้ายมือหมายถึงไม่มีความวิตกกังวลเลยไปจนถึงที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลสูง มีการศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบกับส่ายตากับกับแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberg et al. (1983) ดังนี้ Vogelsang (1988) ได้มีทำการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการตัดขาโดยการผ่าตัด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.84$) แต่จากการศึกษาของ Kindler et al. (2000) ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ใช้ยาสลบ จำนวน 734 ราย พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.55$) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลอย่างง่าย มีความสะดวก รวดเร็วในการประเมิน

3.5.2.3 การประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นการสังเกตถึงความแปรผันในด้านต่างๆ โดยผู้ประเมินสังเกตพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม การสังเกตโดยตรง เช่น สังเกตการหายใจแรงขึ้น เหงื่อออก กัดริมฝีปาก กัดฟันตัวเอง การเคลื่อนไหว การพูดที่เร็วขึ้นหรือช้าลง เป็นต้น ตัวอย่างแบบประเมินโดยการสังเกตโดยตรงที่มีความสอดคล้องในการทำงานของร่างกาย ได้แก่ The Child Behavior Checklist Behavioral Checklist (CBCL) ของ Carla et al. (2011) แบบวัดอัตราการพูดของ Mahl (1956) การรับรู้จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกจากอารมณ์ที่อยู่ภายในเช่น การขาดสมาธิ อาการหงุดหงิด และการนอนไม่หลับ เป็นต้น ในการประเมินความวิตกกังวลจากพฤติกรรมการแสดงออกนั้นจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีการสร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา(พิชญภา พิษยะ, 2547)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ แบบประเมินความวิตกกังวล(State-Trait Anxiety Inventory Form X) สร้างและพัฒนาโดย Spielberg et al. (1983) รวมทั้งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต ของ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) ที่ทำการศึกษาคความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และได้นำแบบวัดความวิตกกังวลฉบับแปลเป็นภาษาไทยไปทดสอบหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าคงที่ภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค(Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.9 และมีการนำแบบวัดความวิตกกังวลฉบับภาษาไทยไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดดังนี้ นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ (2548) ได้ใช้ในการศึกษาคความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค(Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.87 และ ปรีศนา จิระชีวี (2551) ศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค(Cronbach alpha coefficient) ได้ค่า

ความเที่ยง 0.80 นอกจากนี้ยังมีการนำแบบวัดความวิตกกังวลดังกล่าวไปดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสม
 ดังนี้ ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ (2556) ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในวัย
 ผู้ใหญ่ หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค(Cronbach alpha coefficient) ได้
 ค่าความเที่ยง 0.93

ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลแบบประเมินความวิตกกังวล(State-Trait Anxiety Inventory Form X) ที่สร้างและพัฒนาโดย Spielberger et al. (1983) รวมทั้งแปลเป็นภาษาไทย
 โดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต ของ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) มีความ
 เที่ยงสูงและมีการใช้อย่างแพร่หลายและตรงกับสถานการณ์การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความ
 วิตกกังวลแฝงเพื่อจับคู่คุณสมบัติที่สำคัญเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อตัวแปรตามคือความ
 วิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมให้ผู้ป่วยความวิตกกังวลขณะ
 เฉลียวรุนแรงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2535) และใช้แบบประเมินความ
 วิตกกังวลขณะเฉลียวในการประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
 และการประเมินความวิตกกังวลระหว่างที่ได้รับส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

สำหรับการประเมินการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับ
 อาการที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย
 แต่ละรายมีแบบแผนที่แตกต่างกัน(ศิริกาญจน์ เผือกเทศ, 2527) และจากการทบทวนวรรณกรรม
 พบว่าการใช้ยาชาชนิดพ่นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่ออัตราการเต้นของหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็ว แม้ว่า
 ไม่พบทุกราย(Amoronyotin et al., 2009) ซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการวัดได้อีกทั้งการ
 ใส่กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนเข้าไปในหลอดอาหารกระเพาะอาหารรวมทั้งการเป่าลมให้
 กระเพาะอาหารขยายตัวเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 Valgus Nerve มีผลต่อการอัตรา
 การเต้นของหัวใจและความดันโลหิตทำให้เกิดหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำได้ (Green, 2006)

ในขณะที่แบบประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบกับสายตา(Visual analog scale)
 ของ Gaberson (1995) แม้ว่ามีรายงานการศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมินความวิตกกังวลโดย
 เปรียบเทียบด้วยสายตากับแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger et al. (1983)ในผู้ป่วย
 หญิงที่เข้ารับการตัดขาโดยการผ่าตัดพบว่ามีความสัมพันธ์ (r=0.84)(Vogelsang, 1988)
 แต่จากการศึกษาของ Kindler et al. (2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมินความวิตก
 กังวลโดยเปรียบเทียบกับสายตากับแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger et al. (1983) ใน
 ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ใช้ยาสลบทั้งเพศหญิงและเพศชายจำนวน 734 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์กันใน
 ระดับปานกลางมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r = 0.55, p<0.01) จะเห็นได้ว่าแบบประเมินความวิตก
 กังวลโดยเปรียบเทียบกับสายตาของ Gaberson (1995) เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินความวิตก
 กังวลของ Spielberger et al. (1983) สามารถประเมินความวิตกกังวลได้ใกล้เคียงในการศึกษาใน

เพศหญิงตั้งการศึกษาของ Vogelsang (1988) แต่เมื่อศึกษาในผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายพบว่าแบบสอบถามทั้งสองแบบมีความสัมพันธ์ลดลงอย่างชัดเจน

3.6 ผลของความวิตกกังวล

ในขณะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นการตอบสนองของระบบหลายระบบในร่างกายที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามหรืออันตราย จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจ และระบบต่างๆ ของ ร่างกาย ดังนี้ (Kneisl, 1996)

3.6.1 ทางด้านร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นทางร่างกายจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน บางคนอาจจะมีอาการเพียงระบบใดระบบหนึ่ง ขณะที่บางคนอาจมีอาการในหลาย ๆ ระบบร่วมกัน ถ้าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ จะไม่ก่ออันตรายมาก แต่ถ้าเกิดขึ้นเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคได้ เพราะร่างกายอยู่ในภาวะที่ผิดปกติเป็นเวลานาน อาการทางร่างกายดังนี้ อาการปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง และเร็ว เจ็บหน้าอก อาการหายใจเร็วและลึกอย่างผิดปกติ (Hyperventilation Syndrome) ทำให้สูญเสียก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เกิดการสูญเสียภาวะสมดุล ของกรดและด่างในร่างกาย (Respiratory Alkalosis) ผู้ป่วยจะใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก วิงเวียน หน้ามืด รู้สึกชาตามแขนและขา เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย มีอาการปัสสาวะบ่อย บางคนรู้สึกงูบวบบตามตัว มีเหงื่อออกมาก มีอาการกล้ามเนื้อตึง ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ ปวดหลัง มือ-เท้าสั่นกระตุก อ่อนล้าและเหนื่อยง่าย ในเพศหญิงพบอาการปวดประจำเดือน และในเพศชายพบว่ารู้สึกว่าการตนเองหมดสมรรถภาพทางเพศ (Impotence)

3.6.2 ทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา การรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ตกใจ กลัว กระวนกระวาย ท้อแท้ และรู้สึกไม่มีคุณค่า ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง เป็นต้น

3.6.3 ด้านพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลพฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล พูดเร็วและย่ำถ้อยคำ ไม่อยู่นิ่ง เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย แยกตัว หรือถอยหนีต่อเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึก จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

สำหรับในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและพฤติกรรม ในระยะก่อนผ่าตัดพบ ปัสสาวะบ่อย ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียความตั้งใจ กลัว กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น

3.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนดังนี้

3.7.1 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522) ซึ่งแบ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่เป็น 3 ระยะ คือ ผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว อายุ 21-40 ปี เป็นช่วงวัยที่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้โดยไม่หวั่นไหว มักมองโลกในแง่ดีและมีสุขุมรอบคอบ วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน คือช่วงอายุ 41- 60 ปี เป็นระยะที่ต้องสร้างครอบครัวให้มั่นคงทำให้ต้องอุทิศแรงกายเพื่องาน ผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยสูงอายุ คือช่วงอายุ 61- 80 ปี เป็นวัยแห่งความสูญเสียได้แก่ สูญเสียความเป็นผู้นำครอบครัว สูญเสียคู่สมรส สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ มามากกว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า และ การศึกษาของ Chuah et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 31-60 ปี มีความวิตกกังวลสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่น

3.7.2 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวลโดยเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวล เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจนซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการแสดงออกได้มากกว่าและมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1971) และจากการศึกษาของ Chuah et al. (1999) พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .0001$

3.7.3 ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ การีเวท (2514 : 30-30) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีธยมศึกษาตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้การศึกษาขัดแย้งกับ Chuah et al. (1999) พบว่า ผู้ระดับการศึกษาต่างกันความวิตกกังวลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .0001$ และพบว่าระดับการศึกษาสูงความวิตกกังวลจะสูงตามไปด้วย

3.7.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้ เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสเลือกรับการรักษา

ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (Lazarus & Folkman, 1984)

3.7.5 การวินิจฉัยโรคและความรุนแรงหรือระยะของการดำเนินโรค เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตามความสำคัญของอวัยวะนั้นๆ ความรุนแรงหรือระยะของโรค และชนิดของโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดจากการศึกษาของ Van Vliet et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนวิตกกังวลผู้ป่วยจะกลัวเรื่องผลของการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

3.7.6 ประสบการณ์การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่เคยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ หรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม หรือแตกต่างไปจากเดิม ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาก่อน กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรก สอดคล้องกับ Chuah et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนครั้งแรก 1 ครั้ง และ 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 67 ร้อยละ 50 และร้อยละ 28 มีความวิตกกังวลตามลำดับ

3.7.7 ความวิตกกังวลแฝง เป็นบุคลิกภาพประจำตัวของแต่ละผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของผู้ป่วยเป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน (Spielberger & Sydeman, 1994) สอดคล้องกับ ศรีนรา ทองมี (2548) พบว่าความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกเชิงเส้นตรงกับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบชนิดส่องหน้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .89

3.7.8 การได้รับการให้ข้อมูล การได้รับการให้ข้อมูลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นการให้ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจะช่วยลดความวิตกกังวล เช่นการศึกษาของ Arabul et al. (2013) ทำการศึกษาการให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศนกับการบรรยาย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยการบรรยาย แสดงให้เห็นว่าประเภทและชนิดของข้อมูลที่ได้รับมีผลต่อความวิตกกังวล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรก กลุ่มผู้ป่วยทำการศึกษาเป็นพระสงฆ์จึงเพศชายทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อความวิตกกังวลสำหรับการ

วิจัยครั้งนี้คือปัจจัยด้านอายุและความวิตกกังวลแฝงและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันที่สุดผู้วิจัยจึงใช้การจับคู่คุณสมบัติด้านอายุและความวิตกกังวลแฝง

4. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง(Self-regulation Theory)

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation Theory) ของ Johnson (1999) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวเองของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งทฤษฎีการควบคุมตนเองนั้น Johnson (1999) ได้อธิบายว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับสิ่งที่คุกคาม สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น ซึ่งจอห์นสันมองว่าทฤษฎีการควบคุมตนเองเป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการ(Practice theory) และเป็นทฤษฎีที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สามารถกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวิธีการให้การดูแลนั้นๆ ได้ (Johnson et al., 1997) การพัฒนาทฤษฎีการควบคุมตนเองได้รับอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาผลของการเตรียมทางด้านจิตใจด้วยการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ที่มีวิจัยมาอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 25 ปี ในระยะแรกการวิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยได้รับการเตรียมก่อนการทำหัตถการที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ เช่น การตัดเย็บ การส่องกล้องระบบทางปัสสาวะ เป็นต้น การวิจัยจะเป็นการให้ข้อมูลเน้นที่ความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัส ระยะต่อมาการวิจัยได้เน้นการเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ซับซ้อนและมีช่วงเวลานานหลายวันหรือหลายสัปดาห์ เช่น การเตรียมผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา การเตรียมตัวผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยมีการขยายขอบเขตมากขึ้น นอกจากจะให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสแล้ว ยังครอบคลุมถึงองค์ประกอบอื่นๆ จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วย และเรียกการให้ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวว่า “การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999)” (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997)

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง(Self-regulation Theory) ของ Johnson (1999) นั้นเป็นการใช้แนวคิดจากทฤษฎีการประมวลข้อมูล(Information processing theory) ของ Miller et al. (1960) ในการอธิบายถึงกระบวนการของความคิดความเข้าใจที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลผู้ป่วยจะทำการประมวลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกนำมาผสมผสานข้อมูลนั้นเข้ากับข้อมูลที่เก็บไว้ในความทรงจำ(Memory) กลายเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจ(Cognitive structure) และใช้แบบแผนความคิดความเข้าใจนี้ทำให้เกิดภาพความคิดความเข้าใจ(Schema) มาใช้ในการควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง(Johnson, 1999; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553)

4.1 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการควบคุมตนเอง

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการควบคุมตนเองในการเผชิญกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ใช้แนวคิดจากทฤษฎีการประมวลข้อมูล (Information processing theory) (Johnson, 1999; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) ได้แก่

4.1.1 ผู้ป่วยใช้การรับรู้และการแปลความหมายของประสบการณ์ ในการควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมของตน

4.1.2 ภาพความคิดความเข้าใจ (Schema) เป็นเหมือนความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมายของจากความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยสร้างภาพความคิดความเข้าใจที่เกี่ยวกับวัตถุ สถานการณ์ทางสังคม เหตุการณ์และลำดับของเหตุการณ์ การกระทำและลำดับของการกระทำจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งภาพความคิดความเข้าใจช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น และวางแผนว่าจะจัดการประสบการณ์นั้นอย่างไร เมื่อประสบการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ไม่สามารถปรับให้สอดคล้องกับภาพความคิดความเข้าใจจะถูกทิ้งไป ถ้าภาพความคิดความเข้าใจของผู้ป่วยสอดคล้องกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะใช้ภาพความคิดความเข้าใจที่ได้สร้างไว้นั้นด้วยความมั่นใจ เพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญกับประสบการณ์ และกำหนดความคาดหวังต่อประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอนาคต คนเรามีภาพความคิดความเข้าใจที่ใช้กันอยู่มากมายซึ่งในแต่ละบุคคลจะสร้างภาพความคิดความเข้าใจของแต่ละบุคคลตามความสนใจหรือจากประสบการณ์บุคคลนั้น เช่น “การเดินทางกลับบ้าน” “การรับประทานอาหารในภัตตาคาร” และ “การทำงานในวันหนึ่ง” เป็นต้น บุคคลจะใช้ภาพความคิดความเข้าใจเหล่านี้ในการคาดการณ์ถึงสิ่งทีบุคคลจะประสบพบเห็นและเลือกสิ่งทีบุคคลจะให้ความสนใจนั้นในการวางแผนว่าจะทำอะไรและการชี้แนะพฤติกรรมของตน

4.1.3 ข้อมูลในภาพความคิดความเข้าใจจะถูกจัดเป็นลำดับชั้น ตั้งแต่ระดับที่เป็นรูปธรรมไปจนถึงระดับที่เป็นนามธรรม ตัวอย่างข้อมูลในระดับที่เป็นนามธรรม ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และวิธีการในการรักษา สำหรับข้อมูลในระดับที่เป็นรูปธรรมจะครอบคลุมความรู้สึกที่รับรู้ได้ทางประสาทสัมผัสและปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ข้อมูลในระดับที่เป็นรูปธรรม มีความสำคัญต่อการเชื่อมโยงแนวคิดในระดับที่เป็นนามธรรมกับประสบการณ์ในอดีต คาดการณ์ถึงลักษณะเฉพาะที่จะเผชิญ และวางแผนว่าจะตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไรแนวคิดในระดับที่เป็นนามธรรมจะผสมผสานกับเนื้อหาในระดับที่เป็นรูปธรรมเข้าเป็นภาพความคิดรวมทีครอบคลุม ซึ่งเอื้อต่อการให้ความหมายและความสำคัญที่มีต่อความผาสุกของผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลในระดับต่างๆ ของการรับรู้ความเป็นจริง (Representation) จะผสมผสานกันอยู่แล้ว ผู้ป่วยจึงไม่ต้องมุ่งความสนใจไปที่ระดับใดระดับหนึ่งแยกจากกัน ในการเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ผู้ป่วยจะเปรียบเทียบสภาพการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เป้าหมายก็

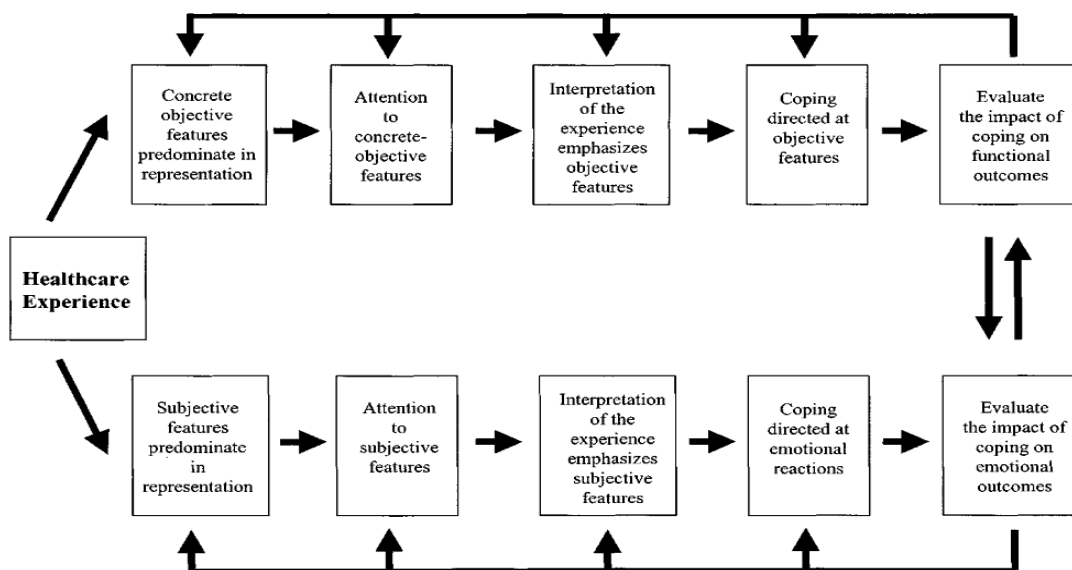
จะถูกจัดเป็นลำดับชั้นเช่นเดียวกันกับการรับรู้ความเป็นจริงของประสบการณ์ เป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันจะผสมผสานกันและเกี่ยวข้องกัน โดยจะต้องบรรลุเป้าหมายในระดับต่ำกว่า ก่อนที่จะบรรลุเป้าหมายในระดับสูงกว่าได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าเป้าหมายที่เป็นนามธรรมสูงสุด คือ การมีชีวิตที่ดี เป้าหมายที่เป็นนามธรรมรองลงมา ก็คือ การมีรายได้ที่เพียงพอ สามารถทำงานได้และมีผลงาน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ในขณะที่เป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ก็คือสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ และมีสภาวะอารมณ์ที่สุขสบาย

4.1.4 ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อลดความไม่สอดคล้องนั้น ข้อมูลป้อนกลับที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องกันจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า และพยายามที่จะหาทางลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน

4.2 กระบวนการในทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation Theory Process)

Johnson (1999) ได้อธิบายกระบวนการในทฤษฎีการควบคุมตนเองดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับการความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 แนวทาง (แสดงในแผนภูมิที่ 1) คือ 1)การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) เป้าหมายของการควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ คือ การลดความยุ่งยากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผลลัพธ์เหล่านี้มีความสำคัญต่อการที่จะบรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงกว่า และ2)การควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) เป้าหมายของการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ คือ อารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย

ในขณะที่กระบวนการของการปรับตัวทั้งสองแนวทางนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะที่เป็นคู่ขนานกันและเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะมุ่งความสนใจไปที่การปรับตัวแนวทางใดแนวทางหนึ่งในขณะนั้นๆ ได้และอาจจะเปลี่ยนกลับไปมาได้ ขึ้นอยู่กับการป้อนข้อมูลย้อนกลับระหว่างการปรับตัวในสองแนวทาง ดังนั้นทฤษฎีการควบคุมตนเองจึงเป็นกระบวนการของการเผชิญความวิตกกังวลที่เป็นพลวัตร โดยผู้ป่วยจะเลือกวิธีการในการเผชิญกับความวิตกกังวลตามโครงสร้างความคิดความเข้าใจของตนเองที่มีต่อประสบการณ์นั้นและเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยใช้แล้วรู้สึกว่าได้ผลดี ซึ่งอาจเป็นกลวิธีที่เรียนรู้ใหม่หรือกลวิธีที่เคยใช้ในอดีตซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละผู้ป่วยและแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่เปลี่ยนไปของแต่ละบุคคล



แผนภูมิที่ 1 Model of Self-regulation theory of coping with stressful experiences

(Johnson, 1999)

4.2.1 การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่

การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ เป็นกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อการรับรู้ความเป็นจริง (representation) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่คุกคามที่มีลักษณะข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน (Johnson, 1999) ดังนี้

4.2.1.1 สภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น(Environmental features)

4.2.1.2 ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น(Temporal features)

4.2.1.3 ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส(Physical sensation)

4.2.1.4 สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น(Causes of physical sensation)

ลักษณะของข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยจะช่วยจัดความคลุมเครือให้กับผู้ป่วยเพื่อที่จะประเมินว่าตนเองจะต้องพบกับอะไรบ้าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดึงเอาข้อมูลที่สำคัญจากความทรงจำ วางแผนว่าจะจัดการกับประสบการณ์นั้นอย่างไร และรวบรวมความช่วยเหลือต่างๆ ที่จำเป็น เมื่อลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์โดดเด่นในการรับรู้ความเป็นจริงของเหตุการณ์ ผู้ป่วยจะมองหาและให้ความสนใจกับลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยในระหว่างประสบการณ์นั้น ถ้าประสบการณ์นั้นมีลักษณะที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้จริง จะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการรับรู้ความเป็นจริงนั้นมากยิ่งขึ้นและจะปฏิบัติตามแผนการเดิมที่วางไว้ว่าจะจัดการกับประสบการณ์นั้นอย่างไร

การรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยอาจปรับเปลี่ยนได้เมื่อเหตุการณ์จริงเกิดขึ้น เช่นลักษณะที่คาดหวังไว้ไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ผู้ป่วยจะใช้ข้อมูลที่กำลังเผชิญอยู่นั้นป้อนกลับไปเพื่อตัดหรือขจัดลักษณะดังกล่าวออกจากโครงสร้างความคิดความเข้าใจ เพื่อให้การรับรู้ความเป็นจริงนั้นคล้ายคลึงกับประสบการณ์จริง กระบวนการที่มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับนี้ช่วยให้การรับรู้ความเป็นจริงสามารถปรับเปลี่ยนได้ซึ่งสำคัญมากเพราะเป็นไปได้ที่การรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจะมีลักษณะทุกอย่างครบหรือมีลักษณะเฉพาะที่ผู้ป่วยจะประสบเท่านั้น

เมื่อลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์โดดเด่นในการรับรู้ความเป็นจริง ผู้ป่วยก็จะอาศัยลักษณะดังกล่าวในการแปลความหมายหรือทำความเข้าใจประสบการณ์นั้น ตัวอย่าง เช่นความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสจะรวมถึงความรู้สึกที่รับรู้ได้ เช่น รู้สึกชาที่ตำแหน่งใดของร่างกาย เกิดขึ้นหรือเริ่มรู้สึกเมื่อใดและรู้สึกอยู่นานเท่าใด เกี่ยวข้องกับลักษณะกิจกรรมและสภาพแวดล้อมอะไรบ้าง เช่น ความเย็นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นและสาเหตุของความรู้สึกนั้น การแปลความหมายนี้อาศัยความรู้สึกทางประสาทสัมผัสจากประสบการณ์ในปัจจุบัน และข้อมูลความรู้สึกทางประสาทสัมผัสที่คล้ายคลึงกันจากประสบการณ์ในอดีต เนื่องจากลักษณะของข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของประสบการณ์เป็นสิ่งที่ระบุไว้อย่างชัดเจนแล้วเมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น ประสบการณ์ดังกล่าวจึงเป็นเหมือนสิ่งที่สามารถคาดการณ์ได้และไม่คลุมเครือ ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์นั้น เมื่อการรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์นั้นเป็นแบบรูปธรรม-ปรนัย การเผชิญกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะมุ่งไปที่ลักษณะดังกล่าวซึ่งได้แก่ การวางแผนและการกระทำเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงหรือความรู้สึกนั้นหรือเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพื่อลดผลกระทบจากอาการแสดงนั้นอย่างไร

ผู้ป่วยจะประเมินประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความวิตกกังวลของตนเองจากการพิจารณาว่าตนสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการได้ดีเพียงใด ถ้าประสบการณ์นั้นรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจนกระทั่งก่อให้เกิดความยุ่งยาก ข้อมูลนี้จะป้อนกลับไปที่กระบวนการในการเผชิญความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผลที่ตามมา คือ อาจมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเป็นจริง การแปลความหมาย หรือกลวิธีในการเผชิญความวิตกกังวลเพื่อที่จะบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ให้ได้มากกว่าเดิม เช่น การปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเป็นจริงและกลวิธีในการจัดการกับอาการท้องร่วง ซึ่งเป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์ของการรักษา ในระยะแรก ผู้ป่วยอาจไม่สนใจอาการท้องร่วง โดยมองว่าอาการเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก และไม่ต้องการรับประทานยาหรือปรับเปลี่ยนอาหาร ต่อมาอาการรุนแรงขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะเริ่มปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเป็นจริงของอาการท้องร่วง ทบทวนการแปลความหมายและความสำคัญของอาการนั้นและเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญความ เช่น อาจปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน รับประทานยา หรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ เพื่อลดผลกระทบของ

อาการท้องร่วง กลวิธีเหล่านี้จะช่วยลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างความสามารถที่จะทำหน้าที่ในปัจจุบันกับระดับการทำหน้าที่อันพึงประสงค์ได้นอกจากนี้วิธีการอื่นอาจเป็นการปรับเปลี่ยนเป้าหมายของการทำหน้าที่(Functional goal) ให้สามารถบรรลุได้ด้วยตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจต้องการที่จะทำงานเต็มเวลาในระหว่างที่รับการรักษาโรคมะเร็ง แต่อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาเป็นอุปสรรคที่สำคัญ ผู้ป่วยอาจต้องการที่จะทำงานไม่เต็มเวลาเพียงบางสัปดาห์จึงเป็นการปรับลดเป้าหมายลงแทนที่จะละทิ้งเป้าหมายเดิม

เมื่อความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือรบกวนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในระดับที่ยอมรับได้ ผู้ป่วยจะยังคงใช้กลวิธีในการเผชิญความวิตกกังวลที่ใช้อยู่ต่อไป เท่าที่ยังจำเป็นและใช้ได้ผลดี เมื่อผู้ป่วยพึงพอใจกับระดับการทำหน้าที่ของตน มักจะมีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย ในกรณีเช่นนี้ นั่นคือ สามารถบรรลุเป้าหมายทั้งสองของการเผชิญความวิตกกังวลได้

4.2.2 การควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์

การควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์(ส่วนล่างของแผนภูมิที่ 1) ลักษณะที่โดดเด่นในระดับประสบการณ์ (Experiential level) ของการรับรู้ความเป็นจริงในการปรับตัวแนวทางนี้ คือ อารมณ์ความรู้สึกที่อาจถูกกระตุ้น และการประเมินแบบอัตนัย เช่น ประสบการณ์นี้ไม่ดีหรือไม่น่าพึงพอใจเพียงใดสำหรับผู้ป่วย ปฏิบัติการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อประสบการณ์หนึ่งของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกโกรธ บางคนอาจรู้สึกวิตกกังวล ในขณะที่บางคนอาจไม่รู้สึกรังไรเลย ดังนั้นผู้ป่วยอาจมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันขึ้นอยู่กับประเมินลักษณะของข้อมูลจะเป็นทางด้านบวก-ลบในประสบการณ์เดียวกัน เมื่อลักษณะแบบอัตนัยโดดเด่นในการรับรู้ความเป็นจริง ผู้ป่วยจะมุ่งความสนใจไปที่การตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อเหตุการณ์นั้น มีการกระตุ้นอารมณ์ที่อยู่ในความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะแบบอัตนัยของประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแปลความหมายของประสบการณ์นั้นในแง่ความรู้สึกอ่อนแอของตน(Vulnerability) (Johnson, 1999)

การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ถ้าผู้ป่วยยังคงมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะอารมณ์ความรู้สึกและการประเมินแบบอัตนัยของตน และมีการป้อนกลับการตอบสนองดังกล่าวไปที่การรับรู้ความเป็นจริง อาจทำให้ผู้ป่วยให้ความหมายและเข้าใจประสบการณ์ของตนว่า เป็นสิ่งตึงเครียด/ไม่น่าพึงพอใจ การแปลความหมายนี้ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะลดปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกที่อ่อนแอของตน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเผชิญความวิตกกังวล คือ มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายผู้ป่วยจะประเมินประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดของตน จากผลกระทบที่มีต่ออารมณ์ความรู้สึก ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายข้อมูลนี้จะถูกป้อนกลับไปสู่วิธีการปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ ผู้ป่วยก็จะให้ความสนใจกับการควบคุมการ

ตอบสนองดังกล่าว แต่ถ้าความพยายามในการเผชิญความเครียดไม่สามารถทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายได้ ข้อมูลนี้จะป้อนกลับไปขึ้นตอนที่ผ่านมาของการปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลองพยายามใหม่อีกครั้ง โดยยังคงมีการติดตามประเมินอารมณ์ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองแบบอัตโนมัติ และมีความพยายามที่จะทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายต่อไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกวิตกกังวลหลังการผ่าตัด และพยายามที่จะเบี่ยงเบนความสนใจตัวเองด้วยการดูโทรทัศน์ แต่เมื่อพบว่าความวิตกกังวลไม่ลดลง ก็อาจเลือกใช้วิธีการอื่นเพื่อลดความวิตกกังวล และใช้ระดับความวิตกกังวลในการประเมินว่าวิธีการนั้นใช้ได้ผลหรือไม่ กระบวนการนี้จะดำเนินไปเรื่อยๆ จนกระทั่งผู้ป่วยมีอารมณ์และความรู้สึกที่สุขสบาย (Johnson, 1999; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553)

4.3 การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999)

การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) เป็นการบอกเล่าข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของคนส่วนใหญ่ (Typical experience) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยใช้คำพูดบอกเล่าประสบการณ์นั้นอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน และตรงไปตรงมา และไม่รวมเอาคำพูดที่บอกถึงอารมณ์ความรู้สึกและการประเมินเชิงอัตนัยไปด้วย เช่น เจ็บปวดมากรู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด หรือรุนแรง เป็นต้น (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997) การกำหนดเนื้อหาของข้อมูลในงานวิจัย สามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยนั้นและใช้ลักษณะที่เด่นชัด (Typical features) ของประสบการณ์ที่กลุ่มผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 จะอธิบายหรือรายงานเหมือนกัน ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้สูงที่การรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยจะประกอบด้วยลักษณะบางอย่างที่ผู้ป่วยจะพบในสถานการณ์จริง การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) จะครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ด้าน (Johnson, 1999; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) ดังนี้

4.3.1 ข้อมูลที่บอกถึงสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น (Environmental features) คือ ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพแวดล้อมรวมไปถึงลักษณะเฉพาะของห้องที่ทำการหัตถการและผู้คนในสิ่งแวดล้อมนั้น ได้แก่ ข้อความที่บรรยายถึงการเคลื่อนย้ายจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อีกแห่งหนึ่ง ขนาดของห้อง เป็นต้น

4.3.2 ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Temporal features) คือข้อมูลที่บอกว่าเหตุการณ์เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด

4.3.3 ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส (Physical sensation) ซึ่งประสาทสัมผัสดังกล่าวคือ ประสาทสัมผัสทางด้านร่างกาย ได้แก่ ทางตาคือสิ่งที่ต้องพบเห็น ทางจมูก คือการได้รับกลิ่น ทางหูคือการได้ยิน และทางการสัมผัสและรับรส ผ่านคำพูดที่บรรยายความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ รสขม รู้สึกปวดเมื่อย เห็นคนใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกได้ยินเสียงดัง ชู่ ชู่ และได้กลิ่นฉุนของน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น

4.3.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น (Causes of physical sensation) กล่าวคือ สาเหตุของประสาทสัมผัสต้องอธิบายให้ผู้ป่วยชัดเจนเพื่อการป้องกันการแปลความหมายผิด ควรบอกสาเหตุของขนาดของผลกระทบหรือลักษณะต่างของประสบการณ์การระบุงการแสดงที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่เข้าใจผิดว่าเป็นอาการแสดงของโรค อย่างไรก็ตาม ไม่ควรรวมเอาข้อมูลที่บอกถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนของการรักษา หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ค่อยพบไว้ในเนื้อหาของข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) เนื่องจากหลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่มากเกินไปหรือครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างนั้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่า ดังนั้นในการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) จึงควรเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม และไม่ทำลายความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด

5. แนวคิดการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

การเบี่ยงเบนความสนใจ(Distraction) ได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ความรุนแรงของความเจ็บปวด ความกลัว และความทุกข์ทรมานจากกิจกรรมการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

5.1 ความหมาย

การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นกระบวนการทางจิตที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของระบบควบคุมในสมองส่วนกลาง มีผลต่อระบบการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์และระบบการรับรู้จดจำ(Motivational-affective and cognitive components) เป็นเทคนิคหรือวิธีการใช้หลักในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดด้วยการหันเหความสนใจของผู้ป่วยให้ไปสู่การกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจมากกว่าและสร้างความรู้สึกพึงพอใจ (Vessey et al., 1994) ขณะเดียวกันก็สามารถลดความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ช่วยให้เกิดเหตุการณ์ได้ดีขึ้น (Blount et al., 2000; Vessey et al., 1994) การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีการเกี่ยวกับการรับรู้ที่มีความเป็นไปได้ง่ายต่อการนำไปใช้ที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมความกลัวการรักษาได้ในระดับสูง (Milgrom et al., 1995)

5.2 สาเหตุที่ทำให้ต้องการเบี่ยงเบนความสนใจ

เมื่อผู้ป่วยเจอสถานการณ์ ความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมาน จากสถานการณ์คุกคาม ที่มีผลกระทบต่อตนเองจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม แม้สถานการณ์ที่ผู้ป่วยพบอาจจะเหมือนกันแต่อารมณ์และพฤติกรรมอาจจะแตกต่างกัน นั้นเป็นเพราะกระบวนการคิดที่แตกต่างกัน ตัวสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาและอารมณ์ของ

พฤติกรรม คือ ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ซึ่งจะนำไปสู่อารมณ์ทางลบที่เป็นผลให้ไม่สามารถควบคุม การกระทำที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความจำและประสบการณ์ที่สมอง โดยหันเหความสนใจของผู้ป่วยไปจากสิ่ง ที่คุกคามจิตใจผู้ป่วยไปสู่การกระตุ้นอื่นๆ การเบี่ยงเบนความสนใจที่มีประสิทธิภาพคือ การให้จดจ่อ อยู่กับสิ่งที่ตนสนใจ หรือสนใจสิ่งที่มากระตุ้นแทนการมุ่งไปสนใจอาการไม่สุขสบายของโรค (Schneider & Workman, 2000)

5.3 วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ

การเบี่ยงเบนความสนใจสามารถใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทุกระยะเวลา และทุกระดับ ความรุนแรง หากสามารถเลือกใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถลดความวิตกกังวลได้ วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นสามารถแบ่งได้หลายแบบดังนี้

5.3.1 วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจตามแนวคิดของแมคคาเฟอร์รี่ (McCaffery, 1983)

5.3.1.1 การเบี่ยงเบนการรับรู้ของสมอง ซึ่งได้แก่ การสร้างจินตนาการใหม่ เทคนิคการควบคุมความคิด การเล่นบทบาทสมมุติ การพูดกับตัวเองเชิงสร้างสรรค์ การฟังดนตรี การ ฟังนิทานการพูดกับตัวเองเชิงสร้างสรรค์ การดูการ์ตูน ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

5.3.1.2 การเบี่ยงเบนความสนใจด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ อี เอ็ม จี ไบโอบี ฟีดแบค การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ เป็นต้น

5.3.2 วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจแนวคิดของ Taylor et al. (2001) ได้แบ่งการ เบี่ยงเบนความสนใจตามความสนใจของผู้ป่วยดังนี้

5.3.2.1 การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการดู (Visual distraction) เช่น การดู โทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การนับสิ่งของ เป็นต้น

5.3.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟัง (Auditory distraction) เช่น การฟังดนตรีบรรเลง การฟังเสียงธรรมชาติ การฟังเพลง เป็นต้น

5.3.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัส (Tactile kinesthetic distraction) เช่น การลูบคลำจากผู้ป่วยที่รัก การลูบจับสัตว์เลี้ยง การจับของเล่น การบีบลูกบอล คลายเครียด เป็นต้น

5.3.2.4 การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการแสดงออก (Project distraction) เช่น การเล่นเกม การใช้ความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น

การเบี่ยงเบนความสนใจอาจไม่เหมาะสมหรือไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น เช่น ผู้ป่วย ที่มีความต้องการข้อมูลอย่างมากหรือผู้ป่วยที่มีความไม่ไว้วางใจต่อการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรใช้ เทคนิคการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาโดยการให้การสนับสนุนข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะเหมาะสม

มากกว่า และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง การเบี่ยงเบนความสนใจอาจไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ(Milgrom et al., 1997)

โดยสรุปการเบี่ยงเบนความสนใจที่มีการแบ่งไว้อย่างหลายรูปแบบนั้นก็ขึ้นอยู่กับทางเลือกนำไปใช้ โดยอาศัยหลักการที่กล่าวไว้ในข้างต้นนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เหมาะสมกับวัย ระยะเวลาสถานการณ์ และระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ทำให้การเบี่ยงเบนความสนใจเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจต่อ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ในผู้ป่วยเด็กมักใช้การเบี่ยงเบนความสนใจกับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับกิจกรรมการรักษา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจจำนวนไม่มากนัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่มีความหลากหลาย เช่น การศึกษาของ Colt et al. (1999) ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังดนตรี การศึกษาของ Carwile et al. (2014) ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดูรูปภาพ ในประเทศไทยพบว่า สายชล จันทร์วิจิตร (2539) ได้ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการใช้เทคนิคหายใจผ่อนคลายร่วมกับให้ข้อมูล การศึกษาของ นพวรรณ กฤตยภุชิตพจน์ (2548) ได้ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังดนตรีร่วมกับการให้ข้อมูล ในการศึกษาของ ตวิษา มณีรัตน์ (2547) ได้ทำการศึกษาวีธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการใช้วิธีการหายใจผ่อนคลายร่วมกับเสียงดนตรีพิทธรธรณ ศิริเจริญกิจ (2552) ได้ทำการศึกษาวีธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการใช้ลูกบอลคลายเครียด และ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541) ศึกษาการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการใช้ อี เอ็ม จี ไปโอฟิตแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสซีฟ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัส (Tactile kinesthetic distraction) ตามแนวคิดการเบี่ยงเบนความสนใจของ Taylor et al. (2001) โดยใช้ลูกบอลคลายเครียด เพื่อใช้เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ความที่คุกคามในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลา บางครั้งแพทย์หรือพยาบาลต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย อุปกรณ์มีขนาดเล็กที่ไม่รบกวนบริเวณที่ส่องกล้อง ไม่มีการเชื่อมต่อกับอุปกรณ์อื่น และในการส่องตรวจผู้ป่วยจะได้รับการติดอุปกรณ์เพื่อวัดสัญญาณชีพ ตลอดจนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นหัตถการที่ใช้เวลาไม่นานนัก และผู้ป่วยต้องนอนตะแคง การใช้ดนตรีหรือการฟังเพลง มีสายหรืออุปกรณ์อื่นที่เช่น หูฟัง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและการฟังดนตรีหรือเพลงอีกทั้งอาจเป็นการรบกวนการให้ข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนกลายเป็นผู้ป่วยขาดความร่วมมือ(Colt et al., 1999) การใช้ลูกบอลโดยให้ผู้ป่วยบีบเป็นจังหวะตามความต้องการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัว หรือความเครียดผ่านลูกบอลจึงเป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสมเพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนให้ผู้ป่วยออกจากอาการไม่สุขสบาย

ระหว่างการส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและส่งผลให้ความวิตกกังวลและทำให้มีสติคิดทบทวนที่จะนำความรู้และประสบการณ์จากการได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงและสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆที่ได้รับที่ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์หลังจากแพทย์นัดเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาใช้เพื่อควบคุมตนเองต่อสถานการณ์จะช่วยลดความวิตกกังวลระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนได้

จากการศึกษาดังกล่าวที่ผ่านมาทั้งการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการลดความวิตกกังวลในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเนื่องจากมีสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและพบว่าการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจเพียงอย่างเดียว อาจไม่ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับ McCaffery (1983)กล่าวว่า วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจอาจจะสามารถใช้ได้กับทุกวัย ทุกระดับความรุนแรง และระยะเวลา ถ้าสามารถเลือกใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจได้ถูกต้องเหมาะสมซึ่ง มณฑา โชคชัยไพศาล และคณะ (2552) การใช้เทคนิคการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ผลดีในระยะแรกๆ และหลังจากนั้นช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และการใช้เหตุผลในการจัดการกับความวิตกกังวลโดยตรง จากที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งในระยะก่อนได้รับการส่องกล้องและระหว่างได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

6. โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง(Self-regulation Theory) ของ Johnson (1999) ได้อธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่(Regulation of functional responses) และการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์(Regulation of emotional responses)

กระบวนการของการปรับตัวทั้งสองแนวทางนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะที่เป็นคู่ขนานกันและเป็นอิสระต่อกัน แม้ว่าผู้ป่วยอาจใช้การปรับตัวทั้งสองแนวทางในขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามแต่ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะมุ่งความสนใจไปที่การปรับตัวแนวทางใดแนวทางหนึ่งในขณะนั้นได้ การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการนำผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ที่คุกคามจากอาการไม่สุขสบายระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อให้มีสติคิดที่จะนำข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ในการควบคุมตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทฤษฎีการควบคุมตนเอง(Self-regulation Theory) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนและระหว่างได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยในระยะก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนใช้การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่และในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ด้วยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยดำเนินการตาม “โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” มีรายละเอียดดังนี้

5.4 ครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจคัดลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ใช้เวลา 30 นาที

5.4.1 พยาบาลวิชาชีพสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ต่างๆ

5.4.2 พยาบาลวิชาชีพแนะนำและอธิบายขั้นตอนการตรวจ ประโยชน์ที่จะได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดพบได้ ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้มีอาหารค้างในกระเพาะ ถ้านัดเข้ารับส่องกล้องในช่วงเช้า ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำตั้งแต่หลังเที่ยงคืน ถ้านัดเข้ารับการส่องกล้องช่วงบ่าย ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังจากทานอาหารมื้อเช้า นำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมาส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนครั้งนี้ มาด้วย และให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมเข้ารับการตรวจ

5.4.3 พยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

5.4.4 การให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาตามแนวคิดของ Johnson (1999) ประกอบด้วย

5.4.4.1 ข้อมูลที่บอกถึงสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น(Environmental features) โดยการแนะนำสถานที่ห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องตรวจ ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาพักในห้องรอก่อนผ่าตัดพยาบาลจะให้ผู้ป่วยนอนพักบนรถเข็นเปลนอน ภายในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจะมีแสงสว่างมากกว่าห้องปกติทั่ว ๆ ภายในห้องส่องจะมีอุปกรณ์สำหรับส่องกล้อง บุคลากรภายในห้องผ่าตัดการแต่งกายด้วยชุดสีเขียว สวมหมวกสีเขียวคลุมศีรษะและมีผ้าปิดจมูกและปาก เตียงผ่าตัดมีขนาดเล็กและแข็งไม่ยุบตัว เป็นต้น

5.4.4.2 ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น(Temporal features) ได้แก่ ข้อมูลที่บอกว่าเหตุการณ์เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด ได้แก่ โดยทั่วไปยาชาจะออกฤทธิ์หลังจากพ่นยาชา 5 นาที และคงฤทธิ์อยู่ 30-60 นาที การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เป็นต้น

5.4.4.3 ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส(Physical sensation) ซึ่งประสาทสัมผัสดังกล่าวคือ ประสาทสัมผัสทางด้านร่างกาย ได้แก่ ทางตาคือสิ่งที่ต้องพบเห็น เช่น เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้พบกับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแต่งกายด้วยชุดสีเขียว มีหมวกคลุมศีรษะสีเขียวและมีหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกเหมือน ๆกัน เป็นต้น ทางหูคือการได้ยิน เช่น เมื่อเข้าผู้ป่วยเข้ามาในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนผู้ป่วยจะเสียงของลมดัง ชู่ ชู่ อยู่ตลอดเวลา ทางจมูกคือการได้รับกลิ่น เช่น ผู้ป่วยจะได้กลิ่นฉุนของน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น และทางการสัมผัสและการรับรส เช่น เมื่อแพทย์ใส่สายกล้องส่องตรวจเข้าไปในปากและหลอดอาหารผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนมีสายดินไปมาในลำคอ ยาชาเฉพาะที่มีรสขมฝื่อน เป็นต้น

5.4.4.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น(Causes of physical sensation) ที่เกิดขึ้นทางกายที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งจะรวมถึงสิ่งที่ประสาทสัมผัสรับรู้ความรู้สึกจากการมองเห็นการได้ยิน การสัมผัสและรับรส และการได้กลิ่น ผ่านคำพูดที่บรรยายถึงการรับรู้ความรู้สึกของประสาทสัมผัส ดังนี้ 1)ทางตา เช่น ภายในห้องส่องกล้องจะมีคอมพิวเตอร์สำหรับผ่าตัดอยู่บนเพดานเป็นไฟที่ไว้ใช้สำหรับการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป 2)การได้ยิน เช่น เสียงชู่ ๆ ที่ผู้ป่วยได้ยินเป็นเสียงของเครื่องเป่าลมที่ใช้สำหรับเครื่องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนที่ทำหน้าที่เป่าลมเข้าสู่ทางเดินอาหารขณะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อให้ทางเดินอาหารขยายตัวทำให้แพทย์สามารถมองเห็นสิ่งผิดปกติในทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้นและเป็นเสียงลมที่เกิดจากเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลาย สารคัดหลั่ง และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อไม่ให้บดบังเนื้อเยื่อของทางเดินอาหาร 3) การรับรส ได้แก่ ก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพยาบาลจะพ่นยาชาเฉพาะที่บริเวณภายในลำคอของผู้ป่วย ซึ่งยาชาจะรสขมและฝื่อน 4) การได้กลิ่น ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่จะมีกลิ่นคล้ายน้ำหวานเฮลบลูบอย เป็นต้น

5.4.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการได้รับการส่องกล้อง

5.5 ครั้งที่ 2 ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

5.5.1 เมื่อผู้ป่วยเข้าพักรอเข้ารับการส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม หลังจากพยาบาลตรวจสอบเอกสารกับตัวผู้ป่วย ดูแอลอดฟันปลอมหรือของมีค่า สอบถามโรคประจำตัวและประวัติการใช้ยา การเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย อธิบายขั้นตอนการเข้ารับการตรวจอย่างคร่าวๆ ในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

5.5.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนและการเดินทางมาห้องผ่าตัดเหมือนกับที่พระคุณเจ้าได้ชมในวิดีโอหรือไม่ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม จากนั้นการให้بيبลูกบอลคลายเครียดก่อนเข้ารับการตรวจเป็นเวลา 10 นาทีและให้ผู้ผู้ป่วยบิบต่อเนื่องไปตลอดระหว่างได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนกระทั่ง

เสร็จสิ้นการตรวจ ซึ่งการใช้ลูกบอลโดยให้ผู้ป่วยบีบเป็นจังหวะตามความต้องการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัว หรือความเครียดผ่านลูกบอล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Johnson et al. (1973) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร (Gastroendoscopy) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน ซึ่งไม่ได้รับการให้ข้อมูล กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 30 คน ได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 34 คน ได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกให้ข้อมูลโดยผู้ป่วยฟังเทปบันทึกเสียงพร้อมรูปภาพประกอบจำนวน 11 ภาพ ในเวลา 7.5 นาที ก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีปริมาณการใช้ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และจากการสังเกตพฤติกรรมความทุกข์ทรมาน เช่น การเกร็งแขน อาการกระสับกระส่ายในระหว่างใส่กล้องส่องตรวจ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก มีอาการกระสับกระส่ายน้อยกว่ากลุ่มอื่น และมีความทุกข์ทรมานลดต่ำลงในแต่ละขั้นตอนของการตรวจ จึงควรส่งเสริมให้ข้อมูลชนิดนี้เข้าไปในกิจกรรมการพยาบาล

Seda et al. (2011) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลในผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนต่อการรับรู้ พฤติกรรมความร่วมมือ และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาโรคทางเดินอาหารส่วนบน หน่วยส่องกล้อง มหาวิทยาลัยกาเซียเนท ประเทศตุรกี จำนวน 300 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยแผ่นพับ กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยการบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยการบรรยาย มีระดับการรับรู้สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ พฤติกรรมความร่วมมือขณะส่องตรวจสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

Trevisani et al. (2004) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้คำแนะนำก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนกับการให้ยากล่อมประสาท ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอก แบบนัดล่วงหน้า 226 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มให้ยาชาเฉพาะที่ในลำคอเท่านั้นจำนวน 62 ราย กลุ่มให้ข้อมูลทั่วไป ร่วมกับการให้ Midazolam ทางหลอดเลือดดำจำนวน 52 ราย กลุ่มให้ญาติมาด้วยจำนวน 58 ราย กลุ่มข้อมูลเพิ่มเติมผ่านวิดีโอจำนวน 54 ราย ใน St. Anna Hospital ประเทศอิตาลี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มให้ข้อมูลทั่วไปร่วมกับการให้ Midazolam ทางหลอดเลือดดำ มีระดับความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มอื่น ($p < .05$) และสามารถอดทนต่อความไม่สบายจากการตรวจได้ดีกว่ากลุ่มอื่น ($p < .01$)

และยังพบว่าสามารถอดทนต่อความไม่สุขสบายจากการตรวจได้ขึ้นอยู่กับ อายุ ($p < 0.001$) เพศ พบว่าหญิงอดทนต่อความไม่สุขสบายจากการตรวจดีกว่าเพศชาย ($p < 0.001$)

Maguire et al. (2004) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกการปฏิบัติในผู้ป่วยป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารครั้งแรก อายุระหว่าง 20-70 ปี จำนวน 45 คน โดยการสุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มให้ข้อมูล กลุ่มให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มให้ข้อมูลจะได้รับการให้ข้อมูล 12 นาที กลุ่มให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกปฏิบัติ การหายใจลึกๆ การกดลิ้น และเทคนิคการกลืน ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวล ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มและกลุ่มควบคุม และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกปฏิบัติมีอาการที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลได้แก่ จำนวนครั้งขย้อน จำนวนครั้งของการขยับตัวและจำนวนของการใส่สายส่องตรวจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Callaghan and Chan (2001) ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ด้วยวิธีทัศนกับการให้ข้อมูลด้วยแผ่นพับ กลุ่มประชากรจำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลทั่วไป ใน ฮองกง สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยแบ่งเป็นกลุ่มให้ข้อมูลโดยใช้วิธีทัศนจำนวน 15 รายและกลุ่มที่ให้ข้อมูลโดยแผ่นพับ จำนวน 15 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้วิธีทัศนมีอัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่วนรความวิตกกังวลขณะเผชิญทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มให้ข้อมูลโดยใช้วิธีทัศนและกลุ่มที่ให้ข้อมูลโดยแผ่นพับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 46.13, SD=12.12$ และ $\bar{X} = 47.13, SD= 8.93$ ตามลำดับ)

Arabul et al. (2013) ศึกษาเปรียบเทียบการให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศนกับการให้ข้อมูลด้วยการอธิบายด้วยคำพูดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จำนวน 440 ราย แบ่งเป็นกลุ่มให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศนจำนวน 226 ราย ณ Izmir Training and Research Hospital เมือง Izmir ประเทศ Turkey กลุ่มให้ข้อมูลด้วยการอธิบาย จำนวน 214 ราย โดยให้ชมวิธีทัศนเป็นเวลา 10 นาที โดยข้อมูลที่ให้ประกอบด้วยขั้นตอนส่องกล้อง; ความร่วมมือของผู้ป่วยในระหว่างส่องกล้อง, อุปกรณ์และขั้นตอน, ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องประสบและสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเช่น การขย้อน การเรอ อาเจียน, อาการอื่น ฯลฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศนระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยการอธิบายด้วยคำพูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.003$ และพบว่าประสบการณ์หลังเข้ารับการตรวจมีความเหมือนหรือคล้ายกับข้อมูลที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศน $p < 0.001$ ประสบการณ์หลังเข้ารับการตรวจแย่หรือเลวร้ายกว่าข้อมูลที่ได้รับด้วยการอธิบาย $p < 0.001$

Colt et al. (1999) ศึกษาผลการของการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องหลอดลมปอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ณ เมืองแมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน($p > .05$)

Carwile et al. (2014) ศึกษาการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดูรูปภาพต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจนิ่ว ศึกษาในผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน ณ เมืองบอสตัน สหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ แต่ระดับความปวดหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม($p < .05$)

Lithner and Zilling (2000) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบวางแผนล่วงหน้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล 2 เรื่อง คือการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ (2553) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และระดับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง พบว่ามีการใช้แนวทางปฏิบัติในการลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและระดับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ดนตรีบำบัด, การให้ข้อมูล ก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี, การฟังเทปเทคนิคหายใจผ่านคลายร่วมกับเสียงดนตรี, การใช้ดนตรีร่วมกับยาคลายกังวล, การให้คำปรึกษาแบบกระชับ, และการใช้นวัตกรรมลูกบอลคลายเครียด

ปณัฐชิกา เหล็กแท้ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จำนวน 40 คน โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) มีการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ก่อนเข้าเยี่ยมบุตร เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ขณะมาเยี่ยมบุตร สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) มีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ

ตวิษา มณีรัตน์ (2547) ศึกษาผลการฟังเทปเทคนิคหายใจผ่านคลายร่วมกับเสียงดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและระหว่างผ่าตัดต่อมลูกหมากโตแบบใช้อุปกรณ์ส่องกล้องทางท่อน้ำปัสสาวะพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$).

ทรงพรธณ สุขารมย์ (2540) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นการวิเคราะห์เชิงบรรยาย ศึกษาในผู้ป่วยชายที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 50 คนโดยใช้แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลใน

ระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อมูลด้านการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และวิธีการผ่าตัด ข้อมูลที่ต้องการรองลงมาคือ ด้านการเตรียมจิตใจก่อนผ่าตัด ด้านการให้ยา และข้อมูลทั่วไป ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามที่กล่าวมา พบว่าการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) กับตัวผู้ป่วยโดยตรงเพียงครั้งเดียวสามารถลดระดับความวิตกกังวลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการควบคุมตนเองมาประยุกต์ใช้กับการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนครั้งแรก เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามหรือความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดความไม่สบายใจ มีความกลัว ความหวาดหวั่น อาการกระสับกระส่าย ตื่นเต้นและกระวนกระวายใจ และเมื่อพยาบาลให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) เพียง 1 ครั้ง เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยทำให้เกิดโครงสร้างความคิดความเข้าใจ (Schema) ไม่คลุมเครือกับสถานการณ์ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะเผชิญกับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนทำให้ความวิตกกังวลลดลง แต่ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน นับเป็นเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามหรือความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ เนื่องจากเมื่อแพทย์ใส่กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนเข้าไปในปากเพื่อผ่านเข้าสู่หลอดอาหาร ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อนทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ดังนั้นการใช้เทคนิคการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) พบว่าช่วยลดความวิตกกังวลได้ผลดีในระยะแรก ๆ การใช้ลูกบอลคลายเครียดจึงเป็นการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) เป้าหมายของการควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ คือ อารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบายตามแนวคิดของ Johnson (1999) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ผู้ป่วยจะกลับไปใช้การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) โดยการนำข้อมูลลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-Objective features) ของสถานการณ์ที่ได้รับจากการชมวิดีโอที่ตนมาประมวลและจัดโครงสร้างความคิดที่ไม่ถูกต้องกับสถานการณ์ออกไป และวางแผนที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่คุกคามใหม่ ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามทฤษฎีของ Johnson (1999) โดยให้ผู้ป่วยรับชมวิดีโอ เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ณ ห้องตรวจคัดสรรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก วิดีโอความยาว 12 นาที โดยเนื้อหาวิดีโอประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็นตั้งแต่เข้ามาที่แผนกผู้ป่วยนอกจนเสร็จสิ้นการส่องกล้อง
2. ข้อมูลที่เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์และขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นในการเข้ารับการส่องกล้อง
3. ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสที่จะผู้ป่วยจะได้รับ
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น

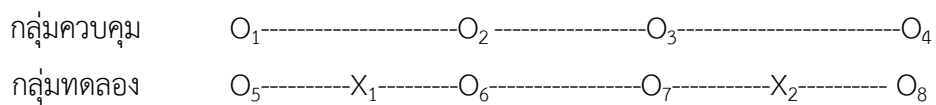
ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ผู้ผู้ป่วยบีบลูกบอลคลายเครียดตามแนวคิดของ Taylor et al. (2001) ณ ห้องผ่าตัดคัดสรรกรรม

1. ขณะรอเข้ารับการส่องกล้อง ใช้เป็นเวลา 10 นาที ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง
2. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จนเสร็จสิ้นการทำหัตถการ

ความวิตกกังวล

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (Two group with pretest and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้



X₁ หมายถึง การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ตามแนวคิดของ Johnson (1999)

X₂ หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการบีบลูกบอลคลายเครียด

O₁, O₅ หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้อง ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

O₂, O₆ หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับข้อมูลการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

O₃, O₇ หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยขณะรอส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

O₄, O₈ หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ปัญหาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ปัญหาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามแนวทางของ สุวิมล ว่องวานิช และ นางลักษณ วัชรชัย. (2546) ที่กำหนดให้การวิจัยเชิงทดลอง มีขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละไม่น้อยกว่า 20 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากสิ้นสุดการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจำนวน 30 ราย จากนั้นจึงหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่คุณสมบัติในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมเวลาและสถานะของการทดลองโดยการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการนัดหมายและการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจากแพทย์ผู้ตรวจคนเดียวกันรวมทั้งระยะเวลารอคอยเข้ารับการส่องกล้องที่เท่าเทียมกันที่ 6 วัน หลังจากได้รับการนัดหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องต่อไปนี้

1. อายุ โดยจับคู่อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, 2548)
2. ความวิตกกังวลแฝง โดยจับคู่ต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน (ศรินรา ทองมี, 2548)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นพระภิกษุ หรือ สามเณร อายุระหว่าง 20 -59 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคระบบทางเดินอาหาร ที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอกครั้งแรก

3. ไม่เคยเข้ารับการรักษาผ่าตัดมาก่อน
4. ไม่เคยได้รับการส่งกลืนทางเดินอาหารส่วนบนจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อน
5. ไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการนอนตะแคงซ้าย ได้แก่ โรคที่เป็นปัญหาทางด้านกระดูกและข้อ หรือ มีโรคร่วมในระยะกำเริบ ทำให้ไม่สามารถนอนตะแคงซ้ายได้
6. ไม่เป็นโรคทางจิตประสาท หรือ รับประทานยาเกี่ยวกับการรักษาจิตประสาท
7. ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น และการได้ยิน สามารถพูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้
8. มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามโปรแกรมที่กำหนดได้ครบถ้วนของการดำเนินโครงการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดออกจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ภายหลังจากได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แจกแจงคุณสมบัติด้าน อายุ และ ความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะคุณสมบัติ อายุ และระดับความวิตกกังวลแฝง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ		ระดับความวิตกกังวลแฝง	
	กลุ่มทดลอง(n=30)	กลุ่มควบคุม(n=30)	กลุ่มทดลอง(n=30)	กลุ่มควบคุม(n=30)
1	27	27	53	56
2	34	33	42	39
3	38	43	41	45
4	40	43	36	37
5	41	40	43	44
6	36	41	50	51
7	44	47	45	46
8	47	48	49	49
9	52	49	44	45
10	50	52	35	40
11	53	50	49	46
12	47	51	60	59
13	51	51	39	42
14	50	52	37	40
15	53	52	44	49
16	57	55	37	40
17	52	54	54	50
18	55	55	41	42
19	55	50	42	41
20	56	55	50	46
21	56	56	45	43
22	56	56	43	41
23	56	56	57	58
24	57	57	41	46
25	58	57	43	46
26	55	58	49	51
27	58	58	35	40
28	58	58	46	49
29	58	58	44	41
30	59	59	43	44

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาการบวช รายได้ ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ						
20-29 ปี	1	3.3	1	3.3	2	3.3
30-39	1	3.3	3	10.0	4	6.7
40-49	7	23.3	5	16.7	12	20.0
50-59	21	70.0	21	70.0	42	70.0
รายได้						
ต่ำกว่า 4000 บาท	20	66.7	20	66.7	40	66.7
4,001-6,000 บาท	7	23.3	9	30.0	16	26.7
6,001-8,000 บาท	3	10.0	1	3.3	4	6.7
ระดับการศึกษาสายสามัญ						
ประถมศึกษา	15	50.0	21	70.0	36	60.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.0	1	3.3	7	11.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	6.7	4	13.3	6	10.0
ปริญญาตรีขึ้นไป			4	13.3	11	18.3
การวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับ						
การส่องกล้อง						
Dyspepsia	26	86.7	29	96.7	55	91.7
Gastritis	2	6.7	-	-	2	3.3
GERD	2	6.7	1	3.3	3	5.0
การวินิจฉัยโรคหลังจาก						
เข้ารับการส่องกล้อง						
Gastritis	24	80.0	22	73.3	46	76.7
GU	-	-	2	6.7	2	3.3
DU	1	3.3	2	6.7	3	5.0
GERD	1	3.3	2	6.7	3	5.0
Normal	4	13.3	2	6.7	6	10.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ

เป็นกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนประกอบ 2 กิจกรรมคือ การให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีของ Johnson (1999) และการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัสโดยใช้การบีบลูกบอลคลายเครียดตามแนวคิดวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจของ Taylor et al. (2001) ประกอบด้วย

1.1.1 แผนการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีของ Johnson (1999) โดยผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก เป็นประมาณ 30 นาที ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร” โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สภาพแวดล้อมที่จะพบเห็นตั้งแต่เข้ามาที่แผนกผู้ป่วยนอก ลักษณะภายในห้องผ่าตัดและห้องส่องกล้อง ข้อมูลที่เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์และขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นในการเข้ารับการส่องกล้อง ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสที่จะผู้ป่วยจะได้รับ สภาพอากาศภายในห้องผ่าตัด ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น ซึ่งผู้วิจัยจัดทำวีดิทัศน์เป็นภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวประกอบคำบรรยายมีความยาว 12 นาที พร้อมกับบันทึกแผ่นซีดีเพื่อเปิดให้กลุ่มตัวอย่างรับชม

ครั้งที่ 2 เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการบีบลูกบอลคลายเครียดตามแนวคิดวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจของ Taylor et al. (2001) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยใช้ลูกบอลคลายเครียดเป็นลูกบอลพลาสติกทรงกลมเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 7 เซนติเมตร มีลักษณะนุ่มมือเมื่อสัมผัส สามารถบีบให้แบนลงได้โดยใช้แรงเพียงเล็กน้อย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้มือกำลูกบอลสลับกับคลายมือออก ก่อนเข้ารับการส่องกล้องเป็นระยะเวลา 10 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างบีบต่อเนื่องในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนโดยมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนและระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนเสร็จสิ้นการทำหัตถการ

1.1.2 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” เป็นภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวพร้อมตัวหนังสือบรรยายได้ภาพประกอบคำบรรยาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยลักษณะการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) โดยเริ่มจากการไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนและใช้ลักษณะที่เด่นชัดของประสบการณ์ที่กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เหมือนกัน ตรงไปตรงมา และไม่เอาคำพูดที่บอกถึงอารมณ์ความรู้สึก เช่น เจ็บปวดมากรู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด หรือรุนแรง เป็นต้น โดยครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ด้าน คือ ข้อมูลที่บอกถึงสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทางกายที่เกิดขึ้น และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากสัมผัสทางกายที่เกิดขึ้นนั้น แล้วนำไปกำหนดเนื้อหาของข้อมูลที่จะจัดทำวีดิทัศน์ และบันทึกลงแผ่นซีดี เพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เนื้อหาประกอบด้วย

1.1.2.1 ความรู้เรื่องโรกระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สิ่งที่สามารถตรวจพบจากการส่องกล้องเช่น กระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร ก้อนเนื้องอกในกระเพาะอาหาร

1.1.2.2 ข้อมูลที่บอกถึงสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น โดยแนะนำสถานที่ตั้งผู้ป่วยนอกห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร การเดินทางโดยลิฟต์เพื่อขึ้นไปห้องผ่าตัด สภาพแวดล้อมภายในลิฟต์ ปุ่มกดต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมภายในห้องรอก่อนเข้ารับการส่องกล้องเป็นรถเข็นเปลนอน มีเจ้าหน้าที่แต่งกายด้วยชุดสีเขียวมีผ้าปิดปาก และหมวกคลุมศีรษะสีเขียว สภาพแวดล้อมภายในห้องส่องกล้อง แสงสว่างที่มากกว่าห้องทั่ว ๆ อุปกรณ์การส่องกล้องตั้งรอบ ๆ ห้อง เป็นต้น

1.1.2.3 ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ข้อมูลที่บอกว่าเหตุการณ์เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด เช่น เมื่อเข้ามาพักในห้องรอก่อนเข้ารับการส่องกล้องพยาบาลจะมาสอบถามชื่อ นามสกุล ประวัติการดื่มน้ำและอาหาร การแพ้ยา จากนั้นให้พระคุณเจ้าบิบลูกบอลคลายเครียดและแจ้งว่าจะถึงคิวที่ได้รับการส่องกล้องเวลาประมาณกี่โมง เมื่อเข้าไปในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพระคุณเจ้าจะได้รับการพ่นสเปรย์ยาชา เมื่อพยาบาลทดสอบว่าพระคุณเจ้ามีอาการชาดีแล้วจะให้พระคุณเจ้านอนตะแคงซ้าย การส่องกล้องทางเดินอาหารใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เริ่มจากแพทย์ใส่กล้องส่องตรวจเข้าไปในหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นต้น

1.1.2.4 ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสที่เกิดขึ้นทางกายที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งจะรวมถึงสิ่งที่ประสาทสัมผัสรับรู้ความรู้สึกจากการมองเห็น การได้ยิน การได้รับรส และการไต่กลิ่น ผ่านคำพูดที่บรรยายถึงการรับรู้ความรู้สึกของประสาทสัมผัส ดังนี้

1) การมองเห็น เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้พบกับแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแต่งกายด้วยชุดสีเขียว มีหมวกคลุมศีรษะสีเขียวและมีหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกเหมือน ๆ กัน

2) การได้ยิน เมื่อเข้าผู้ป่วยเข้ามาในห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบนผู้ป่วยจะเสียงของลมดังซู่ ซู่ อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นเสียงของเครื่องเป่าลมที่ใช้สำหรับเครื่องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ที่ทำหน้าที่เป่าลมเข้าสู่ทางเดินอาหารขณะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อให้ทางเดินอาหารขยายตัวทำให้แพทย์สามารถมองเห็นสิ่งผิดปกติในทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นเสียงลมที่เกิดจากเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลาย สารคัดหลั่ง และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อไม่ให้บดบังเนื้อเยื่อของทางเดินอาหาร

3) การรับรส ได้แก่ ก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พยาบาลจะพ่นยาชาเฉพาะที่บริเวณภายในลำคอของผู้ป่วย ซึ่งยาชาจะรสขมและเผ็ดร้อน

4) การได้กลิ่น ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่จะมีกลิ่นคล้ายน้ำหวานเฮลบลูบอยสีเขียว เป็นต้น

1.1.2.5 สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น เป็นอาการและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน การระบุงการแสดงที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น อาการปวดแน่นไม่สุขสบาย ท้องอืด เนื่องจากแพทย์เป่าลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร ทำให้รู้สึกแน่นท้องคล้ายๆกับท้องอืดจากการที่แพทย์เป่าลมเข้าสู่กระเพาะอาหาร

1.1.3 ลูกบอลคลายเครียด เป็นลูกบอลพลาสติกทรงกลมเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 7 เซนติเมตร มีลักษณะนุ่มมือเมื่อสัมผัส สามารถบีบให้แบนลงได้โดยใช้แรงเพียงเล็กน้อย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้มือกำลูกบอลสลับกับคลายมือออก ก่อนเข้ารับการส่องกล้องเป็นระยะเวลา 10 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างบีบต่อเนื่องในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนสิ้นสุดการทำหัตถการ

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับการศึกษาแผนกมัธยมศึกษา การศึกษาแผนกบาลี นิการ และสถานที่ตั้งของวัด ข้อมูลส่วนนี้เป็นแบบเลือกตอบผู้วิจัยให้การช่วยเหลือโดยการสอบถามผู้ป่วยแล้วบันทึก

2.1.2 ข้อมูลการตรวจรักษา สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับการรักษาข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคหลังเข้ารับการรักษา หัตถการที่ได้รับ จำนวนชนิดของยาชาเฉพาะที่ ระยะเริ่มต้นทำหัตถการนับตั้งแต่เริ่มใส่กล้อง

ระยะเวลาสิ้นสุด และเหตุการณ์ที่ได้รับในการตรวจครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากแฟ้มผู้ป่วยและข้อมูลในขั้นตอนการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.2.1 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form X-II) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่ (Spielberger et al., 1983) เป็นผู้สร้างและพัฒนาขึ้น แปลเป็นภาษาไทยของ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2528) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินที่วัดความรู้สึกโดยทั่วไปของผู้ป่วยในทุกสถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการจับคู่เพื่อกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน แบบประเมินความวิตกกังวลแฝงนี้ ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณการ 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบางครั้ง รู้สึกบ่อยครั้ง รู้สึกตลอดเวลา

คำตอบ	คะแนนข้อคำถามที่แสดง ความวิตกกังวลในทางบวก	คะแนนข้อคำถามที่แสดง ความวิตกกังวลในทางลบ
ไม่รู้สึกเลย	1	4
รู้สึกบางครั้ง	2	3
รู้สึกบ่อยครั้ง	3	2
รู้สึกตลอดเวลา	4	1

แบบประเมินความวิตกกังวลแฝงประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยมีค่าของคะแนนความวิตกกังวลจะอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน หากมีคะแนนความวิตกกังวลน้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีความวิตกกังวลต่ำ และ คะแนนความวิตกกังวลมาก หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลสูง ในข้อคำถามจะมีข้อความที่มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ สลับกันไปดังนี้

ข้อที่มีข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบมี 7 ข้อ ได้แก่ 1, 6, 7, 10, 13, 16 และ 19

ข้อที่มีข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก 13 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 และ 20

ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณการ 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบางครั้ง รู้สึกบ่อยครั้ง รู้สึกตลอดเวลา ให้ผู้ตอบได้เลือกและมีเกณฑ์แปลผลคะแนน ดังนี้

การแปลผล ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้ สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลได้เป็น 3 ระดับ (Spielberger et al., 1970) ดังนี้

คะแนน 20-39 หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลเล็กน้อย

คะแนน 40-59 หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลมาก

2.2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ(STAI Form X-I) เป็นแบบสอบถามที่ (Spielberger et al., 1983) เป็นผู้สร้างและพัฒนาขึ้น แปลเป็นภาษาไทยของ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2528) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะ (A-State) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญนี้ ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณการ 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกค่อนข้างมาก รู้สึกมากที่สุด

คำตอบ	คะแนนข้อคำถามที่แสดง ความวิตกกังวลในทางบวก	คะแนนข้อคำถามที่แสดง ความวิตกกังวลในทางลบ
ไม่รู้สึกเลย	1	4
รู้สึกบ้าง	2	3
รู้สึกค่อนข้างมาก	3	2
รู้สึกมากที่สุด	4	1

ให้ผู้ตอบได้เลือกและเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยมีค่าของคะแนนความวิตกกังวลจะอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน หากมีคะแนนความวิตกกังวลน้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีความวิตกกังวลต่ำ และ คะแนนความวิตกกังวลมาก หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลสูง ในข้อคำถามจะมีข้อความที่มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบสลับกันไปดังนี้

ข้อที่มีข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบมี 10 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

ข้อคำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวกมี 10 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18

ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณการ 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบางครั้ง รู้สึกบ่อยครั้ง รู้สึกตลอดเวลา ให้ผู้ตอบได้เลือกและมีเกณฑ์แปลผลคะแนน ดังนี้

การแปลผล ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้ สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลได้เป็น 3 ระดับ (Spielberger et al., 1970) ดังนี้

คะแนน 20-39 หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลเล็กน้อย

คะแนน 40-59 หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 หมายถึง ผู้ตอบแบบประเมินมีระดับความวิตกกังวลมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและตรวจรักษา แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ประสิทธิภาพที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการใช้ภาษา รูปแบบการนำเสนอและการดำเนินเรื่องที่เหมาะสม

2. ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและตรวจรักษา แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา กำหนดระดับความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ (Davis, 1992) คือ

1 หมายถึง ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม

และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องทางเดินอาหาร 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการส่องกล้องทางเดินอาหาร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit et al., 2007) ซึ่งจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index = CVI) (ดังตารางที่ 3)

สำหรับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้วิจัยได้นำวิดีโอทัศน์ประกอบคำบรรยาย บทบรรยายวิดีโอทัศน์และโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดังกล่าวข้างต้น เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไข

เนื้อหาและภาษาให้มีความครอบคลุม ความตรง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของ ภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้อง เหมาะสมของสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้กับเนื้อหาและนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกันจำนวน 3 ราย เพื่อปรับความเหมาะสมของภาษารูปแบบและความเหมาะสมของ กิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้องเหมาะสมของสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้กับเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ภายหลังตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง ผู้วิจัยได้แบบ ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ที่ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดิน อาหาร โรงพยาบาลราชวิถี โดยผู้วิจัยขอเอกสารขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำไปยื่นเสนอต่อสำนักงานจริยธรรมการวิจัย ในคนโรงพยาบาลราชวิถี ภายหลังได้รับอนุมัติการทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำเอกสารยื่นที่หัวหน้า กลุ่มงานศัลยกรรมศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถีเพื่อทดลองใช้เครื่องมือแล้วนำข้อมูลที่ได้ไป วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha Coefficient) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถาม	CVI	Reliability
แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง	.90	.84
แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ	.91	.81

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ โดยการสืบค้นและทบทวนความรู้จากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ผู้วิจัยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบน” เป็นภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวพร้อมตัวหนังสือบรรยายได้ภาพประกอบคำบรรยาย ซึ่ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) เริ่มจากจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สังเกตการณ์ร่วมกับสอบถามกับพยาบาลประจำห้องตรวจศัลยกรรมถึง ขั้นตอนการนัดและการมาเข้ารับการตรวจตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดกรองจนถึงห้องผ่าตัด ลำดับขั้นตอน ที่เกิดขึ้นภายในห้องผ่าตัด สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหาร

ส่วนบนและใช้ลักษณะที่เด่นชัดของประสบการณ์ที่กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เหมือนกัน ตรงไปตรงมา และไม่เอาคำพูดที่บอกถึงอารมณ์ความรู้สึก เช่น เจ็บปวดมาก รู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด หรือรุนแรง เป็นต้น โดยครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ด้าน คือ ข้อมูลที่บอกถึงสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทางกายที่เกิดขึ้น และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากสัมผัสทางกายที่เกิดขึ้น นั้น แล้วนำไปกำหนดเนื้อหาของข้อมูลที่จะจัดทำวิดีโอทัศนมีความยาว 12 นาทีและบันทึกลงแผ่นซีดี เพื่อเตรียมให้ข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยชมวิดีโอทัศนที่ห้องตรวจศัลยกรรม

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2558 และทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปดำเนินการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ ศัลยแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจศัลยกรรม เพื่อเป็นการแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานวิจัย

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยเมื่อผู้ป่วยยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตรวจรักษา ส่วนการเก็บแบบประเมินความวิตกกังวลผู้วิจัยให้ผู้ช่วยงานวิจัยเป็นผู้เก็บแบบสอบถาม

2. ขั้นตอนการทดลอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์และแพทย์เห็นควรให้เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อการวินิจฉัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 30 ราย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง จนครบจำนวน 30 ราย **ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2559 – 24 มิถุนายน 2559 และมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้**

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ แจกวัสดุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องตรวจศัลยกรรม)

3) กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพได้แจกแผ่นพับเรื่องการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พร้อมให้คำอธิบายตามรายละเอียดในแผ่นพับที่อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก ขั้นตอนการมารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพร้อมทั้งตอบคำถามข้อสงสัยหรือปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

4) ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจศัลยกรรม

ครั้งที่ 2 ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ใช้เวลา 15 นาที

1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรอเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญขณะรอส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

2) กลุ่มตัวอย่างได้รับให้ข้อมูลการพยาบาลตามปกติ ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องโดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และภายในห้องส่องกล้อง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายขั้นตอนการส่องกล้อง เริ่มตั้งแต่วัดสัญญาณชีพ การพ่นยาชา และการดูแลในระหว่างการส่องกล้อง โดยการบอกขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในแต่ละขั้นตอนจนเสร็จสิ้นการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

3) เมื่อออกจากห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาพักที่ห้องรอหลังการส่องกล้อง ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญทันทีเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างย้อนถึงความรู้สึกในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องตรวจศัลยกรรม)

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างโดยการให้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน มีเนื้อหาเป็นรูปธรรม-ปรนัย ประกอบด้วย

3.1) ความรู้เรื่องโรกระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สิ่งนี้อาจตรวจพบจากการส่องกล้อง เช่น ภาวะเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร ก้อนเนื้ออกในกระเพาะอาหาร ประโยชน์ที่จะได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

3.2) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น โดยการแนะนำสถานที่ห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องตรวจได้แก่ เครื่องส่องตรวจ ขนาดของสายกล้องส่องตรวจ อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดเสียงต่าง ๆ บุคลากร การแต่งกายของบุคลากร สภาพอากาศภายในห้องผ่าตัด ขนาดของเตียงผ่าตัดที่มีขนาดเล็กและแข็งไม่ยุบตัว และหมอนที่มีขนาดเล็ก เป็นต้น

3.3) ข้อมูลที่เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อมูลที่บอกว่า เหตุการณ์เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด ในแต่ละขั้นตอนของการส่องกล้องทางเดินอาหาร ลำดับที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้องในวันที่เข้ารับส่องตรวจ ระยะเวลาในส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ระยะเวลาการพ่นยาชา 2 – 3 ครั้ง หลังจากพ่นยาชาผู้ป่วยจะเริ่มชาหรือรู้สึกหยา ๆ บริเวณลำคอและจะชาเต็มๆเมื่อครบ 5 นาทีและหมดฤทธิ์ประมาณ 30-60 นาที การนอนตะแคงซ้าย การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้ปาก(Mouth Guard) ได้ตลอดการตรวจ อาการชาภายในลำคอยังคงอยู่ประมาณ 30-60 นาที เป็นต้น

3.4) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้นที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน การระบุงการแสดงที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น อาการปวดแน่นไม่สุขสบาย ท้องอืดเนื่องจากแพทย์เป่าลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร ทำให้รู้สึกแน่นท้องคล้ายๆกับท้องอืดจากการที่แพทย์เป่าลมเข้าสู่กระเพาะอาหาร อาการเรอหรือขย้อน จากการใส่ลมในกระเพาะอาหาร อาการเจ็บคอหลังการส่องตรวจเนื่องจากสายของกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารครูดซึ่งอาการเหล่านี้จะหายเองใน 24 ชั่วโมง

3.5) ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส ที่เกิดขึ้นทางกายที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งจะรวมถึงสิ่งที่ รู้สึกมองเห็น ได้ยิน ได้รับรส และได้กลิ่น ผ่านคำพูดที่บรรยายความรู้สึกที่รับรู้ ดังนี้

3.5.1) การมองเห็น เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้พบกับแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแต่งกายด้วยชุดสีเขียว มีหมวกคลุมศีรษะสีเขียวและมีหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกเหมือนกัน

3.5.2) การได้ยิน เมื่อเข้าผู้ป่วยเข้ามาในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนผู้ป่วยจะเสียงของลมดัง ชู่ ชู่ อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นเสียงของเครื่องเป่าลมที่ใช้สำหรับเครื่องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ที่ทำหน้าที่เป่าลมเข้าสู่ทางเดินอาหารขณะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อให้ทางเดินอาหารขยายตัวทำให้แพทย์สามารถมองเห็นสิ่งผิดปกติในทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นเสียงลมที่เกิดจากเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลาย สารคัดหลั่ง และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อไม่ให้บดบังเนื้อเยื่อของทางเดินอาหาร

3.5.3) การรับรส ได้แก่ ก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพยาบาลจะพ่นยาชาเฉพาะที่บริเวณภายในลำคอของผู้ป่วย ซึ่งยาชาจะรสขมและเผ็ดร้อน

3.5.4) การได้กลิ่น ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่จะมีกลิ่นคล้ายน้ำหวานเฮลบลูบอยสีเขียว เป็นต้น

4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างซักถามพร้อมทั้งตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

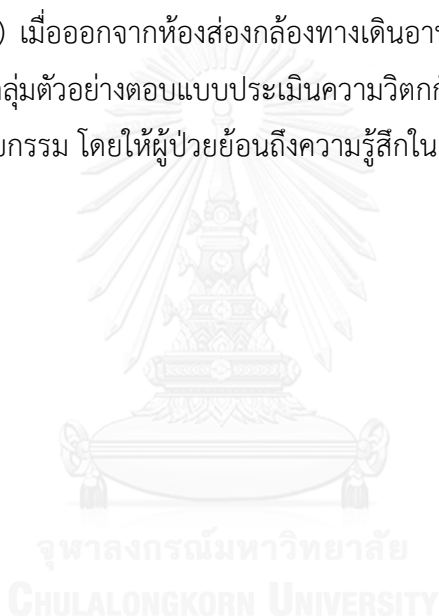
5) ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจคัดลยกรรม

ครั้งที่ 2 ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ใช้เวลา 10-15 นาที

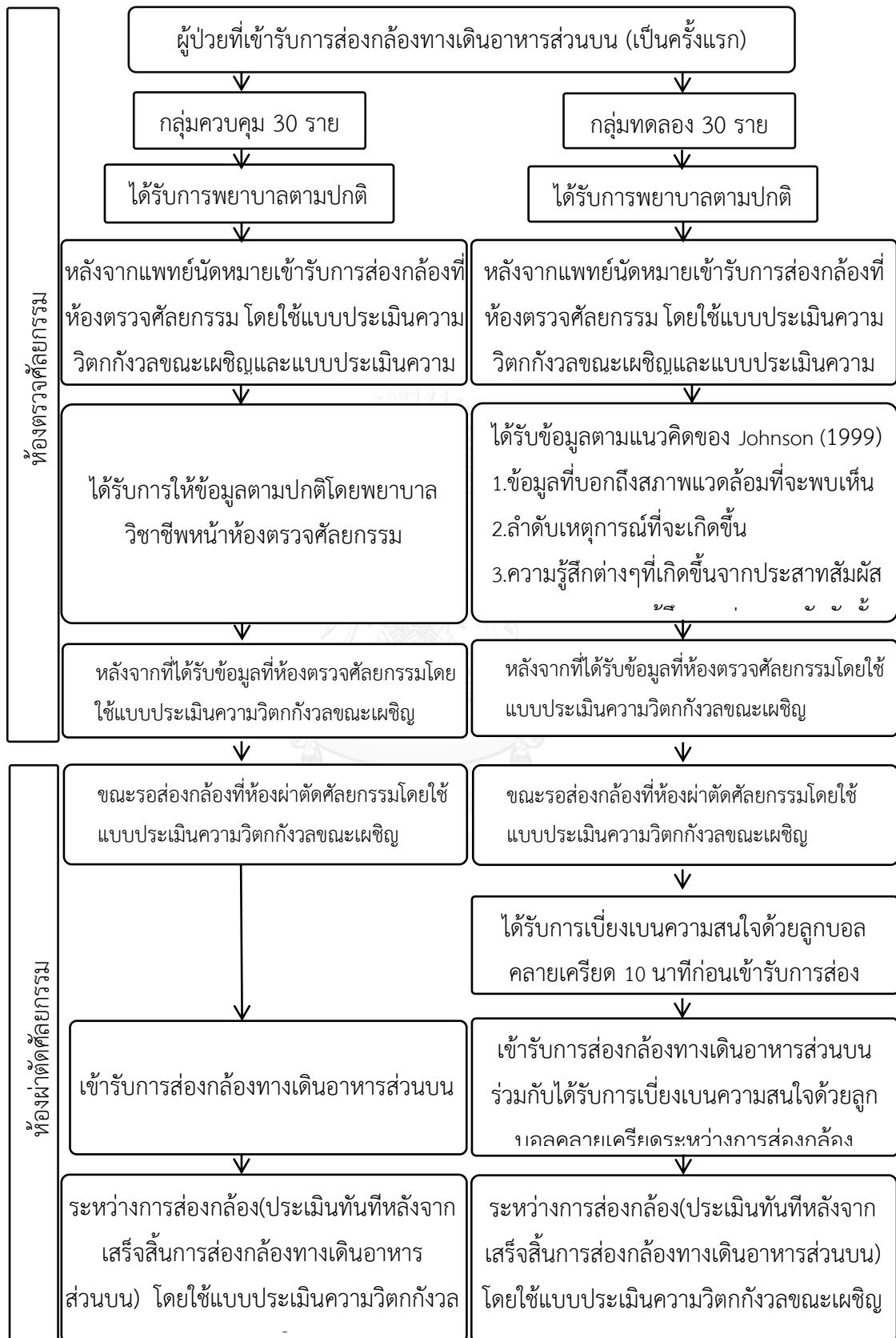
1) เมื่อผู้กลุ่มตัวอย่างเข้าพักรอเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญขณะรอส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนและการเดินทางมาห้องผ่าตัดเหมือนกับที่กลุ่มตัวอย่างได้ชมในวิดีโอหรือไม่ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม จากนั้นการให้กลุ่มตัวอย่างปีบลูกบอลคลายเครียดก่อนเข้ารับการตรวจเป็นเวลา 10 นาทีและให้กลุ่มตัวอย่างปีบต่อเนื่องไปตลอดระหว่างได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจนกระทั่งเสร็จสิ้นการตรวจ

3) เมื่อออกจากห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาพักที่ห้องรอหลังการส่องกล้อง ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญทันทีเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยให้ผู้ปวยย้อนถึงความรู้สึกในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2558 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงถึงสิทธิและประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการทำวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่บวช รายได้ ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับการศึกษาแผนกนักธรรม ระดับการศึกษาแผนกบาลี สายการปฏิบัติธรรม สถานที่ตั้งวัด การวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับการตรวจ ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการตรวจ การวินิจฉัยโรคหลังเข้ารับการตรวจ หัตถการที่ได้รับ จำนวนของยาชาเฉพาะที่ ระยะเวลาของการตรวจ และหัตถการที่ได้รับ โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ นำมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test dependent) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นำมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test independent) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (Two group with pretest and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน 3 ระยะ คือ หลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจคัดสรร ขณะรอส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดคัดสรร และระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดคัดสรร ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนกลุ่มทดลองก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ

ระยะ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (N=30)		t	P-value
		\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง	ภายหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้อง ที่ห้องตรวจคัดสรร	50.77	7.29		
ระยะที่ 1	หลังจากที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ห้องตรวจคัดสรร	48.50	6.42	4.45	.00
ระยะที่ 1	หลังจากที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ห้องตรวจคัดสรร	48.50	6.42	-2.57	.016
ระยะที่ 2	ขณะรอส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดคัดสรร	50.20	6.23		
ระยะที่ 2	ขณะรอส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดคัดสรร	50.20	6.23	-2.58	.015
ระยะที่ 3	ระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดคัดสรร	51.53	5.67		

จากตารางที่ 4 พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหลังจากที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ห้องตรวจคัดสรรก่อนต่ำกว่าภายหลังได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนขณะรอส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดคัดสรรสูงกว่าภายหลังจากการที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ห้องตรวจคัดสรร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมสูงกว่าขณะส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน 3 ระยะ คือ หลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจศัลยกรรม ขณะส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม และระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระยะ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		t	P-value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง	ภายหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องตรวจศัลยกรรม	50.77	7.29	50.07	7.33	0.37	.71
ระยะที่ 1	หลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจศัลยกรรม	48.50	6.42	49.17	7.19	0.38	.71
ระยะที่ 2	ขณะส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม	50.20	6.23	51.60	6.16	0.88	.38
ระยะที่ 3	ระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม	51.53	5.67	55.10	6.33	2.30	.03

จากตารางที่ 5 พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ภายหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องตรวจศัลยกรรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนขณะรอส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรก โดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ และเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลเป็นระยะดังนี้ 1)หลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจศัลยกรรม 2)ขณะรอส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมและ 3)ในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ปัญหาาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ปัญหาาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 60 คน

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีลำดับและขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือต้องใช้ในการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงฆ์เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปดำเนินการวิจัยและหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์เพื่อความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานหัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรม และหัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรมเพื่อชี้แจงจุดประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จัดเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยและการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่

2. ขั้นตอนการทดลอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์และแพทย์เห็นควรให้เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อการวินิจฉัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 30 ราย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง จนครบจำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2559 – 24 มิถุนายน 2559 โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องตรวจศัลยกรรม)

3) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพได้แจกแผ่นพับเรื่องการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พร้อมให้คำอธิบายตามรายละเอียดในแผ่นพับที่อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก ขั้นตอนการมารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพร้อมทั้งตอบคำถามข้อสงสัยหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

4) ผู้ช่วยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจศัลยกรรม

ครั้งที่ 2 ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ใช้เวลา 15 นาที

1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรอเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญขณะรอส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

2) กลุ่มตัวอย่างได้รับให้ข้อมูลการพยาบาลตามปกติ ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องโดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และภายในห้องส่องกล้อง กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายขั้นตอนการส่องกล้อง เริ่มตั้งแต่วัดสัญญาณชีพ การพ่นยาชา และการดูแลในระหว่างการส่องกล้อง โดยการบอกขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในแต่ละขั้นตอนจนเสร็จสิ้นการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

3) เมื่อออกจากห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาพักที่ห้องรอหลังการส่องกล้อง ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญทันทีเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างย้อนถึงความรู้สึกในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังจากแพทย์นัดหมายเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องตรวจศัลยกรรม)

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างโดยการให้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน มีเนื้อหาเป็นรูปธรรม-ปรนัย ประกอบด้วย

3.1) ความรู้เรื่องโรกระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สิ่งนี้อาจตรวจพบจากการส่องกล้อง เช่น ภาวะเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร ก้อนเนื้ออกในกระเพาะอาหาร ประโยชน์ที่จะได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

3.2) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น โดยการแนะนำสถานที่ห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องตรวจได้แก่ เครื่องส่องตรวจ ขนาดของสายกล้องส่องตรวจ อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดเสียงต่าง ๆ บุคลากร การแต่งกายของบุคลากร สภาพอากาศภายในห้องผ่าตัด ขนาดของเตียงผ่าตัดที่มีขนาดเล็กและแข็งไม่ยุบตัว และหมอนที่มีขนาดเล็ก เป็นต้น

3.3) ข้อมูลที่เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อมูลที่บอกว่า เหตุการณ์เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด ในแต่ละขั้นตอนของการส่องกล้องทางเดินอาหาร ลำดับที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้องในวันที่เข้ารับส่องตรวจ ระยะเวลาในส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ระยะเวลาการพ่นยาชา 2 – 3 ครั้ง หลังจากพ่นยาชาผู้ป่วยจะเริ่มชาหรือรู้สึกหนาว ๆ บริเวณลำคอและจะชาเต็มๆเมื่อครบ 5 นาทีและหมดฤทธิ์ประมาณ 30-60 นาที การนอนตะแคงซ้าย การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้ปาก(Mouth Guard) ได้ตลอดการตรวจ อาการชาภายในลำคอยังคงอยู่ประมาณ 30-60 นาที เป็นต้น

3.4) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้นที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน การระบุงการแสดงที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น อาการปวดแน่นไม่สุขสบาย ท้องอืดเนื่องจากแพทย์เป่าลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร ทำให้รู้สึกแน่นท้องคล้ายๆกับท้องอืดจากการที่แพทย์เป่าลมเข้าสู่กระเพาะ

อาหาร อาการเรอหรือขย้อน จากการใส่ลมในกระเพาะอาหาร อาการเจ็บคอหลังการส่องตรวจ เนื่องจากสายของกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารครูดซึ่งอาการเหล่านี้จะหายเองใน 24 ชั่วโมง

3.5) ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส ที่เกิดขึ้นทางกายที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งจะรวมถึงสิ่งที่ รู้สึกมองเห็น ได้ยิน ได้รับรส และได้กลิ่น ผ่านคำพูดที่บรรยายความรู้สึกที่รับรู้ ดังนี้

3.5.1) การมองเห็น เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้พบกับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแต่งกายด้วยชุดสีเขียว มีหมวกคลุมศีรษะสีเขียวและมีหน้ากากอนามัย ปิดปากและจมูกเหมือนกัน

3.5.2) การได้ยิน เมื่อเข้าผู้ป่วยเข้ามาในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนผู้ป่วยจะเสียงของลมดัง ชู ชู อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นเสียงของเครื่องเป่าลมที่ใช้สำหรับ เครื่องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ที่ทำหน้าที่เป่าลมเข้าสู่ทางเดินอาหารขณะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อให้ทางเดินอาหารขยายตัวทำให้แพทย์สามารถมองเห็นสิ่งผิดปกติในทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นเสียงลมที่เกิดจากเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลาย สารคัดหลั่ง และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อไม่ให้บดบังเนื้อเยื่อของทางเดินอาหาร

3.5.3) การรับรส ได้แก่ ก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบนพยาบาลจะพ่นยาชาเฉพาะที่บริเวณภายในลำคอของผู้ป่วย ซึ่งยาชาจะรสขมและเผ็ดร้อน

3.5.4) การได้กลิ่น ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่รูปแบบพ่นจะมีกลิ่นคล้าย น้ำหวานเฮลบลูบอยสีเขียว เป็นต้น

4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างซักถามพร้อมทั้งตอบคำถาม ข้อสงสัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

5) ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังจากที่ได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจคัดสรร

ครั้งที่ 2 ขณะรอเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดคัดสรร ใช้ เวลา 10-15 นาที

1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรอเข้ารับการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญขณะรอส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดคัดสรร

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้อง ทางเดินอาหารส่วนบนและการเดินทางมาห้องผ่าตัดเหมือนกับที่กลุ่มตัวอย่างได้ชมในวิดีโอหรือไม่ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม จากนั้นการให้กลุ่มตัวอย่างปีกลูกบอลคลายเครียดก่อนเข้ารับการตรวจ เป็นเวลา 10 นาทีและให้กลุ่มตัวอย่างปีบต่อเนื่องไปตลอดระหว่างได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบนจนกระทั่งเสร็จสิ้นการตรวจ

3) เมื่อออกจากห้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาพักที่ห้องรอหลังการส่องกล้อง ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญทันทีเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยให้ผู้ป่วยย้อนถึงความรู้สึกในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

3. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่บวช รายได้ ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับการศึกษาแผนกนักธรรม ระดับการศึกษาแผนกบาลี สายการปฏิบัติธรรม สถานที่ตั้งวัด การวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับการตรวจ ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการตรวจ การวินิจฉัยโรคหลังเข้ารับการตรวจ หัตถการที่ได้รับ จำนวนของยาชาเฉพาะที่ ระยะเวลาของการตรวจ และหัตถการที่ได้รับ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และหาค่าร้อยละ

4. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ นำมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test dependent) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นำมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test independent) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนภายหลังจากได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ เมื่อประเมินความวิตกกังวลภายหลังจากได้รับข้อมูลทันที ส่วนการประเมินความวิตกกังวลในระยะขณะรอส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ในระยะทันทีเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าความวิตกกังวลในช่วงระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แบ่งการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ 2 ประการ ดังนี้ คือ

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ อภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนโดยใช้ยาชาเฉพาะที่เป็นครั้งแรก เนื่องจากการเข้ารับการตรวจเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหารมาก่อน รวมทั้งไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการส่องกล้องมาก่อน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ เกิดความคลุมเครือต่อสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์บอกเล่าถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้พบในวันที่มีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่มาถึงตึกผู้ป่วยนอก ได้เห็นขั้นตอนการใช้ลิฟต์เพื่อขึ้นไปยังห้องผ่าตัดสภาพแวดล้อมภายในลิฟต์ ภายในห้องผ่าตัดและห้องส่องกล้องทางเดินอาหารอากาศจะเย็นประมาณ 22-25 องศาเซลเซียส จะมีผ้าห่มให้ ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเหตุการณ์ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดในแต่ละขั้นตอน อาการของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ที่ผู้ป่วยรับรู้ในแต่ละขั้นตอน การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้รสและกลิ่นที่จะรับรู้ พร้อมทั้งบอกถึงสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (Schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบในอนาคตเหมือนกับผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การส่องกล้อง

ทางเดินอาหาร ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในวันที่เดินทางมาเข้ารับการรักษาจริงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง การศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับ ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ (2556) ที่ทำการศึกษารวมของการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ ชลมาศ คูหารัตนากร (2557) ที่ทำการศึกษารวมของการให้ข้อมูลผ่านการ์ตูนแอนิเมชัน ต่อความวิตกกังวลของเด็กชายวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาเย็บข้อศอก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังทดลองลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สำหรับในระยะเวลารอส่งกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ในระยะทันทีเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้อง ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้นนั้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดการคาดเดาผลของการตรวจวินิจฉัยโรคทำให้เกิดความวิตกกังวลจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับการส่องกล้องวินิจฉัยโรค Dyspepsia หมายถึง อาการปวดท้องหรือไม่สบายท้อง ร้อยละ 86.7 ซึ่งเป็นการวินิจฉัยดังกล่าวเป็นกลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวสามารถเกิดจากสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น แผลในกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน หลอดอาหารอักเสบ มะเร็งทางเดินอาหาร เป็นต้น ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดัน ความตึงเครียดภายในจิตใจและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ ซึ่งความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยนั้น (บุญวดี เพชรรัตน์, 2535) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการจดจำเรื่องราวหรือข้อมูลจากการรับชมวิดีโอได้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Joshua K.H. and Laura T.G. (2015) ที่พบว่าบุคคลมีความสามารถในการจดจำเรื่องราวมักจะดีที่สุดในช่วงอายุน้อยคือประมาณ 15 ปีและลดลงไปเรื่อยๆ ตามอายุ เมื่อความสามารถในการจดจำรายละเอียดจากการรับชมวิดีโอที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงข้อมูลที่สำคัญจากความทรงจำตามที่ได้รับชมวิดีโอออกมาเพื่อให้เกิดโครงสร้างความคิด(Schema) เกี่ยวกับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบในการส่องกล้องทางเดินอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ อภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยใช้ภาษาเฉพาะที่เป็นครั้งแรก ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองทั้งหมด 3 ครั้ง พบว่ามีเพียงความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ใน

ระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ผู้ป่วยได้รับการใส่กล้องส่องตรวจเข้าไปในปาก เกิดความรู้สึกตื่นตระหนก สึกอึดอัดจากการที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในปาก ความรู้สึกภายในช่องปากหายไปต้องใส่เครื่องมือช่วยให้เข้าปาก ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่คุ้นเคยทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และการที่ได้รับการบิบลูกบอลคลายเครียดเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากสถานการณ์ตึงเครียดที่กำลังเผชิญตามแนวคิดเบี่ยงเบนความสนใจของ Taylor et al. (2001) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการบิบลูกบอลคลายเครียด เพื่อการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการนำผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ที่คุกคามความรู้สึกตื่นตระหนก สึกอึดอัดจากการที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในปาก ความรู้สึกภายในช่องปากหายไปต้องใส่เครื่องมือช่วยให้เข้าปาก เมื่อผู้ป่วยผ่อนคลายทำให้มีสติคิดที่จะนำข้อมูลจากโครงสร้างความคิด(Schema) เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้จากการชมวิดีโอที่นำมาใช้ในการควบคุมตนเองตามความรู้สึกของประสาทสัมผัสการกลืน ขั้นตอนเมื่อกำลังส่องตรวจผ่านเข้าสู่กระเพาะอาหาร ความรู้สึกถูกเสียดแน่นท้อง สาเหตุเกิดจากเครื่องเป่าลมให้กระเพาะอาหารพองตัว ระยะเวลาที่จะรับรู้ความรู้สึกนั้น สามารถผ่อนคลายด้วยการบิบลูกบอล ประมาณ 10-15 นาที ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพห้องตรวจคัดกรองกรรม แม้ว่าจะ เป็นพยาบาลวิชาชีพแต่เนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติงานในห้องส่องกล้องทางเดินอาหารทำให้ความรู้ความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนการส่องกล้อง สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด การรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่เกิดขึ้นอาจไม่เพียงพอ อีกทั้งเทคนิควิธีการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไม่มีแบบแผนหรือรูปแบบที่แน่นอน บางครั้งมีเวลาน้อยสำหรับการอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเนื่องจากต้องรีบเร่ง อีกทั้งลักษณะการให้ข้อมูลยังเป็นการบอกเล่ามีเพียงเอกสารแผ่นพับเพียงอย่างเดียวจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเกิดโครงสร้างความคิดที่ชัดเจนได้ จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลสูงขึ้นในระหว่างการส่องกล้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณัฐ ฤทธิธรรม และสมพร ชีโนรส (2553) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังการให้ข้อมูลหลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้อง และในขณะที่พักรอ ณ ห้องรอก่อนเข้ารับการส่องกล้อง พบว่าแม้ว่าความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมีปัจจัยหลายอย่างเช่น ปัจจัยอายุ เพศ ระดับการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 66.7 ดังนั้นผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเนื่องจากร้อยละ 86.7 ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ สอดคล้องการศึกษาของ นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ (2548) ในการศึกษาผลโปรแกรมการให้ข้อมูล

ก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังพบว่าผู้ป่วยปัญหาด้านเศรษฐกิจและประสบการณ์การผ่าตัดทำให้ความวิตกกังวลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ระหว่าง 48.5-55.10 ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในระดับที่ทำให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัวและมีความมีสติสัมปชัญญะอยู่ ผู้ป่วยจะเลือกสนใจเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือที่จะช่วยให้ตนสบายใจขึ้นและยังคงใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้เป็นระดับที่ผู้ป่วยแสวงหาข้อมูลหรือวิธีที่จะช่วยลดความวิตกกังวล แต่เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ทราบถึงการวินิจฉัยโรคที่แท้จริงจึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรค ทำให้การให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจไม่ได้ผลเท่าที่ควร อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่การวินิจฉัยโรคที่เป็นส่วนใหญ่เป็นโรคปวดท้องคิดเป็นร้อยละ 91.7 และการวินิจฉัยโรคหลังการตรวจส่วนใหญ่เป็นกระเพาะอาหารอักเสบคิดเป็นร้อยละ 76.7 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลไม่สูง ซึ่งหากมีคัดเลือกกลุ่มที่มีความวิตกกังวลระดับสูงเป็นเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมการวิจัยอาจให้ผลที่ชัดเจนได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพซึ่งดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่หน่วยส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แพทย์นัดหมายกับผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องควรจัดให้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลองที่บริเวณห้องรอเข้ารับการส่งกลอง ที่ห้องผ่าตัดหรือหน่วยส่งกลอง และในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการส่งกลอง
2. พยาบาลวิชาชีพที่ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่หน่วยส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ควรได้รับการอบรมให้เข้าใจและมีทักษะในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน
3. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบนแก่บุคคลทั่วไป
4. เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจไปใช้ เพื่อเตรียมตัวได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยการจัดการให้ข้อมูลด้วยการรับชมวิดีโอและการ์ตูนให้แผ่นพับ และเมื่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

ส่องกล้องที่บริเวณห้องรอเข้ารับการส่องกล้อง พยาบาลวิชาชีพควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับชมวิดีโอทัศน์ ร่วมกับการให้การเบี่ยงเบนความสนใจที่เหมาะสมจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจาก สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ การจัดกระทำดังกล่าวคาดว่าจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการ พยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง

ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอ ควรเพิ่มการให้ ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) ในระยะขณะที่ผู้ป่วยรอการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัด ด้วยการ จัดให้ผู้ป่วยได้รับชมวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับขั้นตอนระหว่างการส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินอาหารส่วนบน และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้และข้อมูลอีกครั้งร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดกระทำ ดังกล่าวคาดว่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงได้

2. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ที่ได้รับหัตถการและ ได้รับยาชาเฉพาะที่ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลาในระหว่างได้รับหัตถการ อาจทำให้ผู้ป่วยมี ความวิตกกังวลสูง

3. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความวิตกกังวลอย่างเฉพาะเจาะจงกับบริบท ในผู้ป่วยที่มารับ บริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร

รายการอ้างอิง

- กันยา ออประเสริฐ. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกลเฉพาะบริเวณ วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กำธร ตันติวิทยาพันธ์. (2547). วิสัยทัศน์กับการส่งกล่องทางเดินอาหาร. ใน ทวี รัตนชูเอก และ ดา
ราณี เศรษฐ์รักษ์ (บรรณาธิการ), ตำราปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการส่ง
กล่องทางเดินอาหาร.(พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 6-14). กรุงเทพมหานคร: KR การพิมพ์.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด., วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2531). การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. เชียงใหม่: เจริญการพิมพ์.
- ชลมาศ คูหารัตนากร. (2557). ผลของการให้ข้อมูลผ่านการตูนแอนิเมชั่นต่อความวิตกกังวล และ
ความร่วมมือของเด็กชายวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาห่อปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541). ผลของการใช้ อี เอ็ม จี ไปโอพีดแบคร่วมกับการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุม
อาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และ
สมรรถภาพปอดในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษาศาสตร์ สาขา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2528). ผลของการใช้ตัวแบบในการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อน
การศึกษาภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต,
ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2535). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษาศาสตร์
มหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตวิศา มณีรัตน์. (2547). ผลการฟังเทปเทคนิคหายใจผ่อนคลายร่วมกับเสียงดนตรีต่อระดับความวิตก
กังวลของผู้ป่วยก่อนและระหว่างผ่าตัดต่อมลูกหมากโตแบบใช้อุปกรณ์ส่งกล่องทางท่อ
ปัสสาวะ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผู้ใหญ่),
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ทรงพรรณ สุขารมย์. (2540). การวิเคราะห์ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. เชียงใหม่: งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์. (2556). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. (2548). ผลโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2535). การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางอารมณ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(3), 28-30.
- ปณัฐติกา เหล็กแท้. (2551). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณัฐดา ชชาติสุวรรณ. (2553). ผลของการใช้รูปแบบการสนับสนุนข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริศนา จิระชีวี. (2551). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธวรรณ ศิริเจริญกิจ. (2552). ลูกบอลคลายเครียด. ใน ประชุมวิชาการประจำปี 2552: บทบาทวิสัญญีพยาบาลก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (หน้า 91-93). ม.ป.ท.
- พิชญาภา พิษยะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของเพศชายสูงอายุหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มณฑา โชคชัยไพศาล และคณะ. (2552). เทคนิคการใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9. Retrieved 16 พฤศจิกายน 2557, from <http://www.mhc03.org/cbt/1.pdf>
- ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ. (2553). การทบทวนวรรณกรรม: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และระดับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2(3), 50-70.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2551). รายการอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2549. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสงฆ์.
- วรนุช ฤทธิธรรม และสมพร ชีโนรส. (2553). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วารสารเกื้อการุณ, ปีที่ 19 ฉบับที่ 2, 75-87.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). ทฤษฎีการควบคุมตนเอง : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว. วารสารสภาการพยาบาล, 25(4), 23-33.
- ศรินรา ทองมี. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศิริกาญจน์ เผือกเทศ. (2527). ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดขอดในถุงอัมตะซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาย อมรโยธิน. (2555). การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจและรักษาความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ใน ประชิต เตมียะเสน (บรรณาธิการ) การบริหารงานในหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (หน้าที่ 24-53). กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายชล จันทร์วิจิตร. (2539). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ. (2555). การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์. (2522). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.

- Alexander, C. J., & Parsons Annette. (1987). Collecting Psychological data. In *Perioperative Patient care :The Nursing Perspective 2nd ed. Edited by J.A. Kneedler & G.H. Dodge.*, 67-84.
- Aljebreen, A. M. (2010). Unsedated Endoscopy: Is it Feasible? *Saudi J Gastroenterol*, 16(4), 243-244.
- Amornytin, S., Srikureja, W., Chalayonnavin, W., Kongphlay, S., & Chatchawankitkul, S. (2009). Topical viscous lidocaine solution versus lidocaine spray for pharyngeal anesthesia in unsedated esophagogastroduodenoscopy. *Endoscopy*, 41, 581-586.
- Arabul, M., Kandemir, A., Celik, M., et al. (2013). Impact of video information before unsedated upper gastrointestinal endoscopy on patient satisfaction and anxiety: a prospective randomized trial. *Prz Gastroenterol*, 8(1), 44-49.
- Arrowsmith, J. B., Gerstman, B. B., Fleischer, D. E., & Benjamin. S.B. (1991). U.S. Food and Drug Administration collaborative study on complication rates and drug use during gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc*, 37, 421-427.
- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J.*, Oct;92(4), 445-457.
- Blount, R. L., Mannimala, M. R., & Cohen, L. L. (2000). The effects of parental reassurance versus distraction on child distress and coping during immunizations. *Children's Health Care*.
- Callaghan, P., & Chan, H. C. (2001). The effect of videotaped or written information on Chinese gastroscopy patients' clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 42, 225-230.
- Carla, A. M., Ranita, A., Caitlin, M. C., & Nancy, M. (2011). Child Behavior Checklist Scores for School-Aged Children with Autism: Preliminary Evidence of Patterns Suggesting the Need for Referral. *J Psychopathol Behav Assess*, 33(1), 31-37.
- Carwile, J. L., Feldman, S., & Johnson, N. R. (2014). Use of a simple visual distraction to reduce pain and anxiety in patients undergoing colposcopy. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 18(4), 317-321.

- Chuah, S. Y., Goh, K. L., & Wong, N. W. (1999). Common Anxieties of Patients Undergoing Oesophago-GastroDuodenoscopy, Colonoscopy and Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography. *Med J Malasia*, 25(2), 216-226.
- Classen, M., Tytgat, N. J., & Lightdale, C. J. (2010). *Gastroenterological endoscopy*. New York: Thieme.
- Colt, H. G., Powers, A., & Shanks, T. G. (1999). Effect of music on state anxiety scores in patients undergoing fiberoptic bronchoscopy. *Chest*, 116(3), 819-824.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Feyzullah, E., Ahmet, B. T., Gülflen, A., et al. (2010). Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. *Turk J Gastroenterol*, 21(1), 29-33.
- Gaberson, K. B. (1995). The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal*, 62(784), 786-788.
- Glenn, M. E., Todd, H. B., Jason, A. D., et al. (2002). Complications of upper GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(7), 784-793.
- Grabow, J., & Buse, R. (1971). Preoperative anxiety: Anxiety about the operation, anxiety about Anesthesia, Anxiety about pain. *Psychotherapy Psychosomatic Medicine of Psychology*, 40(2), 113-122.
- Green, J. (2006). Complication of gastrointestinal endoscopy. *BSG Guidelines in Gastroenterology*, November.
- Hakan, U., Gamze, O., Fieniz, S., Murat, K., & Haldun, S. (2012). Which factors affect anxiety level before upper gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy gastrointestinal*, 20(3), 67-71.
- Haugen, A. S., Eide, G. E., Olsen, M. V., et al. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs*, Aug;18(16), 2301-2310.
- Hudson, B. F., Ogden, J., & Whiteley, M. S. (2015). Randomized controlled trial to compare the effect of simple distraction interventions on pain and anxiety experienced during conscious surgery. *European Journal of Pain*, 19(10), 1447-1455.

- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health, 22*, 435-448.
- Johnson, J. E., Fieler, V. K., Jones, L. S., Wlasowicz, G. S., & Mitchell, M. L. (1997). *Self-regulation theory: Applying theory to your practice*. Pittsburgh (PA): Oncology Nursing Press.
- Johnson, J. E., Morrisey, J. F., & Leventhal, H. (1973). Psychological preparation for an endoscopic examination. *Gastrointest Endoscope, 19*, 180-182.
- Joshua K.H., & Laura T.G. (2015). When Does Cognitive Functioning Peak? The Asynchronous Rise and Fall of Different Cognitive Abilities Across the Life Span. *Psychological Science, March, 13*, 1-10.
- Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg, 90*(3), 706-712.
- Kneisl, C. R. (1996). Stress, Anxiety, and Coping. In *Psychiatric nursing. H.s. Wilson & C.R. Kneisl (Eds.), 2nd ed.*, 123-147.
- Kutluturkan, S., Gorgulu, U., Fesci, H., & Karavelioglu, A. (2010). The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomized control trial. *International Journal of Nursing studies, 47*(9), 1066-1073.
- Lader, M., & Mark, I. (1971). Clinical Anxiety. In McCleane G.J. & Cooper R. (Eds.), *The nature of Pre-operative Anxiety* (pp. 158). New York: Grune and Stratton, Inc.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of selfregulation. In S. M. Wooldridge PJ & L. R. Skipper JK (Eds.), *Behavioral science and nursing theory* (pp. 189-262). St. Louis: CV Mosby.
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre-and postoperative information needs. *Patient Educ Couns, 40*(1), 29-37.
- Maguire, D., Walsh, J. C., & Little, C. L. (2004). The effect of information and behavioural training on endoscopy patients' clinical outcomes. *Patient Education and Counseling, 54*, 61-65.

- Mahl, G. (1956). Disturbances and Silences in the Patient's Speech in Psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53(6), 1-15.
- McCaffery, M. (1983). *Nursing the patient in pain*. London: Lippincott Nursing Series.
- Menachem, T. B., Decker, G. A., Early, D. S., et al. (2012). Adverse events of upper GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76(4), 707-718.
- Milgrom, P., Coldwell, S. E., Getz, T., Weinstein, P., & Ramsay, D. S. (1997). Four dimensions of fear of dental injections. *The Journal of the American Dental Association*, 28(6), 756-766.
- Milgrom, P., Weinstein, P., & Getz, T. (1995). Treating fearful dental patients *A patient management handbook* (2nd ed.). Washington:: University of Washington
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Minckley, & and Barbara, B. (1974). Psychologic and Physiologic response of elective surgical Patient. *Nursing Research*, 23,5, 329-401.
- Mitchell, P. H., & Loustau, A. (1981). *Concept basic of nursing*.(3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book,.
- Peplau, H. E. (1991). Interpersonal releasing in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing. *New York: Springer publishing Co, Inc.*
- Pissajarn, S. (2007). *The effect of concrete-objective information on maternal anxiety of children undergoing cardiac catheterization*. (Unpublished master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI and acceptable indicator of content validity? : Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.
- Schneider, S. M., & Workman, M. L. (2000). Virtual reality as a distraction intervention for older children receiving chemotherapy. *Pediatric Nursing*, 26(6), 593-597.
- Seda, P., Nimet, O., Mehmet, K., et al. (2011). Effect of providing information to the patient about upper gastrointestinal endoscopy on the patient's perception, compliance and anxiety level associated with the procedure. *Turk J Gastroenterol*, 22 (1), 10-17.

- Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2013). Guidelines for Nursing Documentation in Gastrointestinal Endoscopy. Retrieved Oct 20, 2014
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, P. R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. *Consulting Psychologists Press*. CA: Palo Alto.
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. In M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*, 292-321.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2001). *The art and science of care: Fundamentals of nursing (4th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- The American Gastroenterological Association. (2013). Preparing for an Upper GI Endoscopy. Retrieved Oct 30, 2014, from The American Gastroenterological Association
- The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). (2008). Sedation and anesthesia in GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 68(5), 815-826.
- The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). (2012). Adverse events of upper GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76(4), 707-718.
- Trevisani, L., Sartori, S., Gaudenzi, P., et al. (2004). Upper gastrointestinal endoscopy: Are preparatory interventions or conscious sedation effective? A randomized trial. *World J Gastroenterol*, 10(22), 3313-3317.
- Trevisani, L., Sartori, S., Putinati, S., et al. (2002). Assessment of anxiety levels in patients during diagnostic endoscopy. *Recenti Progressi in Medicina*, 93(4), 240-244.
- Tsiou, C., Efthymiatis, G., & Katostaras, T. (2008). Noise in the operating rooms of Greek hospitals. *Journal of the Acoustical Society of American Journal of Surgery*, 123(2), 757-765.
- Van Vliet, M. J., Grypdonck M, Van Zuuren, F. J., Winnubst, J., & Kruitwagen, C. (2004). Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: the influence of information in medical situations. *Patient Educ Couns*, 52(1), 23-30.

Vessey, J. A., Carlson, K. A., & McGill, J. (1994). Use of distraction with children during an acute pain experience. *Nursing Research*, 43(6), 369-372.

Vogelsang, J. (1988). The Visual Analog Scale: An accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 3, 235-239.







รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.จอนพะจง เพ็งจาด | อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 2. ผศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา | อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 3. อาจารย์รังสิมา ชัยวัฒน์ | หัวหน้าหน่วยส่งกลัองระบบทางเดินอาหาร ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช |
| 4. นายแพทย์ทวี รัตนชูเอก | หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี |
| 5. แพทย์หญิงณัฐพร นรเศรษฐวณิชย์ | อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์โรงพยาบาลสงฆ์ |



ที่ ศร 0512.11/ 1383



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

ร กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด | อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา | อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
ผู้นิสิต	นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-7149-9494

ที่ ศธ 0512.11/1383



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

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

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ทวี รัตนชูเอก หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ ทวี รัตนชูเอก
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-7149-9494

ที่ ศธ 0512.11/1383



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

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

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง ณัฐพร นรเศรษฐวานิชย์ อาจารย์แพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน แพทย์หญิง ณัฐพร นรเศรษฐวานิชย์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-7149-9494

ที่ ศธ 0512.11/๒๔๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

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

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรังสิมา ชัยวัฒน์ หัวหน้าหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สนิต ปรืชวณ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สนิตา ปรีชวณซ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวรังสิมา ชัยวัฒน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ผู้นิสิต

นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-5775-5396

ภาคผนวก ค

หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัย
หนังสือรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการทดลองเครื่องมือวิจัย
เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี
หนังสืออนุมัติให้นิติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลสงฆ์
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/12๐5

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรองจริยธรรม 1 ชุด
 2. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ 1 ชุด
 3. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายตฤณ เสาทองกลาง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156
ชื่อนิสิต นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-5775-5396

หนังสือรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์



โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400
โทร. 0-2640-9537 ต่อ 5433 โทรสาร 0-2354-4287, 0-2354-4306

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

เลขที่ ...๒.../2558

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเฝ้าระวังความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย
ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายตฤณ เสาทองกลาง

หน่วยงาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เชิงรุก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ที่	รายนาม	ตำแหน่ง	คณะกรรมการ	ลงนาม
1.	นางไพรัตน์ แสงศิษุ	รองผู้อำนวยการ ด้านการแพทย์	ประธานกรรมการ	
2.	นายสมบัติ ศรีสุวรรณภรณ์	นายแพทย์ เชี่ยวชาญ	รองประธาน กรรมการ	
3.	นางสาวนุชจรี พงษ์นริศร	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
4.	นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
5.	นางสาวจิราภรณ์ ชูติมากุลทวี	เภสัชกร ชำนาญการ	กรรมการ	
6.	นายสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ และเลขานุการ	
7.	นายปราโมทย์ จุงสกุล	นักสังคมสงเคราะห์ ชำนาญการ	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ	

รับรองเมื่อวันที่ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2558 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดใน
วันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2560

(นายสมนึก อรรมเชียรฐารง)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงฆ์

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองเครื่องมือวิจัย

ที่ ศร 0512.11/ 1958



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤศจิกายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

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

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยที่รอเข้ารับ การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ณ ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหารโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายตฤณ เสาทองกลาง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
ชื่อนิสิต นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-7149-9494

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 59054
เอกสารเลขที่ 046/2559

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและภาวะเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน”
(ภาษาอังกฤษ) “The...effect...of...information...providing...and...distraction...program...on...anxiety...of...patients...undergoing...esophagogastroduodenoscopy.”
ชื่อหัวหน้าโครงการ นายตฤณ เสาทองกลาง
ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559
2. แบบวัดความวิตกกังวล, แบบสอบถามความพึงพอใจ ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2
ปี คือสิ้นสุดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นายแพทย์ อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 06๐3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายตฤณ เสาทองกลาง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกตพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
ชื่อนิสิต นายตฤณ เสาทองกลาง โทร. 09-7149-9494

หนังสืออนุมัติให้นิติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลสงฆ์



บันทึกข้อความ

ฝ่ายบริหารทั่วไป
วันที่ ๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙
๑๐-๑๐๔

ส่วนราชการ

ที่ ๑๑๕๕๙ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติโครงการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์)

ด้วยข้าพเจ้านายตฤณ เสาทองกลาง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลสงฆ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล และการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน” โดยมี ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น ได้ผ่านการอนุมัติและการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล กรมการแพทย์

ในการนี้จึงใคร่ขออนุมัติโครงการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 60 ราย จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจ ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะประสานเรื่องวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณอย่างสูง

ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ สงฆ์

กลุ่มงานศัลยศาสตร์

อันได้แก่การร่วมมือ

กับกรมการแพทย์

ไม่ขัดข้องจากฝ่ายศัลยศาสตร์

และแพทย์หญิง

(นายสมเกียรติ เกษมธรรมคุณ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์

๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙ (นายไพฑูรย์ ฤกษ์นิธิ)

๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙ หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙

(นายไชยรงค์ อรุณสุริยศักดิ์)

๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙

อำนวยการ-ศัลยกรรม

๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙

(นายสมนึก อร่ามเจริญธรรม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

๒๐ เม.ย. ๒๕๕๙

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ นายตฤณ เสาทองกลาง ที่อยู่ (บ้าน) 41/127 ซอยอินทามระ 29 แยก 1 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลสงฆ์ เลขที่445 ถนนศรีอยุธยาแขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์มือถือ 097-149-9494 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/ อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้

1. ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

2. ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

3. ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่/ วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/ วันที่

.....
นายตฤณ เสาทองกลาง

.....
ลงนามผู้วิจัย

.....
สถานที่/ วันที่

.....
พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

ชื่อผู้วิจัย นายตฤณ เสาทองกลาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสงฆ์ เลขที่ 445 ถนนศรีอยุธยาแขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-6409537 ต่อ 5303

โทรศัพท์มือถือ 097-1499494 E-mail : trin.sao@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

2. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว วัดความวิตกกังวลเมื่อได้รับการนัดเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหลังได้รับโปรแกรมการเบี่ยงเบนความสนใจ

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4.1 ประชากรในการวิจัยได้แก่ผู้ที่มีอายุ 20-59 ปีบริบูรณ์และที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป อาคารสมเด็จพระเจ้า 90 ปี ชั้น 3 โรงพยาบาลสงฆ์จำนวน 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย

4.2 ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแฝงและแบบประเมินความวิตกกังวลเผชิญ

4.3 รายละเอียดขั้นตอนการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ดังนี้

4.3.1 **ครั้งที่ 1** ในวันที่มานับรับการตรวจใช้เวลา 20 นาที

- 1) การแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
- 2) การให้ข้อมูลโดยด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเป็นรูปธรรม-ปรนัย ประกอบด้วย
 - 2.1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามลำดับเวลา
 - 2.2) ลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อมารับบริการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
 - 2.3) ความรู้สึกสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้นทางกายที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
 - 2.4) สาเหตุของความรู้สึกอาการและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในขั้นตอนต่างๆ เมื่อมารับบริการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
- 3) เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจ หรือข้อสงสัยต่างๆ
- 4) ประเมินความวิตกกังวลภายหลังการได้รับข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

4.3.2 **ครั้งที่ 2** ในวันที่เข้ารับบริการใช้เวลา 10 นาที

- 1) ประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ขณะพักรอที่ห้องพักรอก่อนผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ
- 2) การให้بيبลูกบอลคลายความวิตกกังวลระหว่างได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
- 3) ประเมินความวิตกกังวลระหว่างได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (โดยประเมินทันทีภายหลังจากเสร็จสิ้นการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน)

5 หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 097 149 9494 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับกรวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6 หากเข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันทีและจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7 ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัยและจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย **สมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ** ที่จะเข้าร่วมหรือ **ถอนตัว** จากการวิจัยได้ทุกขณะการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลสงฆ์

9 ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัยข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10 การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ ชั้น 4 อาคารสมเด็จพระบรม ราชชนนี 90 พรรษา เลขที่ 445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 0-2640-9537 ต่อ 5433 โทรสาร 0-2354-4287





เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา
 - 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง
 - 1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย
 - 2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจ
 - 2.1.1 แผนการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ
 - 2.1.2 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง เมื่อต้องได้รับการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนบน



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่
ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

คำชี้แจง แบบสอบถามการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนแฟ้มประวัติการเจ็บป่วย และจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------------|
| 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 8 ข้อคำถาม |
| 1.2 ข้อมูลการตรวจรักษา (สำหรับผู้วิจัยกรอก) | จำนวน 6 ข้อคำถาม |

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนและแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

2.1.1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม จำนวน 20 ข้อคำถาม

2.1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง จำนวน 20 ข้อคำถาม

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยภายหลังจากได้รับข้อมูล ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ข้อคำถาม

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ขณะรอส่องกล้อง ที่ผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 20 ข้อคำถาม

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ในระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จำนวน 20 ข้อคำถาม

ขอกราบนมัสการขอขอบคุณพระเจ้า
 ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย
 นายตฤณ เสาทองหลาง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและตรวจรักษา

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์เติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างลงในช่องว่างแต่ละข้อ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

- 1) อายุ.....ปี
- 2) ระยะเวลาที่บวชเป็นพระภิกษุ.....ปี
- 3) รายได้ต่อเดือน.....บาท
- 4) การได้รับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด
 - ไม่ได้รับการศึกษา
 - ประถมศึกษา(ป.1-ป.6)
 - มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6/ ม.ศ.5)
 - อนุปริญญา
 - ปริญญาตรีขึ้นไป
- 5) การได้รับการศึกษาปริยัติธรรมแผนกนักธรรม ชั้นสูงสุด
 - ไม่เคยสอบ
 - นักธรรมชั้นตรี
 - นักธรรมชั้นโท
 - นักธรรมชั้นเอก
- 6) การได้รับการศึกษาปริยัติธรรมแผนกบาลี ชั้นสูงสุด
 - ไม่เคยสอบ
 - เปรียญตรี (1-3 ประโยค)
 - เปรียญโท (4 - 6 ประโยค)
 - เปรียญเอก (7 - 9 ประโยค)
- 7) สายการปฏิบัติธรรม
 - มหานิกาย
 - ธรรมยุตินิกาย
- 8) สถานที่ตั้งของวัดที่จำพรรษาอยู่ในปัจจุบัน
 - กรุงเทพมหานคร
 - ต่างจังหวัด (โปรดระบุจังหวัด).....

1.2 ข้อมูลการตรวจรักษา (สำหรับผู้วิจัยกรอก)

- 1) การวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับการตรวจ.....
- 2) ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการตรวจ(สอบถามจากแพทย์ผู้ตรวจ).....
- 3) การวินิจฉัยโรคหลังเข้ารับการตรวจ
- 4) จำนวนชนิดของยาชาเฉพาะที่.....Puffcc.
- 5) เวลาเริ่มส่องตรวจ.....เวลาสิ้นสุด.....รวมระยะเวลา.....นาที
- 6) หัตถการที่ได้รับในการตรวจครั้งนี้
 - EGD
 - EGD with Clotest
 - EGD with Bx



ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย หลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับข้อมูล ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ขณะรอส่องกล้อง ที่ผ่าตัดศัลยกรรม

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (ประเมินทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการส่องกล้อง)



ประเมินครั้งที่ 1

หลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

2.1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้อง
ทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรมและ แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง

ชื่อ..... วันที่.....

2.1.1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเองโปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ **ความรู้สึกของท่านในขณะนี้** หลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม **ที่มีต่อการเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน** ข้อความต่อไปไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบ แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่รู้สึกเลย หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 0-25 คะแนน

รู้สึกบ้าง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 26-50 คะแนน

รู้สึกค่อนข้างมาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 51-75 คะแนน

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 76-100 คะแนน

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ หลังจากแพทย์นัดหมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม ที่มีต่อการเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร				
1. ขณะนี้ ฉันรู้สึกจิตใจสงบ				
2. ขณะนี้ ฉันรู้สึกปลอดภัย				
3. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตึงเครียด				
4. ขณะนี้ ฉันรู้สึกเสียใจ				
5. ขณะนี้ ฉันรู้สึกสบายใจ				

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกรู้สึกของท่านในขณะนี้ <u>หลังจากแพทย์นัด</u> <u>หมายเพื่อเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหาร</u> <u>ส่วนบน ที่ห้องตรวจคัดสรรกรรม</u> ที่มีต่อการเข้ารับ การส่งกล้องทางเดินอาหาร				
6. ขณะนี้ ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
7. ขณะนี้ ฉันรู้สึกกังวลกับเรื่องร้ายๆ ที่อาจจะ เกิดขึ้น				
8. ขณะนี้ ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ขณะนี้ ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
10. ขณะนี้ ฉันรู้สึกสบาย				
11. ขณะนี้ ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตื่นเต้น				
13. ขณะนี้ ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ขณะนี้ ฉันรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ขณะนี้ ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ขณะนี้ ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17. ขณะนี้ ฉันกำลังกังวลใจ				
18. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ <u>หลังจากแพทย์นัด หมายเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบน ที่ห้องตรวจศัลยกรรม</u> ที่มีต่อการเข้ารับ การส่องกล้องทางเดินอาหาร				
19. ขณะนี้ ฉันรู้สึกรำแริงเบิกบาน				
20. ขณะนี้ ฉันรู้สึกแจ่มใส				



ชื่อ..... วันที่.....

2.1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะแฝง

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ท่าน พิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับ **ความรู้สึกทั่ว ๆ ไป** ของท่านที่สุด ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบ แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านรู้สึกตลอดเวลา

- ไม่รู้สึกละเลย** หมายถึง ตรงกับความรู้สึก โดยทั่วๆ ไป ของท่าน 0-25 คะแนน
รู้สึกบางครั้ง หมายถึง ตรงกับความรู้สึก โดยทั่วๆ ไป ของท่าน 26-50 คะแนน
รู้สึกบ่อยครั้ง หมายถึง ตรงกับความรู้สึก โดยทั่วๆ ไป ของท่าน 51-75 คะแนน
รู้สึกตลอดเวลา หมายถึง ตรงกับความรู้สึก โดยทั่วๆ ไป ของท่าน 76-100 คะแนน

ข้อความ	ไม่รู้สึกละเลย (1)	รู้สึกบางครั้ง (2)	รู้สึกบ่อยครั้ง (3)	รู้สึกตลอดเวลา (4)
ความรู้สึกทั่วๆ ไป ของท่าน				
1. โดยทั่วๆ ไป ฉันรู้สึกแจ่มใส				
2. โดยทั่วๆ ไป ฉันรู้สึกเหนื่อยง่าย				
3. โดยทั่วๆ ไป ฉันรู้สึกอยากร้องไห้				
4. โดยทั่วๆ ไป ฉันรู้สึกอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. โดยทั่วๆ ไป ฉันมักรู้สึกพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้าเกินไป				
6. โดยทั่วๆ ไป ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. โดยทั่วๆ ไป ฉันรู้สึกสุขุมรอบคอบ				

ข้อความ	ไม่รู้สึกล เลข (1)	รู้สึก บางครั้ง (2)	รู้สึก บ่อยครั้ง (3)	รู้สึก ตลอดเวลา (4)
ความรู้สึกทั่วไปของท่าน				
8. โดยทั่วไป ฉันรู้สึกว่ามีอุปสรรคมากมายที่ฉัน ไม่สามารถ ฝ่าฟันไปได้				
9. โดยทั่วไป ฉันมักกังวลเกินกว่าเหตุ				
10. โดยทั่วไป ฉันรู้สึกเป็นสุข				
11. โดยทั่วไป ฉันมักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12. โดยทั่วไป ฉันขาดความมั่นใจในตนเอง				
13. โดยทั่วไป ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
14. โดยทั่วไป ฉันมักพยายามหลีกเลี่ยงการ เผชิญหน้า กับความยุ่งยาก				
15. โดยทั่วไป ฉันรู้สึกหม่นหมอง				
16. โดยทั่วไป ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17. โดยทั่วไป ฉันมักถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้ สาระ				
18. โดยทั่วไป ฉันมักใส่ใจกับความผิดพลาด				
19. โดยทั่วไป ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. โดยทั่วไป ฉันมีความรุ่มรวยใจและตึงเครียด เมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องพันและสนใจอยู่				

ประเมินครั้งที่ 2

ภายหลังได้รับการให้ข้อมูล

เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการส่งกลีงทางเดินอาหารส่วนบน

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย หลังจากได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจ
ศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก

ชื่อ..... วันที่.....

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังจากได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจ คัดสรรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเองโปรดอ่าน
ข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ
ความรู้สึกของท่าน หลังจากได้รับข้อมูลที่ห้องตรวจคัดสรรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกที่มีต่อการเข้า
รับการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้
เวลานานในการพิจารณาคำตอบ แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้
ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่รู้สึกละเลย หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 0-25 คะแนน

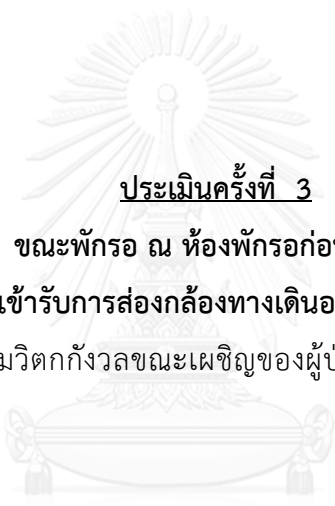
รู้สึกบ้าง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 26-50 คะแนน

รู้สึกค่อนข้างมาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 51-75 คะแนน

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 76-100 คะแนน

ข้อความ	ไม่ รู้สึกละเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ หลังจากได้รับข้อมูลที่ ห้องตรวจคัดสรรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีต่อการเข้า รับการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน				
1. ขณะนี้ ฉันรู้สึกจิตใจสงบ				
2. ขณะนี้ ฉันรู้สึกปลอดภัย				
3. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตึงเครียด				
4. ขณะนี้ ฉันรู้สึกเสียใจ				
5. ขณะนี้ ฉันรู้สึกสบายใจ				
6. ขณะนี้ ฉันรู้สึกหงุดหงิด				

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ <u>หลังจากได้รับข้อมูลที่</u> <u>ห้องตรวจคัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอก</u> ที่มีต่อการเข้า รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
7. ขณะนี้ ฉันรู้สึกกังวลกับเรื่องร้ายๆ ที่อาจจะ เกิดขึ้น				
8. ขณะนี้ ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ขณะนี้ ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
10. ขณะนี้ ฉันรู้สึกสบาย				
11. ขณะนี้ ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตื่นเต้น				
13. ขณะนี้ ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ขณะนี้ ฉันรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ขณะนี้ ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ขณะนี้ ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17. ขณะนี้ ฉันกำลังกังวลใจ				
18. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ขณะนี้ ฉันรู้สึกร่าเริงเบิกบาน				
20. ขณะนี้ ฉันรู้สึกแจ่มใส				



ประเมินครั้งที่ 3

ขณะพักรอ ณ ห้องพักรอก่อนผ่าตัด

ก่อนเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ขณะรอส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชื่อ..... วันที่.....

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ขณะรอส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ **ความรู้สึกรู้สึกของท่านในขณะนี้ ขณะรอส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม** **ที่มีต่อการเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน** ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบ แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่รู้สึกเลย หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 0-25 คะแนน

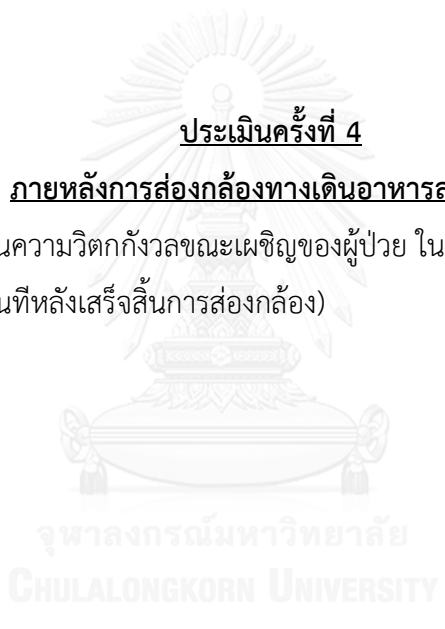
รู้สึกบ้าง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 26-50 คะแนน

รู้สึกค่อนข้างมาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 51-75 คะแนน

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ 76-100 คะแนน

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกรู้สึกของท่านในขณะนี้ ขณะรอส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ที่มีต่อการเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
1. ขณะนี้ ฉันรู้สึกจิตใจสงบ				
2. ขณะนี้ ฉันรู้สึกปลอดภัย				
3. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตึงเครียด				
4. ขณะนี้ ฉันรู้สึกเสียใจ				
5. ขณะนี้ ฉันรู้สึกสบายใจ				
6. ขณะนี้ ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
7. ขณะนี้ ฉันรู้สึกกังวลกับเรื่องร้ายๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น				

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ <u>ขณะรอส่งกล้อง</u> <u>ทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม</u> ที่มี ต่อการเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
8. ขณะนี้ ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ขณะนี้ ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
10. ขณะนี้ ฉันรู้สึกสบาย				
11. ขณะนี้ ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตื่นเต้น				
13. ขณะนี้ ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ขณะนี้ ฉันรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ขณะนี้ ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ขณะนี้ ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17. ขณะนี้ ฉันกำลังกังวลใจ				
18. ขณะนี้ ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ขณะนี้ ฉันรู้สึกร่าเริงเบิกบาน				
20. ขณะนี้ ฉันรู้สึกแจ่มใส				



ประเมินครั้งที่ 4

ภายหลังการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนทันที

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน(ประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นการส่องกล้อง)

ชื่อ..... วันที่.....

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบน

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ **ความรู้สึกของท่าน ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน** ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่รู้สึกเลย หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในระหว่างการส่องกล้อง 0-25 คะแนน

รู้สึกบ้าง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในระหว่างการส่องกล้อง 26-50 คะแนน

รู้สึกค่อนข้างมาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในระหว่างการส่องกล้อง 51-75 คะแนน

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านในระหว่างการส่องกล้อง 76-100 คะแนน

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
1. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกจิตใจสงบ				
2. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกปลอดภัย				
3. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกตึงเครียด				
4. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกเสียใจ				
5. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกสบายใจ				
6. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
7. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น				

ข้อความ	ไม่ รู้สึกเลย (1)	รู้สึก บ้าง (2)	รู้สึก ค่อนข้างมาก (3)	รู้สึก มากที่สุด (4)
8. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
10. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกสบาย				
11. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกตื่นเต้น				
13. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันกำลังกังวลใจ				
18. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกไร้เรงเบิกบาน				
20. ในระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ฉันรู้สึกแจ่มใส				

แผนการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรกมีความเข้าใจสถานการณ์การเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรก มีระดับความวิตกกังวลลดลง

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยพระสงฆ์อายุ 20-60 ปี ที่ปัญหาระบบทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งแพทย์ได้นัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แบบผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นครั้งแรก

วิธีสอน

1. การบรรยาย .
2. การจัดให้ชมสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน”
3. การสาธิตการปีกลูกบอลคลายเครียด

สถานที่

1. ตึกผู้ป่วยนอก และห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงฆ์

อุปกรณ์

1. สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “เมื่อต้องเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน”
2. ลูกบอลคลายเครียด

ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ

ประมาณ 30 นาที

แผนการให้ข้อมูลร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ

1. ขั้นตอนการให้ข้อมูล

1.1. ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 พบกับผู้ป่วย หลังจากแพทย์นัดผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ณ ตึกผู้ป่วยนอก หลังจากพาผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่เตรียมไว้สำหรับการให้ข้อมูล

1.1.1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพและอธิบายกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะกล่าวแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ อธิบายกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูล โดยมีเนื้อหา ดังนี้

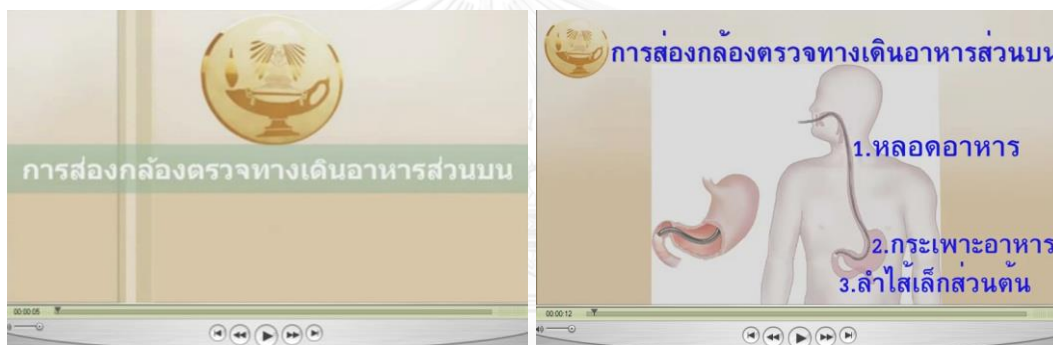
กราบนมัสการพระคุณเจ้า ผมชื่อ นายตฤณ เสาทองกลาง เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ซึ่งภายในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ได้มีห้องสำหรับส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนรวมอยู่ด้วย ซึ่งเมื่อสักครู่นี้ผ่านมาพระคุณเจ้าคงยังจำความรู้สึกในตอนแรกที่แพทย์แจ้งกับพระคุณเจ้าว่าจะต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหรือส่องกล้องเพื่อตรวจกระเพาะอาหาร ในเริ่มต้นพระคุณเจ้าอาจจะรู้สึกโล่งใจที่จะได้รู้สึกที่ว่าอาการปวดท้อง จุกเสียดแน่นท้อง อาการไม่สบายท้อง ตลอดจนการถ่ายอุจจาระมีสีดำ ของพระคุณเจ้าเกิดจากสาเหตุใด ทำไมพระคุณเจ้าฉันทยาแล้วยังไม่หาย หลังจากนั้นพระคุณเจ้าอาจเกิดความรู้สึกอีกอย่างตามมา คือ ความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ มีความกลัว หวาดหวั่น ตื่นเต้นและกระวนกระวายใจ อันเกิดจากการที่พระคุณเจ้าคิดคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่ต้องพบเจอในการได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน กล้องส่องกระเพาะมันลักษณะอย่างไร ไปส่องกล้องที่ห้องผ่าตัด ทำไมต้องห้องผ่าตัด เกิดการคาดเดาต่างๆ นานา ในแต่ละผู้ป่วยซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกัน ซึ่งไม่ใช่พระคุณเจ้ารูปเดียวที่เกิดความรู้สึกดังกล่าว ซึ่งผมได้จัดทำสื่อวีดิทัศน์พร้อมคำบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่พระคุณเจ้าจะได้พบ ความรู้สึกที่พระคุณเจ้าจะได้รับ สาเหตุของความรู้สึกต่าง ๆ เรียงตามลำดับเหตุการณ์ โดยเริ่มจากการเตรียมตัวก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในคืนก่อนวันได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และในวันที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก อาคารสมเด็จพระยา 90 ปี เป็นการแนะนำขั้นตอนการยื่นเอกสาร การเดินทางขึ้นไปยังห้องผ่าตัดศัลยกรรม ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเมื่อมาถึงห้องผ่าตัดศัลยกรรม การปฏิบัติตัวระหว่างการส่องกล้อง จนกระทั่งสิ้นสุดการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งวีดิทัศน์นี้ ใช้เวลาเข้าชมประมาณ 10 นาที และเมื่อพระคุณเจ้ารับชมวีดิทัศน์จนจบแล้ว ผมจะมีเวลาไว้สำหรับพระคุณเจ้าหากมีข้อสงสัยสามารถซักถามขอสงสัยหรือข้อข้องใจได้ ครบลำดับต่อไปผมขอเปิดวีดิทัศน์ให้พระคุณเจ้าได้รับชมต่อไปครับ

1.1.2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Johnson (1999) กับผู้ป่วย

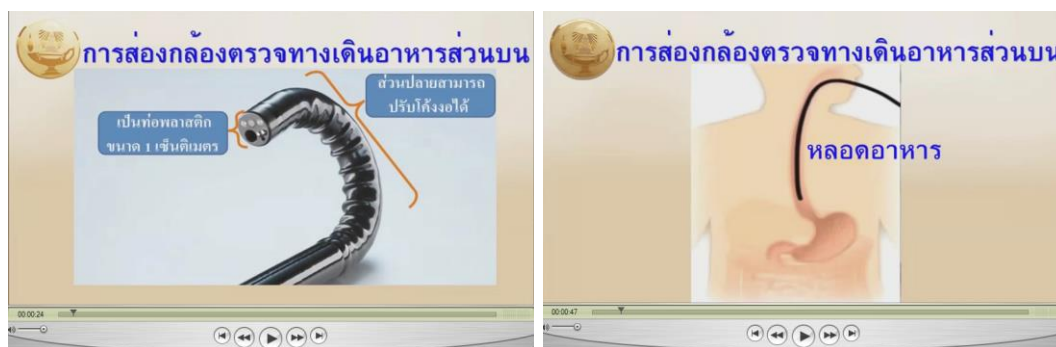
ผู้วิจัยเปิดสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน” โดยเนื้อหาของวีดิทัศน์ประกอบด้วย 7 ตอนดังนี้



ตอนที่ 1 ความหมายของการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน



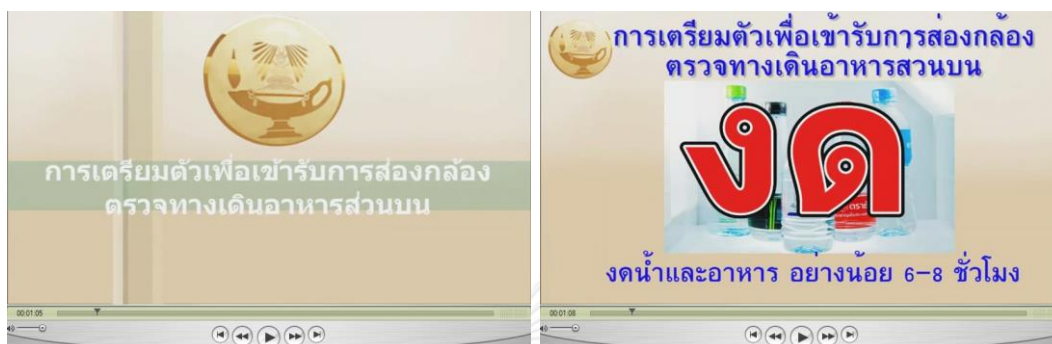
SLIDE 1 คำบรรยาย การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน หมายถึง การตรวจวินิจฉัยโรคของ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น ด้วยกล้องวีดิทัศน์ เพื่อตรวจวินิจฉัย ภาวะกรดไหลย้อน มีการอักเสบ เป็นแผล มีเนื้องอก มีเลือดออก หรือมีการตีบตัน ในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น



SLIDE 2 คำบรรยาย โดยการใช้กล้องที่มีขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ส่วนปลายสามารถปรับโค้งงอได้ มีกล้องวิดีโอสำหรับถ่ายภาพ และส่งสัญญาณภาพไปยังจอรับภาพ

ซึ่งแพทย์สามารถมองเห็นพยาธิสภาพของทางเดินอาหารส่วนบน ผ่านทางจอร์ับภาพ โดยจะใส่กล้องส่องตรวจเข้าไปในปาก ผ่านหลอดอาหารกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น นอกจากนี้แพทย์สามารถการตัดเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ เพื่อส่องตรวจ ในขณะที่ส่องตรวจโดยไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

ตอนที่ 2 การเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน



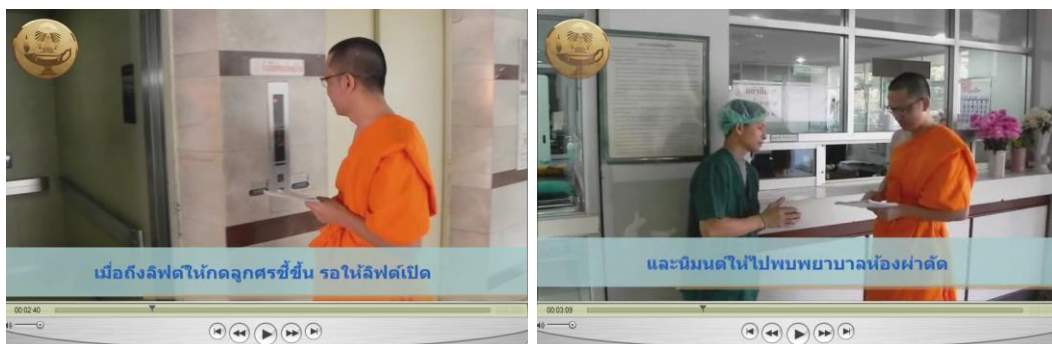
SLIDE 3 คำบรรยาย การเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พระคุณเจ้าต้องงดน้ำ อาหาร และ เครื่องดื่มทุกชนิด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หากมีโรคประจำตัว ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอาการภูมิแพ้ต่าง ๆ หากที่รับประทานยาหรืออาหารเสริมเป็นประจำ เช่น ยาแอสไพริน ยาลดความเข้มข้นของเลือด ยารักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอาหารเสริมต่าง ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อวางแผนในการหยุดยาบางชนิด อย่างน้อย 7 วัน ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ควรนอนพักผ่อนให้เพียงพอก่อนมารับการตรวจ ควรมาถึงโรงพยาบาลก่อนเวลานัดประมาณ 30 นาที เพื่อทำขั้นตอนการยื่นและตรวจสอบเอกสาร และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการตรวจ และหากมีฟันปลอมที่ถอดได้ ให้ถอดออกก่อนเข้ารับการตรวจ

ตอนที่ 3 การปฏิบัติตัวในวันที่มาได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน



SLIDE 4 คำบรรยาย การปฏิบัติตัวในวันที่มาได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อพระคุณเจ้ามาถึงตึกผู้ป่วยนอก ให้ยื่นบัตรนัดพร้อมบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ศูนย์ศัลยกรรม หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะทำการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต เสร็จแล้วไปตรวจสอบสิทธิ์การรักษา

และรับแฟ้มประวัติประจำตัวผู้ป่วยที่ห้องบัตร เมื่อได้รับแฟ้มประวัติเรียบร้อยแล้ว ให้เดินไปบริเวณตรงกลางอาคารเพื่อขึ้นลิฟต์ไปยังห้องผ่าตัด ซึ่งห้องส่งกล่องทางเดินอาหาร จะอยู่ชั้น 3 ภายในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม

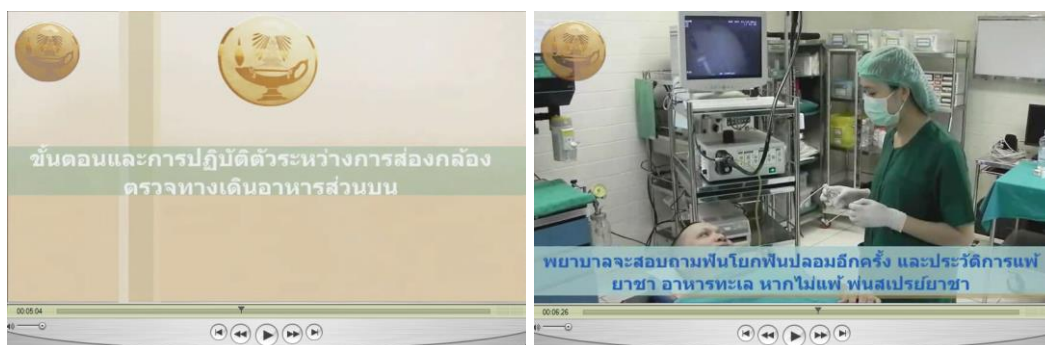


Movie I คำบรรยาย เมื่อมาถึงลิฟต์ให้กดลูกศรชี้ขึ้น รอให้ลิฟต์เปิด เมื่อเข้าไปในลิฟต์ให้กดปุ่มหมายเลข 3 เมื่อออกมาจากลิฟต์ให้มองด้านขวาจะเห็นป้าย ห้องผ่าตัด/ไอซียู ให้เดินตามป้ายห้องผ่าตัด เมื่อถึงห้องผ่าตัดจะมีเจ้าหน้าที่ออกมารับแฟ้มประวัติและนิมนต์ไปพบกับพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลจะตรวจสอบชื่อ - สกุล ให้ตรงกับตารางนัดส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบนและให้กุญแจตู้กับเจ้าหน้าที่และพาพระองค์เจ้าไปเก็บสัมภาระต่าง ๆ ให้พระองค์เจ้าถอดจิวเวียร์ เก็บยามและของมีค่าไว้ในตู้ แล้วถือกุญแจเอากุญแจใส่กระเป๋าสองใบ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำพระองค์เจ้าไปนอนพักบนรถเปลนอน ห่มผ้าให้ เนื่องจากภายในห้องรอก่อนเข้ารับการส่งกล่องทางเดินอาหารจะเย็น ประมาณ 22-25 องศาเซลเซียส

ตอนที่ 4 ขั้นตอนและการปฏิบัติตัว ณ ห้องรอก่อนได้รับการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน



Movie II คำบรรยาย พยาบาลจะถามชื่อ - สกุล อีกครั้ง และซักประวัติการงดน้ำและอาหาร ฟันโยกฟันปลอม และโรคประจำตัว จากนั้นให้บีบลูกบอลยางขณะรอคิวเพื่อเข้ารับการตรวจเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายใน ระหว่างรอได้รับการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน



Movie III คำบรรยาย ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติตัวระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

เมื่อถึงคิวที่จะเข้ารับการตรวจเจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ-สกุล จากนั้นจะทำการเซ็นทำนเข้าไปในห้องผ่าตัด 1 ซึ่งเป็นห้องสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร เพดานห้องจะมีไฟส่องสว่างมากกว่าห้องทั่วไป และมีโคมไฟสำหรับช่วยส่องสว่างสำหรับการผ่าตัดทั่วไป รอบ ๆ ห้องจะมีเครื่องมือและชั้นวางเครื่องมือที่ใช้สำหรับส่องกล้องทางเดินอาหาร เมื่อเจ้าหน้าที่เข็นรถเปลนอนไปเทียบกับเตียงผ่าตัดให้พระคุณเจ้าช่วยย้ายจากรถเปลนอนไปยังเตียงผ่าตัดอย่างระมัดระวังเนื่องจากเตียงผ่าตัดมีขนาดเล็ก พระคุณเจ้าจะได้ยินเสียงซู่ๆ เป็นเสียงของลมของเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลายและน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน จากนั้นพยาบาลจะติดเครื่องวัดความดันโลหิตและวัดปริมาณออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วชี้เพื่อดูสัญญาณชีพขณะส่องกล้องทางเดินอาหาร เพื่อดูสัญญาณชีพขณะส่องกล้องทางเดินอาหาร พยาบาลจะสอบถามฟันโยกฟันปลอมอีกครั้ง และประวัติการแพ้ยาชา อาหารทะเล หากไม่แพ้ จึงฟันสเปรย์ยาชา โดยจะทำการฟัน ทั้งหมด 2-3 ครั้ง ยาชาจะมีกลิ่นคล้ายน้ำเฮลบลูบอยสีเขียว มีรสขมคล้ายยาพาราเซตามอลที่ละลายในปาก เมื่อยาชาออกฤทธิ์จะรู้สึกโล่งๆ ตรงคอคล้ายเหน็บชาบริเวณ โคนลิ้นและคอ กลืนน้ำลายลำบาก ไม่ค่อยถนัดพยาบาลทดสอบที่โดยใช้ไม้กดลิ้นแตะที่โคนลิ้นแล้วไม่มีอาการขย้อนแสดงว่ายาชาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว แพทย์ผู้ตรวจจะทำการใส่กล้องส่องตรวจ ให้พระคุณเจ้าก้มศีรษะลงเล็กน้อย เมื่อแพทย์ใส่กล้องส่องตรวจแพทย์จะให้สัญญาณให้ช่วยกลืนโดยจะนับจังหวะ 1-2-3 กลืน ให้กลืนสายส่องตรวจ พระคุณเจ้าจะรู้สึกคล้ายกลืนอะไรติดคอ เมื่อกำลังผ่านเข้าไปแล้ว ให้หายใจทางจมูกช้า ๆ หากมีน้ำลายให้ปล่อยไหลออกมาข้างแก้มด้านซ้ายโดยจะมีสายดูดเสมหะช่วยดูดออกให้ ป้องกันการสำลักเข้าปอด ตลอดการส่องกล้องท่านจะรู้สึกจุกเสียดแน่นท้อง คล้ายท้องอืด เนื่องจากแพทย์เป่าลมในกระเพาะ ไม่ควรเกร็งหรือพยายามเรอออกมา เพราะอาจสำลักเข้าปอดได้ ให้หายใจเข้าออกทางจมูกช้า ๆ จะบรรเทาอาการได้ และการบีบลูกบอลคลายเครียดจะช่วยให้ท่านผ่อนคลายอาการได้ หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้วแพทย์จะดูดลมออกจาก ทางเดินอาหาร อาการจุกเสียดแน่นท้องจะทุเลาลง

ตอนที่ 5 การปฏิบัติตัวเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ



Movie IV คำบรรยาย

1. เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจพยาบาลจะเอาเครื่องมือช่วยให้อ้าปากออก หากมีน้ำลายให้บ้วนออกมาบนผ้ากันเปื้อน
2. ไม่ควรกลืนน้ำลาย เพราะอาจสำลักเข้าปอดได้ ในขณะที่คอยรู้สึกษา อาการชานี้จะคงอยู่ประมาณ 1/2 ชั่วโมง
3. จากนั้นเจ้าหน้าที่จะถอดเครื่องมือที่และนำรถเปลนอนมารับท่านออกจากห้องผ่าตัดเพื่อนอนพักที่ห้องรอก่อนผ่าตัด
4. ให้พระคุณเจ้าย้ายไปนอนบนรถเปลนอนอย่างระมัดระวัง และให้นอนพักบนรถเปลนอนประมาณ 10-15 นาที
5. ในระหว่างนี้อาจรู้สึกเหมือนมีเสมหะติดคอเนื่องจากฤทธิ์ของยาชา ห้ามไอแรง ๆ เพื่อเอาเสมหะออกเพราะจะทำให้เจ็บคอ
6. ห้ามกลืนน้ำลายเพราะอาจสำลักเข้าปอดได้ ให้บ้วนลงกระโถนที่เจ้าหน้าที่เตรียมไว้ให้
7. เมื่ออาการชาคอกกลับมาเป็นปกติให้ทดลองจิบน้ำสะอาด หากไม่สำลักให้ดื่มน้ำสะอาดได้ และให้ทานอาหารอ่อนได้
8. เมื่อพยาบาลประเมินแล้วว่า ท่านรู้สึกสบายดี ไม่มีการหน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน จึงจะอนุญาตให้ลงจากรถเปลนอน
9. พยาบาลจะสอบถามอาการผิดปกติ และอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการตรวจ
10. จากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำไปที่ตู้เก็บสัมภาระเพื่อเก็บสัมภาระ เมื่อเก็บสัมภาระออกจากตู้เรียบร้อยแล้ว ให้คืนกุญแจกับเจ้าหน้าที่ และนั่งพักรอผลการตรวจ รับใบสั่งยา และใบนัดต่อไป

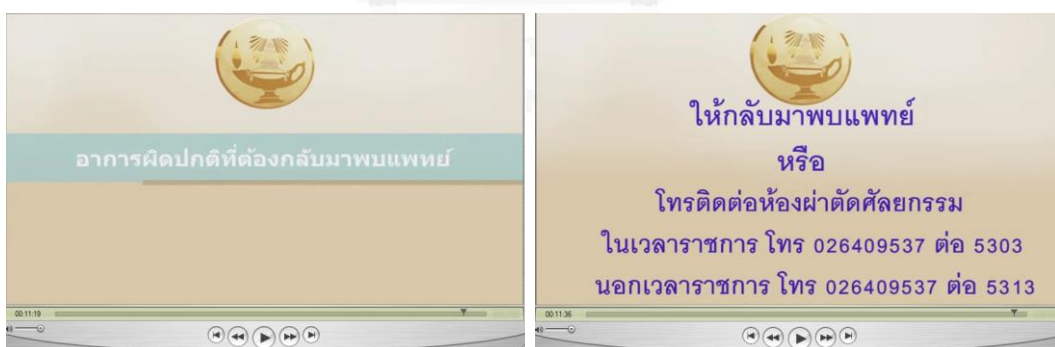
ตอนที่ 6 เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจแล้วให้พระคุณเจ้าปฏิบัติตัวดังนี้



SLIDE 5 คำบรรยาย

1. ครองผ้าจีวรให้เรียบร้อย
2. นั่งรอพบแพทย์เพื่อแจ้งผลการตรวจ รับใบสั่งยา รับใบนัดเพื่อติดตามผลการรักษา
3. ผลการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียในกระเพาะอาหาร ใช้ระยะเวลารอผลการตรวจ 1 ชั่วโมง
4. ผลการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์แพทย์จะนัดมาฟังผลการตรวจหลังจากนี้ 1 สัปดาห์
5. เมื่อเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้ว ให้พระคุณเจ้าลงไป รับประทานยาที่ชั้น 1 และเดินทางกลับวัดได้

ตอนที่ 7 อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์



SLIDE 6 คำบรรยาย

1. อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์
2. เจ็บคอมาก หรือ เจ็บคอเวลากินอาหาร
3. ปวดท้องมาก มีไข้ หรือ หายใจเหนื่อย
4. ให้กลับมาพบแพทย์ หรือ โทรติดต่อห้องผ่าตัดศัลยกรรม ในเวลาราชการ โทร 026409537 ต่อ 5303 นอกเวลาราชการ โทร 026409537 ต่อ 5313 ขอกราบนมัสการค่ะ

1.1.3. เมื่อจบการนำเสนอด้วยวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสรุปข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุปเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยภายหลังการให้ข้อมูลด้วยกล้องวีดิทัศน์เสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคิดให้เป็นรูปธรรม-ปรนัยมากที่สุด และประเมินย้อนกลับ

2. ขั้นตอนการเบี่ยงเบนความสนใจ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

2.1. ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วย ในวันที่มีการส่งกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบน ณ ห้องรอก่อนผ่าตัด ภายในห้องผ่าตัดศัลยกรรม หลังจากพยาบาลห้องผ่าตัดได้ซักประวัติ และตรวจสอบเอกสารความพร้อมของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

2.1.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพอีกครั้ง

2.1.2 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการبيبลูกบอลคลายเครียดในระหว่างรอและในระหว่างการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

2.1.3 ผู้วิจัยสาธิตการبيبลูกบอลคลายเครียดและให้ผู้ผู้ป่วยبيبลูกบอล 10 นาที ก่อนเข้ารับการส่งกล้องและในระหว่างการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

บทวิดิทัศน์

- ชื่อเรื่อง :** การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
- ผู้เขียนบท :** นายตฤณ เสาทองกลาง
- อาจารย์ที่ปรึกษา :** ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ
- วันที่ :** วันศุกร์ที่ 27 พฤศจิกายน 2558
- ผลิตโดย :** ทีมห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงฆ์
- วัตถุประสงค์ :**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรกมีความเข้าใจ สถานการณ์การได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างถูกต้อง
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเป็นครั้งแรกมีระดับความวิตกกังวลลดลง
- กลุ่มเป้าหมาย :** พระสงฆ์ที่เข้ารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนครั้งแรก ณ โรงพยาบาลสงฆ์
- ความยาว :** 12 นาที

บทบรรยายวิดิทัศน์เรื่อง “การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน”

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น เช่น การอักเสบ มีแผล มีเลือดออก มีเนื้องอก ภาวะกรดไหลย้อน ภาวะตีบตันของทางเดินอาหารส่วนบน เป็นต้น โดยการใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อพลาสติกขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ส่วนปลายสามารถปรับโค้งงอได้ มีกล้องวิดีโอสำหรับถ่ายภาพ ส่งสัญญาณภาพไปยังจอรับภาพ ซึ่งแพทย์สามารถมองเห็นความผิดปกติของทางเดินอาหารส่วนบน ผ่านทางจอรับภาพ โดยใส่กล้องส่องตรวจเข้าไปในปาก ผ่านหลอดอาหารกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น นอกจากนี้แพทย์สามารถตัดเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ในขณะที่ส่องตรวจโดยไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

การเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พระคุณเจ้าต้อง งดน้ำ อาหาร และ เครื่องดื่มทุกชนิด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หากมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอาการภูมิแพ้ต่าง ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ หากพระคุณเจ้ารับประทานยาหรืออาหารเสริมเป็นประจำ เช่น ยาแอสไพริน ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยารักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอาหารเสริมต่าง ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนในการหยุดยาบางชนิด อย่างน้อย 7 วัน ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในคืนก่อนมารับการตรวจ ควรมาถึงโรงพยาบาลก่อนเวลานัดประมาณ 30 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการตรวจ และหากมีฟันปลอมที่ถอดได้ ให้ถอดออกก่อนเข้ารับการตรวจ

ขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในวันนัดเข้ารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อพระคุณเจ้ามาถึงตึกผู้ป่วยนอก ให้นัสนับัตรประจำตัวผู้ป่วยพร้อมบัตรนัด ที่ศูนย์คัดกรอง เจ้าหน้าที่ จะทำการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจสอบสิทธิการรักษา และรับแฟ้มประวัติ ประจำตัวผู้ป่วยที่ห้องบัตร เมื่อได้รับแฟ้มประวัติเรียบร้อยแล้ว ให้เดินไปบริเวณหน้าห้องตรวจเบอร์ 23 ยื่นแฟ้มประวัติให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบเอกสาร เมื่อใกล้ถึงเวลานัดเจ้าหน้าที่จะนิมนต์พระคุณเจ้าให้เดินไปบริเวณตรงกลางอาคารเพื่อขึ้นลิฟต์ไปยังห้องผ่าตัด ซึ่งห้องส่งกล้องทางเดินอาหาร จะอยู่ชั้น 3 ภายในห้องผ่าตัด

เมื่อมาถึงลิฟต์ให้กดลูกศรชี้ขึ้น รอให้ลิฟต์เปิด เมื่อเข้าไปในลิฟต์ให้กดปุ่มหมายเลข 3 เมื่อออกมาจากลิฟต์ให้มองด้านขวาจะเห็นป้าย ห้องผ่าตัด ไอศูญ์ ให้เดินตามป้ายห้องผ่าตัด เมื่อถึงห้องผ่าตัดจะมีเจ้าหน้าที่ออกมารับแฟ้มประวัติ และนิมนต์ไปพบกับพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลจะตรวจสอบชื่อ - สกุล ให้ตรงกับตารางนัดส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แล้วให้กุญแจคู่กับเจ้าหน้าที่ เพื่อพาพระคุณเจ้าไปเก็บสัมภาระต่าง ๆ ให้พระคุณเจ้าถอดจิวร เก็บยามและของมีค่าไว้ในตู้ แล้วถือกุญแจ เอากุญแจใส่กระเป๋าสตางค์ไว้ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำพระคุณเจ้าไปนอนพักบนรถเข็นเปลนอน แล้วห่มผ้าให้ เนื่องจากภายในห้องรอก่อนเข้ารับการส่งกล้องอากาศจะเย็น ประมาณ 22-25 องศาเซลเซียส

ขั้นตอนและการปฏิบัติตัว ณ ห้องรอก่อนได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อเข้ามานอนพักในห้องรอก่อนผ่าตัดพยาบาลจะถามชื่อ - สกุล อีกครั้ง และจะติดป้ายชื่อของพระคุณเจ้า ที่ข้อมือข้างขวา แล้วซักประวัติการงดน้ำและอาหาร ฟันโยกฟันปลอม และโรคประจำตัว จากนั้นให้ปิดลูกบอลยางขณะรอคิวเพื่อเข้ารับการตรวจเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายในระหว่างรอตรวจ

ขั้นตอนและการปฏิบัติตัวระหว่างการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อถึงคิวที่จะเข้ารับ การตรวจเจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ-สกุล จากนั้นจะทำการเซ็นพระคุณเจ้าเข้าไปในห้องผ่าตัด 1 ซึ่งเป็นห้องสำหรับผู้ป่วยส่งกล้องทางเดินอาหาร ภายในห้องส่งกล้องบนเพดานห้องจะมีไฟส่องสว่างมากกว่าห้องทั่วไป และมีโคมไฟสำหรับส่องสว่างเพื่อทำการผ่าตัดทั่วไป รอบ ๆ ห้องจะมีเครื่องมือ และชั้นวางเครื่องมือที่ใช้สำหรับส่งกล้องทางเดินอาหาร เมื่อเจ้าหน้าที่เข็นรถเปลนอนไปเทียบกับเตียงผ่าตัดให้พระคุณเจ้าช่วยย้ายจากรถเปลนอนไปยังเตียงผ่าตัดอย่างระมัดระวังเนื่องจากเตียงผ่าตัดมีขนาดเล็ก พระคุณเจ้าจะได้ยินเสียงซู่ๆ เป็นเสียงของลมของเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลาย และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน จากนั้นพยาบาลจะติดเครื่องวัดความดันโลหิตและวัดความชื้นชื้นของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วชี้ เพื่อดูสัญญาณชีพขณะส่งกล้องทางเดินอาหาร พยาบาลจะสอบถามฟันโยกฟันปลอมอีกครั้ง และประวัติการแพ้ยา อาหารทะเล หากไม่แพ้ จึงพ่นสเปรย์ยาชา โดยจะทำการพ่น ทั้งหมด 2-3 ครั้ง เมื่อพ่นยาชาเข้าไปบริเวณในลำคอและโคนลิ้นจะรู้สึกเผ็ดหรือ

แสบนิดๆ ซึ่งยาชาจะมีกลิ่นคล้ายน้ำหวานเฮลบลูบอยสีเขียว มีรสขมคล้ายยาพาราเซตามอลที่ละลายในปาก

เมื่อยาชาออกฤทธิ์จะรู้สึกภายในบริเวณคอบวม ๆ หนา ๆ คล้ายเหน็บชาบริเวณ โคนลิ้นและภายในลำคอ กลืนน้ำลายไม่ค่อยถนัด พยาบาลทดสอบที่โดยใช้ไม้กดลิ้นแต่ที่โคนลิ้นแล้วไม่มีอาการขย้อนแสดงว่ายาชาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว พยาบาลจะให้พระคุณเจ้าอ้าปากเพื่อใส่เครื่องมือช่วยให้อ้าปากในระหว่างทำการส่องกล้อง จากนั้นแพทย์ผู้ตรวจจะทำการใส่กล้องส่องตรวจ ให้พระคุณเจ้ากำศีรษะลงเล็กน้อย เมื่อแพทย์ใส่กล้องส่องตรวจแพทย์จะให้สัญญาณให้ช่วยยกลิ้นโดยจะนับจังหวะ 1-2-3 กลืน ให้กลืนสายส่องตรวจ ขั้นตอนนี้พระคุณเจ้าจะรู้สึกคล้ายกลืนอะไรติดคอ เมื่อกล้องผ่านเข้าไปแล้ว ให้หายใจทางจมูกช้า ๆ หากมีน้ำลายให้ปล่อยไหลออกมาข้างแก้มด้านซ้ายโดยจะมีสายดูดเสมหะช่วยดูดออกให้ ป้องกันการสำลักเข้าปอด

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ในระหว่างการส่องกล้องพระคุณเจ้าจะรู้สึกเหมือนมีอะไรเคลื่อนไหวในลำคอแต่จะไม่รู้สึกเจ็บ อาจมีอาการขย้อน อาเจียน และอาการจุกเสียดแน่นท้อง คล้ายท้องอืด เนื่องจากแพทย์เป่าลมในทางเดินอาหารส่วนบนไม่ควรเกร็งหรือพยายามเลอหรือขย้อนออกมา เพราะอาจสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าไปในปอดได้ ให้หายใจเข้าออกทางจมูกช้า ๆ จะบรรเทาอาการได้ และการบีบลูกบอลจะช่วยให้พระคุณเจ้าผ่อนคลายอาการได้

หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้วแพทย์จะค่อย ๆ ดูดลมออกจาก ทางเดินอาหาร อาการจุกเสียดแน่นท้องจะทุเลาลง

การปฏิบัติตัวเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจพยาบาลจะเอาเครื่องมือช่วยให้อ้าปากออก หากมีน้ำลายให้ป้อนออกมาบนผ้ากันเปื้อน ไม่ควรกลืนน้ำลาย เพราะอาจสำลักเข้าปอดได้ ในขณะที่คอยรู้สึกษา อาการชานี้จะคงอยู่ประมาณ 1/2 ชั่วโมง จากนั้นเจ้าหน้าที่จะเอาอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพออก และนำรถเข็นมารับพระคุณเจ้าออกจากห้องผ่าตัดเพื่อไปนอนพักที่ห้องรอก่อนผ่าตัด ให้พระคุณเจ้าย้ายไปนอนบนรถเข็นเปลนอนอย่างระมัดระวัง และให้นอนพักบนรถเข็นเปลนอนประมาณ 10-15 นาที

ในระหว่างนี้อาจรู้สึกเหมือนมีเสมหะติดคอเนื่องจากฤทธิ์ของยาชา ห้ามไอแรง ๆ เพื่อเอาเสมหะออกเพราะจะทำให้เจ็บคอ ห้ามกลืนน้ำลายเพราะอาจสำลักเข้าปอดได้ ให้บ้วนลงกระโถนที่เจ้าหน้าที่เตรียมไว้ให้

เมื่ออาการชาคอกกลับมาเป็นปกติให้ทดลองจิบน้ำสะอาด หากไม่สำลักให้ดื่มน้ำสะอาดได้ และให้รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่ควรรับประทานอาหารร้อนจัดในมือแรกหลังการส่องกล้อง เพราะอาจทำให้ภายในลำคอเป็นแผลได้

เมื่อพยาบาลประเมินแล้วว่า พระคุณเจ้ารู้สึกสบายดี ไม่มีการหน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน จึงจะอนุญาตให้ลงจากรถเข็นเปลนอน และอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

จากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำไปที่ตู้เก็บสัมภาระเพื่อเก็บสัมภาระ เมื่อเก็บสัมภาระออกจากตู้เรียบร้อยแล้ว ให้คืนกุญแจกับเจ้าหน้าที่ และนั่งพักรอผลการตรวจ ใบสั่งยา และใบนัดต่อไป

เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจแล้วให้พระคุณเจ้าปฏิบัติตัวดังนี้

1. ครอบผ้าจิวรให้เรียบร้อย
2. นั่งรอพบแพทย์เพื่อแจ้งผลการตรวจ รับใบสั่งยา รับใบนัดเพื่อติดตามผลการรักษา
3. หากมีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรียเอชไพโลไร ในกระเพาะอาหาร พระคุณเจ้าต้องผลการตรวจประมาณ 1 ชั่วโมง
4. หากมีการตัดชิ้นเนื้อจากทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งจะใช้เวลาในการตรวจประมาณ 1 สัปดาห์ แพทย์จะนัดพระคุณเจ้ามาฟังผลการตรวจในภายหลัง
6. เมื่อเสร็จสิ้นในทุกขั้นตอนแล้ว ให้พระคุณเจ้าลงไป รับประทานอาหารที่ชั้น 1 และเดินทางกลับวัดได้

อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ มีดังนี้ เจ็บคอมาก หรือ เจ็บคอเวลากินอาหาร ปวดท้องมาก มีไข้ หรือ หายใจเหนื่อย ให้พระคุณเจ้ากลับมาพบแพทย์ หรือ โทรติดต่อห้องผ่าตัด ศัลยกรรม ในเวลาราชการ โทร 026409537 ต่อ 5303 นอกเวลาราชการ โทร 026409537 ต่อ 5313 ขอกราบนมัสการค่ะ

Story Boards (สตอรี่บอร์ด)

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
1	ภาพนิ่งมีข้อความ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียม ตัวเพื่อได้รับการส่องกล้อง ทางเดินอาหารส่วนบน โดยนายตฤณ เสา ทองกลาง นิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ	-	4.50 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ ดนตรีบรรเลงเปียโน ประกอบ เพลง “หยุด” บรรเลงคลอ จนจบวีดิทัศน์
2	ภาพนิ่งมีข้อความ - การส่องกล้องทางเดิน อาหารส่วนบน	การส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบน	6.50 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ Fade right
3	- Anatomy ของ ทางเดินอาหารส่วนบน พร้อมตัวหนังสือบรรยาย ในภาพ	เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคของ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น	6 วินาที	Video File ตัดต่อ จาก โปรแกรม Movie maker ใส่ ข้อความบรรยายใน ภาพค่อย ๆ ปรากฏ พร้อมคำบรรยายตรง กับตำแหน่ง Anatomy ที่กล่าวถึง แล้วค้างไว้จนครบ

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
4	ภาพของพยาธิสภาพของทางเดินอาหารส่วนบน ที่ตรวจพบ พร้อมตัวหนังสือบรรยายในภาพ	เช่น การอักเสบ มีแผล มีเลือดออก มีเนื้องอก ภาวะกรดไหลย้อน ภาวะตีบตันของทางเดินอาหารส่วนบน เป็นต้น	10 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ
5	ภาพของพยาธิสภาพของทางเดินอาหารส่วนบน ที่ตรวจพบ พร้อมตัวหนังสือบรรยายในภาพ	โดยการใช้กล้องที่มีขนาดเล็ก มีขนาดประมาณนิ้วก้อยของนิ้วมือ ส่วนปลายสามารถปรับโค้งงอได้ มีกล้องวิดีโอสำหรับถ่ายภาพ ส่งสัญญาณภาพไปยังจอรับภาพ ซึ่งแพทย์สามารถมองเห็นความผิดปกติของทางเดินอาหารส่วนบน ผ่านทางจอรับภาพ	30 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ
6	ภาพอนิเมชัน แสดงการเคลื่อนของกล้องผ่านทางเดินอาหาร	โดยใส่กล้องส่องตรวจเข้าไปในปาก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น	10 วินาที	Video File ตัดต่อจาก โปรแกรม Movie maker ใส่ข้อความบรรยายปรากฏพร้อมคำบรรยายตรงกับตำแหน่งของกล้องเคลื่อนไปที่อวัยวะ
7	ภาพ Biopsy Forceps ตัดเนื้อเยื่อในกระเพาะอาหาร	นอกจากนี้แพทย์สามารถการตัดเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ในขณะที่ส่องตรวจโดยไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด	8 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
8	<p>ภาพนิ่งมีข้อความบรรยายใต้ภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน - พระคุณเจ้าต้องงดน้ำ อาหาร และ เครื่องดื่มทุกชนิดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง - หากมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอาการภูมิแพ้ต่าง ๆ 	<p>การเตรียมตัวเพื่อได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน</p> <p>พระคุณเจ้าต้องงดน้ำ อาหาร และ เครื่องดื่มทุกชนิดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง</p> <p>หากมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอาการภูมิแพ้ต่าง ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ</p> <p>หากพระคุณเจ้ารับประทานยาหรืออาหารเสริมเป็นประจำ เช่น ยาแอสไพริน ยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือด ยารักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอาหารเสริมต่าง ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนในการหยุดยาบางชนิด อย่างน้อย 7 วัน ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในคืนก่อนมารับการตรวจ ควรมาถึงโรงพยาบาลก่อนเวลานัดประมาณ 30 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการตรวจและหากมีฟันปลอมที่ถอดได้ ให้ถอดออกก่อนเข้ารับการตรวจ</p>	1.04 นาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ Fade right

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
9	ภาพนิ่งมีข้อความ ขึ้นตอน และการปฏิบัติตัวในวันที่ นัดได้รับการส่องกล้อง ทางเดินอาหารส่วนบน	ขึ้นตอนและการปฏิบัติตัว ในวันที่นัดเข้ารับการส่องกล้อง ทางเดินอาหารส่วนบนเมื่อ พระคุณเจ้ามาถึงตึกผู้ป่วยนอก ให้ยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วย พร้อมบัตรนัดที่ศูนย์คัดกรอง เจ้าหน้าที่จะทำการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจสอบสิทธิการรักษาและรับ แพ้มประวัติประจำตัวผู้ป่วยที่ ห้องบัตร เมื่อได้รับแพ้มประวัติ เรียบร้อยแล้ว ให้เดินไปบริเวณ หน้าห้องตรวจเบอร์ 23 ยื่น แพ้มประวัติให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อ ตรวจสอบเอกสาร เมื่อใกล้ถึง เวลานั้นเจ้าหน้าที่จะนิมนต์ พระคุณเจ้าให้เดินไปบริเวณตรง กลางอาคารเพื่อขึ้นลิฟต์ไปยัง ห้องผ่าตัด ซึ่งห้องส่องกล้อง ทางเดินอาหารจะอยู่ชั้น 3 ภายในห้องผ่าตัด	43 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ Fade right
10	วีดิทัศน์แสดงการเดินทาง ไปยังห้องผ่าตัด และ ขึ้นตอนปฏิบัติต่าง ๆ จนถึงก่อนเข้าพัก ณ ห้อง รอก่อนผ่าตัด	เมื่อมาถึงลิฟต์ให้กดลูกศรชี้ ขึ้นรอให้ลิฟต์เปิดเมื่อเข้าไปใน ลิฟต์ให้กดปุ่มหมายเลข 3 เมื่อ ออกมาจากลิฟต์ให้มองด้านขวา จะเห็นป้ายห้องผ่าตัด/ไอซียู ให้ เดินตามป้ายห้องผ่าตัด เมื่อถึง ห้องผ่าตัดจะมีเจ้าหน้าที่ออกมา	1.43 นาที	Movie ใส่คำ บรรยายใต้ภาพ พร้อมกับเสียง บรรยายข้อความ Fade Down

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		<p>รับแพ้มประวัติ และนิมนต์ไปพบกับพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลจะตรวจสอบชื่อ - สกุล ให้ตรงกับตารางนัดส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน แล้วให้กุญแจอยู่กับเจ้าหน้าที่เพื่อพาพระคุณเจ้าไปเก็บสัมภาระต่าง ๆ ให้พระคุณเจ้าถอดจิวร เก็บยามและของมีค่าไว้ในตู้ แล้วถือกุญแจ เอากุญแจใส่กระเป๋าอังสะไว้ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำพระคุณเจ้าไปนอนพักบนรถเข็นเปลนอน แล้วห่มผ้าให้ เนื่องจากภายในห้องรอก่อนเข้ารับการส่งกลองอากาศจะเย็น ประมาณ 22-25 องศาเซลเซียส</p>		
11	<p>วีดิทัศน์ แสดงขั้นตอนระหว่างพักรอ ณ ห้องรอ ก่อนผ่าตัด จะกระทั่งเสร็จสิ้นการส่งกลองทางเดินอาหาร</p>	<p>ขั้นตอนและการปฏิบัติตัว ณ ห้องรอก่อนได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อเข้ามานอนพักในห้องรอ ก่อนผ่าตัดพยาบาลจะถามชื่อ - สกุล อีกครั้ง และจะติดป้ายชื่อของพระคุณเจ้า ที่ข้อมือข้างขวา แล้วซักประวัติการงดน้ำและอาหาร ฟันโยกฟันปลอม และโรคประจำตัว จากนั้นให้بيبลูกบอลยางขณะรอคิวเพื่อ</p>	4.11 นาที	<p>Movie ใส่คำบรรยายใต้ภาพ พร้อมกับเสียงบรรยายข้อความ Fade Down</p>

วิดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		<p>เข้ารับการตรวจเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายในระหว่างรอตรวจ</p> <p>ขั้นตอนและการปฏิบัติตัวระหว่างการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อถึงคิวที่จะเข้ารับการตรวจเจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ-สกุล จากนั้นจะทำการเซ็นพระคุณเจ้าเข้าไปในห้องผ่าตัด 1 ซึ่งเป็นห้องสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารภายในห้องส่องกล้องบนเพดานห้องจะมีไฟส่องสว่างมากกว่าห้องทั่วไป และมีโคมไฟสำหรับส่องสว่างเพื่อทำการผ่าตัดทั่วไปรอบ ๆ ห้องจะมีเครื่องมือและชั้นวางเครื่องมือที่ใช้สำหรับส่องกล้องทางเดินอาหาร</p> <p>เมื่อเจ้าหน้าที่เซ็นรถเปลนอนไปเทียบกับเตียงผ่าตัดให้พระคุณเจ้าช่วยย้ายจากรถเปลนอนไปยังเตียงผ่าตัดอย่างระมัดระวังเนื่องจากเตียงผ่าตัดมีขนาดเล็กพระคุณเจ้าจะได้ยินเสียงซู่ๆ เป็นเสียงของลมของเครื่องดูดเสมหะใช้สำหรับดูดน้ำลายและน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนบน จากนั้นพยาบาลจะติดเครื่องวัดความดันโลหิตและวัด</p>		

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		<p>ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วชี้ เพื่อดูสัญญาณชีพขณะส่องกล้องทางเดินอาหาร พยาบาลจะสอบถามพันโยกฟันปลอมอีกครั้งและประวัติการแพ้ยาอาหารทะเล หากไม่แพ้ จึงพ่นสเปรย์ยาชาโดยจะทำการพ่นทั้งหมด 2-3 ครั้ง เมื่อพ่นยาชาเข้าไปบริเวณในลำคอและโคนลิ้นจะรู้สึกเผล็ดหรือแสบนิดๆ ซึ่งยาชาจะมีกลิ่นคล้ายน้ำหวานเฮลบลูบอยสีเขียวมีรสขมคล้ายยาพาราเซตามอลที่ละลายในปาก</p> <p>เมื่อยาชาออกฤทธิ์จะรู้สึกภายในบริเวณคอบวม ๆ หนา ๆ คล้ายเหน็บชาบริเวณโคนลิ้น และภายในลำคอกลิ้นน้ำลายไม่ค่อยถนัด พยาบาลทดสอบที่ใช้ไม้กดลิ้นแตะที่โคนลิ้นแล้วไม่มีอาการขย้อนแสดงว่ายาชาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว พยาบาลจะให้พระคุณเจ้าอ้าปากเพื่อใส่เครื่องมือช่วยให้อ้าปากในระหว่างทำการส่องกล้อง จากนั้นแพทย์ผู้ตรวจจะทำการใส่กล้องส่องตรวจ ให้พระคุณเจ้าก้มศีรษะลงเล็กน้อย เมื่อ</p>		

วิธีทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		<p>แพทย์ใส่กล้องส่องตรวจแพทย์ จะให้สัญญาณให้ช่วยกลืนโดยจะนับจังหวะ 1-2-3 กลืนให้กลืนสายส่องตรวจ ขั้นตอนนี้ พระคุณเจ้าจะรู้สึกคล้ายกลืนอะไรติดคอเมื่อกำลังผ่านเข้าไป แล้วให้หายใจทางจมุกช้า ๆ หากมีน้ำลายให้ปล่อยไหลออกมาข้างแก้มด้านซ้ายโดยจะมีสายดูดเสมหะช่วยดูดออกให้ป้องกันการสำลักเข้าปอด</p> <p>การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ในระหว่างการส่องกล้องพระคุณเจ้าจะรู้สึกเหมือนมีอะไรเคลื่อนไหวในลำคอแต่จะไม่มีรู้สึกเจ็บ อาจมีอาการขย้อน อาเจียน และอาการจุกเสียด แน่นท้องคล้ายท้องอืด เนื่องจากแพทย์เป่าลมในทางเดินอาหารส่วนบน ไม่ควรเกร็งหรือพยายามเลอหรือขย้อนออกมา เพราะอาจสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าไปในปอดได้ ให้หายใจเข้าออกทางจมุกช้า ๆ จะบรรเทาอาการได้ และการปีบลูกบอลจะช่วยให้</p>		

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		<p>พระองค์เจ้าผ่องคลាយอาการได้ หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ แล้วแพทย์จะค่อย ๆ ดูดลมออก จาก ทางเดินอาหาร อาการจุก เสียดแน่นท้องจะทุเลาลง</p>		
12	<p>วีดิทัศน์ แสดงขั้นตอน หลังจากแพทย์เอากล้อง ส่องตรวจออกและการให้ คำแนะนำหลังการตรวจ จะกระทั้งผู้ป่วยไปเก็บ ของจากตู้เก็บสัมภาระ</p>	<p>การปฏิบัติตัวเมื่อเสร็จสิ้น การตรวจ เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ พยาบาลจะเอาเครื่องมือช่วยให้ อ้าปากออก หากมีน้ำลายให้ ป้วนออกมาบนผ้ากันเปื้อน ไม่ ควรกลืนน้ำลาย เพราะอาจ สำลักเข้าปอดได้ในขณะที่คอยัง รู้สึกชา อาการชานี้จะคงอยู่ ประมาณ 1/2 ชั่วโมง จากนั้น เจ้าหน้าที่จะเอาอุปกรณ์วัด สัญญาณชีพออก และนำรถเปล นอนมารับพระองค์เจ้าออกจาก ห้องผ่าตัดเพื่อไปนอนพักที่ห้อง รอก่อนผ่าตัด ให้พระองค์เจ้า ย้ายไปนอนบนรถเข็นเปลนอน อย่างระมัดระวัง และให้นอน พักบนรถเข็นเปลนอนประมาณ 10-15 นาที</p> <p>ในระหว่างนี้อาจรู้สึกเหมือน มีเสมหะติดคอเนื่องจากฤทธิ์ ของยาชา ห้ามไอแรง ๆ เพื่อ เอาเสมหะออกเพราะจะทำให้ เจ็บคอ ห้ามกลืนน้ำลายเพราะ</p>	2.02 นาที่	<p>Movie ใส่คำ บรรยายได้ภาพ พร้อมกับเสียง บรรยายข้อความ Fade Down</p>

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		<p>อาจสำลักเข้าปอดได้ ให้บ้วนลงกระโถนที่เจ้าหน้าที่เตรียมไว้ให้</p> <p>เมื่ออาการชาคอกกลับมาเป็นปกติให้ทดลองจิบน้ำสะอาด หากไม่สำลักให้ดื่มน้ำสะอาดได้ และให้ฉันอาหารอ่อนได้ ไม่ควรฉันอาหารร้อนจัดในมือแรกหลังการส่องกล้อง เพราะอาจทำให้ภายในลำคอเป็นแผลได้</p> <p>เมื่อพยาบาลประเมินแล้วว่า พระคุณเจ้ารู้สึกสบายดี ไม่มีการหน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน จึงจะอนุญาตให้ลงจากรถเข็นเปลนอน และอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการตรวจ</p> <p>จากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำไปที่ตู้เก็บสัมภาระเพื่อเก็บสัมภาระ เมื่อเก็บสัมภาระออกจากตู้เรียบร้อยแล้ว ให้คืนกุญแจกับเจ้าหน้าที่ และนั่งพักรอผลการตรวจ ไบopsing และไบopsingต่อไป</p>		
13	ภาพนิ่งมีข้อความ แสดงปฏิบัติตัวแต่ละขั้นตอน เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ	เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจแล้วให้ พระคุณเจ้าปฏิบัติตัวดังนี้ ครอบผ้าจิวให้เรียบร้อย นั่งรอพบแพทย์เพื่อแจ้งผลการตรวจ รับไบopsing รับไบopsingเพื่อติดตามผลการรักษา ผลการตรวจหา	46 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ ทีละขั้นตอนต่อ 1 Slide ตรงกับเสียงบรรยาย

วีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน				
ลำดับที่	ลักษณะภาพ	บทบรรยาย	เวลา	เทคนิค
		เชื้อแบคทีเรียในกระเพาะ อาหาร ใช้ระยะเวลาผลการ ตรวจ 1 ชั่วโมง ผลการตรวจหา ความผิดปกติของเซลล์แพทย์จะ นัดมาฟังผลการตรวจหลังจากนี้ 1 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นทุก ขั้นตอนแล้ว ให้พระคุณเจ้าลง ไป ปรึกษาห้องจ่ายยาที่ชั้น 1 และเดินทางกลับวัดได้		
15	ภาพนิ่งมีข้อความ แสดง คำอธิบายอาการผิดปกติที่ ต้องกลับมาพบแพทย์	อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบ แพทย์ เจ็บคอมาก หรือ เจ็บคอ เวลากลิ่นอาหาร ปวดท้องมาก มีไข้ หรือ หายใจเหนื่อย ให้ กลับมาพบแพทย์ หรือ โทร ติดต่อห้องผ่าตัดศัลยกรรม ใน เวลาราชการ โทร 026409537 ต่อ 5303 นอกเวลาราชการ โทร 026409537 ต่อ 5313	42 วินาที	Video File ตัดต่อ จาก โปรแกรม Movie maker ใส่ ข้อความบรรยาย ปรากฏพร้อมคำ บรรยาย
16	ภาพนิ่งมีข้อความ ขอ กราบนมัสการค่ะ	ขอกราบนมัสการค่ะ	9 วินาที	Movie maker slide show ใส่ข้อความ Fade Down

ภาคผนวก จ
ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา



ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ						
20-29 ปี	1	3.3	1	3.3	2	3.3
30-39	1	3.3	3	10.0	4	6.7
40-49	7	23.3	5	16.7	12	20.0
50-59	21	70.0	21	70.0	42	70.0
จำนวนปีที่บวช						
0-5	12	40.0	9	30.0	21	35.0
6-10	7	23.3	7	23.3	14	23.3
11-15	6	20.0	4	13.3	10	16.7
16-20	2	6.7	6	20.0	8	13.3
21-25	3	10.0	1	3.3	4	6.7
26-30	-	-	1	3.3	1	1.7
31-35	-	-	1	3.3	1	1.7
36-40	-	-	1	3.3	1	1.7
รายได้						
ต่ำกว่า 4000 บาท	20	66.7	20	66.7	40	66.7
4,001-6,000 บาท	7	23.3	9	30.0	16	26.7
6,001-8,000 บาท	3	10.0	1	3.3	4	6.7
ระดับการศึกษาสายสามัญ						
ประถมศึกษา	15	50.0	21	70.0	36	60.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.0	1	3.3	7	11.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	6.7	4	13.3	6	10.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	4	13.3	11	18.3

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาแผนกนักระรรม						
ไม่เคยสอบ	1	3.3	6	20.0	7	11.7
นักระรรมตรี	19	63.3	17	56.7	36	60.0
นักระรรมโท	1	3.3	-	-	1	1.7
นักระรรมเอก	9	30.0	7	23.3	16	26.7
การศึกษาแผนกบาลี						
ไม่เคยสอบ	29	96.7	27	90.0	56	93.3
เปรียญตรี (1-3 ประโยค)	-	-	2	6.7	2	3.3
เปรียญโท (4-6 ประโยค)	1	3.3	1	3.3	2	3.3
สายการปฏิบัติธรรม						
มหานิกาย	30	100	30	100	60	100
สถานที่ตั้งของวัด						
กรุงเทพมหานคร	5	16.7	3	10.0	8	13.3
ต่างจังหวัด	25	83.3	27	90.0	52	86.7
การวินิจฉัยโรคก่อนเข้ารับ						
การส่องกล้อง						
Dyspepsia	26	86.7	29	96.7	55	91.7
Gastritis	2	6.7	-	-	2	3.3
GERD	2	6.7	1	3.3	3	5.0
การวินิจฉัยโรคหลังเข้ารับ						
การส่องกล้อง						
Gastritis	24	80.0	22	73.3	46	76.7
GU	-	-	2	6.7	2	3.3
DU	1	3.3	2	6.7	3	5.0
GERD	1	3.3	2	6.7	3	5.0
Normal	4	13.3	2	6.7	6	10.0

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจรักษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชนิดของยาชา						
เฉพาะที่ Puff						
6-10 Puff	30	100	30	100	60	100
ระยะเวลา						
5-10 นาที	30	100	27	90.0	57	95.0
11-15 นาที	-	-	3	10.0	3	5.0
หัตถการที่ได้รับ						
EGD	5	16.7	4	13.3	9	15.0
EGD with Clotest	24	80.0	22	73.3	46	76.7
EGD with Bx	1	3.3	4	13.3	5	8.3

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายตฤณ เสาทองกลาง เกิดวันจันทร์ที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2518 ที่อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนบ้านหนองกระทุ่มสระอโนดาต ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนมัธยมขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัย กรุงเทพมหานคร หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น ปีการศึกษา 2537 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยามนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2544 และหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด สาขา ศัลยกรรมกระดูก รุ่นที่ 6 โรงพยาบาลราชวิถี ปี 2548 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (Flexible learning) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข