

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับ
การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

Factors Related to Anxiety before Esophagogastroduodenoscopy among
Hospitalized Older Persons

ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง (Chaiwat Onthaisong)* ดร.มยุรี ลีทองอิน (Dr.Mayuree Leethong-in)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 84 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสิทธิภาพการรับรู้ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความต้องการข้อมูล แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D = 50.67 \pm 10.17$) ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการรับรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .24, r_{pb} = .25, r_s = .84, r_s = .22$ ตามลำดับ) ส่วนประสบการณ์การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study factors related to the older person's anxiety hospitalized before esophagogastroduodenoscopy (EGD) from 84 older persons. The stratified sampling used to select the sample into the study. Instruments consisted of the Personal Questionnaire, Sensory Perception Scale, Perception of Severity of the Illness Scale, Information Need Questionnaire, Caregiver Participation Questionnaire and State Trait Anxiety Inventory form X-I. The results showed that anxiety of the subjects was in moderate level. ($\bar{X} \pm S.D = 50.67 \pm 10.17$). Education, sensory perception, perception of severity of the illness and information need were significantly correlated with anxiety ($\eta = .24, r_{pb} = .25, r_s = .84, r_s = .22$ respectively). Meanwhile experience of EGD and caregiver participation were not significantly related to anxiety.

คำสำคัญ: วิตกกังวล ผู้สูงอายุ ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

Keywords: Anxiety, Older persons, Esophagogastroduodenoscopy

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้น (Travis et al., 2012) การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นการตรวจวินิจฉัยและวิธีการรักษาที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปภายในร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ในการวินิจฉัยจากการตรวจชิ้นเนื้อและเซลล์วิทยา และวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง (Kutlutürkan et al., 2010) เป็นการตรวจพิเศษที่จำเป็นต้องเตรียมร่างกายและจิตใจโดยผู้รับบริการสามารถมองเห็นสภาพแวดล้อมในห้องตรวจ (สุพจน์, ธวัชชัย และสมชาย, 2555) การรอตรวจเป็นอีกช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงและสูงกว่าหลังตรวจ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย หรืออาการเจ็บปวดจากเทคนิคการตรวจที่อาจเกิดการบาดเจ็บต่อเนื่องซึ่งบาดเจ็บระหว่างการส่องกล้อง (Kutlutürkan et al., 2010; Seymen et al., 2010) ตลอดจนประสบการณ์และความเชื่อภาวะแทรกซ้อนของการตรวจ ซึ่งในผู้สูงอายุนั้นเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ และต้องรักษาในโรงพยาบาลนานมากขึ้น พึ่งพาบุคคลอื่นและต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (สมภพ, 2556) เมื่อเจอเหตุการณ์ที่คุกคามความปลอดภัยจึงเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล คือ อารมณ์ของมนุษย์อย่างหนึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งแล้วประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือรู้สึกลัวถูกคุกคามต่อความปลอดภัย โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ผ่านกระบวนการประเมิน ตัดสินใจ และใช้กลไกทางจิต (Spielberger & Krasner, 1988) ซึ่งความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นอาจนำมาซึ่งการไม่ประสบความสำเร็จของการตรวจหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตรวจหรือภายหลังการตรวจได้

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยส่วนใหญ่เป็นการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารทั้งส่วนต้นและส่วนปลายแต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างชัดเจน จึงมีข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลในการอ้างอิง ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและความสามารถในการปรับตัวมีข้อจำกัดมากขึ้น การฟื้นตัวที่ช้า ตลอดจนต้องรักษาในโรงพยาบาลนานมากขึ้น (สมภพ, 2556) โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัญหาการรับรู้ (Contrera et al., 2016) ระดับการศึกษา (Choi, Jeong, Lee, Park, & Kim, 2010; Seymen et al., 2010) และประสบการณ์ในการตรวจ (Choi et al., 2010; Seymen et al., 2010) และปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (บุษบา, 2550; พรทิวาและชนิษฐา, 2551) ความต้องการข้อมูล (Kutlutürkan et al., 2010; อภัย, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมผลการวิจัยยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกกลุ่มอายุ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านสังคมที่มีส่วนร่วมดูแลจากผู้ดูแล (บุษรา, 2550) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและปรากฏการณ์ที่ศึกษาพบว่า ยังไม่สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ความวิตกกังวล หากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่า 3 ปัจจัยหลัก บุคคลกรที่มีสุขภาพสามารถที่จะจัดการปัจจัยเหล่านี้ได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความวิตกกังวล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ประสบการณ์การรับรู้ ประสบการณ์ในการตรวจ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และ 3) ปัจจัยด้านสังคม คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลทราบถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่งกึ่งทางเดินอาหารส่วนต้น

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (description correlation research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้ารับการส่งกึ่งทางเดินอาหารส่วนต้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้ารับการส่งกึ่งทางเดินอาหารส่วนต้น ณ โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม จำนวน 84 ราย และผู้ดูแลจำนวน 84 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 7 หอผู้ป่วยด้วยการสุ่มแบบ โดยแบ่งชั้นภูมิ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีหาความสัมพันธ์ ใช้วิธีการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power (Faul et al., 2009) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of analysis) เท่ากับ .80 กำหนดความผิดพลาด α เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 (บุษรา, 2550) โดยมีเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้ารับการส่งกึ่งทางเดินอาหารส่วนต้น

1.1 เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

2) มีสติสัมปชัญญะดี มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ด้วยแบบทดสอบ MMSE - Thai 2002 ใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนในระดับประถมศึกษาและคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนในระดับสูงกว่าประถมศึกษา

3) มีความเข้าใจ และสามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่นสุรินทร์ หรือไทยอีสานได้

4) ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือป่วยโรคทางจิตเวช หรือได้รับยาทางจิตเวชและ ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (The Two-Question Screening for Depression, 2Q) โดยไม่มีปัญหาทั้ง 2 คำถาม

5) เข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

6) สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

1.2 เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงมากขึ้นจากเดิม โดยใช้แบบประเมิน APACHE II score

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้ารับการส่งกึ่งทางเดินอาหารส่วนต้น ณ โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์

2.1 เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล

2) มีความเข้าใจ และสามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่นสุรินทร์ หรือไทยอีสานได้

3) สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination, MMSE - Thai 2002) และ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (The Two-Question Screening for Depression, 2Q) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2557)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ 5 ส่วน และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแล 1 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการส่งก๋อกลงทางเดินอาหารส่วนต้น ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินประสาทการรับรู้ ประกอบด้วย การทดสอบปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน 1) การทดสอบปัญหาการมองเห็น ใช้แผ่นตรวจสอบสายตา Snellen chart (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2557) 2) การทดสอบปัญหาการได้ยิน Whispered voice test (Pirozzo et al., 2003)

3. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งคัดแปลงจาก พรทิวาและชนิษฐา (2551) เป็นแบบประเมิน Visual Analogue Scale (VAS) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร มีข้อความ 2 ข้อ มีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้คะแนน 0.00 - 3.99 หมายถึง ความรุนแรงระดับต่ำ คะแนน 4.00 - 7.99 หมายถึง ความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนน 8.00 - 10.00 หมายถึง ความรุนแรงระดับสูง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีวัดซ้ำ (Test-Retest Method) ได้ค่าเท่ากับ .99

4. แบบประเมินความต้องการข้อมูล ซึ่งคัดแปลงจากแบบประเมินความต้องการข้อมูลของ คะนิงนิจ, สิริรัตน์และพรณี (2554) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) โดยให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 มีข้อความจำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้ คะแนน 9.00 - 17.99 หมายถึง มีความต้องการข้อมูลระดับต่ำ คะแนน 18.00 - 26.99 หมายถึง มีความต้องการข้อมูลระดับปานกลาง คะแนน 27.00 - 36.00 หมายถึง มีความต้องการข้อมูลระดับสูง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .79

5. แบบประเมิน ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Trait Anxiety Inventory Form X-1) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา, สายฤดี และมาลี (2526) ประกอบด้วยแบบประเมินมีข้อความ 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก มากที่สุด มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 80 คะแนน เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้คะแนน 20.00 - 39.99 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำ คะแนน 40.00 - 59.99 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนน 60.00 - 80.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ถูกนำไปใช้ในการประเมินความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการส่งก๋อกลงทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .86- .95 (บุษรา, 2550; อภัย, 2556) และการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .88

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแล

1. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของ จันทรา, เพลินพิศและประนอม (2548) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) โดยให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 มีข้อความจำนวน 30 ข้อ ใช้โดยเกณฑ์การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้คะแนน 30.00 - 59.99 หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลระดับสูง คะแนน 60.00 - 89.99 หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลระดับปานกลาง คะแนน 90.00 - 120.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลระดับต่ำในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612017 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ เลขที่ 29/2561 สำหรับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้อยู่บนพื้นฐานของหลักการ 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักของผลประโยชน์ (Benefit) และหลักความยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุทุกรายโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ โดยเสนอเป็นภาพรวม การมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษา และหากผู้สูงอายุตกลงเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งมีการใช้ข้อมูลผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน

2. ติดต่อประสานงานกับ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลแผนกศัลยกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย และแผนกอายุรกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย

3. ผู้วิจัย คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเข้าหากลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุที่เข้าเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในช่วง 6 ชั่วโมงหลังการเตรียมตัวจนถึงระยะเวลา 1 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องตรวจ และผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุในช่วงดังกล่าว โดยเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ และการชี้แจงชักชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยให้อาสาสมัคร โดยให้อิสระในการตัดสินใจ

4. ผู้วิจัยแนะนำและ ชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิและการเก็บข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะได้รับ และสอบถามความสมัคร เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ลงนามในแบบฟอร์มแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน

5. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ทดสอบประเมินประสิทธิภาพการรับรู้ และให้ผู้สูงอายุตอบแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความต้องการข้อมูล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ใช้เวลาในการเก็บประมาณ 30 นาที เมื่อผู้สูงอายุแต่ละรายตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for windows วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic analysis) ในการการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ และประสาทการรับรู้ ซึ่งเป็นข้อมูล (Nominal Scale) กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยไบซีเรียล (Point Biserial correlation coefficient) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา ซึ่งเป็นข้อมูล (Ordinal Scale) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูล (Interval Scale) ด้วยสถิติ Komogorov - Smirnov Test พบมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Normality) วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษามีมากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 58.30, $\bar{x} \pm S.D = 68.67 \pm 7.04$) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.20) สามในสี่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) และมีประสบการณ์ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (ร้อยละ 69) ไม่มีปัญหาประสาทการรับรู้ด้านการมองเห็นและการได้ยิน (ร้อยละ 60.71) และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาลโดยมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร (ร้อยละ 91.67)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (n = 84)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	13	15.50
ประถมศึกษา	63	75.00
มัธยมศึกษาขึ้นไป	8	9.500
ประสบการณ์		
ไม่เคยมี	26	31.00
มี	58	69.00
ประสาทการรับรู้		
ไม่มีปัญหา	51	60.71
มีปัญหา	33	39.29
ประเภทของปัญหาการรับรู้ (N= 33) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
สายตา	29	87.87
การได้ยิน	13	39.39

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.10, $\bar{x} \pm S.D = 50.67 \pm 10.17$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับปานกลาง ความต้องการข้อมูลระดับมาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลระดับสูง (ร้อยละ 67.85, 66.67, 66.77 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (n = 84)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนความวิตกกังวล		
ระดับต่ำ (20.00-39.99 คะแนน)	12	14.30
ระดับปานกลาง (40.00-59.99 คะแนน)	53	63.10
ระดับมาก (60.00-80.00 คะแนน)	19	22.60
รวม $\bar{x} \pm S.D = 50.67 \pm 10.17$, Median= 50, Min - Max =29-76		
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย		
ระดับต่ำ (0.00 -3.99 คะแนน)	5	5.95
ระดับปานกลาง (4.00 - 7.99คะแนน)	57	67.85
ระดับสูง (8.00 –10.00 คะแนน)	22	26.20
รวม $\bar{x} \pm S.D = 6.43 \pm 1.77$, Median = 6.5, Min-Max= 2-10		
ความต้องการข้อมูล		
ระดับต่ำ (9.00 - 17.99คะแนน)	5	5.95
ระดับปานกลาง (18.00 -26.99 คะแนน)	23	27.38
ระดับสูง (27.00 - 36.00 คะแนน)	56	66.67
รวม $\bar{x} \pm S.D = 28.91 \pm 5.34$, Median = 30 , Min-Max = 16-36		
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล		
ระดับต่ำ (30.00 – 59.99 คะแนน)	5	5.95
ระดับปานกลาง (60.00 – 89.99 คะแนน)	23	27.38
ระดับสูง (90.00-120.00 คะแนน)	56	66.67
รวม $\bar{x} \pm S.D. = 93.28 \pm 13.98$, Median = 94 , Min-Max = 51-120		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่งต่อทางเดินอาหารส่วนต้น

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและประสบการณ์รับรู้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .24$, และ $r = .25$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .84, p < .01$) และความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .22, p < .05$) ปัจจัยด้านสังคม พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคมกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนต้น (n= 84)

ตัวแปร	ค่าสถิติ	p-value
ปัจจัยด้านบุคคล		
ระดับการศึกษา	$\eta = .24$.040
ประสบการณ์	$r_{pb} = .03$.740
ประสาทการรับรู้	$r_{pb} = .25$.021
ปัจจัยด้านจิตใจ		
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	$r_s = .84$.000
ความต้องการข้อมูล	$r_s = .22$.040
ปัจจัยด้านสังคม		
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล	$r_s = -.01$.090

หมายเหตุ r_{pb} = Point Biserial correlation coefficient, r_s = Spearman's rank correlation, η = Eta correlation

อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) การที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในครั้งนี้ขออธิบายได้ว่า ระดับการศึกษานั้นช่วยส่งเสริมการได้รับข้อมูลและสร้างความรู้ของบุคคล และช่วยให้บุคคลมีกระบวนการเรียนรู้และมีความเข้าใจในข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Mohammed, 2016) มีผลต่อการแปลเหตุการณ์ที่ชัดเจน และเกิดการคาดคิดสิ่งที่จะเกิด หากการแปลภาพรวมของความคิด (Leventhal & Johnson, 1983) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ พบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนต้น (Cho et al., 2010) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาที่สามารถอ่านออกเขียนได้และเข้าใจการแนะนำการปฏิบัติตัวของทีมสุขภาพ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับประสาทการรับรู้ เช่น การมองเห็น การได้ยิน และในการวิจัยใช้เกณฑ์การคิดเข้าสำหรับผู้ที่มิสตีสมปรัชญะติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อมจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความเข้าใจในเหตุการณ์และสามารถประเมินสิ่งที่จะเกิดขึ้นอีกครั้งได้ แปลเหตุการณ์ได้ชัดเจน มีภาพรวมของความคิดที่ชัดเจน จึงลดการกระตุ้นความรู้สึกที่ถูกลูกถามที่เกิดขึ้นจึงอาจทำให้ระดับการศึกษาที่จบมาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล

ประสบการณ์ในการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์ที่เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ ในช่วง

เวลาหนึ่งแล้วหายไปไม่มีกรกระตุ้นเป็นระยะ จะทำให้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วจึงเหตุการณ์นั้นได้น้อย ทำให้ความสามารถในการนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการประเมินเหตุการณ์ครั้งนี้จึงไม่แตกต่างกันจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ส่องกล้องมาก่อน (Biggs et al., 2017) และสอดคล้องกับ แพ (2556) ที่อธิบายว่า ประสบการณ์ผู้สูงอายุรับมือกับความไม่สบายที่เกิดขึ้นในครั้งแรก เมื่อเข้ารับการส่องกล้องต่อไปซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เหมือนกันจะมีแนวโน้มคิดทิศทางเหมือนกัน และทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ที่มีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และในการตรวจถึงแม้จะมีประสบการณ์ทางบวกในครั้งที่ผ่านมา แต่การตรวจในครั้งที่สองอาจมีปัจจัยด้านอายุ ความรุนแรงของโรค ที่เพิ่มความไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สปีลเบอร์เกอร์ (1966) ที่กล่าวว่า ความรุนแรง และความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ มีปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล จึงทำให้ประสบการณ์ที่ไม่มีสัมพันธภาพกับระดับความวิตกกังวลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seymen et al. (2010) ที่พบว่า ประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหารทั้งส่วนต้นและส่วนปลาย

ประสาทการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom & Schwecke (1995) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของดวงตา และหู ส่งผลต่อการมองเห็นและการได้ยิน เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น จะถูกกระตุ้น หรือคุกคามจากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยและความชราที่มีจนทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีประสาทการรับรู้ต่ำจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีประสาทการรับรู้สูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุเลือกรับสิ่งรบกวนทางประสาทการรับรู้ที่สนใจเพื่อช่วยให้การเรียนรู้ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ (Klausmeire, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider et al. (2011) ที่พบว่าการสูญเสียทั้งการมองเห็นและการได้ยินในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล และการศึกษาของ Contrera et al. (2016) ที่พบว่าการได้ยินบกพร่องระดับเล็กน้อยและการมองเห็นบกพร่องทำให้เกิดความวิตกกังวล

ปัจจัยด้านจิตใจ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .84, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สปีลเบอร์เกอร์ (1966) ที่ว่า ความรุนแรง และความไม่แน่นอนของเหตุการณ์เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล และเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ อาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง มีการฟื้นตัวที่ช้า และต้องรักษาในโรงพยาบาลนานมากขึ้น พังพานุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น (สมภพ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรา (2550) และ พรทิวาและชนินฐา (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ดี

ความต้องการข้อมูล จากผลการศึกษาพบว่าความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal & Johnson (1983) ที่กล่าวว่า ข้อมูลช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าข้อมูลเพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองกำลังประสบได้ เกิดเป็นภาพรวมของความคิด และเนื่องจากข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นหรือปัจจัยพื้นฐานที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ (Bilodeau & Degner, 1996) โดยข้อมูลจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (Cameron et al., 1994)

ปัจจัยด้านสังคม

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้การดูแลและมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวซึ่งจัดเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยและอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยในการปรับตัวและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ บุคคลที่ได้รับการดูแลที่ผู้ดูแล

(Sharp, 1990) แต่เนื่องจากการส่งกลีงทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นการตรวจที่มีการสอดใส่อุปกรณ์และเป็นเหตุการณ์ ผู้ตรวจต้องเผชิญลำพังระหว่างการตรวจในห้องส่งกลีง ซึ่งล้วนเป็นการกระทำที่ผู้สูงอายุเองต้องใช้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทีกล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งแล้วประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือรู้สึกว่าคุณถูกคุกคาม ผ่านกระบวนการประเมิน ตัดสินใจ และใช้กลไกทางจิต โดยความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Spielberger & Krasner, 1988) ทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในการส่งกลีงทางเดินอาหารส่วนต้นจึงไม่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของ โดยการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยประสาทการรับรู้ เพิ่มการให้ข้อมูลที่ช่วยลดของการเจ็บป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวมข้อมูล การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะไม่สำเร็จล่วงได้ หากข้อมูลที่มีคุณค่านี้จากผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรภม, สิริรัตน์ นัทรชัยสุชา, พรณี สมจิตประเสริฐ. ความเป็นห่วงความ วิตกกังวล และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหลอดเลือดทางรังสี. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 16(2): 84-97.
- จันทร์พร พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, ประนอม หนูเพชร. ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2548; 23(6): 405-412.
- นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจ โภคาทร, มาลี นิสัยสุข. แบบประเมินความวิตกกังวล [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา); 2526.
- บุญรา ราชรักษ์. สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
- แพ จันทรสุข. การดูแลบุคคลที่มีความวิตกกังวล. ใน จวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, สุกรีใจ เจริญสุข, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2. หน้า 136-46 . นนทบุรี: ธนาพรส; 2556.
- พรทิศา มีสุวรรณ, ขนิษฐา นาคะ. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551; 26(2): 186-193.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก; 2557.

สมภพ เรืองตระกูล. โรคกังวลในผู้สูงอายุ. ใน สมภพ เรืองตระกูล (บรรณาธิการ). โรคกังวลและเวชปฏิบัติ.
หน้า 31-31. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิฑูร, สมชาย ถีลาภุศลวงศ์. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน.
กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร; 2555.

อภัย สุขเจริญ. การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น.
[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.

Biggs A, Brough P, Drummond S. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. Chichester: UK:
John Wiley & Sons; 2017. pp. 349-364.

Bilodeau BA, Degner LF. Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast
cancer. *Oncology nursing forum* 1996; 23(4): 691-696.

Bostrom CE, Schwesche LH. Anxiety related Disorder. In Keltner NL, Bostrom CE, Schwesche LH, editors.
Psychiatric Nursing. 2nd ed. Philadelphia: Mosby; 1995.

Choi JH, Jeong HS, Lee DW, Park KH, Kim GM. Factors Related to Pre-Precedural Anxiety for Gastroscopy in
Health Check Examinee. *Korean Journal of Family Medicine* 2010; 31(12): 923-929.

Cameron P, Corbett K, Duncan C, Hegyi K, Maxwell H, Burton PF. Information needs of hospital patients: a survey
of satisfaction levels in a large city hospital. *Journal of Documentation* 1994; 50(1): 10-23.

Contrera KJ, Betz J, Deal J, Choi JS, Ayonayon HN, Harris T, et al. Association of Hearing
Impairment and Anxiety in Older Adults. *Journal of aging and health* 2016; 29(1): 172-184.

Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for
correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41(4): 1149-60.

Klausmeier HJ. *Educational Psychology*. New York: Harper & Row; 1985.

Kutlutürkan S, Görgülü Ü, Fesci H, Karavelioglu A. The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written
educational material on patients' anxiety: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing
Studies* 2010; 7(9):1066-1073

Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation In: behavioral and
science and nursing. St Louis: Mosby; 1983

Mohammed SA. Effectiveness of Structured Teaching Program on Knowledge, Anxiety State and Tolerance for
Patients with Gastrointestinal Endoscopy: Randomized Controlled Trial. *Life Science Journal* 2016; 13(9):
9-17.

Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and
children: systematic review. *BMJ* 2003; 327(7421): 967.

Sharp T. Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization.
Journal of Advanced Nursing 1990; 15(1): 67-73.



Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Manual. California: Consulting Psychologists Press; 1970.

Schneider JM, Gopinath B, McMahon CM, Leeder SR, Mitchell P, Wang JJ. Dual sensory impairment in older age. *Journal of Aging and Health* 2011; 23(8): 1309-1324.

Seymen A, Sunay D, Biyikoglul I, Filik L. (2010). State anxiety in patients referred to endoscopy unit. *Endoskopi Dergisi* 2010; 18(3): 50-60.

Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP. The experience, expression, and control of anger. In *Individual differences, stress, and health psychology* (pp. 89-108). New York: Springer; 1988.

Travis AC, Pievsky D, Saltzman JR. Endoscopy in the elderly. *The American Journal of Gastroenterology* 2012; 107(10): 1495-1501.