

Effects of Continuing Care Program on Quality of Bowel Preparation and Anxiety in Who Receiving Ambulatory Colonoscopy*

Pukkaporn katseesung*, Usavadee Asdornwised, RN, PhD¹,

Wanpen Pinyopasakul, RN, PhD¹, Thawatchai Akaraviputh, MD²

Abstract

Purpose: To investigate effects of continuing care program on quality of bowel preparation and anxiety in patients receiving ambulatory colonoscopy.

Design: Quasi-experimental research design.

Methods: The study sample consisted of 83 patients who had an appointment to undergo ambulatory colonoscopy at Siriraj Hospital. Forty-one were assigned into the control group, while 42 were assigned into the experimental group. The control group received routine care, whereas the experimental group received the continuing care program consisting of care on the day of making an appointment, care during the examination, and care before hospital discharge. Data were collected using personal data record form, cleanliness of bowel preparation record form, and numerical anxiety scale. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test.

Main findings: The mean score of bowel preparation quality of the experimental group was higher than that of the control group, with statistical significance ($p = .03$). The mean score of anxiety of the experimental group obtained on the day before undergoing ambulatory colonoscopy was lower than that obtained on the day the appointment, with statistical significance ($p = .02$) but the control group was not significantly ($p = .23$). However, when comparing the mean scores of anxiety of patients between groups, it was found that there were no statistically significant differences on the day of making appointment ($p = .94$) and the day before undergoing ambulatory colonoscopy ($p = .49$).

Conclusion and recommendations: Based on the study findings, it is recommended that the continuing care program can be used to increase the quality of bowel preparation in patients receiving ambulatory colonoscopy.

Keywords: colonoscopy, continuing care, bowel preparation, anxiety

J Nurs Sci. 2015;33(3):61-73

Corresponding Author: Associate Professor Usavadee Asdornwised, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: uavadee.asd@mahidol.ac.th

** Master Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ การเตรียมลำไส้ และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก*

ภัทกร เกตุสีล้ง¹ อุษาวดี อัครวิเศษ, PhD¹ วันเพ็ญ ภิญญิกาสกุล, PhD¹ ธวัชชัย อัครวิพุธ, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการนัดหมายเพื่อทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 41 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 42 ราย ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การดูแลในระยวันมารับการนัดหมาย ระยะเข้ารับการตรวจและระยะเตรียมการจำหน่ายก่อนกลับบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกความสะอาดของการเตรียมลำไส้และแบบประเมินความวิตกกังวลแบบตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยของคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในวันก่อนเข้ารับการส่องกล้องน้อยกว่าวันมารับการนัดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) แต่ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในวันก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยกว่าวันมารับการนัดหมายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .23$) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันมารับการนัดหมายและก่อนเข้ารับการส่องกล้อง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งวันมารับการนัดหมาย ($p = .94$) และก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ($p = .49$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: สามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอกได้

คำสำคัญ: การส่องกล้องใหญ่และทวารหนัก การดูแลต่อเนื่อง การเตรียมลำไส้ใหญ่ ความวิตกกังวล

J Nurs Sci. 2015;33(3):61-73

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติข้อมูลผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ณ ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในช่วงระยะเวลา 7 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้น 2.68 เท่า โดยสถิติล่าสุดในปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยมารับการตรวจ 5,362 ราย¹ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นหัตถการที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคที่มีความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เป็นอีกทางเลือกที่ใช้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer screening) ในกลุ่มประชากรทั่วไป และเป็นการตรวจชนิดเดียวที่ช่วยในการเฝ้าระวัง (surveillance) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ในการประเมินภาวะความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ที่มีความไวและความจำเพาะในการตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่มากที่สุด แม้ว่าการส่องกล้องจะมีประสิทธิภาพในการตรวจพบมะเร็งและตรวจพบติ่งเนื้อชนิดอันตราย (ร้อยละ 88-98) แต่ก็เป็นวิธีการตรวจที่มีความเสี่ยงในการตรวจและความยุ่งยากในขั้นตอนของการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการตรวจ และมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง^{2,3}

การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องจำเป็นต้องได้รับการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีขั้นตอนของการเตรียมผู้ป่วยคล้ายกับผู้ที่มีการผ่าตัดทั่วไป แต่เน้นความสำคัญของการเตรียมลำไส้ โดยพบว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีประสิทธิภาพและ

ความปลอดภัย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับคุณภาพของการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ (bowel preparation)⁴ โดยพบว่าผู้ที่มีการเตรียมลำไส้ได้สะอาดสามารถเข้าสู่กระบวนการตรวจได้เสร็จสมบูรณ์ ร้อยละ 67.5 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการเตรียมลำไส้ได้ไม่สะอาด ซึ่งจะเข้าสู่กระบวนการตรวจได้เสร็จสมบูรณ์ได้เพียง ร้อยละ 36 ($p < .01$) การเตรียมลำไส้ที่สะอาดไม่เพียงพอทำให้ในขั้นตอนของการตรวจจำเป็นต้องมีการชะล้างภายในลำไส้ใหญ่ จึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ในตรวจมากกว่าผู้ที่มีการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่สะอาดเพียงพอ มีผลต่อการกลับมาตรวจซ้ำ และพบว่ามีอัตราความผิดพลาดในการตรวจพบติ่งเนื้อชนิดอันตราย (adenoma miss rate) ได้สูงถึง ร้อยละ 42 ($p < .01$) นอกจากนี้ยังส่งผลถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น จากความจำเป็นที่ต้องรับ การตรวจซ้ำ เนื่องจากมีการเตรียมลำไส้ที่สะอาดไม่เพียงพอ⁴⁻⁷ นอกจากนี้ทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้เข้ารับการส่องกล้องมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 57 - 82.4 และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับทราบความจำเป็นในการเข้ารับการตรวจ โดยมีระดับความวิตกกังวลมากที่สุดในวันที่มารับการตรวจ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น มีผลต่อความพร้อมในการเข้ารับการตรวจ ทำให้มีการใช้ยานอนหลับที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการตรวจ และระยะเวลาการพักฟื้นภายหลังการตรวจที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ภายหลังการตรวจระดับความวิตกกังวลยังคงเพิ่มขึ้นได้ ร้อยละ 11 เมื่อผลของการตรวจผิดปกติ และ ร้อยละ 33 ยังคงมีความวิตกกังวล ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ ผลการตรวจเป็นปกติ และไม่พบอาการแสดงของความผิดปกติของลำไส้ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 50 มีสาเหตุหลักมาจากความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับ

กระบวนการตรวจ ผลของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของบุคคล ลดลง ส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้และการจดจำ ไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อกลับบ้านพบว่าผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยและต้องการ ข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเอง⁸⁻¹⁰ ถึงแม้ว่าการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นสิ่งสำคัญต่อการ เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่ยังคงพบว่ายังมีการเตรียมลำไส้ที่ไม่สะอาด ซึ่ง ประกอบด้วยหลายสาเหตุ รวมทั้งความวิตกกังวล ที่ส่งผลต่อการจดจำข้อมูลในการปฏิบัติตน จึงต้อง มีการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในผู้ที่เข้ารับการ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ที่แนวโน้มว่ามีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่เข้า รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ยังขาดการเตรียม ความพร้อมและการให้ความรู้หรือข้อมูลอย่างเพียงพอ¹¹ ซึ่งควรเริ่มการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะ ก่อนเข้ารับการตรวจ โดยมีการให้ความรู้หรือข้อมูลที่ มีความเหมาะสมในการเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วย จากผลการศึกษาของ Liu และคณะ¹² พบว่าการให้ข้อมูลซ้ำและติดตามผู้ป่วยทาง โทรศัพท์ในระยะก่อนการเข้ารับการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีผลต่อคุณภาพการ เตรียมลำไส้ที่ดีกว่า ใช้เวลาในการตรวจน้อยกว่า อัตราการพบติ่งเนื้อมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญ ($p < .01$) ในประเทศไทย มีการศึกษาใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบ ผู้ป่วยนอก¹³ โดยนำกรอบแนวคิดของ จูติท รอด์เดน และอลิสเบ็ท เทพท์¹⁴ เป็นรูปแบบการวางแผน จำหน่าย ที่มีเป้าหมายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านของระยะต่างๆ ประสบความสำเร็จ และในแต่ละระยะที่มีการเปลี่ยนผ่าน

ความวิตกกังวล หรือความเครียดมักเกิดขึ้น ซึ่ง มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามการรับรู้ และความเชื่อ รูปแบบการวางแผนจำหน่าย จะมี การประเมินความต้องการของบุคคล เพื่อให้การ ดูแลตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ช่วยให้มีความเข้าใจ และมีทักษะต่อการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ ความ วิตกกังวลหรือความเครียดจะลดลง โดยมีความ เชื่อมโยงเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การประเมิน ยืนยันการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผนจำหน่าย ทำให้มีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน หรือ สิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ในปัจจุบันการวางแผน จำหน่ายจึงมักใช้คำว่า การดูแลต่อเนื่อง¹⁴ และ พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีกรนำมาโปรแกรมการ ดูแลต่อเนื่อง มาพัฒนาในการดูแลในกลุ่มผู้ที่เข้ารับ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการ รักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างเป็นรูปธรรม มีจำนวน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและการเตรียม ตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องเป็นสิ่งสำคัญ แต่ยังไม่ มี กระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยมา รับการนัดหมาย การเตรียมลำไส้ขณะอยู่บ้าน จน กระทั่งเข้ารับการส่องกล้องตรวจที่โรงพยาบาล

ผู้วิจัยจึงสนใจการนำโปรแกรมการดูแล ต่อเนื่องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่เข้ารับการส่อง กล้องโดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) การประเมิน ปัญหาและความต้องการ โดยใช้แบบประเมินการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) การสร้างแผนการจำหน่าย โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินในการให้ ข้อมูลหรือคำปรึกษาในการเตรียมตัวเข้ารับการ ส่องกล้อง 3) การยืนยันการปฏิบัติตามแผนการ จำหน่าย พร้อมใช้แบบบันทึกการติดตามทาง โทรศัพท์ เพื่อเพิ่มคุณภาพของการเตรียมลำไส้ และ ลดความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้อง นำไป

สู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักในวันมารับการนัดหมายและก่อนเข้าห้องตรวจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ดีกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีระดับความวิตกกังวลในวันมารับการนัดหมายและวันก่อนเข้าห้องตรวจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ที่มารับการนัดเพื่อทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy) แบบผู้ป่วยนอก เพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารวิจิตร วีรานูวัตต์

ณ โรงพยาบาลศิริราช เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ โดยเป็นผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักครั้งแรก ไม่มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ไม่มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่หรือสงสัยจากการวินิจฉัยโดยแพทย์ ไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ได้ใช้เทคนิคการจับคู่ (Matched pair)⁵ ในเรื่องระดับการศึกษา และชนิดของยาระบายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้แตกต่างกัน

ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้งานวิจัยของ Liu และคณะ¹² ซึ่งมีค่า Effect size $d = .68$ power = 85% และ $\alpha = .05$ ใช้ในการคำนวณได้ผู้ป่วยกลุ่มละ 41 ราย และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 ราย จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 46 ราย และกลุ่มควบคุม 46 ราย มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายในระหว่างการวิจัยเนื่องจากไม่มาตรวจตามนัด กลุ่มควบคุม 5 ราย และกลุ่มทดลอง 4 ราย จึงเหลือกลุ่มควบคุม 41 ราย และกลุ่มทดลอง 42 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ตามกรอบแนวคิดของ จูดีท รอร์ดเดน และอลิสเบ็ท เทพท์¹⁵ ในระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะที่ 1 วันมารับการนัดหมายการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะที่ 2 การเตรียมลำไส้ขณะอยู่บ้าน และระยะที่ 3 วันเข้ารับการส่องกล้องตรวจที่โรงพยาบาล โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความสอดคล้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของการเตรียมความสะอาดของลำไส้รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคทั้งในช่วง 2 วัน และ 1 วันก่อนเข้ารับการตรวจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและคลายความวิตกกังวล

1.2 แผ่นพลิกสำหรับการให้คำแนะนำสำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วยลักษณะของหัตถการที่ได้รับ ความจำเป็นและกระบวนการของการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการตรวจในเรื่องการรับประทานอาหาร ยาระบาย ขั้นตอนในการเข้ารับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้และการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ

1.3 คู่มือการให้คำแนะนำสำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยประยุกต์จากคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้เข้ารับการตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ฉบับปรับปรุงปี 2545 โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกจากการสัมภาษณ์และเวชระเบียนแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค/ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการ ประวัติการผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และยาระบาย

2.2 แบบบันทึกความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ โดยใช้แบบวัด the Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) เป็นเครื่องมือ

มาตรฐานสากลที่มีภาพแสดงของความสะอาดของการเตรียมลำไส้ โดยให้คะแนนในแต่ละภาพประกอบด้วยการวัด 3 ตำแหน่ง (LC: Left Colon, TC: Transverse Colon, RC: Right Colon) เมื่อนำคะแนนทุกส่วนมารวมกัน ค่าตอบของระดับความสะอาดของลำไส้ที่ได้เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 9 คะแนน โดย คะแนน 8-9 หมายถึง เตรียมลำไส้สะอาดดี ที่สุด คะแนน 6-7 หมายถึง เตรียมลำไส้สะอาดดี คะแนน 3-5 หมายถึง เตรียมลำไส้ไม่เพียงพอ คะแนน 0-2 หมายถึง เตรียมลำไส้ไม่เพียงพอต่อการตรวจ¹⁶

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตัวเลข โดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลแบบตัวเลข (anxiety numeric rating scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายซ้ายสุดเริ่มจากระดับคะแนนเท่ากับ 0 คือ ความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และขวาสุดมีความวิตกกังวลมากที่สุด 10 คะแนน จำนวน 1 ข้อ เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลซึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์การแบ่งระดับความเจ็บปวดของ แมคแคฟเฟอริ และปีเบ โดยสมคิด ทองดี¹⁷

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร จำนวน 3 คน ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง และแบบประเมินการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวาร แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ แผ่นพลิกสำหรับการให้คำแนะนำและคู่มือในการให้คำแนะนำสำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยตรวจสอบการใช้ภาษา ความชัดเจนและความเหมาะสมของเนื้อหาในการนำไปใช้กับผู้ป่วย

มีความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ 5 ชุด ได้แก่
 1) โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง 2) แบบประเมินการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวาร 3) แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ 4) แผ่นพลิกสำหรับการให้คำแนะนำ และ 5) คู่มือในการให้คำแนะนำสำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 1.00, .92, 1.00, .85, .89 ตามลำดับ และแบบบันทึกความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ (BBPS) ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแคปปา (Kappa) เท่ากับ .77¹⁶

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล COA no. Si 178/2014

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการแพร่ข้อมูลของกลุ่มทดลองไปยังกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน ซึ่งทำหน้าที่ในการรับนัดหมายผู้ป่วย ตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อสมัครใจผู้วิจัยจะเข้าพบแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา อธิบายขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย และแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับข้อมูลแล้ว หากสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมโดยการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. วันเข้ารับการนัดหมาย ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 โดยใช้เวชระเบียนและการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเข้ารับการตรวจตามมาตรฐานจากพยาบาล พร้อมได้รับคู่มือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาระบายก่อนกลับบ้าน

2. วันเข้ารับการตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วย ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 ก่อนเข้าห้องตรวจ และเมื่อทำการส่องกล้องเสร็จแล้ว แพทย์ผู้ตรวจจะเป็นผู้ทำการประเมินความสะอาดของลำไส้ โดยใช้แบบบันทึกความสะอาดของการเตรียมลำไส้

กลุ่มทดลอง

1. วันเข้ารับการนัดหมาย (ระยะที่ 1) ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 โดยใช้เวชระเบียนและการสัมภาษณ์ และดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ประวัติการขับถ่าย การเดินทาง การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ที่อยู่อาศัย การทำงานและการคาดหวังต่อการหยุดงานภายหลังการตรวจ 2) การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ตามแผ่นพลิกคำแนะนำสำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับคู่มือคำแนะนำสำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. การเตรียมลำไส้ขณะอยู่บ้าน (ระยะที่ 2) เมื่อถึงวันก่อนตรวจในระยะ 2 วันและ 1 วันก่อนตรวจ เป็นขั้นตอนของการโทรศัพท์เพื่อให้ข้อมูลซ้ำ

การติดตามผลของการรับประทานยาละลายอาหาร จำนวนครั้งและลักษณะของการขับถ่าย และตอบข้อซักถาม โดยใช้แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์

3. ในวันเข้ารับการตรวจ (ระยะที่ 3) ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในการทบทวนขั้นตอนในการเข้ารับการตรวจ ประเมินเวลาที่เข้ารับการตรวจและการติดตามแจ้งให้ทราบเป็นระยะๆ และประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 ก่อนเข้าห้องตรวจ เมื่อทำการส่องกล้องเสร็จแล้ว แพทย์ผู้ส่องกล้องประเมินความสะอาดของลำไส้ โดยใช้แบบบันทึกความสะอาดของการเตรียมลำไส้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา โดยใช้สถิติพรรณนา

2. ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลว่าเป็นโค้งปกติ จึงได้ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลว่าเป็นโค้งปกติ จึงได้ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างวันมารับการนัดหมายและก่อนเข้าห้องตรวจ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง มีจำนวน 42 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.3)

ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี (ร้อยละ 52.4) และมีอายุเฉลี่ย 58 ปี (SD + 8.71) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.9) ส่วนใหญ่การวินิจฉัย/ข้อบ่งชี้การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CRC screening) (ร้อยละ 47.6) ไม่เคยมีประวัติรับการผ่าตัดช่องท้อง (ร้อยละ 57.1) และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 92.9) โดยแพทย์ผู้ตรวจ (ร้อยละ 83.3) และมีการเตรียมลำไส้โดยใช้ยาละลายชนิด Colyte หรือ Colon prep (ร้อยละ 71.4)

กลุ่มควบคุม มีจำนวน 41 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 34.1) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 65.9) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี (ร้อยละ 48.8) และมีอายุเฉลี่ย 58 ปี (SD + 10.63) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.2) ส่วนใหญ่การวินิจฉัย/ข้อบ่งชี้การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CRC screening) (ร้อยละ 39) ไม่เคยมีประวัติรับการผ่าตัดช่องท้อง (ร้อยละ 65.9) เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 91.2) โดยแพทย์ผู้ตรวจ ร้อยละ 83 และมีการเตรียมลำไส้โดยใช้ยาละลายชนิด Colyte หรือ Colon prep (ร้อยละ 68.3)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และชนิดของยาละลาย พบว่าตัวแปรแต่ละตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

	กลุ่มทดลอง (n = 41)		กลุ่มควบคุม (n = 42)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่	6.88	+ 1.31	6.00	2.24	2.19	.03
ความวิตกกังวลวันมารับการนัดหมาย	3.95	+ 2.78	4.00	+ 2.61	.08	.94
ความวิตกกังวลวันก่อนเข้ารับการส่องกล้อง	3.12	+ 2.75	3.61	+ 2.98	.78	.49

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในวันมารับการนัดหมายและวันก่อนเข้ารับการส่องกล้อง อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 3.95 และ 3.12 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลวันมารับการนัดหมายอยู่ในระดับปานกลาง และในวันก่อนเข้ารับการส่องกล้องอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 4 และ 3.61 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันก่อนเข้ารับการส่องกล้องและในวันมารับการนัดหมาย พบว่ากลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .94$, $p = .49$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อ 1 ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้

พบว่า กลุ่มผู้ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง มีคุณภาพการเตรียมลำไส้มากกว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่เข้า

รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก มีผลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ อาจเนื่องมาจากการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องได้รับข้อมูลที่มุ่งเน้นต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการโทรศัพท์เพื่อประสานงานให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอน และประเมินผลในการปฏิบัติตามแผนในการเตรียมความพร้อมในการมารับการส่องกล้อง โดยสร้างตามแนวคิดการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ของ จูดีท รอร์ดเดน และอลิสเบ็ท เทพพิ¹⁵ เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการสอนโดยต้องมีการสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้มารับการส่องกล้องหรือผู้ดูแลที่มีความครอบคลุมทุกด้านตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับการนัดหมาย โดยใช้แบบประเมินการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ประวัติสุขภาพ ประวัติการขับถ่าย การเดินทาง การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ที่อยู่ อาศัย การทำงานและการคาดหวังต่อการหยุดงาน ภายหลังการตรวจ ค่าใช้จ่าย และสิทธิการรักษา ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวจะมีข้อมูลที่ทำให้การวางแผนในการให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษาในแต่ละรายมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล 2) การสร้างแผนการจำหน่าย เน้นการให้ความสำคัญในการเตรียมลำไส้ก่อนตรวจที่ถูกต้อง โดยใช้

“แผนปฏิบัติการให้คำแนะนำสำหรับผู้มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” และได้รับ “คู่มือการให้คำแนะนำสำหรับผู้มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนได้เมื่อกลับบ้าน 3) การยืนยันการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย เป็นขั้นตอนที่สร้างความต่อเนื่องของการให้คำแนะนำโดยการใช้โทรศัพท์เพื่อกระตุ้นย้ำเตือนผู้ป่วยในการเตรียมลำไส้ก่อนตรวจในเรื่องการรับประทานอาหารและยาระบาย 2 วันก่อนตรวจ รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามอุปสรรคหรือผลของการรับประทานยาระบาย 1 ก่อนตรวจ เป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Liu และคณะ¹² ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลซ้ำทางโทรศัพท์ในวันก่อนการส่องกล้อง พบว่าคุณภาพของการเตรียมลำไส้ในกลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามในวันก่อนการส่องกล้องดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁸ ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ที่มีการใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ ในระยะก่อนการส่องกล้องจึงเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รับประทานยาระบายอย่างถูกวิธี ส่งผลให้การเตรียมลำไส้เพื่อรับการส่องกล้องได้ถูกต้อง

สมมติฐานข้อ 2 ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้อง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ต่อระดับความวิตกกังวลในวันมารับการนัดหมายและวันก่อนเข้าห้องตรวจ

พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในวันก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยกว่าวันมารับการนัดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .02$ แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในวันก่อนเข้ารับการส่องกล้องน้อยกว่าวันมารับการนัดหมายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .23$ เนื่องจากโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีการโทรศัพท์ติดตาม 2 วันก่อนเข้ารับการส่องกล้อง เพื่อการทบทวนคำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารและยาระบาย ติดตามผลของการดื่มยาระบาย ลักษณะของการขับถ่ายและอาการที่เกิดขึ้น ย้ำเตือนสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในวันมารับการส่องกล้อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อคลายความวิตกกังวล ซึ่งจากการซักถามผู้ป่วยมักมีข้อคำถามในรายละเอียดเรื่องชนิดอาหารที่รับประทานได้ และสอบถามอาการที่จะเกิดขึ้นจากการส่องกล้อง เช่น ความรู้สึกไม่สุขสบาย กลัวความเจ็บปวด กลัวผลของการให้ยานอนหลับ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pehlvan และคณะ¹⁹ ที่ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตามคำแนะนำในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องกระเพาะอาหาร เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับข้อมูลจากเอกสารเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางวาจาร่วมด้วย พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางวาจาร่วมกับเอกสารมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางเอกสารเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับคำอธิบาย

ถึงขั้นตอนการส่องกล้องจากบุคคลากร (ร้อยละ 71.4) และการรับฟังความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น (ร้อยละ 16.3)

แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในวันมารับการนัดหมายและก่อนเข้ารับการส่องกล้อง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .94, .49$) อาจเนื่องมาจากการวัดความวิตกกังวลครั้งนี้เป็นการวัดแบบภาพรวม ไม่ได้มีการระบุชัดเจนถึงสาเหตุ อาจเป็นไปได้ว่าความวิตกกังวลครั้งที่ 1 จากการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้อง และเมื่อได้มีการเตรียมตัวได้ดีแล้ว การประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลถึงผลของการตรวจ ทำให้ความวิตกกังวลยังคงอยู่ เพราะโปรแกรมนี้นะเน้นทางด้าน การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ไม่มีโปรแกรมในระหว่างรอเข้าห้องตรวจ ซึ่งจากการซักถามผู้ป่วยมักให้เหตุผลว่า กังวลผลการตรวจกลัวตรวจพบมะเร็ง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams และคณะ²⁰ ซึ่งได้ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ที่มารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้อง พบว่ามีความวิตกกังวลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับทราบถึงความจำเป็นในการเข้ารับการส่องกล้องและเพิ่มขึ้นมากที่สุดในวันที่เข้ารับการตรวจ ตลอดจนในระยะหลังเข้ารับการตรวจ ยังคงมีความวิตกกังวลจากผลของการตรวจ เพราะฉะนั้นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เฉพาะจากการเตรียมลำไส้เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากทั้งสองกลุ่มผลของการประเมินความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทำให้ไม่สามารถเห็นถึงความแตกต่างในการวิเคราะห์

ข้อมูลทางสถิติได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุชา ปาน้อยนันท และคณะ¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก พบว่าระดับความวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้อธิบายว่าการผ่าตัดก้อนเป็นหัตถการขนาดเล็กและผู้ป่วยบางรายเคยได้รับข้อมูลจากแพทย์มาก่อน จึงมีระดับความวิตกกังวลระดับน้อยถึงปานกลาง อาจทำให้ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดถึงความแตกต่างได้ ดังนั้นโปรแกรมนี้น่าจะใช้ต่อไปในการเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ แต่ในเรื่องของการลดความวิตกกังวล ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดต่างๆ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการให้การดูแลที่ตรงตามลักษณะผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากขึ้น

โดยสรุป ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอกมีคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อเข้ารับการส่องกล้องได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .05$) ความต่อเนื่องของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยช่วยกระตุ้นเตือนและสร้างความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการส่องกล้องในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหาร ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารและยาได้ถูกต้อง โดยการใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ในการติดต่อผู้มารับการตรวจ เนื่องจากสามารถตอบข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับการตรวจและพยาบาลสามารถประเมินการปฏิบัติตัวและให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลแบบตัวเลข เป็นภาพรวม ไม่ได้มีการระบุชัดเจนระดับความวิตกกังวลต่อสาเหตุหรือ ปัจจัยที่มีผลและส่วนใหญ่ผู้ที่มารับการส่องกล้อง จะได้รับการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมเข้ารับการรักษา อาจมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับน้อย ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินของแต่ละบุคคลในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องทุกระยะของผู้ป่วย จึงจำเป็นที่ต้องมีการส่งต่อข้อมูล โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม รูปแบบการบันทึกและการส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ

2. พยาบาลผู้ที่ให้การดูแล ควรมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ก่อนตรวจ และควรมีทักษะในการสื่อสารและในการตอบคำถามที่เข้าใจง่าย เพื่อนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การประเมินความวิตกกังวลในครั้งนี้เป็น การประเมินความวิตกกังวลโดยรวม ไม่ได้ประเมินความวิตกกังวลที่เฉพาะเจาะจงกับการรักษาที่ได้รับ การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาระดับความวิตกกังวลที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้รับการส่องกล้องเพื่อวินิจฉัย

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมที่จะช่วยลดความวิตกกังวลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้ดนตรีบำบัด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Siriraj GI endoscopy center in the honor professor Vikit Viranuvatti. Statistic of colonoscopy. Bangkok: Perioperative Nursing Division, Siriraj Hospital; 2012. (in Thai).
2. Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, Dunlop MG, Thomas HJ, Evans GD, et al. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). Gut. 2010;59(5): 666-89.
3. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2012;143(3):844-57.
4. Hendry PO, Jenkins JT, Diament RH. The impact of poor bowel preparation on colonoscopy: A prospective single centre study of 10,571 colonoscopies. Colorectal Dis. 2007;9(8):745-8.
5. Chan WK, Saravanan A, Manikam J, Goh KL, Mahadeva S. Appointment waiting times and education level influence the quality of bowel preparation in adult patients undergoing colonoscopy. BMC Gastroenterology. 2011 Jul 28;11:86. doi: 10.1186/1471-230X-11-86. PubMed PMID: 21798022; PubMed Central PMCID: PMC 3156748.
6. Lebwahl B, Kastrinos F, Glick M, Rosenbaum AJ, Wang T, Neugut AI. The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rate and

- the factors associated with early repeat colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2011;73(6):1207-14.
7. Rex DK, Imperiale TF, Latinovich DR, Bratcher LL. Impact of bowel preparation on efficiency and cost of colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(7):1696-700.
 8. Miles A, Wardle J. Adverse psychological outcomes in colorectal cancer screening does health anxiety play a role. *Behav Res Ther.* 2006;44(8):1117-27.
 9. Sonore C, Ederle A, Fantin A, Andreoni B, Bisanti L, Grazzini G, et al. Acceptability and side effect of colonoscopy and sigmoidoscopy in a screening setting. *J Med Screen.* 2011;18(3):128-34.
 10. Williams GL, Clarke P, Vellacott KD. Anxieties should not be forgotten when screening relatives of colorectal cancer patients by colonoscopy. *Colorectal Dis.* 2006;8(9):781-4.
 11. Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN J.* 2001;74(6):874-81.
 12. Liu X, Luo H, Zhang L, Leung FW, Liu Z, Wang X, et al. Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: A prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. *Gut.* 2014;63(1):125-30.
 13. Panoinon S, Asdomwised U, Pinyopasakul W, O-Charoenrat P. The effectiveness of a day surgery discharge planning program on anxiety and satisfaction of care among women undergoing breast mass excision. *J Nurs Sci.* 2010;28(4):28-36. (in Thai).
 14. Pinyopasakul W, Asdomwised U. Discharge planning. Bangkok: Mahidol University; 2003. (in Thai).
 15. Rorden JW, Taft E. Discharge planning guide for nurses. W.B. Saunders: Philadelphia; 1990.
 16. Calderwood AH, Jacobson BC. Comprehensive validation of the Boston Bowel Preparation Scale. *Gastrointest Endosc.* 2010;72(4):686-92.
 17. Thongdee S, Srimoragot P, Chatrkaw P. The association between selected demographic data postoperative pain anxiety complications pulmonary complications and physiological recovery of patients after major abdominal surgery in critical stage. *J Nurs Sci.* 2011;29(2):129-39. (in Thai).
 18. Rittithrum W, Chinnoros S. The results of preparatory information on anxiety and pain in abdominal surgery patients. *Kuakarun Journal of Nursing.* 2012;19(2):75-87. (in Thai).
 19. Pehlvan S, Ovayolu N, Koruko M, Pehlvan Y, Ovayolu O, Gulflen MT. 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.* 2011; 22(1):10-7.
 20. Williams GL, Clarke P, Vellacott KD. Anxieties should not be forgotten when screening relatives of colorectal cancer patients by colonoscopy. *Colorectal Dis.* 2006;8(9):781-4.